

Cocaïne: wie gebruikt het en waarom?

Een verkennende studie naar gebruikers
van cocaïne in Nederland



Desirée Spronk, Nadine van Gelder, Ton Nabben, Martha de Jonge

Cocaine: wie gebruikt het en waarom?

Een verkennend onderzoek naar gebruikers van cocaine in Nederland

Trimbos-instituut, Utrecht, 2020

Colofon

Met veel dank aan alle professionals en deelnemers die mee hebben gedaan aan het onderzoek en belangrijke inzichten met ons hebben gedeeld.

Auteurs

Desirée Spronk, Trimbos-instituut
Nadine van Gelder, Trimbos-instituut
Ton Nabben, Hogeschool van Amsterdam
Martha de Jonge, Trimbos-instituut

Met dank aan

Margriet van Laar, Trimbos-instituut
Marjan Heuving, Trimbos-instituut
Lisette Willigenburg, Novadic-Kentron
Sophie Schiemanck, Trimbos-instituut

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Eindredactie

Rosanne Faber, Roostekst.nl

Artikelnummer: AF1830

© 2020, Trimbos-instituut, Utrecht
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

| | |
|---|----|
| Samenvatting | 1 |
| 1. Inleiding | 3 |
| 1.1 Afbakening | 6 |
| 1.2 Kanttekeningen | 6 |
| 1.3 Leeswijzer | 6 |
| 2. Cocainegebruik in de Personastudie | 7 |
| 2.1 Methode | 7 |
| 2.2 Resultaten op groepsniveau (totale steekproef) | 8 |
| 2.3 Resultaten: vergelijking tussen de drie klassen | 9 |
| 3. Resultaten literatuurverkenning | 12 |
| 3.1 Literatuuronderzoek | 12 |
| 3.2 Resultaten | 13 |
| 3.2.1 Persoonlijkheid en psychiatrische klachten | 13 |
| 3.2.2 Hoeveelheid gebruik en ernst van verslaving | 15 |
| 3.2.3 Sociale context van gebruik | 15 |
| 3.2.4 Gebruikspatroon | 15 |
| 3.2.5 Conclusie | 16 |
| 4. Resultaten interviews | 18 |
| 4.1 Methoden | 18 |
| 4.2 Analyses | 19 |
| 4.3 Beschrijving van gebruikers | 20 |
| 4.3.1 Karakteristieken | 20 |
| 4.3.2 Huidig gebruik | 20 |
| 4.3.3 Eerste gebruik | 21 |
| 4.3.4 Combinatiegebruik | 22 |
| 4.3.5 Veranderingen in gebruik | 24 |
| 4.3.6 Minderen en stoppen | 24 |
| 4.4 Motieven voor gebruik | 28 |
| 4.5 Invloeden op gebruik | 29 |
| 4.5.1 Persoonlijke risicofactoren | 30 |
| 4.5.2 De rol van anderen | 32 |
| 4.5.3 Recreatieve settingen | 34 |
| 4.5.4 Werksettingen | 35 |

| | |
|--|-----------|
| 4.5.5 Verkrijgbaarheid..... | 38 |
| 4.5.6 Financiën..... | 39 |
| 4.5.7 (Sociale) acceptatie..... | 40 |
| 4.5.8 Inzicht in gebruik..... | 42 |
| 4.5.9 Beschermende factoren..... | 43 |
| 4.6 Negatieve gevolgen van gebruik..... | 44 |
| 5. Conclusies en doelgroepen..... | 49 |
| 5.1 Geïdentificeerde subgroepen gebruikers van cocaïne..... | 49 |
| 5.1.1 Sociaal gebruik in 'feest-en-vier'-settings..... | 49 |
| 5.1.2 Gebruik gerelateerd aan werksettings..... | 50 |
| 5.1.3 Gebruik als coping bij psychische problematiek..... | 50 |
| 5.2 Aanknopingspunten voor preventie..... | 51 |
| 5.2.1 Sociaal gebruik in 'feest-en-vier'-settings (groepen 1 en 2)..... | 51 |
| 5.2.2 Gebruik gerelateerd aan werksettings (groepen 3 en 4)..... | 51 |
| 5.2.3 Aanknopingspunten bij gebruik als coping bij psychische problematiek (groepen 5 en 6)..... | 52 |
| 5.3 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek..... | 53 |
| 6. Bronnen..... | 54 |
| Bijlage 1 Vragenlijst voor professionals..... | 58 |
| Bijlage 2 Vragenlijst voor gebruikers..... | 59 |

Samenvatting

Cocaïne is al jaren één van de meest gebruikte illegale middelen in Nederland. Gebruik van cocaïne brengt risico's met zich mee voor de lichamelijke en mentale gezondheid van de gebruiker. Daarnaast zijn er nadelige gevolgen voor de omgeving en de maatschappij. Zowel vanuit gezondheids- als maatschappelijk oogpunt is het van groot belang cocaïnegebruik en hieruit voortvloeiende problematiek zoveel mogelijk terug te dringen en te voorkomen. Desondanks zijn er de laatste jaren weinig ontwikkelingen geweest op het gebied van preventie van cocaïnegebruik. Het preventieaanbod dat zich specifiek op cocaïne richt is beperkt en er is onvoldoende bewijs voor doeltreffende maatregelen om gebruikers te ondersteunen bij het stoppen met gebruiken. Ook is er onvoldoende duidelijk welke subgroepen er binnen de groep cocaïnegebruikers te onderscheiden zijn, zodat preventieve maatregelen hierop afgestemd kunnen worden. Een goed beeld van doelgroepen is een belangrijke voorwaarde voor het slagen van preventieve interventies. Zonder deze kennis kan niet optimaal op cocaïnepreventie worden ingezet.

Dit onderzoek draagt bij aan de kennis over gebruikers van cocaïne. Wie zijn zij en hoe kenmerken zij zich? Het onderzoek focust zich op gebruikers van snuifcocaïne en gaat niet in op gebruikers van crack- of basecocaïne. Op basis van analyse van kwantitatieve data, een literatuurverkenning en interviews met gebruikers en professionals kunnen drie verschillende typen gebruik worden onderscheiden: sociaal gebruik in 'feest-en-vier'-settings, gebruik gerelateerd aan werksettings, en gebruik als coping bij psychische problematiek. Deze kunnen verder worden onderverdeeld in zes subgroepen die zich onderscheiden op motieven voor gebruik, (sociale) setting van gebruik en (ervaren) controle over het gebruik van cocaïne.

Sociaal gebruik in 'feest-en-vier'-settings

- **Groep 1** kenmerkt zich door sociaal gebruik in 'feest-en-vier'-settings. Dit zijn voornamelijk jongere gebruikers die controle ervaren over hun gebruik, wat niet wil zeggen dat ze die controle ook daadwerkelijk hebben
- **Groep 2** kenmerkt zich ook door sociaal gebruik in 'feest-en-vier'-settings. Dit zijn voornamelijk oudere gebruikers met problematiek en geen of verminderde controle over het gebruik.

Gebruik gerelateerd aan werksettings

- **Groep 3** kenmerkt zich door sociaal gebruik vanuit de werksetting. Gebruik vindt vaak samen met collega's plaats, (vlak) na werktijd.
- **Groep 4** kenmerkt zich door functioneel gebruik tijdens werk. Gebruik wordt ingezet als prestatie- en concentratieverbetering (*enhancement*), om het werk mentaal of fysiek langer en beter vol te kunnen houden en om met werkdruk om te gaan (coping).

Gebruik als coping bij psychische problematiek

- **Groep 5** gebruikt cocaïne voornamelijk om negatieve emoties zoals stress, verdriet of angst te onderdrukken.

- **Groep 6** is een kleinere subgroep van gebruikers die in behandeling zijn of zijn geweest voor psychische problematiek of persoonlijkheidsproblematiek.

Deze studie richt zich in de eerste plaats op de gebruikers van cocaïne en in de tweede plaats op aanknopingspunten voor preventie.

Aanknopingspunten voor preventie

- Toename van kennis bij gebruikers en mensen met intentie tot gebruik over het vinden van laagdrempelige (hulp-)diensten voor informatie over de risico's en effecten van cocaïne.
- Bewustwording onder werkgevers van het belang van een alcohol-, drugs- en medicijnbeleid (ADM-beleid) met aandacht voor cocaïne (met name in sectoren waar verhoogde risico's lijken te liggen).
- Vergroting van bewustzijn over de integrale aanpak van comorbiditeit van psychische problemen en cocaïnegebruik bij GGZ, verslavingszorg en andere zorgprofessionals.

1. Inleiding

Cocaïne is al jaren één van de meest gebruikte illegale middelen in Nederland. Gebruik van cocaïne brengt risico's met zich mee voor de lichamelijke en mentale gezondheid van de gebruiker. Daarnaast zijn er nadelige gevolgen voor de omgeving en de maatschappij. Zowel vanuit gezondheids- als maatschappelijk oogpunt is het van belang cocaïnegebruik en hieruit voortvloeiende problematiek zoveel mogelijk terug te dringen en te voorkomen. Desondanks zijn er de laatste jaren weinig ontwikkelingen geweest op het gebied van preventie van cocaïnegebruik. Het preventieaanbod dat zich specifiek op cocaïne richt is beperkt en er is onvoldoende bewijs voor doeltreffende maatregelen om gebruikers te helpen (EMCDDA, 2018; 2019a). Ook is onvoldoende duidelijk welke subgroepen binnen de groep cocaïnegebruikers te onderscheiden zijn, zodat preventieve maatregelen hierop afgestemd kunnen worden. Een goed beeld van doelgroepen is een belangrijke voorwaarde voor het slagen van preventieve interventies. Het gebrek aan kennis draagt eraan bij dat er momenteel niet optimaal op cocaïnepreventie kan worden ingezet.

In het huidige onderzoek beogen we meer te weten te komen over wie de gebruikers van cocaïne in Nederland zijn. Vragen waar we antwoord op zoeken zijn: "Wie gebruikt cocaïne en waarom?", "Wat zijn de kenmerken van deze mensen?" en "Zijn er subgroepen van gebruikers aan te wijzen?" Dit rapport presenteert een verkennend onderzoek naar gebruikers van cocaïne en biedt een aantal aanknopingspunten voor preventie. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de periode juni tot en met november 2020. Tijdens de looptijd van het onderzoek waren in verband met de COVID-19-pandemie coronamaatregelen van kracht.

Prevalentie van cocaïnegebruik in Nederland

Cocaïne staat al jaren op de derde plek van de meest gebruikte illegale drugs in Nederland (na cannabis en ecstasy). De schatting is dat 7,6% van de Nederlandse mannen en 3,3% van de Nederlandse vrouwen van 18 jaar en ouder ooit cocaïne heeft gebruikt (5,4% in totaal). Het aantal mensen dat in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt heeft ('laatste-jaar-gebruik'), is in 2020 geschat op 2,2% van de mannen en 1% van de vrouwen (1,6% in totaal). De meeste gebruikers bevinden zich in de leeftijdscategorie van 25 tot 29 jaar. Het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van cocaïne onder volwassenen bleef stabiel tussen 2015 en 2019. Wel hadden meer volwassenen in 2019 ervaring met cocaïne dan in 2015 (Van Laar et al., 2020).

Ondanks het feit dat deze aantallen al jaren relatief stabiel zijn, is het gebruik in Nederland al jaren hoog ten opzichte van andere Europese landen. Ook zijn er aanwijzingen dat cocaïne in bepaalde regio's, zoals rond Amsterdam, toeneemt in populariteit (Van Laar et al., 2020). Verder worden er op lokaal niveau toenames in gebruik gerapporteerd op basis van rioolwateranalyses (van Laar et al., in voorbereiding). Ook wordt een stijging van de beschikbaarheid van cocaïne op de Europese drugsmarkt gesignaleerd (EMCDDA, 2019b; Van Laar et al., 2020). Gezien deze signalen is het van belang alert te blijven op een mogelijke toename in gebruik in de toekomst.

Historie van onderzoek naar gebruikers van cocaïne in Nederland en België

Vanaf eind jaren tachtig van de vorige eeuw wordt er in Nederland (en even later in België) voor het eerst onderzoek gedaan naar het (thuis-)gebruik van snuifcocaïne in niet-gemarginaliseerde groepen (Cohen, 1989; Decorte, 2000). Hoewel deze studies ook periodes van compulsief cocaïnegebruik rapporteren, weten de meeste gebruikers hun omgang met snuifcocaïne (op termijn) te reguleren tot een aanvaardbaar niveau. Vanaf de jaren negentig begint de opmars van gekookte coke (crack) in Nederland. In tegenstelling tot het thuisgebruik van cocaïnesnuivers is de setting van problematische crackgebruikers vooral de straatscene en ligt de nadruk vaak op het 'junkiestigma': de sociale problematiek van armoede, uitsluiting, werkloosheid, prostitutie en racisme (Grapendaal et. al., 1991; Boekhout van Solinge, 2001; Blanken & Barendregt, 1997).

Snuifcocaïne blijft een aantrekkelijk middel voor heel verschillende bevolkingslagen. Op het witte doek wordt de drug vaak geassocieerd met elite, criminelen en rijkdom en ook onder sterren blijft cocaïne de 'champagne onder de drugs' (Nabben, 2010). In de alledaagse beleving geniet snuifcocaïne inmiddels ook enige populariteit bij groepen jongeren, o.a. op het platteland en in maritieme culturen (Korf, 2010; Stoele et al., 2004, Doekhie et al., 2010), evenals in grootstedelijke straatculturen bij jongeren met een migratieachtergrond, waar cocaïne eerder als elitedrug wordt gezien met een statusverhogende uitstraling (Nabben, 2020). In Amsterdamse uitgaansnetwerken scoort het cocaïnegebruik hoog bij westerse jongeren, die het middel zowel in thuis- als uitgaanssettings gebruiken als 'ontstresser' en feestmiddel, vaak in combinatie met alcohol (Nabben & Benschop, 2020).

Risico's van cocaïnegebruik

Het gebruik van cocaïne gaat samen met (ernstige) gezondheidsrisico's voor de gebruikers en nadelige effecten voor de samenleving. Cocaïne is erg belastend voor hart en bloedvaten en verhoogt het risico op een hartinfarct of een beroerte (Kim & Park, 2019; Sordo et al., 2004). Het kan zorgen voor uitputting of vermoeidheid, kan bijdragen aan het ontstaan van agressief gedrag en het kan een neerslachtig gevoel geven in de dagen na gebruik (Parrott, 2015; Kuypers et al., 2018). Cocaïne kan op korte termijn de cognitieve prestaties verbeteren (Spronk et al., 2013; 2015), maar dit kan ook tot gevolg hebben dat mensen zichzelf overschatten en (te) grote risico's gaan nemen, bijvoorbeeld in het verkeer (Penning e.a., 2010; Zdun, 2014). Daarnaast is cocaïne geestelijk verslavend. De schatting is dat zo'n 16% van de ooit-gebruikers cocaïneafhankelijkheid ontwikkelt (Farrell et al., 2019). In 2015 was het aandeel van cliënten in behandeling voor cocaïneafhankelijkheid in de Nederlandse verslavingszorg 11% (SIVZ, 2015). Er zijn geen recentere Nederlandse cijfers beschikbaar, maar op Europees niveau wordt er vanaf 2015 een toename in de hulpvraag voor cocaïneverslaving gezien (Antoine et al., 2020). Niet alleen cocaïne zelf is schadelijk, maar ook toegevoegde hulpstoffen of versnijdingsmiddelen kennen risico's en kunnen nadelige effecten hebben. Een voorbeeld is het versnijdingsmiddel levamisol, dat het risico vergroot op onder andere verzwakking van het immuunsysteem en aandoeningen aan het vaatstelsel (Brunt, Van den Berg, Pennings & Venhuis, 2017; Brunt et al., 2009).

Het gebruik van cocaïne wordt vaak met het drinken van alcohol gecombineerd (Monshouwer, Van der Pol, Drost & Van Laar, 2016), wat extra risico's met zich meebrengt. Door de combinatie van

cocaïne en alcohol vormt zich een nieuwe stof in de lever: cocaethyleen (Higgings et al., 1993; Farré et al., 1993; Pennings, Leccese & Wolff, 2002). Dit zogenaamde ‘combinatiegebruik’ is geassocieerd met een grotere kans op ernstige cardiologische en neurologische aandoeningen zoals hart- en herseninfarcten, hartritmestoornissen en hersenbloedingen (Foltin & Fishman, 1988). Daarnaast vergroot combinatiegebruik de kans op agressief en gewelddadig gedrag en kan het de verslavingsgevoeligheid voor zowel cocaïne als alcohol vergroten (Pennings et al., 2002; Harris et al., 2003). In de monitor drugsincidenten (MDI) wordt combinatiegebruik (met diverse middelen) ten slotte relatief vaak gezien onder de cocaïnegerelateerde incidenten (Schürmann et al., 2018). Samenvattend lijkt combinatiegebruik van cocaïne met alcohol of andere middelen extra schadelijk te zijn.

Preventie van cocaïnegebruik

In de context van deze signalen en de schadelijkheid van cocaïne is het belangrijk in te zetten op preventie van cocaïnegebruik. Maar juist op dit gebied hebben de laatste jaren weinig ontwikkelingen plaatsgevonden en het aanbod van preventie is beperkt (EMCDDA, 2018). Inzet op de (door-)ontwikkeling van cocaïnegerichte preventie wordt daarmee extra noodzakelijk.

De eerste stap in de ontwikkeling van preventie-activiteiten is het peilen van de behoeften van de doelgroep (EMCDDA, 2019c). Een goed beeld van de doelgroep is een belangrijke voorwaarde voor het slagen van (kosten-)effectieve en ethische verantwoorde preventieve interventies. Om de doelgroep goed in beeld te krijgen is kennis nodig: wie zijn de gebruikers van cocaïne, waar wordt cocaïne gebruikt, wie lopen risico om cocaïne te gaan gebruiken en wat zijn de behoeften van gebruikers van cocaïne?

In dit onderzoek hanteren we de definitie van het begrip ‘doelgroep’ van de Europese kwaliteitsstandaarden drugspreventie (vrij vertaald uit het Engels).

“Met doelgroep bedoelen we de groep mensen waar drugspreventie zich op richt. Het kan gaan om een bepaalde groep waar een interventie geschikt of effectief voor wordt geacht. Een doelgroep kan zowel bestaan uit individuen, groepen, huishoudens, organisaties, gemeenschappen, settingen, als ook uit andere eenheden, zolang ze identificeerbaar zijn en duidelijk kunnen worden bepaald. Er zijn daarentegen ook interventies die zich niet direct richten op de leden van een doelgroep zelf. Hier wordt een onderscheid gemaakt tussen de ‘intermediaire doelgroep’ die kan deelnemen aan een interventie (bijvoorbeeld naasten, familie, leraren) en de uiteindelijke doelgroep die op deze manier indirect kan worden bereikt.” (EDPQS, 2011).

Dit onderzoek heeft als doel om verschillende subgroepen gebruikers van cocaïne in Nederland in beeld te brengen en daarbij aanknopingspunten voor preventie te geven.

In deze studie hebben we drie verschillende onderzoeksmethodes gebruikt:

1. Analyse van DUP (*drug use personas*)-data uit de Personastudie
2. Literatuurverkenning
3. Interviews met professionals en gebruikers

1.1 Afbakening

- Dit onderzoek richt zich op gebruikers die cocaïne snuiven en niet op gebruikers die crack of basecoke gebruiken. Bij gebruikers van crack of basecoke gaat het veelal om kleine, gemarginaliseerde, zorgbehoevende en moeilijk bereikbare groepen waarin problematisch gebruikt wordt en er sprake is van afhankelijkheid. Deze groepen hebben een zorgbehoefte waar harm reduction en behandeling een grotere rol spelen dan preventie van (problematisch) gebruik.
- Dit rapport beperkt zich tot het in kaart brengen van subgroepen van gebruikers en het geven van een eerste voorzet voor aanknopingspunten voor preventie. Het gaat zowel om preventie van het beginnen met het gebruiken van cocaïne als om preventie van het ontwikkelen van problematisch gebruik.

1.2 Kanttekeningen

- Het formuleren van doelgroepen brengt een risico op stigmatisering of stereotypering met zich mee. Het is belangrijk in ogenschouw te nemen dat er grote verschillen kunnen bestaan tussen individuen binnen een doelgroep.
- Mensen kunnen onderdeel zijn van meerdere groepen. Ook kunnen ze zich bewegen tussen verschillende groepen. Een 'gebruikersdoelgroep' is daarmee geen vast construct.
- Het onderzoek betreft een verkenning van doelgroepen. Het pretendeert niet om een volledig beeld van alle doelgroepen te schetsen, want de steekproef is niet representatief.
- De resultaten van de interviews over bepaalde werksettingen zijn illustratief en niet generaliseerbaar naar volledige beroepssectoren.
- Het onderzoek vond plaats tijdens de coronacrisis. De heersende coronamaatregelen kunnen voor de geïnterviewde gebruikers een rol hebben gespeeld bij (motieven voor) het gebruik.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de resultaten beschreven van aanvullende analyses van data die eerder verkregen zijn uit het onderzoek '[Personas in middelengebruik](#)' (Personastudie), dat ook door het Trimbos-instituut wordt uitgevoerd. In hoofdstuk 3 worden de resultaten uit de literatuurverkenning beschreven. In hoofdstuk 4 staan de onderzoeksmethoden en resultaten beschreven van de interviews met professionals en gebruikers. Ten slotte worden in hoofdstuk 5 de vraagstellingen beantwoord en aanbevelingen gegeven voor toekomstig onderzoek.

2. Cocainegebruik in de Personastudie

2.1 Methode

Voor dit deel van het onderzoek is gebruik gemaakt van de DUP- of *drug use personas*-database met onderzoeksgegevens uit de Personastudie van het Trimbos-instituut. De Personastudie zelf zal in het eerste kwartaal van 2021 naar buiten gebracht worden.

