

De weg naar een goed leven

Ook via commerciële FPC's?

WOUTER WANZEELE^a
LIESBETH NAESENS^b



Panopticon, 36 (4), 353-360
© 2015 Maklu | ISSN 0771-1409 | July 2015

- ^a Maatschappelijk werker en forensisch therapeut bij I.T.E.R. (ambulant centrum ter preventie, begeleiding en behandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag) en Psychotherapie-BRUG (CGG Ahasverus binnen de gevangenissen te Brussel) (Corresp.: iter.wanzeele@gmail.com).
- ^b Lector binnen de opleiding sociaal werk, Odisee.

1. INLEIDING

In het forensische werkveld zien we de laatste jaren een switch van een focus op risicofactoren naar een focus op risico- én beschermende factoren (WARD & GANNON, 2006). Met de komst van het commerciële Forensische Psychiatrische Centra (FPC) in Gent stellen we ons de vraag of deze evolutie zich zal doorzetten in de hulp aan geïnterneerden.

2. HOOP NA DE VERGEETPUT

Indien er een misdaad of wanbedrijf gepleegd wordt, waarbij de dader op het moment van feiten, onderzoek en/of op het moment van het vonnis, omwille van een geestesstoornis, niet in staat is om zijn daden te controleren dan wordt de interneringsmaatregel uitgesproken. Internering is geen straf maar een maatregel die van onbepaalde duur is. Zodra de internering wordt uitgesproken, is de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM) bevoegd voor de uitvoering van de maatregel. De CBM heeft hiertoe verschillende mogelijke tenuitvoerleggingsbeslissingen: plaatsing in de gevangenis, uitgangspemissies, verloven, beperkte vrijheid, plaatsing (artikel 14) buiten de gevangenis, Vrij op Proef (VOP) en definitieve invrijheidstelling.

Met schaamrood op de wangen stapelde België de afgelopen jaren verschillende veroordelingen van het EHRM op voor de manier waarop de geïnterneerden worden behandeld. Geïnterneerden blijven immers vaak opgesloten in de gevangenis en dit zonder de gepaste behandeling. De afgelopen jaren woedde er een maatschappelijk debat rond deze kwestie. Als triest hoogtepunt vroeg in 2014 een geïnterneerde om euthanasie vanwege het niet krijgen van gepaste hulp (FOCQUAERT *et al.*, 2014).

Nochtans vinden we binnen de gevangensmuren wel hulpverlening terug: geïnterneerden kunnen beroep doen op de Psychosociale Dienst van de gevangenis en er werden zorgteams in het leven geroepen. Zij staan in voor de specifieke medische en geestelijke gezondheidszorg aan geïnterneerden in de gevangenis. De Psychosociale Dienst (PSD) is daarboven verantwoordelijk voor een plan van re-integratie. Daarnaast kunnen geïnterneerden beroep doen op het aanbod van hulp- en dienstverlening dat de Vlaamse Gemeenschap in de gevangenis binnenbrengt.

In de praktijk dient de bestaande hulp louter tot het overleven van een precare situatie en is er weinig tot geen perspectief op een toekomst buiten de gevangenis (VAN BUGGENHOUT *et al.*, 2012). In een gevangenis staan veiligheid en strikte regels centraal. Versterkt door plaats- en personeelstekort ligt de focus er op risicobeheersing en controle. Doordat de focus hoofdzakelijk op risicotaxatie ligt, kan dit leiden tot een overschatting van het risico op geweld en tot een beperkte risicobeheersing en behandelplanning, alsook tot stigmatisering (DE VRIES ROBBÉ *et al.*, 2014). Wetenschappelijk onderzoek in Canada toont aan dat een straf zonder therapie minder effect heeft op herhalvoorkoming dan straf gekoppeld aan (eventueel daaropvolgend) therapie (GENDREAU *et al.*, 1996). Inzetten op een goede behandeling is dus essentieel.

