

Signaleringsplannen ter voorkoming van agressie

Erik Kuijpers, Kwaliteitsmedewerker Forensisch Psychiatrisch Centrum, GGZ Eindhoven

hij.kuijpers@ggze.nl nu erik.kuijpers@reconnect.com

Agressie door patiënten op afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen is een ernstig probleem. Bij deze agressie is namelijk de lichamelijke integriteit van medepatiënten en medewerkers in het geding. Bovendien wekt de mogelijkheid ervan alleen al – bijvoorbeeld in de vorm van het dreigen ermee – onrust en angst op onder medepatiënten en personeel. Deze onrust en angst staan op gespannen voet met een goed therapeutisch klimaat en een prettige werksfeer. Op een aantal afdelingen – zoals voor forensisch psychiatrische, sterk gedragsgestoorde en acuut psychiatrische patiënten – is de kans op agressie-incidenten hoog. Een goed beleid gericht op het voorkomen en afwikkelen van agressie is daarom van het grootste belang.

De ingrijpende gevolgen van agressie hebben ertoe geleid dat mijn collega's en ik van de forensische afdeling van GGZ Eindhoven (GGZE) een signaleringsplan hebben ontwikkeld, dat zich primair richt op het voorkomen van agressie. Daarin speelt de mate van (zelf-)controle en de individuele copingstijl van de 'dader' een centrale rol en maken we gebruik van een interactiemodel. Dit model maakt het mogelijk om de spanningsopbouw tussen patiënt en hulpverlener te beschrijven. Inzicht in deze interactie geeft handvatten om op een methodische manier agressie te voorkomen. De signaleringsplannen zijn ook geschikt voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Hoe we die gebruiken is het onderwerp van deze bijdrage.

Signaleringsplannen

Signaleringsplannen zijn in de GGZ zeker niet nieuw. Hulpverleners zetten ze al decennialang in om periodes van klinische terugval van hun patiënten te voorkomen en bijtijds – voordat er sprake is van een volledige decompensatie – adequate hulp te starten. Die hulp begint met een signaal (vandaar de term signaleringsplan) dat wijst op een dreigende klinische verslechtering. Opmerkelijk is dat de meeste patiënten een redelijk vaste volgorde hebben waarin zich ziekteverschijnselen in opklimmende ernst voordoen en een vaste tijd die er verstrijkt tussen het eerste teken van ziekte en een volledige decompensatie. Bijgevolg is het mogelijk om systematisch ziekteverschijnselen en effectieve interventies tegen de achtergrond van de tijd te inventariseren en in de vorm van een systematisch opgezet signaleringsplan uit te schrijven. Deze methodiek heet het werken met signaleringsplannen of wel signalenkaarten.

Zeker bij het werken met patiënten die met enige regelmaat een psychotische episode doormaken, is het steeds vanzelfsprekender om hiermee te werken. Zo'n plan ordent de signalen van de patiënt en zet ze in een fasering, die vaak weer aangeeft wat de patiënt, maar ook de omgeving c.q. hulpverlener kan doen of juist niet moet doen, in een poging de gezondheidstoestand van deze patiënt te stabiliseren en een crisis te voorkomen. De meeste signaleringsplannen zijn dus gericht op het psychisch welbevinden van patiënten met een psychotische kwetsbaarheid.¹ In dit artikel zal ik duidelijk maken hoe de forensische psychiatrie van de GGZE een dergelijke werkwijze toepast op patiënten die neigen tot agressie. Daarbij gaat het zowel om patiënten met een psychotische kwetsbaarheid als om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en mengbeelden van deze twee groepen.

Algemene maatregelen

In de forensisch-psychiatrische praktijk van de GGZE, hebben we een lange, uitgebreide ervaring in het werken met patiënten met gevaarlijk gedrag. Dit betekent dat er door de jaren heen een scala aan maatregelen is doorgevoerd om de veiligheid van patiënten en personeel te bevorderen.²

1. Het gebouw is ingericht met een alarmsysteem en voldoende afzonderingsmogelijkheden op eigen kamer of in de separeer. Reden hiervoor is het belang van een eigen territorium; dat