Deze database bestaat uit gegevens van 4.280 jongvolwassenen in de leeftijd van 18 tot 25 jaar. Deelnemers werden via sociale media-kanalen uitgenodigd om mee te doen aan een onderzoek over drugs- en alcoholgebruik. Hierdoor bevat de database een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een interesse in het thema. Dit heeft invloed op de prevalentie van cocaïnegebruik onder de respondenten. In 2017 hebben zij een online vragenlijst over middelengebruik ingevuld. 574 respondenten gaven aan dat zij serieuze plannen hadden om komend jaar cocaïne te gebruiken en/of dat zij in het afgelopen jaar cocaïne hadden gebruikt (zie tabel 1). Deze laatste groep is meegenomen in de analyses van de huidige studie.

Tabel 1 Verdeling aantal respondenten m.b.t. intentie en ervaring

| Intentie/ervaring | Aantal respondenten |
|---|---------------------|
| Geen intentie, wel laatste jaar gebruik | 150 |
| Intentie, recent gebruik | 359 |
| Intentie, geen recent gebruik | 20 |
| Intentie, geen gebruik ooit | 45 |
| Totaal | 574 |

De volgende variabelen uit de database zijn gebruikt voor de analyses van het onderzoek:

- Leeftijd (gemiddelde)
- Geslacht (% man)
- Aantal dagen cocaïnegebruik in het afgelopen jaar (opgedeeld in drie categorieën: 1-5 dagen, 6-20 dagen, >21 dagen)
- Frequentie van gebruik in de afgelopen maand
- Intentie om in het komend jaar cocaïne te gebruiken
- Positieve verwachtingen van gebruik van cocaïne
- Negatieve verwachtingen van gebruik van cocaïne
- Inschatting van de schadelijkheid van cocaïne (5-punts Likertschaal)
- Intentie om te minderen of te stoppen met cocaïnegebruik (alleen aan recente gebruikers)
- Setting van gebruik (alleen aan recente gebruikers)
- Harm reduction maatregelen genomen bij gebruik (alleen aan recente gebruikers): dingen die mensen voor of tijdens het gebruik van cocaïne doen om de schadelijkheid van het gebruik te proberen te verminderen.

De totstandkoming van de drie klassen op basis van de DUP-database

In eerdere analyses met deze database werd een 'latente klasse-analyse' (LCA) uitgevoerd met als indicator (afhankelijke variabele) 'positieve en negatieve verwachtingen van gebruik'. Een LCA is een systematische manier om mensen of andere objecten van onderzoek in te delen in homogene groepen (Vermunt, 2004). De uitvoering van deze LCA (in het statistische softwareprogramma MPlus) valt buiten de scope van de huidige studie. Daarom beperken we ons hier tot een beknopte omschrijving van de resultaten.

Door middel van de LCA werden drie klassen geïdentificeerd die zich van elkaar onderscheiden op grond van verwachtingen van cocaïnegebruik. Met andere woorden, binnen de groep respondenten met ervaring of intentie om cocaïne te gebruiken werden drie verschillende patronen van verwachtingen gezien.

Om verschillen tussen de drie klassen verder te onderzoeken zijn er aanvullende analyses uitgevoerd op basis van de volgende factoren: laatste-jaar-gebruik, intentie om te gebruiken, intentie om te stoppen of te minderen, risicoperceptie van cocaïne, voorkeurssetting voor gebruik, toepassing van harm reduction maatregelen. De resultaten hiervan worden beschreven onder 2.3.

2.2 Resultaten op groepsniveau (totale steekproef)

De analyses van de DUP-database laten zien dat de 574 respondenten gemiddeld 21,6 jaar waren en dat minder dan de helft man is (46,7%). Dit geeft aan dat vrouwen oververtegenwoordigd zijn. Van alle respondenten hadden 529 (92,2%) ooit ervaring met cocaïne. Hiervan hadden 509 (87%) ervaring met cocaïne in het afgelopen jaar. De overige 45 respondenten die geen ervaring hadden, hadden de intentie om komend jaar cocaïne te gebruiken en zijn daarom meegenomen in de klassenanalyse. Zij hebben echter geen antwoord gegeven op vragen over context, frequentie of intentie om te stoppen. Voor elke variabele is in tabel 2 aangegeven hoeveel mensen antwoord hebben gegeven op de desbetreffende vraag.

Frequentie van gebruik *in de afgelopen maand*: 60,3% had in de maand voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst geen cocaïne gebruikt. Ongeveer een derde (33,8%) had 1 à 2 dagen gebruikt en 4,7% had 3 tot 5 dagen gebruikt. Frequentie van gebruik *in het afgelopen jaar*: de grootste groep gaf 1 à 2 dagen gebruikt te hebben (45,7%). Over het algemeen karakteriseert de groep zich door een recreatief, niet zeer frequent gebruikspatroon.

Gemeten op een 5-punts Likertschaal vinden ongeveer 9 op de 10 respondenten cocaïne 'een beetje' tot 'heel' schadelijk (89,1%) en is er niemand die cocaïne 'helemaal niet' schadelijk vindt. 42,1% heeft de intentie om te stoppen tegenover 36,2% die zegt 'ooit wel maar niet komend jaar' te willen stoppen. Ongeveer 1 op de 5 gebruikers (21,7%) denkt niet na over stoppen. 41,5% heeft meerdere keren een tijd geen cocaïne gebruikt of geprobeerd dit te doen; 51% heeft dit nog nooit gedaan.

Er is voor verschillende settings uitgevraagd waar mensen het vaakst cocaïne gebruiken. Gebruik tijdens uitgaan (65,6%) en bij iemand anders thuis (39,1%) blijken het meest populair, gevolgd door gebruik op een festival (26,1%) en thuis (16,1%). Andere, minder vaak voorkomende gebruiksettings (niet in een tabel) zijn: op een (studenten-)vereniging, op een pleintje/straat en in een park/de natuur (allemaal ongeveer 1%).

Ten slotte is gevraagd welke harm reduction maatregelen mensen toepassen. Op groepsniveau blijkt dat ongeveer driekwart (74,3%) tijdens het gebruik controle probeert te houden door op te letten hoeveel ze gebruiken. Ongeveer de helft geeft aan tijdens het gebruik goed te rusten, water of fris te drinken of iets te eten (48,7%). 42,4% zoekt voorafgaand aan het gebruik informatie over cocaïne op. Ongeveer een kwart (25,1%) geeft aan vóór het gebruik te plannen waar, wat en hoeveel ze gebruiken. Ongeveer 1 op de 10 respondenten geeft aan de cocaïne te laten testen, en iets meer dan 3 op de 10 zegt geen enkele van de genoemde maatregelen toe te passen. Een kanttekening bij deze laatste bevinding: het is mogelijk dat er wel harm reduction maatregelen werden toegepast, maar dat deze niet bij de antwoordopties genoemd werden.

2.3 Resultaten: vergelijking tussen de drie klassen

Voor het huidige onderzoek is, zoals beschreven, uitgegaan van drie klassen van cocaïnegebruikers die in de Personastudie werden vastgesteld op basis van een latente klasse-analyse. Deze drie klassen onderscheiden zich van elkaar op grond van verwachtingen van gebruik van cocaïne. Daarbij valt klasse 1 op door de vele hoge scores op negatieve verwachtingen, zoals 'het kost te veel geld', 'lange termijn risico's voor de lichamelijke en geestelijke gesteldheid' en 'lichamelijke en emotionele klachten op de dagen na gebruik'. Klasse 2 valt op door de hoge scores op 'sociale verwachtingen', zoals 'gezellige tijd met vrienden', 'remmingen vallen weg', 'fijn gevoel/lachen/genieten' en ook de oppeppende werking. Klasse 3 onderscheidt zich door de relatief lage scores op bijna alle verwachtingen, uitgezonderd 'langer door kunnen gaan' en 'het kost te veel geld'.

Om deze klassen nader met elkaar te vergelijken zijn er chi-kwadraattesten uitgevoerd. Hiermee is te zien of de drie groepen van elkaar verschillen op de volgende factoren: laatste-jaar-gebruik, intentie om te gebruiken, intentie om te stoppen of te minderen, risicoperceptie van cocaïne, voorkeurssetting voor gebruik, toepassing van harm reduction maatregelen. Bij een significante toets zijn er post-hoc paarsgewijze z-testen (Bonferroni-correctie) uitgevoerd om verder te bepalen waar de verschillen tussen de groepen zich bevinden. In tabel 2 worden voor alle variabelen de percentages en gemiddelden voor zowel de totale groep als voor de drie klassen vermeld.

Uit de analyses blijkt dat de drie klassen van elkaar verschillen op de onderzochte variabelen. Door middel van een * en een blauwe kleur is aangegeven voor welke variabelen er significante groepsverschillen gevonden zijn. Alleen op de variabelen die blauw zijn gemarkeerd worden relevante verschillen tussen klassen gezien, die hieronder verder worden toegelicht.

- Klasse 2 heeft in vergelijking met klasse 1 en klasse 3 vaker in het jaar voorafgaand aan de bevraging ('afgelopen jaar') cocaïne gebruikt. In klasse 1 zit het hoogste percentage mensen dat geen ervaring heeft met cocaïne. Klasse 2 heeft het vaakst de intentie om komend jaar te gebruiken.

- Met betrekking tot de setting van gebruik valt op dat klassen 2 en 3 vaker in een festivalsetting gebruiken dan klasse 1. Klasse 2 gebruikt vaker dan klasse 3 in een uitgaanssetting of bij iemand anders thuis.
- Met betrekking tot perceptie van schadelijkheid van cocaïnegebruik werden ook groepsverschillen gevonden. In het algemeen wordt in elke klasse cocaïnegebruik door meer dan 85% van de respondenten ingeschat als een beetje tot heel schadelijk. Respondenten in klasse 1 schatten cocaïnegebruik iets vaker als 'heel schadelijk' in, klasse 3 deed dat iets minder vaak en de respondenten in klasse 2 zien cocaïnegebruik iets vaker als 'een beetje schadelijk'. Klasse 1 lijkt zich te kenmerken door een relatief hogere risicoperceptie.
- Klasse 1 heeft, in vergelijking met de andere twee klassen, vaker de intentie om komend jaar stoppen, terwijl die intentie onder klasse 2 het minst vaak aanwezig is.
- Ten slotte blijkt dat klasse 1 vaker dan klasse 2 plant waar en hoeveel cocaïne ze gaan gebruiken. Voor andere beschermende maatregelen werden er geen groepsverschillen gevonden.

Klasse 1 lijkt de meest voorzichtige gebruiker; er is minder vaak sprake van daadwerkelijke ervaring met cocaïne, cocaïne wordt vaker als 'zeer schadelijk' beoordeeld en er is vaker de intentie om in de toekomst te stoppen met gebruik. Er wordt gebruikt tijdens het uitgaan of bij iemand thuis. Ook worden relatief vaker harm reduction maatregelen ingezet met betrekking tot planning van gebruik.

Klasse 2 kenmerkt zich door een hogere frequentie van cocaïnegebruik. Ook is deze groep vaker van plan in de toekomst opnieuw cocaïne te gebruiken. Er wordt vooral gebruikt op festivals en bij mensen thuis.

Klasse 3 heeft vaker dan klasse 1, maar minder vaak dan klasse 2, ervaring met gebruik in het afgelopen jaar, maar lijkt wel relatief meer risico's te nemen. Ook al is klasse 3 een uitgaansgebruiker, hun gebruik lijkt minder setting-gebonden in vergelijking met de andere twee klassen. Ook zet deze groep het minst vaak harm reduction maatregelen in.

Tabel 2 Karakteristieken van de drie klassen van cocaïnegebruikers op basis van de DUP-database

| | Totaal sample (N=574) | Klasse 1 (N=88) | Klasse 2 (N = 161) | Klasse 3 (N = 325) |
|---|-----------------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| Leeftijd (gemiddelde) | 21,6 | 21,6 | 21,6 | 21,6 |
| Geslacht (% man) | 46,7% | 46,6% | 39,8% | 50,2% |
| Laatste jaar ervaring *(N=509) | | | | |
| -1 tot 5 dagen | 73,1% | 70,3% | 58,0% | 73,1% |
| -6 tot 19 dagen | 20,8% | 23,0% | 31,5% | 15,1% |
| -meer dan 20 dagen | 6,1% | 6,8% | 10,5% | 3,8% |
| Geen ervaring ooit* (N=45) (%) | 7,8% | 14,8% | 8,1% | 5,8% |
| Intentie om te gebruiken (N=574)* | 73,9% | 69,3% | 90,1% | 67,1% |
| Schadelijkheid (N=574)* | | | | |
| -Helemaal niet schadelijk | 0% | 0% | 0% | 0% |
| -Niet zo heel schadelijk | 2,1% | 1,1% | 1,9% | 2,5% |
| -Neutraal | 8,9% | 3,4% | 13,0% | 8,3% |
| -Beetje schadelijk | 36,8% | 23,9% | 44,7% | 36,3% |
| -Heel schadelijk | 52,3% | 71,6% | 40,4% | 52,9% |
| Intentie stoppen/minderen (N=359) | | | | |
| -ik denk niet na over stoppen/minderen | 21,7% | 8,5% | 29,1% | 20,0% |
| -ooit wel, maar niet komend jaar | 36,2% | 23,4% | 45,7% | 33,0% |
| -komend jaar stoppen/minderen | 42,1% | 68,1% | 25,2% | 47,0% |
| Setting (N=509) | | | | |
| -Uitgaan* | 65,6% | 73,0% | 76,9% | 58,2% |
| -Festival* | 26,1% | 12,2% | 32,2% | 26,7% |
| -Thuis | 16,1% | 20,3% | 14,7% | 9,0% |
| -Bij iemand thuis* | 39,1% | 44,6% | 48,3% | 33,2% |
| Harm reduction maatregelen | | | | |
| -voor het gebruik plannen* | 25,1% | 36,4% | 17,8% | 25,7% |
| -voor het gebruik laten testen | 9,3% | 9,1% | 6,9% | 10,6% |
| -voor gebruik informatie zoeken | 42,4% | 45,5% | 44,6% | 40,2% |
| -voor gebruik goed slapen of gezond eten | 23,6% | 21,8% | 22,8% | 24,6% |
| -tijdens gebruik goed rusten, water drinken of eten | 48,7% | 49,1% | 54,5% | 45,3% |
| -tijdens gebruik controle houden | 74,3% | 63,6% | 79,2% | 74,9% |
| -zorgen voor je eigen veiligheid | 37,6% | 43,6% | 32,7% | 38,5% |
| -geen van bovenstaande* | 34,2% | 25,7% | 29,4% | 38,7% |

*significante statistische test bij een $\alpha < 0.05$.

3. Resultaten literatuurverkenning

3.1 Literatuuronderzoek

Het doel van het literatuuronderzoek is het in kaart brengen van relevante literatuur waarin groepen gebruikers van cocaïne beschreven worden. Hiertoe zijn zoekopdrachten in de volgende wetenschappelijke databanken uitgevoerd: Pubmed en Google Scholar. De volgende zoektermen zijn gebruikt: ("cocaine use*" [ti] OR "cocaine dependence" [ti] OR "cocaine abuse*" [ti]) AND ("subtype*" [tiab] OR "typology*" [tiab] OR "subgroup*" [tiab]) NOT crack. De zoekstrategie is in de periode september-oktober 2020 uitgevoerd.

In totaal leverde de zoekopdracht 98 resultaten op. Titels en samenvattingen uit de zoekopdracht zijn gescreend op informatie over frequentie van gebruik, type gebruiker, setting van gebruik en polydruggebruik. Literatuur over verschillende subgroepen van gebruikers op basis van genetische of neurobiologische achtergrond zijn buiten beschouwing gelaten. En ook onderzoek dat op basis van vooraf gedefinieerde subgroepen naar karakteristieken zocht is niet meegenomen. Er was geen afbakening op basis van publicatiejaar. In totaal bleven er acht internationale publicaties over die voldeden aan de zoekopdracht. Daarnaast waren we bekend met één boek dat aan de zoekopdracht voldeed. Zie tabel 3.

In het algemeen valt op dat de gevonden publicaties al wat ouder zijn en er geen publicaties over dit onderwerp zijn uit de laatste vijf jaar. Daarmee zijn de besproken studies relatief oud en moeten ze geïnterpreteerd worden in de context van de tijd dat ze gepubliceerd zijn. Daarnaast gaat het in de meeste gevallen om gebruikers in een behandelsetting. Hieronder worden de artikelen kort besproken. Met uitzondering van Kranzler et al. (2008) kon niet altijd vastgesteld worden over welke toedieningsroute van gebruik het ging (snuiven, roken of injecteren).

Tabel 3 Overzicht van de literatuur waarin subgroepen cocaïnegebruikers worden onderscheiden

| No | Referentie | Dimensie | Sample | Groepen |
|----|----------------------|----------------------------------|----------------|--|
| 1 | Craig en Olson, 1992 | Persoonlijkheid | 104 gebruikers | Type 1: rebels, afreageren, narcistische trekken Type 2: psychiatrisch beeld |
| 2 | Moss en Werner, 1992 | Persoonlijkheid | 100 gebruikers | Type 1: zelfmedicatie om met depressie om te gaan Type 2: geen psychopathologie Type 3: verstoring of invalide groep |
| 3 | Ball e.a., 1977 | Persoonlijkheid | 132 gebruikers | Type 1: rebels, afreageren, narcistische trekken Type 2: psychiatrisch beeld |
| 4 | Ball e.a., 1995 | Risicofactoren, gebruikspatroon, | 399 gebruikers | Type A: latere beginleeftijd, minder vaak sprake van premorbide risicofactoren, |

| No | Referentie | Dimensie | Sample | Groepen |
|----|----------------------|---|--------------------------|--|
| | | psychiatrische kenmerken | | minder ernstige verslaving en gebruikspatroon Type B: eerdere beginleeftijd en ernstiger patroon van risicofactoren, verslaving en gebruikspatroon |
| 6 | Weiss en Mirin, 1986 | Psychiatrische symptomen, familiegeschiedenis en reactie op behandeling | Onbekend, enkel abstract | 1. depressieve patiënten 2. patiënten met bipolaire stoornissen 3. volwassenen met ADD 4. patiënten met narcistische en borderline persoonlijkheidskenmerken 5. patiënten met antisociale persoonlijkheidsstoornis |
| 7 | Kranzler e.a., 2008 | Gebruikspatroon, cocaïne-gerelateerde effecten en behandelgeschiedenis | 1393 gebruikers | Cluster 1: zwaar gebruik Cluster 2: zwaar gebruik voornamelijk injectie Cluster 3: zwaar gebruik, maar minder vaak verslaving Cluster 4: gematigd gebruik, maar vaker injectie Cluster 5: gematigd gebruik, minder vaak verslaving Cluster 6: voornamelijk opioïdegebruik |
| 8 | Green e.a., 2009 | Sociale context van gebruik | 82 gebruikers | Groep 1. recreatieve cocaïnegebruikers Groep 2: polydrugsgebruikers Groep 3: saillante cocaïnegebruikers |
| 9 | Waldorf*, 1992 | Patroon van gebruik | 267 gebruikers | Groep 1: af en toe gebruikers Groep 2: nippers Groep 3: bingers Groep 4: zware gebruikers |

*boek

3.2 Resultaten

3.2.1 Persoonlijkheid en psychiatrische klachten

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) is een gestandaardiseerde test waarmee persoonlijkheidsstijlen en psychopathologie kunnen worden vastgesteld onder volwassenen (Camara, Nathan en Puente, 2000). Verschillende onderzoeken hebben op basis van deze test subtypes gebruikers van cocaïne onderzocht.

Op basis van één onderzoek onder 104 mannelijke cocaïnegebruikers in behandeling voor verslaving (Graig en Olson, 1992) werden twee subtypes vastgesteld. Type 1 kenmerkte zich door een rebels en impulsief karakter met narcistische persoonlijkheidstrekken. Type 2 kenmerkte zich door een

psychiatrisch beeld en had problemen met psychologische aanpassing. Deze groep had verschillende symptomen, zoals verwardheid en een ongeorganiseerde manier van denken, beperkt beoordelingsvermogen, vervreemding, afwijzing door anderen, wrok, vijandigheid, agressie en psychisch lijden - zoals angst en depressie - en een paranoïde manier van denken.

In een ander onderzoek onder 100 mannelijke cocaïnegebruikers (Moss en Werner, 1992) werden drie types gebruikers vastgesteld. Het eerste type leek het meest op een type 1 zoals hiervoor omschreven en scoorde hoog op impulsiviteit en depressie. Het tweede type had een normaal persoonlijkheidsprofiel. Het derde type bestond uit een hele kleine groep en is daarom mogelijk niet valide.

In een derde onderzoek onder zowel mannelijke als vrouwelijke cocaïnegebruikers (Ball et al., 1997) werd een vergelijkbare typering gevonden als in de studie van Graig en Olson (1992). Ongeveer 61% van de gebruikers voldeed aan het beeld van type 1 en de overige 39% voldeed aan het beeld van type 2. Omdat in dit onderzoek zowel mannen als vrouwen meededen, kon ook bekeken worden of er verschillen in sekse waren met betrekking tot deze typering. Bij type 1 was de man-vrouwverdeling ongeveer gelijk. Bij type 2 was een groter deel vrouw dan man (70,9% vs. 29,1%). Dit verschil kon niet verklaard worden door verschillen in de ernst van de verslaving.

Een andere classificatie is gebaseerd op de type A- en type B-indeling die zijn oorsprong heeft in onderzoek naar alcoholgebruik (Babor et al., 1992). Type A- en type B-classificaties worden gemaakt op basis van een combinatie van premorbide risicofactoren (bijvoorbeeld een familiegeschiedenis van middelengebruik), variabelen kenmerkend voor een patroon van gebruik (bijvoorbeeld frequentie van gebruik) en psychiatrische problemen (bijvoorbeeld depressie).