Momenteel verloopt de doorstroom vanuit de gevangenissen naar het externe zorgcircuit (van ambulante tot residentiële) erg moeizaam. Volgens het Rekenhof (2011: 117) verblijft ruim één vierde van alle geïnterneerden in een instelling van de FOD Justitie: een gevangenis (met psychiatrische annex) of een instelling ter bescherming van de maatschappij (IBM).

Sinds 2000 stijgt het aantal geïnterneerden in de gevangenissen en instellingen ter bescherming van de maatschappij voortdurend. Op 1 maart 2000 waren het er 640, op 1 maart 2011 waren het er 1103. Dit betekent dat in 2000, 7% van de gevangenisbevolking geïnterneerden waren, in 2011 was dit 10% van de Belgische gevangenispopulatie (REKENHOF, 2011: 117).

De Federale Overheid heeft recent geïnvesteerd in haar beleid omtrent geïnterneerden. Eén aspect hiervan is de implementatie van *schakelteams*. De schakelteams zouden moeten instaan voor een vlottere overgang van geïnterneerden van de gevangenis naar extramurale hulp en het leven buiten die muren. WANZEELE en DE KOSTER (2014) stellen zich echter vragen over de zinvolheid van deze schakelteams. Daarnaast werden er '*verbeter*'projecten in het leven geroepen in het kader van het Federaal Meerjarenplan voor de uitbouw van een zorgcircuit voor forensisch psychiatrische patiënten. Per regio kregen kleinschalige projecten vorm waar men intra- of extramuraal zorg aan geïnterneerden ondersteunt of bijkomend aanbiedt. Investeren in extra hulp voor geïnterneerden is een goede zaak, maar het blijft tot op heden onduidelijk of deze projecten een permanent aanbod worden.

Een andere investering die de Federale Overheid deed is de bouw van twee *Forensisch Psychiatrische Centra*, namelijk in Gent en Antwerpen. In Vlaanderen wil men het percentage geïnterneerden in de gevangenis terugdringen én geïnterneerden de behandeling geven waar ze recht op hebben. Door de bouw van FPC's kan je stellen dat er eindelijk hoop op verbetering van de levenssituatie van geïnterneerden is.

3. VAN RISICO'S NAAR STERKTES

De interneringsmaatregel heeft tot doel enerzijds de beveiliging van de samenleving en anderzijds de behandeling van de geïnterneerde. Decennialang lag de focus in dadertherapie op risicobeheersing gebaseerd op het terugvalpreventiemodel. Centrale vragen waren: Hoe is het fout kunnen lopen? Waarom heeft deze persoon strafbaar gedrag gesteld? Legitieme vragen die nog steeds relevant zijn. De zoektocht naar ontstaansfactoren mondde uit in het (h)erkennen van risico's. Aandacht voor die risico's in de toekomst via controle zou recidive kunnen voorkomen. Therapie werd veelal ervaren als straf: 'no cure, no care, but control' (WANZEELE & VANHOECK, 2011).

Sinds de jaren 2000 vond het Good Lives Model (GLM) stap voor stap ingang in de forensische hulpverlening (WARD & GANNON, 2006; WANZEELE & DE KOSTER, 2014). Naast de focus op risicofactoren, kwam er een versterkte aandacht voor beschermende factoren. Het GLM 'richt zich vooral op het bevorderen van het welzijn van de delinquent en stelt de sterke

eigenschappen en capaciteiten van het individu centraal' (POMP, 2009: 3). De pleger wordt gezien zoals iedere mens, iemand met primaire levensbehoeften. In het nastreven van het bevredigen van zijn behoeften kan men kiezen voor een ongepaste wijze, bijvoorbeeld via strafbaar gedrag. Herval voorkomen wordt dan ook een zoektocht naar een gepaste wijze om tot primaire levensbehoeften te komen. Een voorbeeld van zo'n primaire levensbehoefte is 'vriendschap' (POMP, 2009). Vond een geïnterneerde vriendschap bij minderjarigen via grensoverschrijdend gedrag? Hoe kan deze persoon dan in de toekomst gezonde en deugd-doende vriendschapsrelaties onderhouden met volwassenen? Bij het GLM wordt benadrukt dat met de primaire levensbehoefte zelf niets mis is.

