



# ***Instrument 'Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen' (BSA)***

*Handleiding 2009*

Lianne Lekkerkerker  
Ria Schouten

Nederlands Jeugdinstituut  
Utrecht, februari 2009



***Instrument 'Beoordeling Sociaal  
Aanpassingsvermogen' (BSA)***

***Handleiding***

© 2009 Nederlands Jeugdinstituut

Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

**Opdrachtgevers**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Ministerie voor Jeugd en Gezin

**Auteurs**

Lianne Lekkerkerker

Ria Schouten

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 63 44

Fax (030) 230 63 12

Website [www.nederlandsjeugdinstituut.nl](http://www.nederlandsjeugdinstituut.nl)

# Inhoudsopgave

<b>1. Het instrument ‘Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen’ .....</b>	<b>7</b>
1.1 De BSA in het kort .....	7
1.2 Beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen.....	7
1.3 Belang beoordeling sociaal aanpassingsvermogen .....	8
1.4 Indicatiestelling .....	9
1.5 BSA en AAMR-definitie .....	9
<b>2. Rol van de BSA .....</b>	<b>11</b>
2.1 Wat is de kwaliteit van de BSA? .....	11
2.2 Wat zijn de mogelijkheden van de BSA? .....	11
2.3 Wat zijn de beperkingen van de BSA? .....	11
2.4 Wat is de rol van de BSA in het indicatieproces? .....	11
<b>3. Instructies gebruik .....</b>	<b>13</b>
3.1 Wie nemen het instrument af? .....	13
3.2 Wanneer neemt u het instrument af? .....	13
3.3 Scores .....	13
3.4 Vervolgstappen .....	13
<b>Referentielijst .....</b>	<b>15</b>



# 1. Het instrument ‘Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen’

## 1.1 De BSA in het kort

De BSA (Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen) is een screeningsinstrument waarmee het sociaal aanpassingsvermogen bij jeugdigen in kaart kan worden gebracht. Het instrument bestaat uit twee versies: een versie voor kinderen die op het (speciaal) basisonderwijs zitten (BSA-*k*) en een versie voor jongeren die het (speciaal) basisonderwijs hebben afgesloten (BSA-*j*). Beide versies bevatten 18 items.

## 1.2 Beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen

Volgens de definitie van een verstandelijke beperking van de American Association on Mental Retardation (AAMR) - inmiddels het American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) - uit 2002 komen beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen tot uiting in drie soorten adaptieve vaardigheden. De definitie luidt als volgt:

*“Een verstandelijke handicap verwijst naar substantiële beperkingen in zowel intellectueel functioneren als in **conceptuele, sociale, en praktische** adaptieve vaardigheden. De verstandelijke handicap komt voor het 18<sup>e</sup> levensjaar tot uiting”* (Buntinx, 2003)

Kinderen en jongeren met problemen die te maken hebben met hun lichte verstandelijke beperking vertonen in hun ontwikkeling op een aantal vlakken verschillen ten opzichte van hun leeftijdsgenoten. Er is onderzoek gedaan naar verschillende probleemgebieden binnen deze ontwikkeling die grofweg in te delen zijn in de drie aspecten van sociaal aanpassingsvermogen zoals deze ook in de AAMR-definitie naar voren komen: sociale, conceptuele en praktische vaardigheden.

### *Sociale vaardigheden*

Uit onderzoek blijkt dat jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (hierna te noemen lvg-jeugdigen) sociale problemen op een heel andere manier oplossen dan jeugdigen zonder verstandelijke beperking. Lvg-jeugdigen blijken meer moeite te hebben met het interpreteren van bepaalde sociale intenties met als gevolg dat in potentieel negatieve situaties vaker vijandige oplossingen gekozen worden. Een tweede consequentie is dat lvg-jeugdigen zich vaker passief opstellen bij sociale problemen zonder negatief karakter. Doordat lvg-jeugdigen sociaal onhandig zijn en een beperkt sociaal inlevingsvermogen hebben, hebben zij ook vaak een lage sociale status (op school of in de buurt) en weinig vrienden (Jacobs, Turner, Faust & Stewart, 2002; Kraijer & Plas, 2002; Wallander & Hubert, 1987). Als gevolg hiervan ontstaat een vicieuze cirkel; door de lage status krijgen zij weinig de gelegenheid om te ‘oefenen’ in sociale interacties en zullen de weinige interacties nog steeds slecht verlopen, waarna de status verder daalt. Deze verminderde acceptatie of afwijzing door leeftijdgenoten heeft als gevolg dat jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking grote moeite hebben met het aangaan van relaties met leeftijdgenoten (Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro & Matthys, 2006). Onderzoek van Oppenheimer en Rempt (1986) toont aan dat lvg-jeugdigen bij het omgaan met sociale situaties vooral gebruik maken van eerdere ervaringen en moeite hebben met het analyseren van nieuwe situaties. Deze beperkte flexibiliteit draagt ook bij aan de problemen op het sociale vlak.