Op basis van een onderzoek onder 399 cocaïnegebruikers (Ball et al., 1995) bleek dat ook cocaïnegebruikers ingedeeld konden worden volgens deze twee typen. Een meerderheid van 67% kon geclassificeerd worden als type A en 33% als type B. Type A verschilde van type B door een latere beginleeftijd van gebruik. Daarnaast scoorde de type A-gebruiker lager op de meeste andere onderzochte factoren. Er was bijvoorbeeld minder vaak sprake van een familiegeschiedenis met middelengebruik, gedragsproblemen in de kindertijd, sensatiezucht, antisociaal gedrag en verslavingsgerelateerde en psychiatrische symptomen zoals depressie. Ook had type A, in vergelijking met type B, een minder ernstig patroon van middelenmisbruik, zoals een lagere gebruiksfrequentie en een lager totaal aantal jaren van cocaïnegebruik. Daarnaast waren de symptomen van cocaïneverslaving voor type A-gebruikers minder ernstig dan voor type B-gebruikers.

In een onderzoek van Weiss & Mirin (1986) werden vijf subtypes cocaïnegebruikers onderscheiden op basis van de aanwezigheid van comorbide psychiatrische problematiek. Hier ging het om cocaïnegebruikers die in behandeling waren voor verslaving en daarnaast comorbide psychiatrische klachten of persoonlijkheidsstoornissen ervoeren. De volgende types werden onderscheiden: 1) depressieve patiënten die cocaïne gebruikten voor de euforische effecten ervan, 2) patiënten met bipolaire stoornissen die cocaïne gebruikten om manische of hypomanische symptomen te versterken of om depressie te verlichten, 3) volwassenen met ADD die de ervaring hadden dat cocaïne hun aandachtsspanne verbeterde, 4) patiënten met narcistische en borderline persoonlijkheidskenmerken die cocaïne gebruikten voor het sociale prestige en omdat het hun zelfvertrouwen vergrootte, 5)

patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis die cocaïne gebruikten als onderdeel van een patroon van antisociaal gedrag.

3.2.2 Hoeveelheid gebruik en ernst van verslaving

In een onderzoek specifiek naar verschillende typeringen van cocaïneverslaving (Kranzler et al., 2008) werden zes types - in het onderzoek 'clusters' genoemd - vastgesteld op basis van indicatoren van gebruikspatroon, cocaïnegerelateerde effecten en behandeling van verslaving van zowel cocaïne als opioïden. Cluster 1 bestond uit zware gebruikers die hoofdzakelijk cocaïne gebruiken. Cluster 2 bestond uit zware gebruikers die ook cocaïne injecteerden. Deze groep ging sneller over naar een patroon van zwaar cocaïnegebruik. Cluster 3 bestond uit zware cocaïnegebruikers met een latere startleeftijd dan de gebruikers in de clusters 1 en 2. Gebruikers in cluster 1 ervoeren vaker een sterkere en langdurige high dan toen ze begonnen met cocaïnegebruik. Met betrekking tot andere cocaïnegerelateerde effecten, inclusief bijwerkingen, waren gebruikers in de clusters 1 en 2 vergelijkbaar en ervoeren ze meer bijwerkingen dan gebruikers in de andere vier clusters. Gebruikers in clusters 1 en 2 werden ook vaker klinisch behandeld voor cocaïneverslaving. In cluster 4 was er vaker sprake van een opioïde verslaving en kwam het injecteren van cocaïne als toedieningsroute vaker voor dan in de clusters 1 en 3. Cluster 5 bestond uit gebruikers met een minder frequent gebruikspatroon. Bij dit cluster was er in vergelijking met de eerste vier clusters minder vaak sprake van dagelijks gebruik en cocaïneverslaving. Cluster 6 bestond voornamelijk uit mensen waarbij opioïde misbruik speelde, zonder dat er sprake was van cocaïnegebruik.

3.2.3 Sociale context van gebruik

In het onderzoek van Green, Pickering, Foster, Power en Stimson (2009) werd er een onderscheid gemaakt tussen drie verschillende groepen cocaïnegebruikers op basis van de sociale context van gebruik. De eerste groep waren recreatieve gebruikers. Zij gebruikten snuifcocaïne met hun vrienden thuis of tijdens sociale bijeenkomsten. Hun vriendschappen waren niet gebaseerd op cocaïnegebruik en ze identificeerden zichzelf niet als cocaïnegebruikers. De hoeveelheid en frequentie van gebruik varieerde, maar overschreed zelden een halve gram per persoon per dag. Binnen de groep recreatieve gebruikers werd nog onderscheid gemaakt tussen de 'af en toe-gebruikers' en de 'grillige gebruikers', waarbij de laatste groep vaker af en toe heftig gebruikte, gevolgd door periodes van geen gebruik. Ook gebruikte de laatste groep in meer verschillende settings. De tweede gevonden groep waren de polydrugsgebruikers. Naast cocaïne gebruikten zij ook nog andere drugs, waaronder opioïden. De derde groep was de meest 'ongrijpbare' groep gebruikers, waarmee het moeilijkst contact te krijgen was. Deze groep bestond uit de zwaarste groep gebruikers waarbij een groot deel van de sociale contacten en bezigheden gerelateerd waren aan cocaïnegebruik.

3.2.4 Gebruikspatroon

Waldorf (1992) maakte onderscheid tussen vier verschillende typen van gebruikers op basis van het patroon van gebruik: 1) zwaardere gebruikers (ook wel 'hogs' genoemd), 2) bingers, 3) nippers en 4) 'af en toe-' of 'ceremoniële' gebruikers. De zware gebruikers gebruikten op dagelijkse basis een grote hoeveelheid cocaïne. Hier vielen veelal mensen onder die cocaïne rookten of injecteerden. Bingers

waren gebruikers die korte periodes van zwaar gebruik kenden - bijvoorbeeld een weekend - , gevolgd door een aantal dagen of weken zonder gebruik. Als voorbeeld werden de *'weekend warriors'* genoemd, die doordeweeks niet gebruikten maar zichzelf na een werkweek tijdens feestjes op cocaïne 'trakteerden'. De zware en de bingegebruikers waren de groepen met het zwaarste gebruik en de meest ernstige gevolgen. Nippers waren mensen die regelmatig gebruikten - bijvoorbeeld elke dag - , maar dan een relatief kleine hoeveelheid. Nippers hadden over het algemeen controle over hun gebruik en lieten hun cocaïnegebruik hun dagelijkse activiteiten, zoals werk en het gezinsleven, niet beïnvloeden. De vierde categorie was de 'af en toe-gebruiker' of de 'ceremoniële gebruiker'. Deze laatste groep gebruikte af en toe, maar toonde geen kenmerken van misbruik. Ze ervoeren de plezierige effecten en vermeden de negatieve effecten. Er was geen controleverlies, geen bingegebruik of dagelijks gebruik en ook geen cocaïnegerelateerde problematiek.

3.2.5 Conclusie

Er bestaan geen recente publicaties over subgroepen of kenmerken van cocaïnegebruikers. Ook zijn de meeste internationale onderzoeken uitgevoerd onder gebruikers die in behandeling waren voor verslaving. Er werden in die studies subgroepen gevonden op basis van de volgende dimensies: persoonlijkheid, comorbide psychiatrische en persoonlijkheidsproblematiek, hoeveelheid en patroon van gebruik, ernst van verslaving en sociale context van gebruik.

Aanvullende literatuur

Naast het onderzoek dat in deze literatuurverkenning wordt besproken, zijn er in de afgelopen dertig jaar verschillende Nederlandse en Belgische publicaties over cocaïnegebruikers en cocaïnegebruik (zowel snuiven als roken en/of injecteren) verschenen. Voor zover bekend hadden deze studies niet als doel om verschillende subgroepen te definiëren en daarom worden ze verder niet uiteengezet in deze literatuurverkenning. Een aantal wordt wel kort besproken in het historisch kader in de inleiding. De geïnteresseerde lezer wordt verwezen naar onderstaande bronnen.

Bie, E. de, & Bieleman, B. (1992). *In Grote Lijnen. Een onderzoek naar aard en omvang van cocaïnegebruik in Rotterdam*. Groningen-Rotterdam: Intraval.

Bieleman, B., & De Bie, E. (1992). *'Hidden population': aanpak van een onderzoek naar cocaïnegebruikers*. Groningen-Rotterdam: Intraval.

Cohen, P.D., & Wolters, E.C.J.M. (1989). *Cocaine use in Amsterdam in non-deviant subcultures*. Universiteit van Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie.

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

Korf, D.J. (2010). *Coke bij de vis. Misdaad en moraal*. (Universiteit van Amsterdam Oratie Rechtsgeleerdheid). Amsterdam: Vossiuspers.

Nabben, T. & Benschop, A. (2020). *Antenne 2019. Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Poel, A. van der, Rodenburg, G., Dijkstra, M. Stoele, M. and Mheen, D. van de (2008). 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.

Stoele, M.T.M., Verdurmen, J., Maalsté, N. (2004). *Edam-Volendam ontnuchtert. Een kwalitatief onderzoek naar uitgaansleven en middelengebruik in Edam-Volendam*. IVO-reeks 31. Rotterdam-Utrecht: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO), Trimbos-instituut.

4. Resultaten interviews

4.1 Methoden

In de periode van augustus tot en met oktober 2020 zijn vijftien professionals geïnterviewd die beroepsmatig in aanraking komen met mensen die cocaïne gebruiken. Zij werden geworven via de netwerken van de onderzoekers, in de regio's Amsterdam, Randstad, Noord-Brabant, Groningen, Utrecht, Noord-Veluwe, Achterhoek, Maastricht en Zuid-Limburg. Er is getracht zo veel mogelijk spreiding in beroepsgroepen en sectoren te genereren voor een zo volledig mogelijk beeld van mogelijke typen gebruikers van cocaïne. Respondenten waren professionals uit de verslavingszorg en de bredere (geestelijke) gezondheidszorg, het maatschappelijk werk, de evenementensector, de horeca, de retail en de financiële en juridische sector (zie tabel 4). Bij de werving van professionals bleek het moeilijk om in een aantal sectoren professionals bereid te vinden tot een vertrouwelijk interview. In sommige gevallen werd bij een verzoek onmiddellijk ontkend dat er sprake was van enig noemenswaardig cocaïnegebruik. Tijdens het wervingsproces werd dus al enige mate van taboe ervaren waar het (het bespreken van) het gebruik van cocaïne betreft.

Tabel 4 Overzicht van sectoren, functiegroepen en omgeving van de geïnterviewde professionals

| nr. | Sector | Functie |
|-----|---|---|
| 1 | Verslavingszorg | Preventiewerker (gericht op toeleiding naar zorg) |
| 2 | Maatschappelijk werk | Verpleegkundige en vertrouwenspersoon voor sekswerkers |
| 3 | Gezondheidszorg | Bedrijfsarts en hoofd arbodienst; betrokken bij ABS-artsen (abstinentie); 2 maanden gepensioneerd |
| 4 | Geestelijke gezondheidszorg | Psychiater |
| 5 | Evenementensector | Directeur evenementenzorgaanbieder; voorheen zorghulpverlener |
| 6 | Horeca (restaurant) | Mede-eigenaar (voorheen bediening) |
| 7 | Verslavingszorg | Coördinator drugstestservice en preventiewerker |
| 8 | Verslavingszorg (ter ondersteuning van naasten) | Projectleider en hoofdbehandelaar |
| 9 | Verslavingszorg | GZ-psycholoog jeugd en jongvolwassenen |
| 10 | Retail (mode) / creatieve sector | Personal assistant (PA) / ondersteuning managementteam |
| 11 | Gezondheidszorg | Praktijkondersteuner Huisarts - Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) bij huisartsenpraktijk en verslavingszorginstelling |
| 12 | Verslavingszorg (particulier) | Consultancy aan bedrijven en particulieren |
| 13 | Advocatuur / juridisch | Coach en trainer |
| 14 | Advies / consultancy | Consultancy aan bedrijven en particulieren |
| 15 | Geestelijke hulpverlening | Dominee |

Daarnaast zijn er tien (huidige dan wel recente ex-)gebruikers van cocaïne (deels telefonisch) geïnterviewd. Deze gebruikers zijn geworven via een oproep op een social media-kanaal (Facebookgroep) waar gebruikers elkaar ontmoeten, via sleutelcontactpersonen en via het netwerk van de onderzoekers en diens collega's. Om zoveel mogelijk variatie in gebruikers te waarborgen, werden geïnteresseerde potentiële deelnemers vooraf telefonisch gevraagd naar hun patroon van gebruik en de regio waar ze woonachtig zijn. De respondenten ontvingen voor hun deelname een waardebon van € 20,- en is er gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst (zie bijlage 2).

Zie tabel 5 voor een overzicht van de demografische kenmerken van de gebruikers. Sectoren waar de respondenten werkzaam waren, varieerden van de ICT, de zorg, de luchtvaart en de gezondheidszorg tot het bankwezen. Twee respondenten waren ten tijde van het interview werkloos. Voor de anderen gold dat zij een dagbesteding hadden van voornamelijk fulltime werken (in twee gevallen werk gecombineerd met studeren). Om anonimiteit te waarborgen wordt hier niet gedetailleerder ingegaan op dergelijke kenmerken van de geïnterviewde gebruikers.

Tabel 5 Demografische beschrijving van geïnterviewde cocaïnegebruikers

| N = 10 | Geslacht | Leeftijd | Omgeving | Werk | Opleiding | Wonen |
|-----------|------------------|--------------------------|--|--|---|---------------------------------|
| Aantallen | 6 man 4 vrouw | Gem. 30,7 Range 20-49 | 6 Randstad* 1 Zeeland 1 Limburg 1 Noord-Holland 1 Zuid-Holland | 7 fulltime 2 werkloos 1 studerend + bijbaan | 1 havo 2 vwo 3 mbo 3 hbo 1 wo | 4 alleenwonend 6 samenwonend |

*Respondenten woonachtig in (middel-)grote steden in de provincies Noord- en Zuid-Holland en Utrecht zijn aangeduid als deelnemers uit de Randstad.

Alle geïnterviewden (zowel professionals als gebruikers) hebben vooraf een informatie- en toestemmingsbrief ontvangen met informatie over deelname aan het onderzoek en over de verwerking van persoonsgegevens. Met toestemming van de respondenten zijn geluidsopnames van de interviews gemaakt. Voordat het interview van start ging, is de respondenten gevraagd of zij nog vragen hadden naar aanleiding van de informatiebrief en zij akkoord gingen met de toestemmingsverklaring.

4.2 Analyses

De 25 interviews zijn getranscribeerd aan de hand van de opnames. Vervolgens zijn de transcripties gecodeerd via het programma MAXQDA. De initiële codeset is opgesteld aan de hand van de gestructureerde vragenlijsten. Vervolgens zijn twee interviews door twee onderzoekers gezamenlijk selectief gecodeerd aan de hand van deze initiële codeset, voor het identificeren van eventuele nieuwe (sub-)codes en overeenstemming over definiëringen van de codes. Hierna is de definitieve codeset opgesteld waarmee alle transcripties zijn gecodeerd. De codes zijn vervolgens, op basis van de indeling van de vragenlijsten en logica van inhoudelijk bij elkaar passende codes, op de volgende overkoepelende thema's gethematiseerd en geanalyseerd (Verhoeven, 2020).

1. Beschrijving van gebruikers (paragraaf 4.3)
2. Motieven voor gebruik (paragraaf 4.4)
3. Invloeden op gebruik (paragraaf 4.5)
4. Negatieve gevolgen (paragraaf 4.6)

In de beschrijving worden de resultaten van de interviews per thema afwisselend vanuit het oogpunt van de professionals en van de gebruikers weergegeven.

4.3 Beschrijving van gebruikers

4.3.1 Karakteristieken

Deze paragraaf geeft de karakteristieken van cocaïnegebruikers weer (werksetting, leeftijd en geslacht), zoals gezien door de geïnterviewde professionals en zoals weergegeven in de beschrijvingen die de geïnterviewde gebruikers van zichzelf gaven.

Professionals

De professionals geven aan dat zij gebruikers van cocaïne tegenkomen in zeer diverse sectoren en functiegroepen. Qua geslacht geven twee professionals aan het idee te hebben dat cocaïne even populair is onder mannen en vrouwen, maar de meesten vertellen dat zij gebruik (en ook problematiek) vaker bij mannen tegenkomen. Het stigma op cocaïnegebruik is mogelijk voor vrouwen groter dan voor mannen. Vrouwen zouden zich mogelijk eerder kwetsbaar opstellen waar het gaat om het zoeken van hulp. Tot slot zijn de leeftijdscategorieën die de geïnterviewde professionals tegenkomen zeer divers: het meest genoemd worden 20'ers en 30'ers (met name eind 20 tot halverwege 30), maar gebruik wordt ook gezien in de leeftijdscategorie 18 tot 20 jaar en onder 40'ers en 50'ers. De jongere gebruikers wonen vaak nog thuis, maar hebben al wel een baan en daarmee de financiële middelen om (regelmatig) cocaïne te kopen.

Gebruikers

De demografische kenmerken van de geïnterviewde gebruikers staan in tabel 5. Daarnaast is aan alle respondenten gevraagd een karakterbeschrijving van zichzelf te geven. Er komt een divers beeld van verschillende persoonlijkheden naar boven. De helft van de respondenten geeft aan sociaal te zijn en een groot netwerk te hebben. Daarnaast beschrijven vijf respondenten persoonlijke kenmerken die gerelateerd zijn aan impulsiviteit, zoals druk zijn, chaotisch of snel afgeleid zijn of ADHD hebben. Ook zijn er tijdens verschillende gesprekken signalen naar boven gekomen die wijzen op een verleden met psychische klachten. Hierbij is het vaak onduidelijk welke rol cocaïne hierin heeft gespeeld. Het beeld dat ontstaat is dat deze psychische klachten al voor het starten met cocaïnegebruik aanwezig waren, maar door het gebruik soms wel versterkt kunnen worden.

4.3.2 Huidig gebruik

De interviewers hebben alleen de gebruikers gevraagd naar het huidig (of recent) gebruik. De professionals hebben zij hier niet naar gevraagd, omdat zij anders zouden moeten ingaan op casussen

van individuele personen, wat de anonimiteit en vertrouwelijkheid zou kunnen schaden. Bovendien hebben de gebruikers zelf meer zicht op huidig of recent gebruik dan de professionals.

Met betrekking tot de hoeveelheid en frequentie van gebruik lopen de antwoorden erg uiteen. Er zijn deelnemers die een paar puntjes of lijntjes per keer gebruiken (ongeveer 0,2 gram), maar ook respondenten die een pakje (ongeveer 0,8 - 0,95 gram) of een gram per keer nuttigen. Ook het patroon van gebruik is divers. Zo gebruiken sommige respondenten relatief vaak (meerdere keren per week) een relatief kleinere hoeveelheid, maar geldt voor anderen dat ze eens in de paar maanden kleine hoeveelheden gebruiken.

"[...] dus doe het wel meerdere keren per dag maar dunnere lijnen."

De frequentie varieert ook onder de gebruikers die relatief grotere hoeveelheden gebruiken (0,5 - 1 gram). Dit kan variëren van wekelijks tot eens per aantal maanden.

"Een gram in de week. Ja dat was altijd één avond en soms ook gedeeld dus niet altijd helemaal voor mezelf."

Een aantal respondenten heeft door de COVID-19-pandemie en de coronamaatregelen het gebruik tijdelijk gestaakt. Eén respondent verklaarde ook in het verleden tweemaal een tijd gestopt te zijn in verband met een gebrek aan cocaïne van goede kwaliteit op de markt.

4.3.3 Eerste gebruik

Over het eerste gebruik zijn alleen vragen gesteld aan de geïnterviewde gebruikers, omdat professionals meestal geen zicht hebben op de omstandigheden rond het eerste gebruik.

Gebruikers

De meeste respondenten hebben rond hun 20^{ste} levensjaar voor het eerst cocaïne gebruikt. Twee personen waren nog onder de 18 en één persoon was rond de 28. Ook al verschillen de respondenten in demografische achtergrond en gebruikspatroon, de beschrijvingen van de eerste keer cocaïnegebruik komen grotendeels overeen. In alle gevallen ging het om een sociale situatie, waarin andere mensen cocaïne gebruikten en het hen aangeboden werd, bijvoorbeeld tijdens of na een feestje.

"Een collegaatje uit de horeca zei toen tegen mij: 'wil je wat snuiven?' Ik zei 'dat ga ik echt niet doen!' En ze zei weer 'neem het nou maar!' Ik zei 'oké'. Ik nam die lijn en wist meteen dat ik dit heel lekker zou vinden."

"En op een gegeven moment zegt iemand: 'moet je anders wat coke proberen?' Ik zit zo te kijken en ik zeg: 'Ja, speed is toch veel beter qua effect?'. Zeiden ze: 'nee joh, coke is veel beter. Je moet het maar eens proberen.'"

Meerdere respondenten hadden al ervaring met het gebruik van andere stimulerende middelen (XTC of MDMA en speed) en hadden er - op een paar uitzonderingen na - niet eerder expliciet over nagedacht of ze cocaïne wilden proberen. Eén respondent was bij dat eerste gebruik ook nog niet onder de indruk, maar dat veranderde later.

“Dus ik neem gewoon een flinke snuif. En vond er eerlijk gezegd niet zoveel aan. Daar ben ik heel eerlijk in. De eerste keer, daar vond ik niet heel veel aan. [...] Hoe vaker ik het gebruikte, des te lekkerder het werd. Elke keer dat ik het ging gebruiken werd het lekkerder.”