Via het GLM ontstaat een focus op persoonlijke waarden en voorkeuren, met aandacht voor capaciteiten in een gepaste omgeving. Dit houdt een positieve kijk op de probleemsituatie in, wat mensen meer kan motiveren om iets te veranderen in hun leven. Naast risico's is er aandacht voor behoeftes van de pleger en de vraag 'welke sterktes bij deze persoon kunnen helpen om de gepaste weg tot bevrediging van zijn behoeftes te bekomen?'. De focus verschuift hierdoor naar beschermende factoren. Er ontwikkelt zich zo een humaner beeld van een dader die wordt benoemd als 'een mens die strafbaar gedrag heeft gesteld' (WANZEELE & DE KOSTER, 2014).

4. FOCUS OP BESCHERMENDE FACTOREN: EFFECTIVITEIT EN GOOD PRACTICES

Een belangrijke vraag in hulp aan mensen die strafbaar gedrag hebben gesteld, is of het inzetten op beschermende factoren tot minder herval leidt? Internationaal onderzoek wijst in die richting (DE VRIES ROBBÉ *et al.*, 2014; WARD & FORTUNE, 2013; WILLIS & WARD, 2013). Tegelijk is meer onderzoek nodig om dit te bevestigen. DE VRIES ROBBÉ *et al.* (2014) geven een overzicht van potentiële beschermende factoren die 'desistance' (stoppen met criminaliteit) van seksueel misbruik stimuleren. Ze baseren zich hiervoor op onderzoek over risicofactoren bij seksueel misbruik en op onderzoek over desistance. Het resultaat zijn acht beschermende domeinen: 1. gezonde seksuele interesse, 2. in staat zijn tot emotionele intimiteit, 3. constructief sociaal en professioneel ondersteuningsnetwerk, 4. doelgericht leven, 5. goed problemen kunnen oplossen, 6. betrokken zijn in werk of constructieve vrije tijdsbesteding, 7. soberheid, 8. hoopvol, optimistisch en gemotiveerde houding ten aanzien van desistance. De auteurs benadrukken dat er op basis van het bestaande onderzoek nood is aan een grotere focus op beschermende factoren in assessment, onderzoek en de praktijk.

De afgelopen tien jaar kwam er in het werkveld van forensische therapie en forensisch welzijnswerk een exponentiële toename van toepassingen van het GLM. Het opmaken van een delictketting waarbij risico's in beeld worden gebracht, blijft veelal alsnog bestaan. Maar bovenop controle krijgen op de eigen levenssituatie en de veiligheid voor de omgeving, wordt de pleger erkend in zijn of haar behoeften. De zoektocht naar verandering in het leven van de pleger leidt tot het installeren van beschermende factoren. In Nederlandstalig België is menig hulpverleningscentrum een focus op die beschermende factoren gaan toepassen. Het gaat om ambulante en residentiële geestelijke gezondheidszorg (GGZ) binnen en buiten de muren van de gevangenis, als ook om de gespecialiseerde centra voor hulp aan seksuele delinquenten (HSD).

Toepassing op geïnterneerden gebeurt dus reeds in de praktijk, want deze centra begeleiden en/of behandelen ook geïnterneerden. De meerderheid van geïnterneerden bevindt zich vandaag buiten de gevangenis en neemt deel aan therapie in ambulante of residentiële centra. Er bestaan tal van toepassingen vandaag. Recent werd in de regio Brussel-Halle-Vilvoorde een 'Eigen Kracht'-project ontwikkeld waarbij ook systemisch met geïnterneerden wordt gewerkt. Men zet er in op netwerkactivatie (VANHOECK *et al.*, 2014). Ook therapie voor

(o.a. geïnterneerde) plegers van zedenfeiten met een verstandelijke beperking baseert zich op het GLM om herval te voorkomen (VAN DAELE & GYKIERE, 2011; LINDSAY, 2009).