- op zich beperkt al het risico op agressie³.
2. Bij erkenning van het belang van een eigen territorium horen ook heldere en goed te communiceren afdelingsregels. Die vormen samen met wettelijke regels en protocollen voor veel voorkomende situaties op de afdeling het geheel aan voorschriften die de mogelijkheden tot sociaal verkeer op de afdeling begrenzen.
 3. Daarnaast is er veel aandacht voor de patiënt/stafratio, die op forensische afdelingen traditioneel klein is (dus veel staf per patiënt).
 4. Zowel wat betreft verbale als lichamelijke technieken is het personeel getraind om agressie te voorkomen en, waar dit niet meer mogelijk is, met zo weinig mogelijk schade voor zichzelf en omstanders agressie af te wikkelen.⁴ Daarbij is de territoriumleer het onderliggend theoretisch fundament.⁵
 5. De attitude van de hulpverleners op de afdeling verschaft structuur en ondersteuning. Dit bevordert een veilig afdelingsklimaat en dus ook een goed therapeutisch klimaat.
 6. Ten slotte maken naast de psychiatrische diagnostiek ook een delictanalyse⁶ en sinds tien jaar ook signaleringsplannen deel uit van het veiligheidsbeleid.

Signaleringsplan gericht op het voorkomen van agressie

Naast de bovenstaande algemene maatregelen ter voorkoming van agressie hebben we in de dagelijkse praktijk van de GGzE aan de systematiek van signaleringsplannen een centrale plaats toegekend. Kort geformuleerd hebben we aan de klassieke elementen voor het formuleren van een behandelplan er twee toegevoegd. Het eerste is het delictscenario: een schriftelijke weerslag van de factoren die in een analyse van het delict bij de betreffende patiënt relevant zijn gebleken. Zowel oorzakelijke, uitlokkende en gelegenheidgevende factoren als vroege tekenen dat het mis dreigt te gaan hebben in een dergelijke analyse een plaats.⁷ Daarnaast maken we per patiënt een signaleringsplan ter ondersteuning van de vroege interventie bij – en ter voorkoming van – (dreigende) agressie.

Ontwikkeling van een crisis en daarbij aanbevolen houding

Bij het opstellen van signaleringsplannen gaan we uit van de fasering in de crisis, die per patiënt uniform verloopt en waarvan een voorbeeld is uitgewerkt in kader 1 (met tevens de voor deze patiënt specifieke interventies van de hulpverlener). Doel is om de patiënt met deze interventies niet te laten doorschieten naar een volgende fase in de escalatie maar terug te brengen tot fase 0.

- In fase 0 is er in feite niets aan de hand. De patiënt krijgt in feite een soort apart voor hem in het behandelplan overeengekomen 'basisbenadering'.
- In fase 1 zijn er eerste tekenen dat er in de nabije toekomst iets mis zou kunnen gaan. Die tekenen zijn per patiënt anders, maar bestaan nogal eens uit angst voor controleverlies, wat zich bijvoorbeeld uit in paniek of afzondering. De hulpverlener tracht om de patiënt hernieuwd controle te laten krijgen. Tot hier laat de hulpverlener de regie dus in feite bij de patiënt, al moet men die patiënt in fase 1 daartoe wel aansporen. Dat verandert in fase 2.
- In fase 2 is er sprake van controleverlies, te herkennen bijvoorbeeld aan een afnemend vermogen tot realiteitstoetsing en het zoeken van grenzen. Hier neemt de hulpverlener de controle over en stelt bijvoorbeeld grenzen.
- In fase 3 gaat de patiënt over tot destructief gedrag. De hulpverlening antwoordt hierop met lichamelijke technieken gericht op veiligheid en het terugbrengen van de crisis naar een lagere fase.
- In fase 4 kijken de patiënt en de hulpverleners terug op de escalatie. De patiënt voelt zich veelal schuldig. Beide partijen geven ruimte aan de eerste emoties en er wordt een begin gemaakt aan herstel van contact. Pas daarna wordt er geanalyseerd hoe het zover is kunnen komen, wat er voorkomen had kunnen worden en wat er eventueel in de escalatie en het antwoord van de hulpverlening 'beter gekund' had.