De respondenten die wel van tevoren hadden besloten cocaïne te willen proberen, verklaren dat dit voornamelijk te maken had met nieuwsgierigheid.

“Het was een klein beetje het stigma dat eromheen hangt. [...] En denk door het stigma van Wolf of Wallstreet, op het moment dat het allemaal goed gaat. Ik wilde het wel eens proberen, kijken waar al die commotie om was en waarom het zo ontzettend duur was. Dat maakte me heel nieuwsgierig.”

4.3.4 Combinatiegebruik

Professionals

De meeste gebruikers gebruiken cocaïne niet in combinatie met een ander middel. Meerdere professionals die kijk hebben op combinatiegebruik noemen de combinatie met alcohol als veelvoorkomend. Er wordt begonnen met alcohol en vervolgens wordt cocaïne er later bij gebruikt om vermoeidheid als gevolg van het alcoholgebruik tegen te gaan. Ook wordt een aanbod van cocaïne onder invloed van alcohol sneller geaccepteerd. Eén professional vertelt dat hij niemand kent die cocaïne gebruikt en daar niet bij drinkt. Een andere professional geeft aan dat er bij kwetsbare mensen, die veel hebben meegemaakt, vaak een patroon van bingedrinken speelt naast het cocaïnegebruik. Ten slotte geeft één professional aan dat de combinatie alcohol-cocaïne extra gevaarlijk is.

“Dan zie je dat die combinatie heel link is. Mensen die geen grens hebben, weten niet wat ze doen. Alcohol in combinatie met cocaïne is echt kortsluiting.”

Ook combinaties met een aantal andere middelen worden genoemd. Een preventiewerker ziet combinatie met XTC en speed veel en geeft aan dat door het gebruik van cocaïne de stap naar andere stimulantia als kleiner wordt ervaren. De combinatie cocaïne met MDMA of XTC is met name populair tijdens dancefeesten en wordt gebruikt om in een *space* te raken. Ook onder studenten wordt de combinatie alcohol, MDMA en cocaïne normaal gevonden, aldus deze professional. Hierbij wordt

opgemerkt dat studenten in vergelijking met andere gebruikers vaker combinatiegebruik plannen en voorbereiden.

Professionals met diverse achtergronden noemen ook een enkele keer de combinatie van cocaïne met benzodiazepinen, cannabis en GHB. De combinatie met tripmiddelen komt nauwelijks voor. Eén professional die specifiek zicht heeft op cocaïne gerelateerde gezondheidsincidenten ziet enkel cocaïne gerelateerde incidenten als gevolg van combinatiegebruik en nooit als gevolg van het gebruik van cocaïne alleen.

Gebruikers

Alle respondenten geven aan ervaring te hebben met het combineren van cocaïne met andere middelen. De combinatie met alcohol wordt het vaakst genoemd. Een deel van de respondenten heeft geen ervaring met cocaïne zonder het gelijktijdige gebruik van alcohol. De vaakst gehoorde reden om te combineren is het tegengaan van vermoeidheid als gevolg van alcohol. Ook wordt het effect van beide middelen samen als prettig ervaren.

“Ik vind dronken zijn sowieso lekker. Maar op een gegeven moment ben je zo dronken dat je niet meer dronken kan worden. Dus op het moment dat je dan ineens een snuif neemt, dan ben je in een keer helder dronken. En als je helder dronken bent, dat vind ik gewoon een heerlijke combinatie.”

“Het werkt elkaar tegen, je wordt helderder waardoor je meer kunt drinken, dus meer shade hebt van de alcohol. De coca-ethyleen die aangemaakt wordt in je lichaam. Toen ik daarachter kwam dacht ik wel: ho, dat is misschien toch niet heel handig.”

Andere middelen waar respondenten mee combineren zijn tabak, cannabis, speed, XTC, ketamine en GHB. Eén respondent zegt dat hij mensen de combinatie met ketamine afraadt vanwege een slechte persoonlijke ervaring hiermee.

“Als ik naar een feestje ga en dan rook ik even een jointje om rustig te worden. En als het feestje me dan echt goed is en goed bevalt en zo dan ga ik weleens coke gebruiken, maar dan ben je niet meer zo moe van de wiet zeg maar.”

“Met XTC doe ik het nog wel eens. Dat vind ik ook wel een lekkere combinatie.”

4.3.5 Veranderingen in gebruik

In de interviews zijn alleen de gebruikers gevraagd naar veranderingen in gebruik. De professionals zijn hier niet naar gevraagd, omdat zij anders zouden moeten ingaan op casussen van individuele personen, wat de anonimiteit en vertrouwelijkheid zou kunnen schaden. Bovendien hebben professionals minder zicht op de exacte situatie rond gebruik dan de gebruikers zelf.

Gebruikers

Vier respondenten in de leeftijdscategorie van 30 tot 50 jaar kennen een langere periode van gebruik dan de jongere deelnemers. Deze deelnemers is gevraagd te beschrijven hoe hun gebruik over de jaren heen is veranderd.

Eén respondent beschrijft een periode van 18 jaar gebruik. Na een beginperiode van onregelmatig gebruik kwam er een periode van regelmatig gebruik, dat over de jaren heen redelijk stabiel is gebleven. Gemiddeld gaat het over een hoeveelheid van 0,8 gram, dat wordt onderverdeeld in kleine beetjes over een periode van 10 dagen. Er zijn twee periodes aan te wijzen waarin er niet gebruikt is, omdat de kwaliteit van cocaïne in die periodes slecht was.

Een tweede respondent beschrijft een periode van 9 jaar gebruik en vertelt momenteel gestopt te zijn. In de eerste periode is er voornamelijk een patroon van 'af en toe-gebruik'. Daarna is er een periode aan te wijzen waarin er ongeveer 4 jaar lang gemiddeld 1 keer per maand cocaïne werd gebruikt. Hierna volgde een periode van frequenter gebruik. Eerst ging het over een frequentie van ongeveer 3 keer per week met collega's uit de horeca. Door een verandering van baan en werksetting werd er in de laatste periode alleen in het weekend gebruikt. Ook hier ging het om een frequentie van meerdere keren per weekend. De hoeveelheid per keer was ongeveer een pakje (0.8-0,95) dat werd gedeeld met anderen.

Een derde persoon beschrijft een periode van 25 jaar cocaïnegebruik waarbij er gemiddeld 4 pakjes (0,8-0.95 gram) per maand gebruikt werden. Deze persoon kent geen periodes waarin er niet werd gebruikt. Wel zijn er kortere periodes waarin er meer gebruikt werd, bijvoorbeeld in periodes van stress en verdriet.

Een vierde persoon beschrijft een periode van 16 jaar gebruik. Het gaat om wekelijks gebruik van ongeveer 1 gram. Er lijken geen duidelijke periodes te onderscheiden te zijn. Deze respondent vertelt recentelijk gestopt te zijn.

4.3.6 Minderen en stoppen

Professionals

Sommige professionals geven aan dat een deel van de gebruikers bewust met hun gebruik omgaat en het gebruik op eigen kracht onder controle kan houden of ermee kan stoppen. Ook komt het voor dat mensen hun gebruik minderen of stoppen als zij minder of geen contact meer hebben met anderen die cocaïne aanbieden of gebruiken. Dit verminderde contact kan te maken hebben met een andere levensfase, waarin gebruikers bijvoorbeeld een gezin beginnen. Ook het krijgen van ander werk of

meer verantwoordelijkheden op het werk kan zorgen voor een meer ambivalente houding ten opzichte van het eigen cocaïnegebruik. Zo wordt bij jongere recreatieve gebruikers gezien dat zij minderen of stoppen wanneer zij carrière willen maken en zich realiseren dat ze hiervoor fit moeten zijn. Ze beseffen dat cocaïnegebruik hier niet bij past. In het algemeen zijn factoren als minder uitgaan en geen of minder alcohol drinken ook van invloed.

“Als je cocaïne nodig hebt om dit werk te kunnen doen en je stopt met werken, heb je cocaïne niet meer nodig.”

In sommige gevallen zien professionals dat gebruikers besluiten te stoppen wanneer een partner of familieleden het niet (meer) eens zijn met de wijze van het gebruik. Een andere reden die ze zien, is dat gebruikers op een gegeven moment (gezondheids-)klachten ervaren en als gevolg hiervan besluiten om het gebruik te willen staken - al dan niet in combinatie met een vorderende leeftijd. Hierbij wordt soms ook professionele hulp gezocht.

Professionals die ervaring hebben met problematische gebruikers benadrukken dat deze groep langdurig en intensief ondersteuning en monitoring nodig heeft door de omgeving (vrienden, partner, werkgever, et cetera) nodig heeft om het niet-gebruiken vol te kunnen houden. Ook zelfhulpgroepen kunnen hierbij ondersteunend zijn. Problematische gebruikers kunnen soms pas bewogen worden tot stoppen en accepteren van professionele hulp wanneer er duidelijke grenzen worden getrokken door bijvoorbeeld ouders, een partner of een werkgever. Hierbij zal duidelijk moeten worden gemaakt dat er directe consequenties volgen wanneer er doorgedaan wordt met gebruik. Het kan lang (volgens sommige professionals jaren) duren voordat de gebruiker (en diens omgeving) doorheeft dan wel toegeeft dat het gebruik problematisch geworden is. Eén professional geeft aan dat een deel van de groep gebruikers met een cocaïneverslaving nooit bij de verslavingszorg terecht komt. Deze groep komt uiteindelijk door verschillende problemen als gevolg van de verslaving - zoals financiële problemen of problemen met de opvoeding van kinderen - in beeld bij andere hulpverleningsinstanties. Het is bij deze groep de vraag of het cocaïnegebruik dan besproken wordt, aldus de professional.

Professionele hulpverleners kunnen helpen met het bedenken van alternatieven voor cocaïne als coping mechanisme. Dit kan stoppen (en het volhouden hiervan) bevorderen. Eén professional legt uit dat het nodig kan zijn enkele drempels in te bouwen, zoals de aanschaf van een nieuwe telefoon waarin geen nummers van dealers meer staan of het (tijdelijk) in beheer geven van financiële middelen.

“Stoppen lukt ook wel, daar behalen we ook succes. Als ze eenmaal besluiten ‘het is klaar’, wil dat met cocaïne best wel goed lukken. Er moeten een paar drempels ingebouwd worden.”

Gebruikers

Bij de geïnterviewde gebruikers die aangaven te hebben geminderd of (tijdelijk) te zijn gestopt, speelde er meestal geen specifieke gebeurtenis als aanleiding.

“Ik dacht ‘als je maar één of twee keer in de week neemt’, hoe kan het dan evengoed zo’n gigantisch effect hebben. Had ik nooit verwacht. De rest van de week leefde ik wel gezond, maar... De positieve effecten die ik nu voel.”

Gebruikers in de oudere leeftijdscategorie (vanaf ongeveer 35 jaar) bemerken echter in sommige gevallen dat zij vaker achteraf spijt hebben van het gebruik van grote hoeveelheden. Ook komt het voor dat gebruik buiten de weekenden en het uitgaan om er over tijd is ‘ingeslopen’. Ten tijde van de interviews had dit deels te maken met verveling van veel thuis zitten en weinig te doen hebben als gevolg van coronamaatregelen, of werkloos zijn geraakt als gevolg van de pandemie. Eén respondent verklaart te hebben bemerkt dat het gebruik problematisch was geworden toen minderen op eigen kracht niet bleek te lukken:

“Vanaf mijn 30ste werd het problematisch. Omdat ik toen minder coke wilde gebruiken. Ik wilde ook wel eens een weekend niet gebruiken. Maar dat lukte mij niet.”

Voor gebruikers wiens sociale netwerk grotendeels bestaat uit andere gebruikers, bestaat soms de zorg vrienden kwijt te raken wanneer ze besluiten te stoppen. Inderdaad stuiten zij soms in eerste instantie op onbegrip of wordt de wens te stoppen niet serieus genomen (zie ook paragraaf 4.3.6). Gebruikers ervaren het echter als zeer behulpzaam wanneer de sociale omgeving steunend is en rekening weet te houden met het feit dat iemand wil stoppen of gestopt is en liever niet meer met gebruik geconfronteerd wordt. Eén respondent vertelt hoe ook het alcoholgebruik veranderd is na het stoppen met cocaïnegebruik: bij het uitgaan wordt nu na enige tijd overgestapt op non-alcoholische drank waar er anders cocaïne gesnoven zou worden om meer te kunnen drinken. Ook vertelt deze respondent te hebben bemerkt dat vrienden naar aanleiding van haar stoppen er ook open voor lijken te staan hun cocaïnegebruik te staken.

“Het was wel even een ding. Misschien krijgen ze ook wel het gevoel dat zij moeten stoppen [...]. Er zijn nu ook een paar anderen die... Het lijkt wel of het balletje is gaan rollen.”

Gebruikers die (nog) moeite hebben met het volhouden van niet-gebruik gaan hier veelal mee om door zich uit bepaalde situaties te verwijderen wanneer (er de kans bestaat dat) cocaïne in beeld komt. Ze gaan vroeger naar huis tijdens het uitgaan of tijdens feestjes, zeggen wanneer cocaïne aangeboden wordt dat ze gestopt zijn en verbreken in sommige gevallen het contact met mensen die (in hun bijzijn) blijven gebruiken.

“Ik heb het nog niet helemaal afgesloten. Het doet nog wel wat met me moet ik eerlijk zeggen. In het begin vond ik het helemaal moeilijk. Het was ook lastig voor mezelf en ik had ook een beetje een identiteitsding.”

Hoe langer het niet-gebruik wordt volgehouden, hoe meer ex-gebruikers gesterkt raken in het idee dat weer (eenmalig) gebruiken zonde zou zijn van de moeite die erin gestoken is helemaal te stoppen. De gestopte gebruikers die deelnamen in het onderzoek leken dit voornamelijk voor zichzelf te doen naar aanleiding van persoonlijk ervaren problematiek.

Voor andere niet-gestopte gebruikers geldt dat veel van hen aangeven waarschijnlijk in de toekomst te willen stoppen, maar hier momenteel nog niet aan toe zijn. Als toekomstige redenen om te stoppen worden een veranderende levensstijl en andere of grotere verantwoordelijkheden genoemd. Ook verwachten een aantal gebruikers dat een hogere leeftijd een rol zal gaan spelen met betrekking tot het afwegen van de lichamelijke 'kosten-baten' zoals fitheid en verhoogde risico's voor hart en bloedvaten.

"Ik ga het niet mijn hele leven blijven doen. [...] Ik bedoel als ik 30 ben en ik heb een kind dan heb ik ook zoiets van 'joh dat drugsgebruik dat wordt hem niet meer'. Maar tot die tijd... Ik ben 23, ik ben jong en nu kan het nog. Lekker m'n gang gaan."

In sommige gevallen worden er al wel enkele gezondheidsproblemen ervaren of worden er zorgen gemaakt om mogelijke risico's waardoor de gebruiker al wel zou willen minderen of al is geminderd. Deze groep verwacht geen professionele hulp nodig te hebben bij stoppen en zegt als dit wel nodig zou zijn te weten waar zij terecht moeten en te verwachten dat er geen hoge drempels zullen worden ervaren bij het accepteren van professionele hulp. In sommige perioden wordt het cocaïnegebruik tijdelijk geminderd, bijvoorbeeld na ziekte of wanneer er tijdens de studie of op het werk expliciet gepresteerd moet worden. De COVID-19-pandemie maakt ook dat sommige gebruikers bewust een tijd minderen of stoppen om hun weerstand beter op peil te houden in verband met de risico's op het oplopen van corona.

Wat betreft stoppen hebben sommige jonge gebruikers al in hun achterhoofd dat zij niet zouden willen dat bepaalde familieleden of collega's/werkgevers uiteindelijk achter het gebruik komen en dit negatieve reacties of consequenties geeft. Tot slot geeft een respondent die gestopt is aan meer stil te zijn gaan staan bij hoe cocaïnegebruik zich verhoudt tot gezond en verantwoord consumeren:

"Ik heb eigenlijk een hele gezonde levensstijl. En zeker als je erover nadenkt dat je wel fair trade chocola koopt en begaan bent met de wereld en ondertussen coke snuift. Dat is niet te rijmen voor mij."

4.4 Motieven voor gebruik

Professionals

Aan professionals is gevraagd waarom mensen cocaïne gebruiken.

De volgende motieven voor cocaïnegebruik worden door professionals bemerkt: het (gezamenlijk) gebruik en de effecten leuk vinden, het ervaren van een high, het gebruik als oppepper, langer actief blijven na een lange (werk)dag, het uitdragen van een bepaalde levensstandaard of sociale status, 'erbij horen' (bij collega's of vrienden), meer zelfvertrouwen en het verbeteren van het concentratievermogen of de prestaties. Andere motieven zijn het omgaan met verveling of het tegengaan van ongewenste effecten van alcohol en om je weer of langer wakker te voelen, bijvoorbeeld om langer door te kunnen gaan met werken of feesten. Cocaïne wordt in het kader van *chemsex* ook gebruikt om het libido te verhogen, bijvoorbeeld in de gay- en MSM-scene (mannen die seks hebben met mannen) of in parenclubs (Stichting Mainline, 2020).

Een paar professionals noemen nog specifieke motieven bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) of psychiatrische problematiek. Deze groepen gebruiken cocaïne als coping mechanisme. Bij mensen met angstklachten of ADHD zien professionals bijvoorbeeld dat cocaïne gebruikt wordt om alerter te worden en overmatig piekeren tegen te gaan (zie ook paragraaf 4.5.1).

Gebruikers

Ook aan de gebruikers is gevraagd waarom ze cocaïne gebruiken en wat hen aantrekt in het middel. Zij verklaren met name het gebruik in het algemeen 'lekker' of 'leuk' te vinden en nemen cocaïne vaak voor een gevoel van energie.

"De een drinkt veel alcohol, de ander blowt veel, en je hebt mensen die heel veel taartjes eten. En ik vind af en toe cocaïne heel erg lekker."

"Nee dat is niet een nee van 'oh shit ik moet dit nu gaan doen', maar meer een nee van 'het gaat zoveel leuker worden als ik het zou doen. So let's go'."

Het gebruik is veelal begonnen met nieuwsgierigheid en het willen uitproberen om de effecten eens te ervaren. Naarmate er meer ervaring met het middel is, wordt gezocht naar specifieke effecten. Motieven voor gebruik kunnen hierbij heel verschillend zijn: gebruikers kunnen zoeken naar meer scherpte om hun gedachten op een rijtje te zetten of bij creatieve of werkgerelateerde taken. Ook een zelfverzekerder gevoel wanneer er gepresteerd moet worden op werk kan een motivatie zijn.

"Het begon als functioneel, voor scherpte tussen de vergaderingen in. In plaatst van een espresso een lijntje."

Andere genoemde motieven zijn het ervaren van een kick (door het ‘stiekeme’ karakter van cocaïnegebruik) of juist een euforisch gevoel, een gezellige sfeer creëren met vrienden, verveling of sleur doorbreken, en het ontspannen of ontladen van stress of alledaagse verantwoordelijkheden.

“Ik vind er veel ontspanning in. En ontlading. Het is eventjes weg van de dagelijkse realiteit waarin je moet presteren.”

Enkele gebruikers noemen het gebruik een ‘excuus’ voor wanneer er gepresteerd moet worden of zien het als een beloning na het werk. Voor één gebruiker zit de aantrekkingskracht van cocaïne in het ‘ritueel’ van gebruik. Tot slot zijn er gebruikers die cocaïne inzetten voor het verdoven of onderdrukken van heftige (negatieve) emoties of voor het vergeten van problemen.

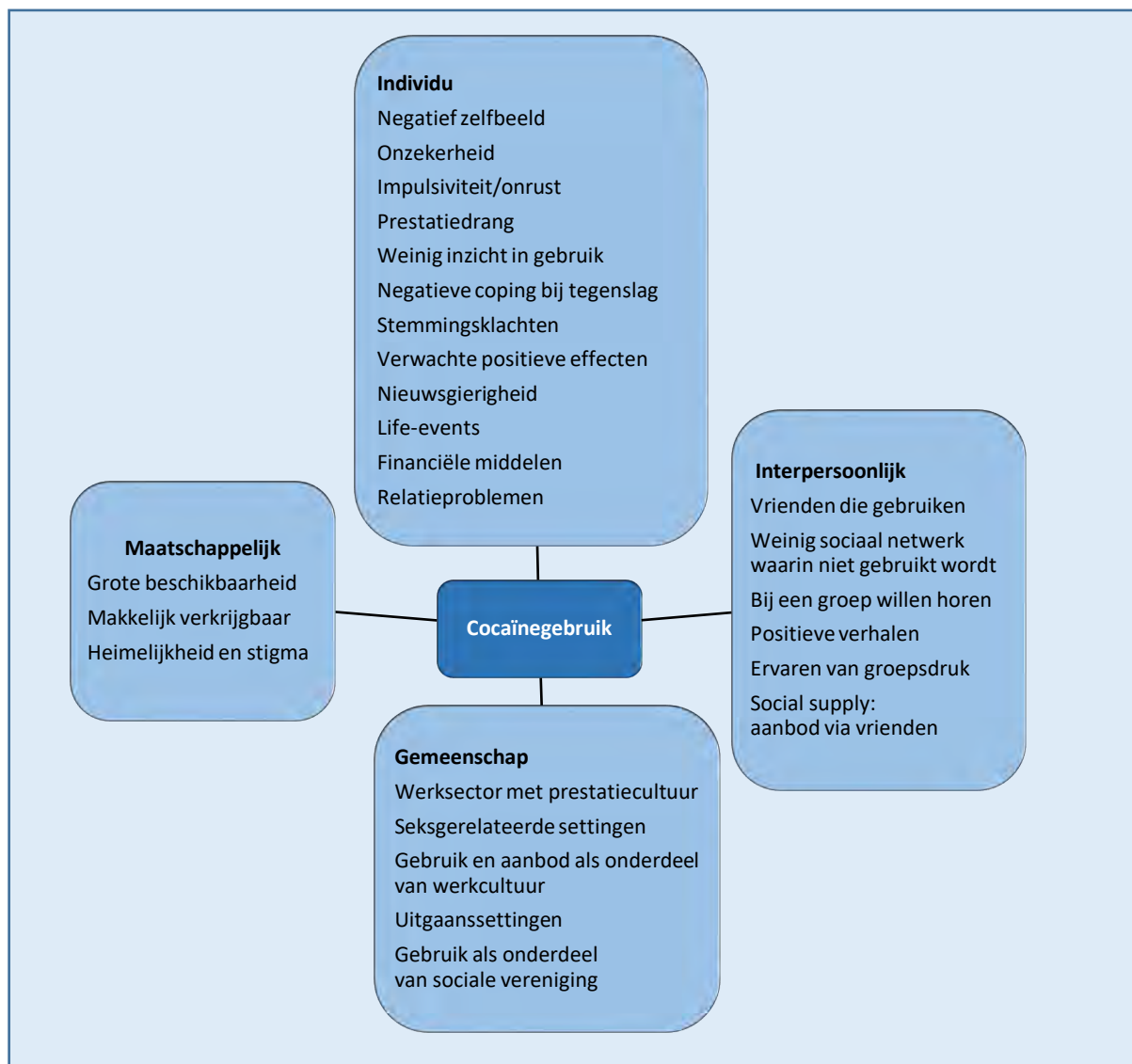
“Cocaïne is de catharsis na een werkweek. Snuiven als een soort aflat voor een druk en verantwoordelijk leven.”