5. ZORG IN HET FPC

De aankondiging van de komst van de FPC's wierp meteen vragen op over hoe de behandeling van geïnterneerden binnen de FPC's er moet uitzien. Resultaten uit onderzoek (VANDEVELDE *et al.*, 2013) pleiten om in de uitbouw van de FPC's naast oog voor de criminogene factoren ook in te zetten op de niet-criminogene factoren. Dus inzetten op het creëren van voldoende kansen om een betekenisvol en bevredigend leven te kunnen leiden (cf. het GLM). Hierbij stelt men dat een aangepast en degelijk zorgklimaat essentieel is om te kunnen inspelen op de sterktes en mogelijkheden van cliënten (VANDEVELDE *et al.*, 2013).

De overheid koos het consortium rond Sodexo, dat met de Nederlands zorggroep Parnassia en de bewakingsorganisatie Securitas samenwerkt, als uitbater voor het Forensisch Psychiatrisch Centrum in Gent. Opvallend is dat voor het eerst een commerciële beheerder instaat voor hulp aan geïnterneerden. Privatisering is niet nieuw: in België worden heel wat diensten en hulpverlening aan verenigingen zonder winstoogmerk (vzw) uitbesteed. Dit betekent dat een privéorganisatie zonder winstoogmerk een publieke opdracht vervult, met een beperkte vrijheid om dit inhoudelijk in te vullen.

De keuze van de overheid voor een commerciële partner is echter een ideologische keuze. De overheid had immers verschillende opties: 1. Hulpverlening in commerciële handen, 2. Hulpverlening door private organisaties zonder winstoogmerk, 3. Hulpverlening in publieke handen. Elke optie houdt risico's in. Bij de eerste optie denken we vooral aan het winstoogmerk, met het effect daarvan op werknemers en dienst- of hulpverlening. In het tweede geval kunnen ook grote spelers steeds meer middelen concentreren, wat mogelijk gelijkaardige effecten genereert. In de derde situatie worden middelen louter publiek besteed, maar kennen we heel wat voorbeelden van bureaucratie met gebrek aan kwaliteit en betrokkenheid.

Ook bij volgende beslissingen van de overheid inzake toekenning van hulpverlening, vinden we de keuze voor een commerciële partner ongepast. We denken namelijk dat de mensen die het moeilijkst overleven in de samenleving net het best beschermd kunnen worden door een garantie op toegankelijke, kwaliteitsvolle hulp waarin hulpverleners en hulpvragers betrokken zijn. Waarom zou de overheid niet zelf zo'n hulp kunnen organiseren? Waarom niet inzetten op verandering bij de overheid richting publieke hulp die wel transparant is en betrokkenheid garandeert? Men kan ook kiezen om deze piste te onderzoeken.

Nu de overheid bij het FPC in Gent toch kiest voor partners met commerciële belangen is er op korte termijn nood aan extra toezicht en kwaliteitsbewaking. Het risico bestaat immers dat commerciële doelen aan belang winnen ten koste van het zorg- en werkklimaat. Dit terwijl we het doel vooropstellen herval te voorkomen en tegelijk geïnterneerden te begeleiden naar een beter ... tot goed leven. De meningen over commercialisering in de sector lopen heel erg uiteen. Enerzijds stelt men dat er op zich niets verkeerd is om met commerciële partners samen te werken, indien er genoeg toezicht van de overheid blijft (GEERTS, 2014; BOGAERTS & GORIS, 2014). Tegelijkertijd stelden Zorgnet Vlaanderen, De Liga voor Mensenrechten, vakbonden en andere actoren in het werkveld dat de commerciële drijfveren ten koste van kwaliteitsvolle zorg zouden gaan (VAN HECKE, 2014; ZORNET VLAANDEREN, 2014; BBTK, 2014). Professor huisartsengeneeskunde aan de UGent Jan DE MAESENEER voorspelde zelf de mislukking op basis van gelijkaardige ervaringen in het buitenland (VANDEKERCKHOVE, 2014). Het is duidelijk dat de komst van de FPC's wordt toegejuicht door de sector. De FPC's zijn immers