Kader 1

<i>Crisisstadium</i>	<i>Houding/Interventie</i>
Fase 0: Evenwicht, "normaal" gedrag	Benadering conform de lopende afspraken.
Fase 1: Angst voor controleverlies Paniek:-bescheiden Paniek: milde Paniek: hevige Uitingsvorm: bijv. neiging tot terugtrekken, afhaken (realiteitsbesef nog wel aanwezig)	Ondersteunend In gesprek gaan. Geen controle overnemen Eventueel hulp aanbieden
Fase 2: Verlies van controle Gepaard met verlies van realiteitsbesef. Grenzen zoeken. Uitingsvorm: bijv. dreigen, cynisme, provocaties, etc. Belangrijk: let meer op hoe iets gezegd wordt, dan wat er gezegd wordt.	Directief zijn Controle nemen! Grenzen stellen: helder concreet, uitvoerbaar Letten op de juiste houding, intonatie e.d.
Fase 3: Acting-out Destructief gedrag.	Gebruik van lichaamstechnieken - Veilig - - Humaan Zo mogelijk in teamverband werken, waarbij iemand leiding neemt.
Fase 4: Ontspanning Terugkeer van realiteitsbesef meestal gepaard met schuldgevoelens.	Onderhoud contact en evalueer niet meteen Probeer ondersteunend te zijn naar de teamleden, patiëntengroep en de patiënt zelf. Bied ruimte om belevingen te ventileren. Vermijd schuldinductie.

Aandachtspunten bij het werken met signaleringsplannen

Het werken met deze signaleringsplannen in de dagelijkse praktijk heeft een aantal aandachtspunten aan het licht gebracht:

1. De belangrijkste ligt op het grensvlak tussen fase 1 en 2. Hulpverleners blijken de neiging te hebben om alles met praten op te lossen en daarmee dreigen ze de overgang van fase 1 naar 2 niet of te laat te zien, met alle gevaarlijke gevolgen van dien. Het is een kwaliteit gebleken wanneer je weet op welk moment een gesprek zorgt voor aansluiting bij de cliënt en wanneer een grens op zijn plaats is. Daarvoor is het essentieel fase 1 en 2 goed uit elkaar te halen.
2. Het is van belang dat de patiënt weet welke stappen de hulpverlening zet, alvorens in fase 3 de noodzakelijke maatregelen worden getroffen of met overmacht wordt ingrepen. Dit zorgt voor voorspelbaarheid van de hulpverlener vanuit de optiek van de patiënt, waardoor het angstniveau afneemt en de preventie t.a.v. agressie toeneemt. Weten waar je aan toe bent zorgt voor minder kans op controleverlies, ook bij de hulpverlener.

3. Het model kan ingezet worden om het controleverlies van de patiënt te beschrijven, maar ook dat van de omgeving, in dit geval de hulpverleners. De ervaring leert dat bij patiënten met een psychotische stoornis de nadruk moet liggen op de beschrijving van het controleverlies bij de patiënt. Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is het echter juist van belang ook mogelijk controleverlies bij hulpverleners in de beschrijving op te nemen. Vooral voor deze laatste groep geldt dat agressie optreedt in de werkrelatie en dus de patiënt samen met de hulpverlener controleverlies lijdt. Het komt voor dat de hulpverlener eerder de controle verliest dan de patiënt.

Copingstijl

Het werken met de signaleringsplannen maakte al snel duidelijk dat uitgaan van signalen een goede manier is om tijdig effectief in te grijpen in escalatie van agressie. Maar tevens bleek dat de copingstijlen van de patiënten een tweede, belangrijk aanknopingspunt voor therapeutische interventie boden om agressie te voorkomen. Er zijn verschillende copingstijlen die vanuit het werken met signaleringsplannen opvielen als 'vertrekpunt voor agressie-escalatie'. Hierna volgt een pragmatische indeling.

1. Ineffectieve coping. Hier verstaan we onder: een algemeen gebrek aan vaardigheden in het omgaan met stress of hevige emoties. Bij deze coping groeien de problemen boven iemands hoofd en ziet de persoon in kwestie geen andere oplossing meer dan iets kapot maken. Dit type agressie richt zich in eerste instantie op materialen en niet zo zeer op mensen

2. Gebrekkige coping in het gezin. In gezinnen bestaan vaak zeer ingewikkelde patronen van interactie, met hoge relationele verwachtingen, waarbij soms schijnbaar geringe externe prikkeling grote emoties kunnen genereren. Communicatie van gezinsleden onderling, telefonisch of tijdens het bezoeken, kan plotseling de vlam in de pan doen slaan. Agressie is dan vaak gericht op materialen of verbaal richting personen in het algemeen.