Andere motieven die door gebruikers worden genoemd zijn het tegengaan van vermoeidheid, waardoor er langer doorgewerkt kan worden of slaap uitgesteld kan worden, of om te ontnuchteren na alcohol of cannabisgebruik. Sommige gebruikers geven de voorkeur aan cocaïne boven andere middelen. Een voorbeeld hiervan is speed, waarbij de effecten (veel) langer aanhouden waardoor de gebruiker langer niet kan slapen. Een ander voorbeeld dat door een gebruiker wordt genoemd is XTC, waarbij fysiek zichtbaarder is dat er is gebruikt door bijvoorbeeld grote pupillen. Ook wordt cocaïne gezien als een middel waarmee je niet snel de controle verliest.

4.5 Invloeden op gebruik

In dit deelhoofdstuk staan factoren die het risico kunnen vergroten om te beginnen met het gebruiken van cocaïne, om meer te gaan gebruiken en om problematisch gebruik te ontwikkelen. De factoren, zoals ze zijn voorgekomen uit de interviews, zijn samengevat in een figuur, waar ze zijn ingedeeld naar de niveaus ‘individueel’, ‘interpersoonlijk’, ‘gemeenschap’ en ‘maatschappelijk’ (volgens het sociaal-ecologische model van Bronfenbrenner (1994, 2005); zie figuur 1).

Figuur 1 Sociaal-ecologisch model van factoren die van invloed kunnen zijn op gebruik



4.5.1 Persoonlijke risicofactoren

Professionals

Op individueel niveau kunnen volgens de professionals veel verschillende factoren bijdragen aan een verhoogde kans op (problematisch) cocaïnegebruik. Professionals zien dat psychiatrische stoornissen als ADHD en persoonlijkheidskenmerken als sensatiezoekend zijn, hoge risicobereidheid vertonen, of een extraverte of juist introverte persoonlijkheid hebben (en cocaïne gebruiken om dit te maskeren) risicofactoren zijn. Daarnaast noemen ze het hebben van een ongeremd karakter, waardoor het moeilijker wordt om beloningen uit te stellen en verleidingen te weerstaan. Andere factoren die professionals noemen zijn gevoelens van onzekerheid, krenking, een negatief zelfbeeld en het niet goed kunnen omgaan met tegenslag of teleurstelling (coping). Daarnaast kunnen externe invloeden zoals ontremming door alcohol en het hebben van financiële middelen om cocaïne te kopen een rol spelen bij gebruik. Het meegemaakt hebben van negatieve levensgebeurtenissen (*'adverse life-events'*) wordt gezien als een risicofactor op een stoornis in het gebruik van cocaïne.

Daarnaast worden verschillende persoonlijke factoren genoemd die gerelateerd zijn aan werk, zoals:

- Cocaïne nodig hebben om het werk fysiek of mentaal vol te kunnen houden;
- Werk doen waarbij men veel autonoom en solistisch te werk gaat, wat duidt op een persoon die ook autonoom problemen wil (maar niet altijd kan) oplossen en niet snel hulp vraagt;
- Hoge werkdruk en weinig controle over het werk ervaren en cocaïne hierbij gebruiken als coping en uitlaatklep/ontlading buiten werktijd;
- Hoog willen presteren op professioneel vlak en cocaïne gebruiken om langer door te werken.

Gebruikers

De geïnterviewden werd gevraagd wat hun gebruik triggert en welke valkuilen ze ervaren. Op deze manier werd zicht gekregen op wat gebruikers zien als hun persoonlijke risicofactoren. Door verschillende respondenten worden stressvolle of emotionele situaties als risicofactor genoemd. Cocaïne wordt dan gebruikt om pijnlijke gevoelens te verdoven of om met emoties om te gaan. Eén respondent zegt daarover dat het minder goed is om het op die manier te gebruiken. Een andere valkuil is volgens sommige respondenten moeite hebben met het bieden van weerstand.

“En het ging toen uit met mijn vriend en toen ging ik heel veel blowen en snuiven.”

“Gewoon niet naar jezelf luisteren. En je maakt afspraken met jezelf, maar je komt ze gewoon in principe niet na. Dat is gewoon zwak, dat is gewoon heel zwak. Heel, heel zwak is dat. Maar goed.”

Ook verveling als gevolg van de coronacrisis wordt door sommige respondenten genoemd als een factor waardoor ze meer zijn gaan gebruiken.

“Maar het is nu coronatijd en ik verveel me echt de pleuris. Dus ik gebruik het nu wel wat meer moet ik zeggen. Dus één keer in de twee weken, één keer in de drie weken.”

“En toen kwam het coronagebeuren en toen heb ik best wel een tijdje thuisgezeten en toen ben ik me gaan vervelen. [...] En toen heb ik een tijd gehad dat ik niet elke dag, af en toe sloeg ik wel een dagje over, maar wel bijna dagelijks heb gebruikt.”

Daarnaast benoemen respondenten dat het gebruik in combinatie met andere middelen een rol kan spelen, net als de manier waarop cocaïne gebruikt wordt. Verschillende respondenten vertellen de drempel om cocaïne te gebruiken lager wordt als ze onder invloed zijn van alcohol of andere middelen. Ook het feit dat cocaïne in kleine beetjes te gebruiken is “zet altijd de deur open naar méér dan een

klein beetje”, aldus één respondent. Voor een andere respondent maakt goede kwaliteit de verleiding om te gebruiken groter.

“Als ik al heel wat op heb en dan denk ik ‘ah boeiend, dat komt er nog wel bij joh’. Vooral wetende dat ik de volgende dag toch niets ga doen. Dan slopen we het lichaam maar eventjes helemaal”.

Ook benoemen respondenten dat cocaïnegebruik een gewoonte kan worden.

“Ik doe nu even een biertje en dan doen zij gewoon even een puntje.”

4.5.2 De rol van anderen

Professionals

Professionals zien dat cocaïne vaak wordt gebruikt in groepen, bijvoorbeeld met vrienden, medestudenten, dorpsgenoten, voetbalteam en collega's. Het sociale element van gebruik in groepen is een belangrijk motief: mensen gebruiken om met anderen plezier te hebben (zie ook paragraaf 4.4), omdat ze willen presteren op sociaal vlak, 'los' willen gaan en willen feesten of omdat ze bij een sociale groep willen horen en erkenning van die groep willen krijgen. Bij sommige groepen is het gebruiken van cocaïne onderdeel geworden van de groepscultuur en past het bij een imago. De invloed van de groep speelt een belangrijke rol bij beginnen met en onderhouden van gebruik. De groepsleden bieden elkaar cocaïne aan en dat kan een gewoonte worden binnen groepen. De sociale druk binnen de groep kan ook een factor zijn die het moeilijk maakt om te stoppen. De invloed van sociale groepen lijkt sterker te zijn wanneer de gebruiker daarbuiten weinig tot geen andere sociale netwerken heeft waar cocaïnegebruik géén rol speelt.

“De groep is belangrijk. Wie zijn je vrienden. Alcohol is overal beschikbaar, maar het gebruik van cocaïne dat begeeft zich in bepaalde groepen, deels toeval”

“Vaak komt er dan een gesprek op gang en dan blijkt eigenlijk dat die andere vrienden ook al wel dachten: wat zijn we aan het doen? [...] Op een gegeven moment houdt het ‘we moeten elke zaterdag helemaal losgaan’ ook wel een beetje op. Maar wie gaat het als eerste zeggen? Want het is natuurlijk niet een hele stoere move.”

Sommige professionals zien cocaïnegebruik als onderdeel van een subcultuur. Eén professional noemt bijvoorbeeld voetbalhooligans, die anderen ontmoeten in een bos om te gaan “matten en afreageren”. Cocaïne wordt gebruikt om zichzelf op te peppen voor een gevecht en om de pijn van klappen niet te voelen. Een andere subcultuur die genoemd werd, is de seksscene. Eén professional vertelt dat cocaïne

heel veel wordt gebruikt tijdens seksfeesten en in parenclubs. “Zonder coke draait dat niet”, aldus de professional.

Eén professional ziet dat er bij studenten ook beïnvloeding is van populaire media en Netflix-series over cocaïne. Als voorbeeld wordt de serie ‘Narcos’ genoemd. Deze serie werkt volgens deze professional een ‘stoer’ imago van cocaïnegebruik in de hand. Ook de markt speelt hierop in door het plaatsen van serie-gerelateerde afbeeldingen op pakjes cocaïne, aldus de professional.

Vrienden en anderen spelen een belangrijke rol bij gebruik, maar desondanks zien sommige professionals ook dat individueel gebruik toeneemt, wanneer het gebruik problematischer aan het worden is. Eén professional zegt hierover dat gebruik begint in een groep, maar dat een deel van de mensen daarna overgaat naar een patroon van individueel gebruik en dat daar een gevaar in zit.

Ook zien professionals dat sociale factoren in de gezinssituatie van de gebruiker een rol kunnen spelen. Voorbeelden hiervan zijn relatieproblemen of ouders met middelenproblematiek.

Gebruikers

De meeste respondenten gebruiken cocaïne in sociale groepen, zoals met vrienden, collega’s of onbekenden die ze tijdens het uitgaan ontmoeten. Een paar respondenten gebruiken ook individueel en soms is er een combinatie van sociaal en individueel gebruik. De groep speelt vaak een rol in het beginnen met gebruiken en het blijven gebruiken. Alle respondenten zijn via sociale contacten in aanraking gekomen met cocaïnegebruik en zijn er niet uit zichzelf naar op zoek gegaan. Wanneer er een patroon ontstaat binnen een (vrienden-)groep, bijvoorbeeld dat er tijdens het uitgaan of op huisfeesten (meestal) cocaïne wordt gebruikt, lijkt de groepsdynamiek het individuele gebruik mede in stand te houden. Wanneer iemand uit de groep cocaïne bij zich heeft en dit aanbiedt, zijn de respondenten snel geneigd om mee te doen, ook wanneer dit vooraf niet hun intentie was.

“Ik denk als veel mensen in de groep het doen ben ik al snel geneigd om mee te doen.”

Respondenten geven ook aan dat het feit dat ze ongeremder zijn door alcoholgebruik het makkelijker maakt om ‘mee te gebruiken’. In uitgaanssettingen en op huisfeesten wordt cocaïne ook nog wel eens door onbekenden aangeboden.

Sommige respondenten hebben ook sociale kringen waarin niet gebruikt wordt, terwijl anderen juist een sociaal netwerk hebben dat voornamelijk om cocaïnegebruik draait. Volgens één respondent komt het voor dat anderen mensen vragen om mee te gebruiken, omdat ze hiermee hun eigen gebruik willen legitimeren. De hoeveelheid gebruik in de sociale groep kan ook invloed hebben op de manier waarop er over het eigen gebruik gedacht wordt en het zet een sociale norm.

“Ik heb ook vrienden die één, twee stappen erger zijn. Ik vond mijn gebruik tegenover hun wel meevallen waardoor ik dacht, ‘is het wel zo erg?’”

Een andere respondent geeft aan dat hij blijft gebruiken omdat hij angst voelt vrienden te verliezen en niet meer bij de groep te horen. Eén respondent verklaart bewust met een vriendengroep gebroken te hebben toen hij beseftte dat die groep enkel om cocaïnegebruik draaide. Een andere respondent illustreert hoe moeilijke situaties kunnen ontstaan wanneer één persoon uit een gebruikende groep het gebruik wenst te staken:

“Vorig jaar heb ik met een paar vrienden interventie gedaan bij een jongen die heel veel snoof, maar toen kregen we ook tegelijkertijd het idee ‘Ja, maar dan moeten wij ook stoppen om hem te kunnen helpen’. Maar niemand wilde daaraan. Iedereen werd egoïstisch. Dus dat is best wel lastig.”

Sommige respondenten komen ook in aanraking met cocaïne in de werksfeer. De dynamiek lijkt vervolgens op dezelfde manier te werken als bij uitgaande vriendengroepen: men houdt elkaars gebruik in stand en doet soms mee om ‘bij de groep te blijven horen’.

Een paar respondenten geven aan bewust nooit alleen te gebruiken, vanwege de risico’s van cocaïnegebruik.

“Ik weet ook heel vaak wat de risico’s zijn van bepaalde drugs, en dat soort drugs gebruik ik gewoon niet alleen. Pertinent niet.”

Eén respondent kwam met cocaïne in aanraking via diens toenmalige partner en gebruikte voornamelijk mee op diens initiatief. Ook vertellen sommige respondenten hoe anderen hen hebben geholpen bij het stoppen of minderen van gebruik. Hierover is meer te lezen in paragraaf 4.3.6.

“[...] mijn ex heeft mij mede van de drugs afgeholpen. Ik ben haar daar nog steeds hartstikke dankbaar voor.”

Eén respondent vertelt hoe er onderling met vrienden veel humor en grappen rond het thema harddrugs - inclusief cocaïne - worden uitgewisseld. Dit soort humor komt voort uit de negatieve mentale uitwerking die drugs op je kunnen hebben en wordt als een soort van zwarte humor beschouwd, aldus de respondent.

4.5.3 Recreatieve settingen

Professionals

De geïnterviewde professionals zien gebruik van cocaïne in feest- en uitgaans-settingen zoals festivals en in thuissettingen (huisfeestjes en dergelijke). Eén professional vertelt dat cocaïne in de afgelopen jaren onderdeel is geworden van allerlei soorten festivals, relatief onafhankelijk van bepaalde muziekstijlen. Een andere professional ziet dat cocaïne onderdeel is geworden van het groeiend aantal

evenementen met Nederlandstalige muziek. Mensen hebben volgens de professionals meer kans op (problematisch) cocaïnegebruik wanneer zij regelmatige uitgaanders zijn: “in het uitgaansleven wordt cocaïne nog wel eens onverwachts aangeboden”.

Gebruikers

Ook door gebruikers worden verschillende, maar met name feest- en uitgaans-gerelateerde settingen genoemd: het kan gaan om festivals, evenementen, uitgaansgelegenheden als clubs en kroegen, (vrijdagmiddag-)borrels, afterparty's, verjaardagen en andere feestjes in thuissettingen, samenkomsten met vrienden, in restaurants, et cetera. Door enkele respondenten wordt er gebruikt in de werksetting (bijvoorbeeld entertainment of de horeca). In die settingen gaat het meestal om gebruik aan het einde van een werkdag. Ook de gay- en MSM-scenes worden genoemd als settingen waar cocaïnegebruik vrij veel voorkomt en geaccepteerd is. De paar respondenten die ook regelmatig solo gebruiken, gebruiken ook thuis of soms onderweg, bijvoorbeeld in het openbaar vervoer.

4.5.4 Werksettingen

Professionals

Uit de ervaringen van verschillende professionals blijkt dat cocaïne binnen verschillende beroepsgroepen en sectoren gebruikt wordt om te kunnen presteren en aan de werkelijkheid te ontsnappen. Concreet zien de professionals dit bij jonge vertegenwoordigers met een hoge prestatiedrang, beroepsgroepen met een hoge werkdruk, zoals medisch specialisten, bij professionals in de consultancy en de juridische sector, en bij mensen die werken in de bouw of de logistiek. Daarnaast zijn er ook verschillende beroepen en sectoren waar professionals zien dat cocaïnegebruik onderdeel kan zijn van de cultuur binnen de sector of het bedrijf, bijvoorbeeld in de horeca, de seksindustrie, het entertainment of bepaalde salesafdelingen. We gaan dieper in op een aantal voorbeelden van cocaïnegebruik in een specifieke werkgerelateerde setting die door de professionals omschreven werden.

Twee professionals noemen dat cocaïne in de advocatuur op de Zuidas in Amsterdam wordt gebruikt om aan de werkelijkheid van de werkdruk te ontsnappen en om te kunnen presteren in hectische periodes. Zo speelt dit volgens één professional een rol bij de grote advocatenkantoren, met name in periodes van fusies en overnames. Na afloop van (stressvol) werk kan cocaïne gebruikt worden als uitlaatklep, om spanning weer los te kunnen laten. Het gebruik van cocaïne wordt binnen deze sector als 'normaal' en 'niet schadelijk' beschouwd.

*"Het is een soort van escapisme. Mensen die ook het gevoel hebben dat ze niet heel veel zelf controle hebben over hun werk, [...], dat het wel een vorm is van zelf even uit de band springen.
Uit het gevoel dat je wordt geleefd."*

Een andere professional noemt jonge vertegenwoordigers als beroepsgroep die cocaïne gebruikt om te kunnen presteren. Zij staan vaak aan het begin van hun carrière en zijn prestatiegericht. Cocaïne

wordt gebruikt als middel om zichzelf 'op te kunnen fokken' en om grote werkprestaties te kunnen leveren. Onder deze mensen wordt ook een zekere mate van onrust gezien, aldus deze professional.

Ook lijkt er een relatie te zijn tussen de kwaliteit van de cocaïne en de plek waar het gebruikt wordt. Eén professional noemt dat er cocaïne van verschillende kwaliteit in omloop is. Hoogopgeleide gebruikers, die cocaïne gebruiken om te presteren, gebruiken zogenaamde *flakes*. Dit is cocaïne van een hoge kwaliteit die bijna niet versneden is. Andere kwaliteiten cocaïne, die meer versneden zijn, worden meer in het uitgaanscircuit gebruikt, aldus deze professional.

Eén professional die met sekswerkers werkt vertelt dat in de seksindustrie cocaïne gebruikt wordt om het libido te verhogen en om langer seks te kunnen hebben. Het voordeel voor sekswerkers is dat er bij cocaïne, anders dan bij andere middelen, geen kans is om *out* te gaan en de controle kwijt te raken. Ook is er een groep die cocaïne gebruikt om bepaalde gevoelens te onderdrukken, zodat ze mentaal in staat zijn om seks te kunnen hebben met hun klanten. Verder komen sekswerkers soms in situaties waarin klanten cocaïne meebrengen en willen dat er samen gebruikt wordt, en geven hier dan aan toe. Ten slotte wordt er in deze sector soms ook gezien dat cocaïne een onderdeel is van een bepaalde levensstandaard.

Een andere professional heeft zicht op cocaïnegebruik op bepaalde salesafdelingen van modemerken. Cocaïnegebruik kan hier onderdeel zijn van de werkcultuur. Aan het einde van de werkdag wordt er nageborreld en wordt er ook cocaïne gebruikt. Enkeligen gebruiken soms ook de volgende ochtend om de dag door te komen. Het gebruik wordt vooral gezien bij jonge mensen die er veel voldoening en trots uithalen om voor een bepaald modemerken te werken, waarbij cocaïne onderdeel is van een bepaald imago. Ook wordt gezien dat bij veel mensen onzekerheid een rol speelt; cocaïne heft dat op en geeft hen het gevoel erbij te horen.

Een andere vorm van gebruik in de werksetting is cocaïnegebruik door bouwvakkers die 'zwart' of als zelfstandige werken. Eén professional ziet in de regio Noord-Brabant dat bouwvakkers hun werk voor de week erop krijgen toebedeeld op vrijdagmiddag in de kroeg. In de kroeg wordt veel alcohol gedronken. Door het gebruik van cocaïne kan er langer doorgedaan worden met het drinken van alcohol. Ook wordt er gebruikt zodat mensen "de grote jongen kunnen uithangen", aldus de professional. De professional beschrijft verder dat hij vaak ziet dat er onder de groep mensen die als zelfstandige werken ook veel mensen zitten die moeite hebben met autoriteit. Cocaïnegebruik wordt gezien als iets waar ze recht op hebben. Volgens de professional gaat deze groep in het algemeen wel zelfbewust om met cocaïnegebruik.

Een professional met zicht op de horeca zegt dat cocaïnegebruik in de horeca de laatste jaren genormaliseerd is. Dit gebruik vindt vaak plaats tijdens het uitgaan, na afloop van de dienst. De professional ziet grofweg twee groepen: een groep die sporadisch gebruikt en een kleinere groep die vaak en regelmatig cocaïne gebruikt en hier ook problemen door ervaart. Als risicofactoren ziet hij de makkelijke verkrijgbaarheid en de hechte onderlinge banden tussen het personeel, waardoor mensen meer geneigd zijn om mee te doen met anderen in de groep. Ook de invloed van het gebruik van alcohol speelt hierbij een rol, omdat het hierdoor moeilijker wordt om aangeboden cocaïne te weigeren.