een belangrijke schakel in een zorgtraject voor geïnterneerden. Gezien de commerciële achtergrond van de uitbaters wordt er echter bijzonder kritisch gekeken naar de inhoudelijke uitbouw van zorg in het FPC in Gent en blijven wij ons vragen stellen bij de klemtoon die de overheid legde bij toekenning van de uitbating.

6. WINST VOOR GEÏNTERNEERDEN?

Vanuit bovenstaande discussie staan we stil bij enkele mogelijke gevolgen en risico's van de beslissing van de overheid met betrekking tot hulp aan geïnterneerden. We baseren ons hiervoor vooral op onderzoek naar variabelen bij gevangenen in publieke handen versus gevangenen in privaat beheer. We houden rekening met het gegeven dat het statuut van de FPC's zich tussen een gevangenis en een regulier psychiatrisch ziekenhuis bevindt.

In de wetenschappelijke literatuur over privatisering van het gevangeniswezen wordt hoofdzakelijk gewezen op het risico dat de **kwaliteit** zou dalen (WILMS *et al.*, 2011). Kwaliteit handelt in de literatuur over tal van variabelen: veiligheid, hygiëne, gezondheid, druggebruik, opleiding, werk, rechtsgang, bejegening, zorg, sport, functioneren van personeel, recidive, ... Als winst voor aandeelhouders een doel is, komt de vraag immers waar men dit gedeelte van de meerwaarde kan halen. Uit die wetenschappelijke literatuur blijkt geen eenduidige conclusie over het effect van privatisering van het gevangeniswezen op kwaliteit (WILMS *et al.*, 2011). Wel wijst onderzoek uit dat er een negatief effect kan zijn op vlak van veiligheid, druggebruik, voedselkwaliteit, hygiëne en re-integratie-activiteiten (WILMS *et al.*, 2011; LAPPIN *et al.*, 2005). Mede-uitbater Sodexo heeft zich in het verleden al teruggetrokken als aandeelhouder van CCA (een multinational die gevangenen beheert in Amerika) omwille van verschillende klachten betreffende veiligheidsvoorzieningen, te weinig personeel, medische zorg, ... (VAN HECKE, 2014). De overheid besloot om in zee te gaan met een commerciële groep die beduidend minder zorgverleners voorziet dan de andere kandidaat (een groep met onder meer de Broeders van Liefde). De huidige uitbater voorziet 7 zorgverleners per 10 geïnterneerden. Dat was het minimum dat door de overheid werd gevraagd. De andere kandidaat zette 10 zorgverleners in voor 10 geïnterneerden. Vooroordelen zijn niet op zijn plaats, maar dit wezenlijk verschil wekt op z'n minst wantrouwen naar de kwaliteit van zorg. Te meer omdat 'studies erop wijzen dat je 10 zorgverleners nodig hebt per 10 geïnterneerden, indien je minimale kwaliteitseisen wil garanderen' (GOETHALS, 2014). Hoe kan men dezelfde zorg bieden met een aanzienlijk mindere personeelsinzet? Kan men op die manier voldoende focussen op de eerder aangehaalde beschermende factoren om herval te voorkomen? Logischerwijs vloeit uit bovenstaande de vraag naar wie de kwaliteit van zorg zal bewaken in de FPC's. De controle op de werking van het FPC zal opgenomen worden door enerzijds een opvolgingscommissie opgericht binnen het directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen, anderzijds door de Vlaamse Zorginspectie en tenslotte mede door een ombudsdienst via het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg.