3. Verhoogde controlebehoefte. Bij deze vorm van onaangepaste coping wikkelt de patiënt zijn angst af door het controleren van anderen. Hij houdt daarbij nauwelijks rekening met andermans wensen of behoeften. Dit kan leiden tot grensoverschrijdend gedrag en dus tot gerichte persoonsgerichte agressie. In concreto valt de patiënt dan de 'controleweigeraar' aan.

4. Projectieve identificatie. Iemand kan een bepaald gevoel in zichzelf moeilijk of niet beleven (splitst dit af) en projecteert het op de ander. Vervolgens bestrijdt hij dit bij die ander. Vaak gaat het om gevoelens van angst en boosheid. Een omstander voelt zich ten onrechte tot dader gemaakt en reageert daarop met onmacht, verontwaardiging of woede. Dit op zich kan dan weer de afweer versterken en zo na enkele van deze cycli tot een escalatie van agressie leiden; ook hier weer persoonsgericht.

5. Veranderende zintuiglijke waarneming. Bij deze copingstrategie verandert de waarneming onder invloed van vermoeidheid en/of stress. Denk hierbij aan kokerzien, fixatie op streepjes en puntjes bij autisme, schemertoestand bij epilepsie, hallucinaties bij psychose etc. Meestal resulteert dit in agressie naar zichzelf of de omgeving; zelden dus extern persoonsgericht en zeker niet gericht.

6. *Verstoord denken*. Bij deze copingstrategie verloopt de interpretatie van het waargenomene anders. De betreffende persoon kan daarom vanuit deze 'verkeerde' interpretatie anders op een situatie reageren dan men zou verwachten bij een 'normale' interpretatie. Gevolg kan vreemd aandoend gedrag zijn eventueel met agressie, persoonsgericht.

7. *Defensieve coping*. Bij deze copingstrategie worden angst en de daarbij behorende kleinheidsgevoelens overdekt door het tegendeel. Er ontstaat bij deze persoon een bovenmatig hoog zelfbeeld waarmee deze dan meer en meer klem komt te zitten en de werkelijkheid steeds meer wordt vervormd. De agressie richt zich dan vaak rechtstreeks en fysiek op personen, vaak die personen die de interne werkelijkheid van de dader het meest bedreigen. Omstanders kunnen dit dan beleven alsof het uit het niets kwam.

Meestal hanteert een patiënt meer dan één stijl, die tezamen een amalgaam van de bovenstaande mogelijkheden vormen. Een analyse van de copingstijl vergemakkelijkt het opstellen van het signaleringsplan. In een persoonlijk contact kan een hulpverlener met de patiënt nagaan welke andere mogelijkheden dan agressie hem ter beschikking staan om de problemen het hoofd te bieden of kan hij met cognitieve technieken trachten realiteitsvervalsingen op te sporen en te corrigeren. Vaak echter zal het hier nodig zijn om de omgeving minder bedreigend en dus gestructureerder te maken. Bij copingstijl 2 komen ook vormen van systeemtherapie aan de orde.

Tot slot

In het bovenstaande heb ik hoofdlijnen van het (therapeutisch) beleid ten aanzien van agressie in de Forensische Psychiatrie van GGZ Eindhoven weergegeven. In voorkomende gevallen zal ook medicatie aan de orde zijn, evenals middelen en maatregelen. Toch is het onze ervaring dat agressie in relaties ontstaat en dus de werkrelatie bij uitstek de plaats is om agressie te voorkomen of in een vroeg stadium tot een basisniveau terug te brengen. De laatste ontwikkeling behelst een groepssignaleringsplan wat zowel controleverlies bij de patiëntengroep als bij het team van de hulpverlening beschrijft in een poging de angst en spanningsopbouw binnen een afdeling vroeg te signaleren en terug te brengen tot een werkbaar niveau.