### *Conceptuele vaardigheden*

Bij lvg-jeugdigen is dikwijls sprake van een verlate en/of gebrekkige taalontwikkeling (Kraijer & Plas, 2002). Ze zijn laat met het leren spreken en hebben moeite met leren lezen en schrijven. Ook kenmerkend voor de gebrekkige conceptuele ontwikkeling zijn problemen als moeilijk kunnen denken in abstractheden, niet of nauwelijks denken op de lange termijn en niet denken alvorens te handelen. Uit onderzoek blijkt dat lvg-jeugdigen vaak aan een taak beginnen zonder van te voren goed na te denken over een plan van aanpak. Al dan niet als gevolg van dit ad hoc beginnen, maken jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking meer fouten bij taken en zijn zij vatbaarder voor verwarring door irrelevante informatie (Došen, 2005; Szepkousi, Gauvain & Carberry, 1994). Daarnaast maken zij taken minder vaak af (Van Hove, 1993). Deze problematiek uit zich vooral op school en op latere leeftijd ook vaak tijdens een (bij)baan. Van Hove (1993) noemt verder een gebrekkige exploratiedrang, moeite met rangschikken en een algemeen lager denktempo. Dit zorgt zowel in de schoolse situatie als in het dagelijks leven voor problemen.

### *Praktische vaardigheden*

Veel van de problemen die lvg-jeugdigen in het dagelijks leven tegenkomen, zijn het gevolg van beperkte praktische vaardigheden. Bij praktische vaardigheden moet gedacht worden aan zelfstandig kunnen aankleden (bijv. bij jonge kinderen: zelf pyjama aan kunnen trekken; bijv. bij jongeren: kleren uitkiezen passend bij het weerbeeld), kunnen voorzien in de eigen toiletbehoefte, zelfverzorging en het in acht nemen van de eigen veiligheid (bijv. uitkijken bij oversteken op straat). Andere vaardigheden zijn het zelfstandig gebruik maken van het openbaar vervoer, juist gebruik van medicatie en voorbehoedsmiddelen, het verrichten van huishoudelijke taken en het omgaan met geld (AAMR, 2002; Kraijer & Plas, 2002).

## **1.3 Belang beoordeling sociaal aanpassingsvermogen**

Bruininks, Thurlow en Gilman (2001) stellen dat de beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen vaak primair verantwoordelijk zijn voor het falen van mensen met een verstandelijke beperking om te integreren in de maatschappij. Volgens experts is de beoordeling van het sociaal aanpassingsvermogen bij het stellen van de zorgindicatie dan ook meer bepalend dan het IQ. Cognitieve beperkingen leiden namelijk niet alleen tot denkproblemen (intellectueel functioneren) maar ook tot sociaal disfunctioneren van jeugdigen. Beperkingen van sociale cognities zijn de basis van tekorten in sociale vaardigheden en het sociaal aanpassingsvermogen. Jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking hebben over het algemeen moeite met abstract denken en met het toepassen van ervaringen in de ene situatie in andere soortgelijke situaties. Daarnaast zijn lvg-jeugdigen vaak gericht op zichzelf en op directe behoeftebevrediging. Het vermogen om zich in te leven in de positie, gedachten en gevoelens van een ander, is gering. Hierdoor hebben lvg-jeugdigen moeite zich aan te passen aan het gedrag van anderen en aan de heersende sociale normen en waarden (Landelijk Kenniscentrum LVG, 2005). Vaak is het beperkte functioneren op dit gebied aanleiding tot zorgvragen.