De FPC's hebben de opdracht geïnterneerden op te nemen en te behandelen. Binnen de groep geïnterneerden bestaat een diversiteit van low, medium tot high risk geïnterneerden. Het FPC moet de high risk geïnterneerden opvangen. Wat zal het effect hiervan op de **doorstroming** van geïnterneerden zijn? Deze groep geïnterneerden kost mogelijk het meest aangezien ze de meest intensieve en hoogst gekwalificeerde hulp nodig hebben. Het is uitkijken naar hoe een commerciële organisatie zich verhoudt tegen een restgroep van geïnterneerden die niet kunnen doorstromen. Uit literatuur weten we dat het voor privébedrijven financieel interessant kan worden om gestraften langer in de gevangenis te houden (WILMS *et al.*, 2014; GAES, *et al.* 2010; ROTH, 2004; McFARLAND *et al.*, 2002). Ligt dergelijk risico ook op de loer voor de geïnterneerden in het FPC?

Een bijkomend risico van privatisering en commercialisering is de keuze voor goedkoper personeel met bijvoorbeeld een lagere opleidingsgraad of slechtere arbeidsvoorwaarden. Wat kan leiden tot een groter personeelsverloop en minder goede kwaliteit van het verblijf van de geïnterneerden (WILMS *et al.*, 2011). In moeilijke sectoren als deze is het niet wenselijk dat er weinig ervaren zorgverleners instaan voor de zorg. Bij het FPC in Gent werd reeds de vraag gesteld wat mogelijke gevolgen zijn van onvoldoende gekwalificeerd personeel (FOCQUAERT *et al.*, 2014). Ook VANDEVELDE *et al.* (2013) stellen dat het FPC nood heeft aan goed opgeleid en gekwalificeerd personeel. Het aantrekken van dergelijk personeel en het blijven investeren in opleiding en vorming getuigt van een lange termijnvisie betreffende een personeelsbeleid wat een positief effect genereert op het zorg- en werkklimaat. Maar daar staat natuurlijk wel een kostprijs tegenover.

Eerder haalden we reeds aan dat een doelstelling van internering het beschermen van de maatschappij is. **Recidive** moet dus voorkomen worden. Draagt privatisering bij tot het beter voorkomen van nieuwe slachtoffers van geïnterneerden? Wetenschappelijk onderzoek over privatisering van gevangeniswezen wijst eerder in de richting van een negatief effect. Met andere woorden de kans op recidive ligt hoger bij plegers die meer in private gevangenissen verbleven (SPIVAK & SHARP, 2008; BALES *et al.*, 2003). Deze Amerikaanse onderzoeksresultaten signaleren dat er een probleem rijst bij private gevangenissen. Mogelijk is er een verband tussen de kwaliteit intramuraal en een al dan niet hervalvrij leven extramuraal. Als we dit vertalen naar de doelgroep van de FPC's dan is waakzaamheid op zijn plaats.

TOT SLOT

Dat er geïnvesteerd wordt in de behandeling van geïnterneerden juichen we toe. Het is een goede zaak om capaciteit te creëren waar deze doelgroep een gepaste behandeling kan krijgen. Met de uitbaters van het FPC in Gent haalt men ervaring in huis. Parnassia en de Kijvelanden baten immers ook forensische psychiatrische centra in Nederland uit. Toch kunnen we ernstige vraagtekens plaatsen bij de keuzes die de overheid heeft gemaakt. Op basis van de bovenstaande risico's en mogelijke gevolgen van privatisering en commercialisering van de forensisch psychiatrische zorg, stellen we ons de vraag wat de 'winst' voor geïnterneerden in het FPC zal zijn? De huidige detentie in de gevangenissen is voor vele geïnterneerden een (onmenswaardig) straatje zonder einde. Vanuit die situatie aanschouwd, zullen de nieuwe FPC's vermoedelijk aan een aantal tekorten die er vandaag zijn tegemoet komen. Geïnterneerden hebben recht, zoals elke mens op degelijke, kwaliteitsvolle, toegankelijke hulp die hen ondersteunt in het niet recidiveren (desistance). Het GLM als kader gebruiken is één zaak, het toepassen onder de beste omstandigheden is een andere zaak. Want net nu de focus verschuift naar het investeren in beschermende factoren, zien we een overheid die kiest voor minder personeelsinzet. In combinatie met de commerciële doeleinden van de uitbater, vraagt dit extra inzet van de overheid in haar rol als waakhond van kwaliteit.