Noten

1 Een voorbeeld is de wijze waarop Bert van der Werf in Nederland werkt met signaleringsplannen. Zie Van der Werf LJ ea (1998) *Signaleringsplannen, naar minder agressie en dwang in de psychiatrie*. Lisse: Swets & Zeitlinger; Van der Werf LJ (1998) Veiligheidsbeleid en het terugdringen van agressie en dwangmiddelengebruik. *Praecox* 19: 23-29

2 Deze maatregelen vertonen grote overeenkomst met de adviezen van de Engelse Royal College of Psychiatrists (RCP): Management of imminent violence: clinical practice guideline 1998. Inmiddels heeft de RCP met deze richtlijn als bron voor criteria een audit uitgevoerd onder Britse psychiatrische instellingen. Het verslag daarvan is – net als de bovenstaande referentie – te vinden op www.rcpsych.ac.uk en wel onder de titel: National audit of the management of violence in mental health settings, Royal College of Psychiatrists 2001.

3. www.bouwcollege.nl , Publicaties, Bouwmaatstaven, Geestelijke Gezondheidszorg. Rapport 571 / 2004: monitoring gebouw kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg

4. DDG-training: Cursus omgaan met Dreigend Destructief Gedrag R.W.A. Verheij, 1993 GGZ-DenBosch

5. Verboden toegang (verkenning rond het menselijk territorium) C.B. Bakker, M.K. Bakker-Rabdau (1981). Antwerpen/Amsterdam - De Nederlandse boekhandel. ISBN 90-289-0005-5

6 Inclusief de beschrijving van een delictscenario (zie noot 7)

7 Delictscenario: Schuthof G, Verschuur J & Kaasenbrood A (2003) Psychopraxis 5:138-143

Literatuurlijst:

Schuur, Geuk Omgaan met agressie. Bohn Stafleu Van Loghum 2005

Nas, Harold Zorg voor de agressieve client. Bohn Stafleu Van Loghum 1998

Kaiser, L. Minimaal separeren dankzij maximale inzet.; Psychopraxis, 2004

Kader 2. Een praktijkvoorbeeld

De 30-jarige Henk is opgegroeid in een gezin, waar vader met harde hand regeerde. Kinderen moesten flink zijn, dit gebeurde bijvoorbeeld door boksen en op allerlei gebieden verleggen van de pijngrens. Op 16^{de} jarige leeftijd gaat Henk meer en meer drugs gebruiken. Eerst softdrugs, maar niet lang daarna ook harddrugs. Rond deze leeftijd maakt hij zich ook los van zijn ouders en gaat wonen bij een echtpaar, waar hij ook een intieme relatie aangaat met beiden. Na enkele jaren verbreekt hij deze relatie. Hij ontmoet een vrouw en er worden twee kinderen geboren. Henk en zijn gezin komen rond van uitkering en diefstal. De vrouw van Henk wordt echter steeds bezorgder omdat hij meer en meer vreemd gedrag gaat vertonen. Wanneer hij haar vertelt dat hij bloed uit de muur ziet komen, onderneemt zij stappen richting hulpverlening. Henk gaat op kamers wonen. Er blijft wel een LAT-relatie.

Op een dag krijgt Henk ruzie met een huisgenoot en vermoordt hem met een hamer. Hij geeft zichzelf aan bij de politie. Henk krijgt een TBS en wordt geplaatst op de forensische afdeling van de GgzE. Er wordt een dwangbehandeling opgezet waarbij medicatie (anti-psychotica) een belangrijke rol speelt. De eerste drie jaren toont hij zich erg passief, ligt veel op bed en weigert therapie en activiteiten te volgen. Op een gegeven moment komt hij zelf tot de conclusie dat hij ongezond leeft en dat het eens tijd wordt het roer om te gooien. Hij stopt met roken, gaat rondjes lopen in de binnentuin en eet gezond. In deze periode komt het éénmaal tot een ontvluchting, maar Henk komt zelf terug als hij merkt dat het buiten niet gemakkelijk voor hem is. Dit laatste bevordert de samenwerking met de hulpverlening. In deze periode wordt er samen met hem een signaleringsplan opgesteld:

Copingstijlen

Veranderende zintuiglijke waarneming: Henk kan psychotisch worden; stoppen met medicatie en drugsgebruik zijn hier in luxerende factoren.

Verstoord denken: Henk heeft een fors waansysteem. Als het slechter met hem gaat, vormt dit meer en meer zijn wereld. Hij denkt onder andere dat hij lid is van de koninklijke familie.

Defensieve copingstijl: Henks waan en de eventuele psychose versterken zijn bovenmatig hoog zelfbeeld met toenemende kans op verstoring van dit wankle evenwicht. Dit hoge zelfbeeld kan hij op dat moment ook gebruiken om geweld te legitimeren.