Door twee professionals met zicht op medische sectoren wordt gesteld dat zowel specialisten als wetenschappers - al dan niet in opleiding, waaronder PhD-studenten – in deze sectoren een grote werkdruk, concurrentie en druk tot prestatie ervaren.

“Op een gegeven moment ga je het uitproberen. Dan begin je natuurlijk met een heel beperkte dosis of het is meer privé. Nou ja, drukke baan, dan grijp je wat makkelijker naar die middelen, van ‘Hee, op het werk merken ze niks en ik ben tot veel meer energie in staat’.”

“Dat is dan denk ik wel weer een maatschappelijke trend: hoogopgeleide jongeren en volwassenen willen allemaal goede diploma’s, goede kennis van die praktijk, en naast werkinhoudelijk presteren ook nog sociaal. En die combinatie is denk ik, maakt het, laat ik zeggen, voor de gemiddelde jongere, namelijk die hoogopgeleide, toch wat lastig.”

De autonomie en het solisme dat medisch specialistische beroepen kenmerkt spelen hier volgens deze professionals een rol. (Problematisch) gebruik wordt hierdoor minder snel opgemerkt en mensen die gewend zijn autonoom te werken accepteren minder snel hulp, vanuit het idee dat dit een ‘teken van zwakte’ is. Juist ook onder medisch specialisten meent men volgens de professionals dat men gezien hun medische kennis geacht wordt problemen rond cocaïnegebruik zelf te kunnen oplossen.

Gebruikers

Enkele respondenten vertellen wel eens tijdens of net na het werk te gebruiken of dat in het verleden te hebben gedaan. Gebruikers noemen vergelijkbare factoren als de professionals: cocaïne als onderdeel van een werkcultuur, beter kunnen presteren, meer zelfvertrouwen en een grote beschikbaarheid. Omdat het hier gaat om een kleine groep gebruikers zullen we om de anonimiteit te waarborgen niet verder ingaan op individuele werksectoren.

Eén respondent uit de provincie vertelt dat cocaïne veel door vissers wordt gebruikt. Vanwege de christelijke achtergrond in de dorpen heerst er volgens deze respondent een groot taboe op cocaïnegebruik en wordt er weinig over gepraat.

Enkele respondenten vertellen bewust niet in de werksetting te gebruiken. Redenen die worden genoemd zijn onder andere: het niet vinden passen bij de branche, werk en plezier niet willen vermengen, angst voor baanverlies of het niet verantwoord vinden. Werk en de daarmee samengaande verplichtingen om goed te functioneren worden ook als redenen genoemd om in periodes juist niet te gebruiken.

4.5.5 Verkrijgbaarheid

Professionals

Professionals benoemen dat cocaïne naar hun idee makkelijk verkrijgbaar is. Eén professional geeft aan dat sociale media een grote rol spelen en dat daar makkelijk telefoonnummers worden gedeeld. Een andere professional vertelt dat cocaïne aan sekswerkers wordt aangeboden via datingsites en dat sekswerkers soms ook aan cocaïne komen doordat het door klanten wordt aangeboden. Ook nemen sekswerkers het vaak zelf mee en soms zijn ze zelf ook de dealer. Weer een andere professional geeft aan dat hij in het noorden van het land veel cocaïne in kroegen aangeboden ziet worden. Een andere professional zegt dat je het aanbod van cocaïne een agressieve vorm van verkoop zou kunnen noemen. Ten slotte noemt nog een professional dat de dealers in het zakendistrict Zuidas herkend worden door bezoekers van de sociale werkplaats, die soms zelf een geschiedenis als dealer in deze sector hebben gehad.

Gebruikers

Volgens de respondenten is het makkelijk om aan cocaïne te komen: de meesten hebben direct contact met één of meerdere dealers. Eén persoon vertelt dat de kwaliteit van de cocaïne een belangrijke rol speelt in de keuze voor een specifieke dealer. Iemand anders vertelt dat het op tijd kunnen leveren belangrijk is. Een andere respondent geeft aan dat sommige dealers reclame maken en pushberichten sturen om hun aanbod te promoten, bijvoorbeeld op Koningsdag.

Ook is er regelmatig sprake van zogenaamde *social supply* (Coomber, Moyle en South, 2016), waarbij in dit geval cocaïne gedeeld wordt of rondgaat binnen vrienden- en kennissenkringen. Sommige respondenten krijgen op deze wijze regelmatig cocaïne aangeboden.

“Soms haalde ik elke week een pakje en dan weer een vriend. Het gaat eigenlijk een beetje met delen. En ik had ook vrienden en die hadden altijd pakjes bij zich.”

Eén respondent is zelf de *supplier* en profiteert van het feit dat hij bij zijn dealer weer korting ontvangt op de aankoop van grotere hoeveelheden.

“Ik koop dan meer. Bij 10 krijg je eentje gratis. Bij 20 2, maar ik heb er 3 van kunnen maken. Van die 20 gram verkoop ik het grootste deel zonder winst door aan vrienden waar ik woon. Die 3 pakjes gratis is mijn winst. Ik heb een baan in Amsterdam dus dan kan ik het hier ook halen. Ik verkoop het door voor 50 aan vrienden”

Eén respondent geeft aan dat in haar werksector het gebruik van cocaïne heel normaal is en dat er ook vaak cocaïne wordt aangeboden aan het einde van een werkdag. Een ander vertelt dat er in de stad waar hij uitging een uitgaansgelegenheid was waar je binnen van iemand je cocaïne kon kopen.

“Ik dacht van ja jongens, dit is zo makkelijk. Je kan hier letterlijk naar binnen lopen, vragen wat ik wil, en ik ga weer naar buiten.”

Qua prijs worden bedragen tussen de 40 en 70 euro voor een pakje (0,8-0,95 gram) genoemd. De variatie in prijs lijkt ook met de kwaliteit samen te hangen. Ondanks deze prijzen varieert het enorm hoeveel geld de respondenten per maand aan cocaïne uitgeven (zie ook paragraaf 4.5.6). Dit verschil lijkt afhankelijk te zijn van de hoeveelheid gebruik en de mate waarin cocaïne door vrienden wordt aangeboden. Eén respondent vertelt geen geld aan cocaïne uit te geven omdat hij het altijd van anderen krijgt. Nog een respondent koopt cocaïne in voor meerdere personen via zijn contacten en krijgt het deel van de bestelling dat hij zelf gebruikt vervolgens gratis. Daarentegen vertellen drie andere respondenten ongeveer 200 tot 300 euro per maand aan cocaïne te besteden of tot recent (eerder dit jaar) te hebben besteed. Deze gebruikers gebruik(t)en met een hogere frequentie dan recreatieve gebruikers (structureel meerdere keren per week en/of binges in het weekend).

4.5.6 Financiën

Professionals

Cocaïne is relatief duur: de gemiddelde prijs ligt op de Nederlandse markt al jaren op ongeveer 50 euro per gram (Nationale Drug Monitor 2019). Dit maakt dat gebruikers financiële middelen beschikbaar moeten hebben, willen zij met regelmaat gebruiken. Eén professional verklaarde te ervaren dat sommige mensen werken om cocaïne te kunnen betalen. Relatief jonge gebruikers hebben soms relatief veel te besteden doordat ze bij hun ouders blijven wonen terwijl ze al een baan met goed inkomen hebben. Wanneer de cocaïne gemakkelijk te betalen is en niet snel tot financiële problemen leidt, valt eventueel problematisch gebruik ook minder snel op. Eén professional vertelt dat het in verschillende werksectoren wel vaker gaat om beroepsgroepen die een goed inkomen hebben. Mensen met lagere inkomens zouden vaker het goedkopere speed gebruiken voor soortgelijke effecten en om soortgelijke motieven.

Gebruikers

Gebruikers die momenteel of recent nog cocaïne gebruikten geven grote verschillen aan in wat zij hieraan per maand of jaar besteden: de uitgaven onder de geïnterviewde gebruikers variëren van 10 à 20 euro per jaar tot 3600 euro per jaar. Wanneer gebruikers weinig uitgeven, geven zij aan dat zij regelmatig cocaïne van anderen aangeboden krijgen en hier vaak niets of slechts een klein bedrag voor hoeven bij te leggen.

Eén respondent die werkloos was ten tijde van het interview gaf een verminderd inkomen op als één van de redenen om tijdelijk over te stappen op het goedkopere speed. Ook vertelde een respondent over een bekende die veel geld te besteden had, daarom met grote regelmaat cocaïne kocht en zo afhankelijk raakte. Geen van de respondenten geeft aan financiële problemen te hebben (gehad) als gevolg van cocaïnegebruik.

“Als ik het niet zou kunnen betalen dan had ik nu een probleem.”

4.5.7 (Sociale) acceptatie

Professionals

Volgens de professionals lijkt cocaïnegebruik over het algemeen sociaal geaccepteerd te worden. Deze acceptatie wordt gezien als een maatschappelijke trend (een “hype” volgens één van de professionals) van de afgelopen jaren. De acceptatie wordt met name ervaren in de uitgaanssetting, maar ook in een subgroep in de mode-retailbranche lijkt gebruik tot op zekere hoogte ‘geïntegreerd’ te zijn in het werk. Toch wordt ook aangegeven dat er rond problematisch cocaïnegebruik en afhankelijkheid wel degelijk taboes en stigma’s bestaan.

“Niemand wil weten dat er verslaafde artsen of piloten zijn.”

Eén professional ziet dat vrouwen cocaïnegebruik bij een partner minder lijken te accepteren en ook vaker hulp of advies zoeken voor het cocaïnegebruik van hun mannelijke partner dan andersom. Ook ziet deze professional weinig acceptatie van cocaïnegebruik binnen studentenverenigingen. De professional heeft desondanks de indruk dat er binnen studentenverenigingen wel degelijk gebruikt wordt, maar dat dit meestal stellig wordt ontkend naar de buitenwereld. Volgens een andere professional wordt gebruik onder juridische beroepsgroepen soms als ‘niet integer’ ervaren, gezien het criminele karakter van de cocaïnemarkt.

De professionals werd ook gevraagd hoe de gebruikers die zij beroepsmatig tegenkomen volgens hen tegen hun eigen gebruik aankijken. Volgens één professional vinden de meeste recreatieve gebruikers dat het gebruik van cocaïne ‘moet kunnen’ en accepteren ze het van zichzelf. Bij problematische gebruikers zien professionals vaker dat zij gebruik regelmatig ontkennen of bagatelliseren. Bij deze groep kan het ook jaren duren voordat er hulp gezocht wordt, aldus één professional.

*“Het meest voorkomende fenomeen is de ontkenning:
bij de patiënt, de beroepsgroep én de werkgever.”*

Gebruikers

De respondenten ervaren weinig acceptatie van hun cocaïnegebruik door familieleden en collega’s. Sommige respondenten verzwijgen ook bewust dat ze gebruiken, omdat ze ervan uitgaan dat er negatief op gereageerd zal worden. Enkele gebruikers weten ook dat bijvoorbeeld hun (groot-) ouders negatief tegenover drugsgebruik staan, wat hen ervan weerhoudt om cocaïnegebruik met hen te bespreken. Andere barrières die door respondenten ervaren worden, zijn: geloofsovertuigingen, schaamte, angst voor consequenties op het werk en ervaringen met verslaving binnen de familie. Specifiek met betrekking tot werk denken sommige gebruikers dat collega’s en werkgevers hen als minder betrouwbaar gaan zien wanneer ze zouden weten dat ze cocaïne gebruiken, ook wanneer het om recreatief gebruik gaat.

*“Denk je dat het in [provincie] meer een taboe is dan in de Randstad? -
Qua gebruik nee, qua praten ja.”*

De meeste respondenten ervaren daarentegen een grote mate van acceptatie van gebruik door hun vrienden, vooral wanneer deze zelf ook cocaïne gebruiken. In de vriendschappelijke sfeer ligt er niet snel een taboe op het bespreken van cocaïnegebruik, noch op het gebruik zelf. Vooral bij bepaalde ‘viering’-gerelateerde aangelegenheden, bijvoorbeeld verjaardagen in thuissettingen en borrels in creatieve beroepssettingen, lijkt cocaïnegebruik sociaal geaccepteerd te zijn. Desondanks ervaren sommige gebruikers cocaïnegebruik op bepaalde momenten en in bepaalde settingen toch ook als ongepast.

“[...] vorig jaar toen was ik jarig en mijn ouders waren er. Ze zijn nog niet de deur uit en de schaal met coke komt op tafel. Er zat een vriendin bij die geen coke gebruikte en die zat echt met ogen open te kijken [van] ‘wat gebeurt hier nou’. Ik vond dat heel gênant om te zien.”

“Vorig jaar bijvoorbeeld. En toen zijn we naar een concert geweest in de stad en nog naar een vriend gegaan. Die gaat zitten snuiven terwijl het licht is en ik zeg tegen hem ‘doe eens even normaal’.”

Gebruikers die wensen te minderen of te stoppen, ervaren dat dit niet altijd geaccepteerd wordt door vrienden die nog wel gebruiken. Hierin speelt volgens één gebruiker ook de angst mee om bepaalde vrienden kwijt te raken wanneer je aangeeft niet meer mee te willen gebruiken. Eén gebruiker vertelt dat er na enige uitleg uiteindelijk wel ondersteuning kwam.

*“Maar ik zei toch vanochtend dat ik niet meer wil snuiven?
‘Ja,’ zeiden ze, ‘we kunnen toch nog wel dit weekend doen?!’*

Eén respondent wordt gevraagd waarom hij zijn cocaïne niet laat testen bij een testservice. Uit het gesprek blijkt dat zorgen om anonimiteit één van de drempels is die hierbij worden ervaren.

*“Sta ik op de camera als ik daarheen ga? Kost het geld?
Ik ken echt niemand die ooit zijn coke heeft laten testen.”*

Waar het gaat om acceptatie van het *eigen* gebruik ontstaat het beeld dat de meeste respondenten dit geaccepteerd hebben. Eén respondent noemt dat het onderdeel is geworden van een leefstijl. Iemand anders noemt dat mensen die erover zeuren waarschijnlijk zelf problemen hebben. Daarentegen zijn er ook respondenten die niet tevreden zijn over hun eigen cocaïnegebruik en vinden dat het wel wat minder kan. In sommige gevallen hebben zij al eens geprobeerd te minderen of te stoppen, al dan niet succesvol.

4.5.8 Inzicht in gebruik

Professionals

Professionals zien dat er bij gebruikers minder of geen inzicht in het eigen gebruik lijkt te zijn wanneer het gebruik problematischer wordt en dat ze hier dan niet meer over nadenken. Wanneer iemand dan toch gedwongen wordt om naar het eigen gebruik te kijken, worden consequenties vaak alleen op henzelf betrokken zonder te kijken wat het met hun sociale netwerk doet. Deze groep gebruikers komt vaak niet bij de verslavingszorg terecht, maar bij andere hulpverlening, door een opeenstapeling van problemen in het gezin of financiële problemen. Hierbij is het maar de vraag of het cocaïnegebruik uiteindelijk besproken wordt, aldus deze professional.

Verschillende andere professionals schetsen een vergelijkbaar beeld. Zij geven aan dat problematische cocaïnegebruikers in grote mate hun eigen gebruik onderschatten en minimaliseren en dat het heel lang duurt voordat deze groep hulp zoekt. Eén professional zegt dat er maar slechts enkelen zijn die zeggen: “het loopt verkeerd” of “ik gebruik te veel”. Eén van de professionals zegt ook dat het gebruik geminimaliseerd wordt omdat ze de schuld en schaamte niet willen erkennen en geen verantwoordelijkheid voor de gevolgen willen nemen.

“Ze zeggen eigenlijk altijd dat het recreatief is en dat ze het onder controle hebben.”

“Want bij iedereen die snuift, gaat in z'n eigen hoofd om: ‘Ik kom er mee weg en ik kan het betalen dus ik houd het vol’, maar ondertussen gaan de relaties stuk, gezondheid gaat achteruit. [...]. Dus ze zien het bijna niet, of ze merken het niet.”

Andere professionals geven aan dat het gevaarlijke aan cocaïne is dat mensen lang goed kunnen blijven functioneren. Dit kan het verkrijgen van inzicht in het eigen probleemgebruik bemoeilijken en vertragen.

Gebruikers

De meeste respondenten zien zichzelf niet als problematische gebruikers die hulp nodig hebben. Daarom is er tijdens de interviews ook niet uitgebreid gesproken over inzicht in (mogelijk) problematisch gebruik. Sommige gebruikers geven wel aan enige problemen te ondervinden. Zo erkennen enkele respondenten dat het gebruik van cocaïne slecht voor ze was (in gezondheids- en soms ook in sociaal opzicht) en dat ze daarom zijn gestopt. Voor jezelf erkennen en bevestigen dat je gebruik problematisch is, wordt hierbij als een positieve factor ervaren.

Bij sommigen lijkt hier ook een ambivalentie in te zitten. Eén respondent vertelt bijvoorbeeld dat hij zichzelf als een recreatief gebruiker ziet en nooit problematisch heeft gebruikt. Wel vindt hij dat hij in het verleden een probleem had en hij heeft hier toen ook hulp voor gezocht (zie paragraaf ‘minderen

en stoppen'). Een andere respondent vertelt dat hij geen problemen door de cocaïne zelf ervaart en dat hij eerder verslaafd is aan het ritueel van gebruik dan aan het effect van de cocaïne.

4.5.9 Beschermende factoren

Beschermende factoren zijn factoren die kunnen helpen om te voorkomen dat iemand cocaïne gaat gebruiken én kunnen helpen om de kans te verkleinen dat het cocaïnegebruik problematisch wordt.

Professionals

Individueel

- Het hebben van een positief zelfbeeld
- Het hebben van een stevig sociaal netwerk
- Al voor jezelf hebben besloten geen drugs te willen gebruiken
- Ervaring hebben met verslaving binnen de familie of het gezin
- Angst hebben voor de (mogelijke) effecten van cocaïnegebruik
- Minder gevoelig zijn voor sociale druk

Werkgevers

- Zorgen voor een sterk alcohol-, drugs- en medicijnbeleid (ADM-beleid)
- Duidelijk maken wat consequenties zijn van gebruik (gevolgen voor werkprestaties, integriteit, baan op het spel zetten)
- Aandacht hebben voor vroegsignalering
- Delen van succesverhalen (van werknemers die goed door de problemen heen zijn gekomen)

Preventief

- Zorgen voor doorbreking van taboes en stigma rond cocaïnegebruik
- Zorgen voor een eerlijke, neutrale boodschap met oog voor harm reduction
- Bewustwording van risico's, met name de dip na gebruik, hartinfarct, afhankelijkheid

Sommige professionals, met name diegenen die werkzaam zijn in de verslavingszorgsector, vinden het lastiger om beschermende factoren noemen.

“Alle mensen die genoeg beschermende factoren hebben, die zie ik natuurlijk niet. Dat zijn al die [...] die het wel zelf onder controle krijgen om wat voor reden dan ook. Ik zie alleen de mensen waar het mis gaat.”

Gebruikers

Gebruikers geven verschillende redenen aan om op bepaalde momenten niet te gebruiken. Dit kan te maken hebben met plannen om te gaan sporten, het bijzijn van kinderen of een partner die het gebruik afkeurt, (mentale) gezondheidsklachten (niet gerelateerd aan het gebruik) of verplichtingen vanuit tot werk of studie. De voornaamste reden om op enig moment gebruik te staken zijn de vervelende

effecten die na enige tijd gaan optreden, zoals ‘te strak staan’ en pijnlijke spieren krijgen. Ook het van dicht(er)bij meemaken van afhankelijkheid van cocaïne kan maken dat gebruikers hier extra voorzichtig mee omgaan en de frequentie van gebruik bewust beperken. Verder kan het (tijdelijk) ontbreken van financiële middelen om cocaïne te kopen ook een reden zijn om tijdelijk niet te gebruiken.

“[...] dat is echt gewoon rustig het gesprek aangaan met iemand, bespreken hoe die persoon zich voelt, of die open staat voor zulke gesprekken en als dat niet zo is, ja, dan is het even goede vrienden. Maar als dat wel zo is, ja dan kun je een hele hoop bereiken met zulke dingen.”

Gebruikers nemen soms ook zelf maatregelen om hun gebruik te beperken. Eén respondent vertelt dat hij er meestal van tevoren bij stil staat of hij wel of niet wil gaan gebruiken wanneer hij bijvoorbeeld een (huis-)feestje gaat bezoeken. Wanneer je van tevoren besluit om niet te gebruiken is het gemakkelijker het ook echt niet te doen, aldus deze respondent. Sommige gebruikers zorgen dat ze tijdens het uitgaan bewust weinig geld meenemen of niet standaard cocaïne op zak hebben. Een andere maatregel is het plannen van periodes zonder cocaïnegebruik om beter controle te houden op de frequentie van gebruik. Sommige respondenten bespreken hun gebruik met vrienden en spreken af elkaar te steunen bij het onder controle houden van gebruik. Een paar respondenten geven aan dat zij, nu zij buiten de stad wonen, minder met cocaïnegebruik bezig zijn. De coronamaatregelen ten tijde van dit onderzoek maakten het voor meerdere gebruikers ook gemakkelijker om niet te gebruiken, omdat er daardoor (tijdelijk) geen actief uitgaansleven was.

“Maar zeker tijdens corona is dat sterk afgenomen. Omdat ik het gevoel heb dat er niet echt iets te vieren valt. En het is een aanslag op je lichaam. Die aanslag kan ik nu niet gebruiken, nu corona rondwaart.”