Als het FPC de laatste poging van hulp aan geïnterneerden is vooraleer over te gaan tot euthanasie (FOCQUAERT *et al.*, 2014), dan houden wij ons hart vast voor de toekomst en willen wij toch een andere richting voorstellen op basis van de wetenschappelijke en klinische switch in het forensisch welzijnswerk. De komst van het FPC is een stap in de goede richting voor een moeilijke en kwetsbare doelgroep naar een ander en beter leven. Om van de FPC's een succes te maken moet men fors inzetten op kwaliteit. De FPC's vormen namelijk een kader dat gecreëerd werd om beter te doen op menswaardig vlak. Laten we hopen dat kwaliteit niet de duimen moet leggen voor winsten van privébedrijven. Benieuwd wie de uitbater van het FPC Antwerpen wordt ... Een goed werkende overheid, die kwaliteit en betrokkenheid van werknemers en geïnterneerden voorop stelt, kan immers perfect instaan

voor de zorg van geïnterneerden. Men mag zich enkel niet laten verleiden door een schijnbaar goedkoper alternatief.

REFERENTIES

- BALES, W., BEDARD, L.E., QUINN, S.T., ENSLEY, D., HOLLEY, G., DUFFEE, A. & SANFORD, S. (2003). *Recidivism: An analysis of public and private state prison releases in Florida*. Florida: Florida State University, the Florida Department of Corrections and the Correctional Privatization Commission.
- BGTK (2014). *Sodexo neemt zorg geïnterneerden op zich: kwalijke evolutie*. Verkregen op 1 november 2014, via <http://www.bgtk.org/nieuws/Pages/Sodexoneemtzorgge.aspx>.
- BOGAERTS, N. & GORIS, P. (2014). De markt van welzijn en gezondheid. Over commerce, schaalvergroting en overheid. *Alert*, 40(2), 2-3.
- DE VRIES ROBBÉ, M., MANN, R.E., MARUNA, S. & THORNTON, D. (2014). An Exploration of Protective Factors Supporting Desistance From Sexual Offending. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, online gepubliceerd op 20 augustus 2014: <http://sax.sagepub.com/content/early/2014/08/16/1079063214547582.abstract>.
- FOCQUAERT, F., STERCKX, S. & HEIMANS, H. (17 september 2014). *Euthanasie voor geïnterneerde wekt onmetelijke schaamte*. (Opinie) DeMorgen, M10.
- GAES, G.G. (2010). *The Current Status of Prison Privatization Research on American Prisons*. Florida: Florida State University.
- GENDREAU, P., GOGGIN, C. & LITTLE, T. (1996). *Predicting adult recidivism: What works! User Report No. 1996-07*. Ottawa: Ministry of the Solicitor General of Canada.
- GEERTS, F. (2014). Nieuwe actoren in de zorg: een weldaad voor de sector of zal de geschiedenis zich herhalen? *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 38(339), 1-2.
- GOETHALS, K. (6 mei 2014). *Aangepaste hulpverlening: dat zijn we de geïnterneerden verschuldigd*. De Morgen, 30.
- LAPPIN, H.G., KANE, T.R., SAYLOR, W.G. & CAMP., S.D. (2005). *Evaluation of the Taft Demonstration Project: Performance of a private sector prison and the BOP*. Washington: Federal Bureau of Prisons.
- LINDSAY, W.R. (2009). *The treatment of sex offenders with developmental disabilities*. Chichester UK: John Wiley & Sons Ltd.
- POMP, E. (2009). *Het Good Lives Model. Een literatuurstudie. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie*. Verkregen op 25 februari 2014: http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/EFP_Good_Lives_Model_Literatuurstudie_o.pdf.
- REKENHOF (2011). *Maatregelen tegen de overbevolking in gevangenissen*. Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers. Brussel: Rekenhof.
- ROTH, L. (2004). *Privatisation of Prisons. Background paper No 3/04*. Sidney: New South Wales Parliamentary library research service.
- SPIVAK, A.L. & SHARP, S.F. (2008). Inmate Recidivism as a Measure of Private Prison Performance. *Crime & Delinquency*, 54(3), 482-508.
- VAN BUGGENHOUT, G., PEREMANS, L., VAN DE VELDE, R., VLAMINCK, E., VANDER VELPEN, J., WILLAERT, D., HEIMANS, H., BAEKE, J., NOLLET, L. & TALABI, Y. (2012). *Geïnterneerd: cel of zorg?* Gent: Liga voor mensenrechten.
- VAN DAELE, E. & GYKIERE, K. (2011). Confrontatie in de forensische therapie met zwakbegaafde plegers van seksueel misbruik. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37(3), 177-187.
- VANDEKERCKHOVE, S. (4 april 2014). Psychiatrie wordt big business. *De Morgen*. Teruggelaten op <http://www.demorgen.be>.