Signaleringsplan

	Stadium	Houding / interventies
Fase 0	Stabiel/Zelfcontrole 1. Henk reageert alert op zijn omgeving, volgt tv, is veel in de woonkamer te vinden, luistert eigen muziek op zijn kamer, maakt waar mogelijk een wandeling op het terrein 2. Henk is helder, en adequaat in contact met anderen; heeft humor, maakt gevatte opmerkingen. 3. Dag-nachtritme is redelijk in balans, hij slaapt uit als hij geen verplichtingen heeft. 4. Henk neemt zijn medicatie onder toezicht en gemalen in. 5. Heeft een ontspannen mimiek.	1 t/m 5: Henk vindt belangstelling prettig, stapt zelf gemakkelijk naar de ander toe.
1	Angst voor controleverlies 1. Henk toont minder interesse in zijn omgeving, kan de tv moeilijker volgen; hij zit meer op zijn eigen kamer, kijkt daar tv; gaat minder naar buiten, nog wel eens naar het sociocentrum. 2. Henk heeft minder contact met groepsgenoten en hulpverlening; trekt zich terug in zichzelf, geen humor; heeft last van lichaamsvreemde belevingen. 3. Dag-nachtritme verschuift; slaapt 's nachts om 4 u in, eind van de middag uit bed. 4. Gaat met zijn medicatie 'smokkelen'; mogelijk gebruikt hij drugs om spanning te verminderen. 5. Mimiek is strakker	1 + 2: Henk stelt het op prijs als men hem opgezocht en een praatje met hem maakt; voor de hulpverlener een goed moment om toestandbeeld te peilen. 3: Mogelijke slaapmedicatie bekijken. 4. Toezien op inname, het belang van medicatiegebruik benoemen in de context van zijn resocialisatieplan.
2	Verlies van controle 1. Henk straalt boosheid uit, houding en uitspraken roepen angst op bij de hulpverlening; hij ziet enge beelden; veel van zijn energie zit in eigen belevingswereld en komt nauwelijks uit bed. 2. Henk is vrijwel uitsluitend op zijn kamer, contact met anderen is minimaal; omgeving (patienten) mijden zijn gezelschap; rol en invloed van zijn waan dat hij lid is van koninklijk Huis wordt groot; hij uit gerichte dreigementen naar personeel, als ze te dichtbij komen. 3. Dag-nachtritme verschuift; slaapt 's	Als contact nauwelijks nog aanwezig is, de regie overnemen; dit kort aan Henk mededelen, en preventief separeren (met 8 personen); hij zegt zich in de hand te hebben, dit voelt voor de hulpverleners niet zo.

nachts om 4 u in, wordt vaak wakker,
eind van de middag uit bed.

4. Henk weigert medicatie in te nemen

5. Mimiek is strak, straalt dreiging uit

3 Acting-out

1. Henk gebruikt in opdracht van zijn stemmen ernstig levensbedreigend fysiek geweld (dit is in het ziekenhuis niet voorgekomen, wel bij delict).

2. Heeft alleen oog en oor voor zijn belevingen en is niet voor rede vatbaar.

4 Ontspanning

Afname crisissymptomen; toename van aandacht voor zijn omgeving.

Kiezen voor eigen veiligheid, overweeg politie- inzet.

Medicatie (zo nodig onder dwang) in overleg met dienstdoende arts; accent ligt op veiligheid en monitoren van psychische conditie. Evaluatie met Henk komt later.

Toen het signaleringsplan goed was uitgewerkt en ook door Henk als een hulpmiddel werd ervaren, ondersteunde dit de werkrelatie en mogelijkheden in het leven van Henk. Het signaleringsplan bleek overdraagbaar naar andere instellingen toe. Met dit signaleringsplan kwam er een resocialisatietraject tot stand. Henk werd naar een gesloten afdeling geplaatst in de regio van herkomst. Enkele jaren later woont hij zelfstandig en staat onder toezicht van reclassering, aangezien zijn TBS nog steeds doorloopt. Onlangs is Henk preventief teruggeplaatst omdat hij in zijn omgeving mogelijk iemand zou hebben bedreigd; hoelang deze terugplaatsing gaat duren is hangende een onderzoek op dit moment nog onduidelijk.