4.6 Negatieve gevolgen van gebruik

Professionals

De professionals die uitgenodigd zijn om mee te doen aan dit onderzoek hebben door de aard van hun werk relatief vaak zicht op gebruikers waarbij verslaving of andere problematiek speelt. Dit kleurt de nadelige gevolgen die de geïnterviewde professionals benoemen. Niet alle professionals hebben zicht op problemen bij gebruikers en ook zien ze niet bij alle gebruikers dezelfde (mate van) problemen. Een paar professionals schatten in dat ongeveer 10 tot 20% van de gebruikers die zij zien problemen gaat ervaren. Professionals noemen dat dit in grote mate afhangt van het patroon van gebruik en het motief. Eén professional merkt echter op dat de groep die nu geen problemen ervaart wel degelijk een verhoogd risico loopt om in de toekomst alsnog problemen te gaan ervaren. Problemen kunnen zich ook later ontwikkelen, aldus deze professional.

Afhankelijkheid van cocaïne en het verlies van controle over het gebruik is een terugkerend thema in de interviews met een deel van de professionals. Eén professional ziet verschillende subgroepen van

gebruikers die in verschillende mate controle hebben over hun gebruik. De zwaardere problematische gebruiker kan het gebruik niet meer doseren en wil elke dag gebruiken. Een andere professional benoemt algemene problemen die bij elke verslaving worden gezien, zoals sociale problemen en gebrek aan interesse. Specifiek bij cocaïne ziet hij vaker afvlakking van affect en moeite om te genieten, ook na staking van het gebruik.

Verslaving en problemen met controle over het gebruik kan ook gevolgen hebben voor de naasten. Cocaïnegebruik wordt door de naasten - meestal de partner - vaak niet geaccepteerd. Andere problemen waar naasten tegenaan lopen zijn stemmingswisselingen, leugens, bedrog, ruzies, situaties van huiselijk geweld, gezinsproblematiek en vreemdgaan. Daarnaast zijn gebruikers voor de naasten soms een periode onvindbaar, als zij opgaan in een weekend van gebruik. Relaties komen hierdoor onder druk te staan en dit kan leiden tot psychische gevolgen bij de naasten.

"De laatste 5 maanden is hij gemiddeld 3 weekenden niet meer te vinden. Dat subcultuurtje dat hij het hele weekend van de wereld is met coke snuiven."

"De partner gaat dan de redderrol aannemen, om degene van de verslaving af te halen. Vooral bij cocaïne zie ik dat heel duidelijk. Vaak echt gezien bij cocaïneverslaving."

"[...] in ieder geval zie je na een weekend coke gebruik dat ze in de dagen erna emotioneel heel prikkelbaar zijn. Dan valt er in het gezin moeilijk te communiceren. Kinderen gaan zich daarnaar gedragen, partners gaan zich ernaar gedragen. Dan is er een disbalans."

Eén professional vertelt dat gebruikers soms grote nadelige financiële gevolgen ervaren en dat er mensen zijn die spullen verkopen om aan cocaïne te komen. Ook ziet zij de combinatie van cocaïnegebruik met gokken regelmatig terugkomen. Deze professional geeft aan dat mensen soms ook gebruiken om die schulden juist te vergeten. Financiële gevolgen zijn soms ook zichtbaar op de werkvloer. Eén professional vertelt dat mensen soms bij verschillende collega's geld gaan lenen om het cocaïnegebruik te kunnen bekostigen. Een professional werkzaam in de horeca ziet het hebben van een structureel gebrek aan geld als een teken dat er iets aan de hand is.

"Die heeft vaak geen geld, die vraagt altijd om z'n fooi. Dat zijn voor mij altijd wel tekenen dat ik denk, ja hoe kun je nou nooit geld hebben? Dat zijn toch altijd wel tekenen aan de wand."

Andere gevolgen op de werkvloer zijn: niet goed uitvoeren van werkzaamheden, onbetrouwbaar gedrag, niet weten waar iemand uithangt, meer drinken dan normaal met als gevolg brak en te laat op

komen dagen. Een andere mogelijk gevolg is het nemen van grote risico's, wat in sommige gevallen kan leiden tot ontslag. Eén professional komt vanuit zijn functie bij een adviesbureau in contact met gebruikers die door de werkgever getest worden op drugsgebruik. Deze professional vertelt dat deze mensen een groot risico lopen om hun baan kwijt te raken wanneer ze een tweede keer positief testen.

Een professional die werkt met sekswerkers noemt dat deze specifieke groep ook het risico loopt op seksuele overschrijdend gedrag, wat op zichzelf ook met gezondheidsrisico's samengaat. Als voorbeeld noemt hij het niet gebruiken van condooms of het tegen je zin doen van bepaalde handelingen. Daarbij zijn er in de settings waar sekswerkers werken naast cocaïne vaak ook andere middelen aanwezig. Dit kan de drempel verlagen om andere middelen te gebruiken als er geen cocaïne meer voorhanden is.

Op het gebied van emotionele gevolgen vertelt één professional de ervaring te hebben dat gebruikende collega's heel heftig kunnen reageren en snel boos kunnen worden. Deze boosheid kan ook weer snel omslaan, waardoor het volgens deze professional kan lijken of je in één gesprek met verschillende mensen aan het praten bent. Een andere professional legt uit dat veranderingen in emotionele gevoeligheid en cognitief functioneren nog een hele tijd kunnen aanhouden na gebruik, tot zelfs weken daarna. Een probleem hierbij is dat de gebruiker hier geen inzicht in heeft en niet ziet wat dat doet met mensen in diens directe omgeving. Daar moet veel meer over gepraat worden, aldus deze professional.

"Je kan 0% in je bloed hebben, alcohol, amfetamine, cocaïne, maar dat wil niet zeggen dat je cognitief weer helemaal goed bent. Duurt vaak heel lang, is echt een ding. Mensen die van nature achterdochtig zijn, kort lontje, depressief zijn, die gaan dat merken, dat door cocaïnegebruik dat heftiger wordt."

In het algemeen worden paranoia, angst en lichte depressie als mogelijke gevolgen van emotionele aard genoemd. Eén professional ziet dat gebruikers van cocaïne, in vergelijking met gebruikers van andere middelen, spichtig kunnen zijn en zich vaker zorgen lijken te maken over de kwaliteit van hun drugs. Ook worden veranderingen in gedrag en persoonlijkheid genoemd. Eén professional vertelt dat toenemend egoïsme al op één avond tijdens het gebruik kan worden gezien. Hoe meer cocaïne, hoe egoïstischer mensen zich gedragen, aldus deze professional.

"Plus ik denk dat het cocaïnegebruik, als je vaker gebruikt, ook wel leidt tot narcisme, of een bepaalde houding van ik red me wel."

Als lichamelijke gevolgen worden TIA's, hartstoeornissen, misselijkheid, problemen met het neusschotje, er ongezond uitzien en het ervaren van zware katers genoemd, evenals risicogedrag door zelfoverschatting.

“We weten als mensen die gesnoven hebben, dat ze zichzelf vaak wat hoger, wat scherper inschatten als ze daadwerkelijk zijn. Reactievermogen is wel snel, maar als er nieuwe informatie komt en ze moeten dat verwerken dan gaat dat minder goed.”

Een professional die werkzaam is op een EHBO-post ziet een verscheidenheid aan incidenten, waarbij de ernstigste incidenten een gevolg zijn van combinatiegebruik. De nadelige gevolgen zijn dan afhankelijk van de combinatie van middelen.

“Als het met alcohol is het vaak toch wel algehele malaise, niet helemaal lekker. En in combinatie met een ander stimulerend middel, dan zie je vaak tachycardie, delier, hoge bloeddruk, en hoge lichaamstemperatuur. Is het in combinatie met GHB-gebruik, dan hebben wij niet heel veel last van de cocaïne, dat werkt dan nog een halfuur tot drie kwartier. Waarna als de cocaïne is uitgewerkt we helemaal niks meer uit die patiënt krijgen, vanwege de GHB.”

Gebruikers

Alle gebruikers, met uitzondering van één respondent die gestopt is, kregen een lijstje voorgelegd met zeven omschrijvingen van gebruikers die hun gebruik al dan niet onder controle hebben, al dan niet problemen ervaren en al dan niet op zoek gaan naar hulp. Ze moesten die omschrijving kiezen die het beste bij hun eigen situatie past. Drie respondenten geven als reactie hierop aan recreatief gebruiker te zijn en geen problemen te ervaren. Drie respondenten omschrijven zichzelf als een recreatieve gebruiker die ook wel eens problemen ervaart door gebruik. Twee respondenten geven aan tussen de eerste twee types in te zitten. Eén respondent geeft aan dat gebruik vaak problematisch is, maar dat het nog onder controle is en er geen hulp nodig is. Eén persoon heeft professionele hulp gehad bij het stoppen met cocaïnegebruik.

Er zijn ook verschillende nadelige gevolgen voorgelegd en het thema ‘nadelige gevolgen’ is ook nog op andere momenten naar voren gekomen tijdens de interviews.

Twee respondenten vertellen over hartkloppingen die ze ervaren hebben na het gebruik van een grote hoeveelheid cocaïne.

Een ander zegt dat het gebruik een aanslag is voor z’n neus, neusholtes en keel en dat hij daar ook nog last van kan hebben in de dagen erna. Ook kan er spierpijn ontstaan. Iemand anders ervaart verergering van prikkelbare-darmklachten. Een andere respondent noemt dat ze in het verleden persoonlijke grenzen is overgegaan tijdens seks. Anderen noemen slaapproblemen, stemmingswisselingen, paniekaanvallen en teleurgesteld zijn in jezelf. Ook vertelt één respondent dat haar vrienden haar vertellen dat zij haar in de omgang als onprettig kunnen ervaren wanneer ze cocaïne heeft gebruikt.

“Ze zeiden dan dat ik een beetje bitchy werd.”

Een paar respondenten noemen agressie en sneller uit hun slof schieten als gevolgen van gebruik en zeggen daardoor soms in ruzies te belanden. Eén respondent vertelt hoe de combinatie met alcohol en cannabis een rol speelt.

"Als ik coke neem dan kan ik nog wel eens agressief worden. Dat is dan een combinatie van drank... ik word dan heel mellow. Er is dan niks aan de hand. Ik ben dan helemaal iedereen's vriend want ik blow er dan lekker bij ook. Maar op het moment dat er ook maar iets gebeurt, dan is het klaar."

Ook het ervaren van schaamte wordt door verschillende respondenten als negatief gevolg genoemd. Eén respondent vertelt bijvoorbeeld over de schaamte die hij voelde toen hij een beetje onder invloed was tijdens het werk. Een nadelig gevolg van een andere aard is het ervaren van afhankelijkheid van cocaïne en het onvermogen om zonder coke plezier te hebben.

"Ja, sta je daar op het feestje en je moet genieten van het feestje, maar je bent verdrietig omdat je je drugs vergeten bent."

Ook op relationeel en seksueel gebied ervaren gebruikers problemen. Eén respondent zegt relatieproblemen te hebben ervaren. Iemand anders vertelt dat diens libido over de tijd is gedaald. Geen van de respondenten noemt verslaving of afhankelijkheid, al worden hier soms wel kenmerken van herkend.

"Ja soms wel denk ik, niet per se afhankelijkheid maar soms heb ik zo'n gevoel van 'ik zou wel even weer wat lusten' zeg maar."

5. Conclusies en doelgroepen

De resultaten van dit onderzoek zijn beschreven op basis van de verschillende onderzoeksmethoden, te weten kwantitatieve data-analyse, een literatuurverkenning en gestructureerde interviews met professionals en gebruikers van cocaïne. Op basis van de verzamelde gegevens zal geschetst worden welke subgroepen van gebruikers te onderscheiden zijn (5.1). Daarna worden er voor de verschillende groepen aanknopingspunten voor preventie gegeven (5.2). Ten slotte doen we aanbevelingen voor vervolgonderzoek (5.3). Een belangrijke kanttekening, zoals ook aangegeven onder ‘beperking’ in de inleiding van dit rapport, is dat gebruikers gedurende hun ‘carrière’ van cocaïnegebruik onder verschillende subgroepen kunnen vallen.

5.1 Geïdentificeerde subgroepen gebruikers van cocaïne

Vanuit de algehele resultaten, en met name vanuit de interviews, kunnen de volgende subgroepen van gebruik en subgroepen van gebruikers geïdentificeerd worden. Zoals aangegeven in de kanttekeningen (§1.2) kunnen individuen zich over de tijd in verschillende subgroepen bevinden. Ook bestaat er enige overlap tussen de subgroepen wat betreft bepaalde kenmerken (leeftijden, settingen van gebruik, et cetera).

5.1.1 Sociaal gebruik in ‘feest-en-vier’-settingen

Groep 1: (jongere) gebruikers die controle ervaren over gebruik

De eerste groep bestaat uit veelal - maar niet uitsluitend - jongere gebruikers (tussen 20 en 35 jaar) die op niet-regelmatige basis cocaïne gebruiken. Ze doen dit veelal samen met vrienden en bekenden in sociale settingen (uitgaansgelegenheden als clubs en kroegen, (huis-)feestjes, festivals en borrels) en ervaren geen of weinig problemen (sociaal en/of fysiek) als gevolg van hun gebruik. Cocaïne gebruikende studenten vallen ook vaak in deze groep. De gebruikers zijn zich veelal bewust van de risico's van cocaïnegebruik, maar zijn desondanks begonnen cocaïne te gebruiken omdat het middel hen op enig moment werd aangeboden. Desondanks vinden ze cocaïne vaak schadelijk en nemen ze vaak beschermende maatregelen. Deze groep combineert cocaïne vaak met alcohol en soms met andere middelen als speed, cannabis of XTC. Onder leeftijdsgenoten en vrienden is het gebruik meestal bekend, maar cocaïnegebruik wordt tegenover collega's, werkgevers en familie veelal bewust verzwegen vanwege verwachte negatieve reacties of consequenties.

Groep 2: (oudere) gebruikers met problematiek en geen of verminderde controle

Deze groep bestaat uit voornamelijk – maar niet uitsluitend - oudere gebruikers (tussen 35 en 50 jaar) die al jaren gebruiken (sinds hun 20'er jaren) en hierdoor inmiddels (enige) problematiek ondervinden, waaronder moeite met controle over het gebruik. Ook al worden in deze groep veel oudere gebruikers gezien, toch kunnen jongere gebruikers ook een patroon van frequent gebruik ontwikkelen waarin zij de controle over hun gebruik verliezen. Een deel van deze groep wil het gebruik minderen of stoppen in verband met de ervaren problemen. In sommige gevallen zijn er al (al dan niet succesvolle) stoppogingen ondernomen. Deze groep voelt zich niet prettig meer bij het eigen gebruik of voelt zich soms niet prettig meer binnen de setting of groep waarin de gebruiksgeschiedenis zich tot dan toe

heeft afgespeeld. Tegelijk achten zij het niet altijd noodzakelijk professionele hulp in te schakelen en is er vaak beperkt inzicht in de problematiek als gevolg van gebruik.

5.1.2 Gebruik gerelateerd aan werksettingen

Groep 3: sociaal gebruik met collega's (vlak) na werktijd

Binnen deze groep wordt cocaïne in een sociale werk-gerelateerde setting gebruikt, veelal vlak na het werk, bijvoorbeeld tijdens (besloten) borrels. Motieven hierbij zijn ontspanning, het gezamenlijk afsluiten van de werkdag, gezelligheid en bij de groep en de collega's willen horen. Voor senioren medewerkers kan ook het uitdragen van een bepaalde status een rol spelen. Deze groep ervaart ogenschijnlijk relatief weinig problemen met gebruik. Maar subgroepen, die vanwege bepaalde risicofactoren bijvoorbeeld ook onder groep 5 of 2 kunnen vallen, lopen wel degelijk risico op het ontwikkelen van problemen. Cocaïne wordt veelal gezien als 'iets dat erbij hoort' en dat niet erg schadelijk is (bij incidenteel gebruik). Sectoren en beroepsgroepen die in dit onderzoek werden genoemd zijn bijvoorbeeld de horeca, de bouw- en technieksector en salesafdelingen waar imago en prestige een rol spelen.

Groep 4: functioneel gebruik (veelal) solo en tijdens werktijd

In deze groep wordt cocaïne vaker solo (niet in groepsverband) en ook tijdens werkuren gebruikt, met als motivatie prestatie- en concentratieverbetering (*enhancement*), langer en beter fysiek of mentaal kunnen volhouden van het werk en beter kunnen omgaan met werkdruk (coping). Dit wordt met name genoemd in relatie tot beroepen waar over het algemeen een hoge werkdruk heerst en waar men relatief veel verdient, waardoor cocaïne gemakkelijk bekostigd kan worden. Sectoren en beroepsgroepen die in dit kader worden genoemd zijn bijvoorbeeld sekswerk, de visserij, medisch specialisten, de juridische sector, wetenschappers en de creatieve sector. Een deel van deze groep ervaart op den duur problemen met gebruik, zoals afhankelijkheid, financiële problemen of problemen in de werk- of relationele sfeer. Problematisch gebruik kan echter lang onder de radar blijven, mede vanwege het solistische karakter van gebruik en omdat financiële problemen minder snel optreden.

5.1.3 Gebruik als coping bij psychische problematiek

Groep 5: cocaïnegebruik om met negatieve emoties om te gaan

In deze groep is het onderdrukken van negatieve emoties als verdriet, angst, stress of onrust het hoofdmotief voor het cocaïnegebruik. Mensen beginnen niet zozeer met cocaïnegebruik als gevolg van deze klachten, maar de klachten kunnen er wel voor zorgen dat bestaand gebruik, dat voorheen recreatief was of slechts af en toe plaatsvond, kan toenemen in hoeveelheid en frequentie. Vervolgens kunnen er problemen ontstaan op het werk, op financieel gebied of in de relationele sfeer.

Groep 6: cocaïnegebruik als onderdeel van bestaande emotionele of psychische problemen

In de literatuur komt een subgroep van gebruikers van cocaïne naar voren van gebruikers die in behandeling zijn of zijn geweest of die een diagnose hebben voor psychische problematiek, zoals ADHD, een angststoornis, depressie, een trauma of persoonlijkheidsproblematiek. In de interviews

werd dit beeld enkele keren besproken en bevestigd door professionals, maar onvoldoende om met zekerheid uitspraken te kunnen doen over deze groep.

5.2 Aanknopingspunten voor preventie

Voor de verschillende subgroepen van gebruikers kunnen eerste aanknopingspunten voor preventie worden geschetst. Deze aanknopingspunten zijn relevant voor verschillende partijen binnen de verslavingspreventie, zoals preventieafdelingen van instellingen voor verslavingszorg, ADM-bureaus, het Trimbos-instituut, Verslavingskunde Nederland (VKN), et cetera. In vervolgonderzoek kan systematisch in kaart worden gebracht welke preventieve interventies voor welke doelgroepen geschikt zijn, welke partijen voor welke doelgroep een rol kunnen spelen en welke mogelijkheden voor preventie er door professionals worden gezien. Een uitgebreide bespreking hiervan valt buiten het onderzoek.

5.2.1 Sociaal gebruik in 'feest-en-vier'-settings (groepen 1 en 2)

Voor de groep die cocaïne gebruikt in de sociale setting zien wij voornamelijk aanknopingspunten in het verduidelijken van enkele specifieke risico's van cocaïnegebruik en het verbeteren van de bekendheid van verschillende services. Gebruikers komen er bijvoorbeeld soms pas na een langere periode van gebruik achter dat je als recreatief gebruiker bij verslavingszorginstellingen terecht kunt voor (vrijblijvende) voorlichting, informatie en eventueel het gratis en anoniem laten testen van je cocaïne. Wat betreft risico's komen sommige gebruikers eveneens pas relatief laat enkele specifieke risico's van combinatiegebruik met alcohol of van het consumeren van zeer pure cocaïne. De risico's van het gebruik van alcohol in combinatie met cocaïne kunnen in voorlichting duidelijker naar voren worden gebracht. We hebben het dan over de risico's voor de gezondheid en over het grensverlagende effect waardoor je makkelijker meegaat in cocaïnegebruik, ook waar dit niet je intentie was. Ook kwam uit het onderzoek naar voren dat gebruikers zich er niet altijd van bewust zijn dat de effecten van cocaïne nog lang na het gebruik invloed kunnen hebben op hun gedrag.

Voor gebruikers met beginnende problematiek is het ook van belang dat zij laagdrempelig informatie kunnen vinden, zodat zij weten wanneer cocaïnegebruik als problematisch beschouwd kan worden en waar ze terecht kunnen voor hulp. Ook voor deze groep is verbetering van bekendheid en bereikbaarheid van informatie en services een aanknopingspunt. Daarnaast spelen ook de naasten van deze gebruikers een rol, zoals familie, vrienden, collega's en professionals. Zij kunnen ondersteunen bij: 1) het signaleren van problematisch (wordend) gebruik, 2) het minderen of stoppen van gebruik en 3) het zoeken naar hulp. Een laatste aanknopingspunt betreft het ondersteunen van naasten bij het bespreekbaar maken van (problematisch) cocaïnegebruik en het toeleiden naar professionele hulp.

5.2.2 Gebruik gerelateerd aan werksettings (groepen 3 en 4)

In de interviews werden verschillende beroepsgroepen en settings genoemd waarin cocaïnegebruik relatief vaker voor zou komen. We noemen ze hier, met de kanttekening dat het gaat om een verkenning en dat er slechts met een beperkte groep mensen gesproken is. Mogelijk zijn in deze verkenning sectoren buiten beschouwing gebleven waar cocaïnegebruik ook een rol speelt.