- VANDEVELDE, S., DE SMET, S., VANDERPLASSCHEN, W. & TO, W.T. (2013). *Oude uitdagingen, nieuwe kansen! Over de behandeling van geïnterneerden*. Gent: Academia Press.
- VAN HECKE, M. (2014). *Sodexo: de geïnterneerde als klant*. Verkregen op 4 april 2014, via http://www.mensenrechten.be/index.php/site/nieuwsberichten/sodexo_de_geïnterneerde_als_klant.
- VANHOECK, K., VAN DAELE, E. & MEYHI, B. (september 2014). Short presentation of three systemic interventions to help offenders with social and interpersonal deficits. In R.E. MANN (Voorzitter), *Treatment A*. Symposium op IATSO Conferentie 2014, Porto, Portugal.
- WANZEELE, W. & DE KOSTER, K. (2014). Een goed leven voor plegers? *Panopticon*, 35(3), 204-208.
- WANZEELE, W. & VANHOECK, K. (2011). Motivatiebevordering bij cliënten in het welzijnswerk. Een blik vanuit dadertherapie. *Sociaal Welzijnsmagazine*, 32(7), 8-12.
- WARD, T. & FORTUNE, C.A. (2013). The Good Lives Model: Aligning risk reduction with promoting offenders personal goals. *European Journal Of Probation*, 5, 29-46.
- WARD, T. & GANNON, T. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The Good Lives Model of sexual offender treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 77-94.
- WILLIS, G. & WARD, T. (2013). The good lives model: does it work? Preliminary evidence. In L. CRAIG, L. DIXON & T.A. GANNON (Eds.), *What Works in Offender Rehabilitation: An evidence based approach to assessment and Treatment*, 305-318.
- WILMS, P., FRIPERSON, R. & WEDA, J. (2011). *Literatuuronderzoek privatisering gevangeniswezen*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum.
- ZORGNET VLAANDEREN (2014). *Uitbater gekend voor forensisch psychiatrisch centrum Gent. Een aantal bekommernissen*. (Persbericht). Verkregen op 4 april 2014, via <http://www.zorgnet-vlaanderen.be/nieuws/Pages/Uitbatergekendvoor.aspx>.