Onderstaande opsomming suggereert ook niet dat cocaïnegebruik per definitie door de gehele sector plaatsvindt of dat de meerderheid van werknemers in deze sector cocaïne zou gebruiken. De aanbeveling is dan ook om in elk geval onder onderstaande groepen verdiepend vervolgonderzoek uit te voeren, temeer omdat er weinig bekend is over de functie van cocaïnegebruik in relatie tot werk.

- Horeca
- Medische sector
- Bouw en technieksector
- Seksindustrie (ook functioneel)
- Juridische sector (ook functioneel)
- Visserij

De hierboven genoemde kansrijke insteken ter voorkoming van het gebruik van cocaïne kunnen ook van toepassing zijn voor de subgroep die sociaal gebruikt in werksettings. Daarnaast liggen er belangrijke aanknopingspunten bij werkgevers als intermediaire doelgroep.

Het is van belang dat werkgevers een alcohol-, drugs- en medicijnbeleid (ADM-beleid) hebben, waarin specifieke aandacht besteed wordt aan het middel cocaïne. Via dergelijk beleid kunnen werkgevers duidelijk en transparant maken wat de verwachtingen zijn van (in dit geval) cocaïnegebruik door werknemers. Wat zijn de regels, waar liggen grenzen en wat zijn eventuele consequenties?

Werkgevers dienen zich ook in enige mate bewust te worden van risico's van cocaïnegebruik, zodat ze kunnen uitdragen dat gebruik van cocaïne over het algemeen (uiteindelijk) niet bevorderlijk is voor werkprestaties en daarmee niet bevorderlijk voor het verloop van iemands loopbaan en zelfs eventueel risico op ontslag kan geven. Daarbij is er het punt van de voorbeeldfunctie: wanneer (nieuwe) medewerkers door (seniore) collega's gebruik als voorbeeld gesteld krijgen, bestaat er een grotere kans dat zij ook deel zullen gaan nemen of blijven nemen aan het gebruik. De eerdergenoemde regels, grenzen en consequenties zullen dan ook moeten gelden voor alle werknemers in alle functies.

Tot slot is het belangrijk dat werkgevers op de hoogte raken van de signalen van (problematisch) gebruik en dat zij weten naar welke hulpkanalen ze kunnen verwijzen. Ook kunnen werkgevers ondersteund worden in het bespreekbaar maken van cocaïnegebruik. Deze punten maken ook onderdeel uit van een volledig ADM-beleid (Blokland en De Jong, 2020). Het herkennen van en kunnen inspelen op signalen kan beschermen tegen het ontstaan van problematisch gebruik, met name bij het 'solistische subtype', omdat gebruik bij hen lang onopgemerkt kan blijven.

5.2.3 Aanknopingspunten bij gebruik als coping bij psychische problematiek (groepen 5 en 6)

Zowel binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als binnen de verslavingszorg is kennis en begrip van mentale gesteldheid en psychiatrische stoornissen in samenhang met cocaïnegebruik van belang. Professionals werkzaam in de GGZ dienen erop bedacht te zijn dat eventueel cocaïnegebruik door cliënten uitgevraagd en indien aanwezig gemonitord moet worden. Ook kunnen zij cliënten ervan bewust maken dat aanwezige psychische problemen een risicofactor vormen voor problematisch gebruik. Ook is het belangrijk dat deze professionals op de hoogte zijn van wanneer en waarheen zij

cliënten die cocaïne gebruiken kunnen doorverwijzen en hoe verschillende geestelijke gezondheidszorg- en verslavingszorgsectoren cliënten in samenwerking kunnen blijven helpen.

5.3 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Op basis van de huidige inzichten zijn een aantal aanbevelingen voor toekomstig onderzoek te doen.

Ten eerste is het belangrijk te inventariseren in hoeverre er op nationaal of internationaal niveau preventieve interventies bestaan voor de geïdentificeerde doelgroepen. Waar een dergelijke aanpak nog niet voorhanden is, is het van belang te onderzoeken of de ontwikkeling of aanpassing van andere bestaande preventiemethoden mogelijk en nodig is voor een specifieke focus op cocaïne. De koppeling met beschikbare preventie valt buiten de aard van het onderzoek, maar kan vallen onder een mogelijk vervolgonderzoek gericht op preventieve interventies. Een verdieping om de specifieke preventiedoelen per doelgroep in kaart te brengen (bijvoorbeeld minderen of stoppen van gebruik of voorkomen van risicovolgedrag onder invloed) kan hier onderdeel van zijn.

Ten tweede verdient het aanbeveling de geïdentificeerde doelgroepen verder uit te diepen en in kaart te brengen wat onderliggende determinanten zijn van gebruik en welke gedragsveranderingstechnieken hierop kunnen aangrijpen.

Ten derde is aandacht voor preventie voor de groep naasten aan te bevelen. Naasten vallen als doelgroep buiten het doel van het onderzoek, waarin we ons specifiek richten op de gebruikers zelf. Maar in verschillende interviews zijn de sociaal-emotionele problemen die naasten (vaak de partner) als gevolg van cocaïnegebruik ervaren naar boven gekomen, evenals de mogelijke positieve invloed die naasten kunnen hebben bij stoppen of minderen van gebruik.

Daarnaast dient er, ten vierde, beter zicht te komen op eventueel problematisch gebruik onder vrouwen. Problematisch gebruik wordt momenteel meer gezien onder mannen, maar professionals wijzen erop dat er mogelijk andere drempels zijn en meer stigma is voor vrouwen, waardoor zij (nog) minder makkelijk met een hulpvraag komen.

Ten slotte is aanvullend onderzoek nodig naar het vergroten van de bereikbaarheid van cocaïnegebruikers en het bespreekbaar maken van cocaïnegebruik. Op basis van de interviews ontstaat een beeld dat bijna alle doelgroepen moeilijk bereikbaar zijn en er grote drempels zijn in het zoeken van en openstaan voor hulp. Het in grote mate ervaren van stigma op het bespreken van cocaïnegebruik, verwachtingen van negatieve reacties of consequenties, schaamte en gebrek aan inzicht in het eigen stadium van gebruik liggen hieraan ten grondslag. Toekomstig onderzoek kan zich richten op het krijgen van een beter beeld van deze drempels en op het verkrijgen van inzicht in oplossingen voor het opheffen van barrières bij het bespreken van cocaïnegebruik en het zoeken van hulp.

6. Bronnen

Blanken, P., Barendregt, C., & Hendriks, V.M. (1997). *Op is op, niets is voor altijd: een onderzoek naar het roken van cocaïne-base en zelf-controle mechanismen*. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving.

Blokland, M., & De Jong, C. (2019). Alcohol-, Drugs-, en Medicijnbeleid (ADM-beleid). Middelengebruik en werk. Utrecht: Trimbos-instituut.

Boekhout van Solinge, T. (2001). *Op de pof: cocaïnegebruik en gezondheid op straat*. Amsterdam: Rozenberg Publishers en Stichting Mainline.

Bronfenbrenner, U. (1994). "Ecological models of human development", In T. Husen en T.N. Postlethwaite (eds.), *International Encyclopedia of Education* (2nd ed., vol. 3, pp. 1643-1647). Oxford, England: Pergamon Press.

Bronfenbrenner, U. (2005). "The bioecological theory of human development", In U. Bronfenbrenner (ed.), *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development* (pp. 3-15). Thousand Oaks, Californië: Sage Publishers.

Brunt, T.M., Rigter, S., Hoek, J., Vogels, N., Van Dijk, P., & Niesink, R.J. (2009). An analysis of cocaine powder in the Netherlands: content and health hazards due to adulterants. *Addiction*, 104(5), 798-805.

Brunt, T.M., Van den Berg, J., Pennings, E., & Venhuis, B. (2017). Adverse effects of levamisole in cocaine users: A review and risk assessment. *Archives of Toxicology*, 91(6), 2303–2313.

Camara, W.J., Nathan, J.S., & Puente, A.E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(2), 141.

Cohen, P.D., & Wolters, E.C.J.M. (1989). *Cocaine use in Amsterdam in non-deviant subcultures*. Universiteit van Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie.

Coomber, R., Moyle, L., & South, N. (2016). The normalisation of drug supply: The social supply of drugs as the 'other side' of the history of normalisation. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(3), 255-263.

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

Doekhie, J., Nabben, T., & Korf, D.J. (2010). *NL Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2008-2009*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). European Drug Prevention Quality Standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019a). European Drug Report 2019: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol (2019b). EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019c). European Prevention Curriculum: A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Farré, M., De La Torre, R., Llorente, M., Lamas, X., Ugena, B., Segura, J., & Camí, J. (1993). Alcohol and cocaine interactions in humans. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 266, 1364-1373.

Farrell, M., Martin, N.K., Stockings, E., Bórquez, A., Cepeda, J.A., Degenhardt, L., Ali, R., Tran, L.T., Rehm, J., Torrens, M., Shoptaw, S., & McKetin, R. (2019). Responding to global stimulant use: challenges and opportunities. *The Lancet*, 394(10209), 1652-1667.

Foltin, R.W., & Fischman, M.W. (1988). Ethanol and cocaine interactions in humans: Cardiovascular consequences. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 31, 877– 883.

Grapendaal, M., Leuw, E. & Nelen, J. (1991) *De economie van het drugsbestaan. Criminaliteit als expressie van levensstijl en loopbaan*. Arnhem: Gouda Quint.

Green, A., Pickering, H., Foster, R., Power, R., & Stimson, G.V. (1994). Who uses cocaine? Social profiles of cocaine users. *Addiction Research*, 2(2), 141-154.

Harris, D.S., Everhart, E.T., Mendelson, J., & Jones, R.T. (2003). The pharmacology of cocaethylene in humans following cocaine and ethanol administration. *Drug and alcohol dependence*, 72(2), 169-182.

Higgins, S.T., Rush, C.R., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Lynn, M., & Capeless, M.A. (1993). Acute behavioral and cardiac effects of cocaine and alcohol combinations in humans. *Psychopharmacology*, 111, 285– 294.

Kim, S.T., Park, T. (2019). Acute and chronic effects of cocaine on cardiovascular health. *International Journal of Molecular Sciences*, 20, 584.

Korf, D.J. (2010). *Coke bij de vis. Misdaad en moraal*. (Universiteit van Amsterdam Oratie Rechtsgeleerdheid). Amsterdam: Vossiuspers.

Kuypers, K., Verkes, R.J., van den Brink, W., van Amsterdam, J., Ramaekers, J.G. (2020). Intoxicated aggression: Do alcohol and stimulants cause dose-related aggression? A review. *European Neuropsychopharmacology*, 30, 114-147.

Monshouwer, K., Van der Pol, P., Drost, Y.C., & Van Laar, M.W. (2016). Het Grote Uitgaansonderzoek 2016: Uitgaanspatronen, middelengebruik en preventieve maatregelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Nabben, T. (2010). High Amsterdam: ritme, roes en regels in het nachtleven. Proefschrift. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nabben, T. (2020). Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicjongeren 2019. Hogeschool van Amsterdam.

Nabben, T. & Benschop, A. (2020). Antenne 2019. Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Parrott, A.C. (2015). Why all stimulant drugs are damaging to recreational users: an empirical overview and psychobiological explanation. *Human Psychopharmacology*, 30(4), 213- 224.

Penning, R., Veldstra, J.L., Daamen, A.P., Olivier, B., & Verster, J.C. (2010). Drugs of Abuse, Driving and Traffic Safety. *Current Drug Abuse Reviews*, 3, 23-32.

Pennings, E.J., Leccese, A.P., & Wolff, F.A. (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97, 773-783.

Pearson, G. (2001). Normal drug use: Ethnographic fieldwork among an adult network of recreational drug users in inner London. *Substance use & misuse*, 36(1-2), 167-200.

Schürmann, L., Croes, E., Lameijer, M., & Valkenberg, H. (2019). Monitor drugsincidenten: Factsheet 2018. Utrecht: Trimbos-instituut.

SIVZ - Stichting Informatie Voorziening Zorg (2015). Landelijke Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) – Middelen – Cocaine. Geraadpleegd november 2020, via: <https://www.ladis.eu/nl/middelen/cocaine>.

Sordo, L., Indave, B.I., Barrio, G., Degenhardt, L., De La Fuente, L., & Bravo, M.J. (2014). Cocaine use and risk of stroke: a systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 142, 1-13.

Spronk, D.B., Van Wel, J.H.P., Ramaekers, J.G., & Verkes, R.J. (2013). Characterizing the cognitive effects of cocaine: a comprehensive review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 1838–1859.

Spronk, D.B., De Bruijn, E.R.A., Van Wel, J.H.P., Ramaekers, J.G., & Verkes, R.J. (2015). Acute effects of cocaine and cannabis on response inhibition in humans: an ERP investigation. *Addiction Biology*, 21(6).

Stichting Mainline (2020). 'Chemsex' (webpagina). Geraadpleegd december 2020, via: <https://mainline.nl/posts/show/11916/chemsex>.

Stoele, M.,J. Verdurmen & Maalsté, N. (2004). Edam-Volendam ontouchert. Rotterdam/Utrecht.
Verhoeven, N. (2020). Thematische Analyse: patronen vinden bij kwalitatief onderzoek. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Van Laar, M.W., Cruts, C.J.A., Van Miltenburg, C., Strada, L., Ketelaars, E.M.T., Croes, E.A., Beenackers, E., & Meijer, R. (2020). Jaarbericht Nationale Drug Monitor 2019. Utrecht & Den Haag: Trimbos-instituut & Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC).

Vermunt, J. K. (2004). Toepassingen van latent klasse analyse in sociaal wetenschappelijk onderzoek. *Sociale Wetenschappen*, 47, 2-14.

Waldorf, D., Reinarman, C., & Murphy, S. (1992). *Cocaine changes: The experience of using and quitting* (Vol. 49). Temple University Press.

Zdun, S. (2014). The perceived effects of cocaine on the driving performance of long-term users. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 21(5), 420-425.

Bijlage 1 Vragenlijst voor professionals

- Wat is uw beroep? Kunt u een korte omschrijving geven van de inhoud van uw functie?
- Op welke manier komt u beroepsmatig met gebruikers van cocaïne in contact?
- Wat is de naam van uw organisatie? (optioneel)
- Valt er een typering te geven van (verschillende soorten) cocaïnegebruikers die u beroepsmatig tegenkomt (vraag uit naar en vink af nadat het uitgevraagd is).
- Hoe wordt er door de gebruikers gekeken naar / gedacht over cocaïnegebruik?
- Wat zijn volgens u factoren/redenen (risicofactoren) die bijdragen aan cocaïnegebruik bij deze groepen?
- Welke problemen worden er door de verschillende groepen ervaren? (probeer per groep te achterhalen welke problemen/gevolgen er op de voorgrond staan).
- Welke factoren dragen er volgens u aan bij dat mensen uiteindelijk stoppen of minderen met gebruik?
- Kunt u een typering geven van (verschillende soorten) mensen die volgens u RISICO lopen om cocaïne te gaan gebruiken? (vraag uit naar mensen die nog niet gebruiken maar hier gevoelig voor zijn: (vink af nadat het uitgevraagd is).
- Welke factoren dragen er volgens u aan bij dat mensen die risico lopen om te gaan gebruiken, uiteindelijk NIET gaan gebruiken?
- Wat zou deze verschillende risico- en gebruikersgroepen kunnen helpen? (vraag apart uit naar typering)

Bijlage 2 Vragenlijst voor gebruikers

1. Leeftijdscategorie:
 - 18-23
 - 24-30
 - 31-35
 - 36-40
 - 41-50
 - 51-60
 - 61-70
 - >71

2. Geslacht:
 - Man
 - Vrouw
 - Anders

3. Woonplaats type:
 - Grote stad
 - Middelgrote stad
 - Groot dorp
 - Klein dorp

4. Provincie:

5. Werk / studeer je momenteel?

6. Studie /Beroepsgroep:

7. Wat is je hoogst *afgeronde* opleiding?

8. Hoeveel uur besteed je per week aan je studie en/of werk? (houd rekening mee dat mensen kunnen werken en studeren)

9. Wat is je leefsituatie? (huisgenoten, gezin, alleenwonend etc.)

10. In welk land is je vader geboren? / In welke land is je moeder geboren?

11. Hoe zou je de buurt waar je woont omschrijven?

12. Zou je een korte omschrijving van jezelf kunnen geven? Hoe denk je dat anderen zou zien? (karakterbeschrijving)

13. Gebruik je momenteel cocaïne?
 - Ja
 - Nee

14. Wanneer heb je voor het laatst cocaïne gebruikt?

15. Hoeveel was dat in 1 sessie? (minder dan kwart, kwart-half, half-heel, meer dan 1 gram)

16. Kun je iets vertellen over je persoonlijke cocaïne carrière?

- eerste leeftijd van gebruik
- hoeveel jaren in totaal? (probeer vervolgens te achterhalen hoe het gebruik over verschillende periodes heeft ontwikkeld).
- Geef per periode aan hoeveel jaren het besloeg en hoe het gebruik eruit zag (aantal gram per sessies, aantal sessies per maand/week, recreatief/problematisch streep door wat van toepassing is)
 1. Periode 1: ___jaren ___gram per sessie, sessies per maand/week... recreatief/problematisch,
 2. Periode 2: ___jaren ___gram per sessie, sessies per maand/week... recreatief/problematisch
 3. Periode 3: ___jaren ___gram per sessie, sessies per maand/week... recreatief/problematisch
 4. Periode 4: ___jaren ___gram per sessie, sessies per maand/week... recreatief/problematisch
 5. Periode 5: ___jaren ___gram per sessie, sessies per maand/week... recreatief/problematisch

17. Hoeveel heb je de afgelopen maand gebruikt?

18. Wat beschrijft jou het beste (leg opties voor en kruis aan wat van toepassing is):

- Recreative gebruiker, geen problemen
- Recreative gebruiker, maar ervaar ook wel eens problemen door gebruik
- Gebruik is vaak problematisch, maar heb het nog onder controle, geen hulp
- Gebruik is vaak problematisch, vaak niet onder controle, zou hulp moeten zoeken
- Problematisch gebruik, vaak niet onder controle, heb hulp gezocht
- Verslaafde gebruiker, niet onder controle, heb hulp gezocht
- Hersteld, in het verleden problematisch cocaïne gebruikt

19. (bij problemen vraag): Welke problemen ervaar je/ heb je ervaren als gevolg van gebruik? (stel als open vraag en kruis aan wat van toepassing is)

- Geen problemen
- Geldproblemen
- Schaamte
- Slaapproblemen
- Psychische klachten zoals bijv. angst/stress
- Relatieproblemen
- Kwijt raken van vrienden
- Agressie/driftbuien
- Kortaf, narrig

- Verslaving
 - Medische problemen zoals. _____
 - Anders: _____
20. Combineer je cocaïne met andere middelen? En zo ja, welke, waarom en hoe is de afwisseling? (vraag naar wat eerst, hoeveel tijd ertussen)
 21. Snuif je altijd als je drinkt?
 22. Hoe zit dat patroon van alcohol en cocaïne gebruik eruit? (probeer door te vragen wat eerst komt, en het patroon zich afwisselt en waarom?)
 23. Waar gebruik je cocaïne? (thuis/feestjes/op straat, specificeer zoveel mogelijk etc.)
 24. Hoe kom je aan cocaïne?
 25. Koop je bij verschillende dealers? (om te camoufleren dat er een probleem is)
 26. Met wie gebruik je cocaïne? (vrienden, collega's, kennissen, alleen etc.)
 27. Hoeveel geld geef je gemiddeld per maand uit aan cocaïne?
 28. (indien momenteel nog gebruik wordt) wat zijn jouw persoonlijke redenen/motieven voor cocaïne gebruik? (niet te veel woorden in de mond leggen, kijken waar mensen mee komen).
 29. Wat zijn jouw valkuilen bij gebruik?
 30. Terugdenkend **aan de begin periode** dat je cocaïne gebruikte, welke factoren zorgden er destijds voor dat je ging gebruiken? (vraag naar risicofactoren o.a. rol van anderen, persoonlijkheidsfactoren etc.)
 31. Zijn deze factoren momenteel hetzelfde als toen je begon met gebruiken? Wat is er evt. veranderd?(evt. welke factoren hebben eraan bijgedragen dat je bent blijven gebruiken?)
 32. (indien gestopt is) wat heeft eraan bijgedragen dat je bent gestopt? (life-event, moment gebeurtenis/rock-bottom)
 33. Hoe sta je tegenover je eigen gebruik? (vraag naar acceptatie)
 34. Wat triggert jouw gebruik? (probeer tot de kern te komen waarom iemand cocaïne gaat gebruiken, het gevoel vooraf, gevoel tijdens etc.)
 35. Zou je willen minderen/stoppen? En zo ja waarom?
 36. Heb je altijd cocaïne op zak? (zegt iets over 'beschikbaar houden voor zichzelf')
 37. Zijn er ook dagen dat je niet aan cocaïne denkt? (indicatie van craving)
 38. Weten anderen? (partner/familie/vrienden/collega's) van je gebruik? Waarom wel/niet?

39. Wat vinden anderen (partner/familie/vrienden/collega's) van gebruik?/Praat je hierover?
40. Kun je in het algemeen de rol van je werk bij je gebruik beschrijven? (is werk een plek waar je gebruikt, acceptatie, wordt het verkocht etc.)
41. Weten je collega's van je gebruik?
42. Heb je professionele of niet-professionele hulp gehad? Kun je vertellen hoe dat eruit zag? (vraag door op behandeltrajecten, steun van vrienden/ steun via werkgever etc.)
43. Is er iets wat je aan hulp hebt gemist en waar je wel mogelijkheden zou zien?
44. Wat zijn jou de grootste drempels en obstakels bij het zoeken van hulp? (vraag door op hoe die overwonnen zijn)
45. Is er iets wat (jonge)mensen niet weten over cocaïne, en waarvan je vindt dat ze dat zouden moeten weten?
46. Wat zijn volgens jou de grootste mythes over cocaïne?