Bij jeugdigen met een IQ lager dan 70 spreken we van jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. Een IQ-score tussen 70 en 85 wordt opgevat als een *signaal* voor een lichte verstandelijke beperking. Het gaat dan pas daadwerkelijk om een lichte verstandelijke beperking als er ook sprake is van een beperkt sociaal aanpassingsvermogen (Van Nieuwenhuijzen et al., 2006). Wanneer er indicatiecriteria voor zorg voor deze groep jeugdigen moeten worden opgesteld is de combinatie van een beoordeling van het sociaal aanpassingsvermogen en van het IQ van groot belang.



## **1.4 Indicatiestelling**

Alleen een combinatie van een beoordeling van het sociaal aanpassingsvermogen en van het IQ kan uiteindelijk leiden tot nadere vaststelling van lvg-problematiek. Echter, de vaststelling van lvg-problematiek hoeft niet automatisch te leiden tot een indicatiestelling AWBZ-zorg c.q. lvg-zorg. De hulpverlener moet een inschatting maken van de benodigde zorg. De aanwezigheid van lvg-problematiek is daarbij belangrijk, maar niet de enige factor die meegewogen wordt in de beslissing. Naast het vaststellen van het IQ en het beoordelen van het sociaal aanpassingsvermogen dient ook de opvoedingssituatie en de omgeving in kaart te worden gebracht. Bij het stellen van een indicatie moet de hulpverlener rekening houden met de verhouding tussen draaglast en draagkracht van de ouders en de jeugdige.

## **1.5 BSA en AAMR-definitie**

De items die in de BSA zijn opgenomen zijn grofweg in te delen in sociale, conceptuele en praktische adaptieve vaardigheden, de drie domeinen die in de AAMR-definitie genoemd worden. Zo zijn er items die betrekking hebben op de omgang met anderen: 'is niet in staat (kleine) ruzies/geschillen op te lossen', 'geeft de schuld altijd aan anderen' als onderdeel van sociale vaardigheden, items die betrekking hebben op taalontwikkeling en denken in abstractheden en structureren: 'kan niet duidelijk maken wat hij/zij bedoelt', 'oogt gefrustreerd als er meerdere dingen tegelijk van hem/haar gevraagd worden' als onderdeel van conceptuele vaardigheden en items die betrekking hebben op bijvoorbeeld de mate waarin een jeugdige zich verzorgt en zelfstandig huishoudelijke taken verricht: 'laat geen gepaste hygiëne zien (bijv. wast handen en gezicht niet regelmatig, trekt geen schone kleren aan wanneer dat nodig is)', 'neemt geen of weinig initiatief m.b.t. huishoudelijke taken' als onderdeel van praktische vaardigheden. De BSA sluit dus aan bij de AAMR-definitie uit 2002.



## **2. Rol van de BSA**

### ***2.1 Wat is de kwaliteit van de BSA?***

Uit onderzoek kwam naar voren dat de BSA een betrouwbaar en intern valide instrument is (Schouten & Lekkerkerker, 2009). Als een instrument betrouwbaar is, wil dat zeggen dat het instrument onafhankelijk van het toeval meet. Intern valide betekent dat het instrument daadwerkelijk meet wat het zou moeten meten.

### ***2.2 Wat zijn de mogelijkheden van de BSA?***

De BSA is een kort instrument dat na een eerste of tweede screeningsgesprek kan worden ingevuld. Na enige ervaring kost het invullen van de BSA niet meer dan tien minuten. Het instrument biedt een vertaling van het abstractie begrip ‘sociaal aanpassingsvermogen’ in concrete, meetbare items. Na het invullen van de BSA is duidelijk of verder en gericht onderzoek nodig is (bijv. intelligentieonderzoek). Onderzoek naar de BSA (Schouten & Lekkerkerker, 2009) heeft uitgewezen dat 90 procent van de jeugdigen juist wordt geclassificeerd door het instrument (wel of geen beperking in het sociaal aanpassingsvermogen).

### ***2.3 Wat zijn de beperkingen van de BSA?***

De mogelijkheid van de BSA om ‘sociaal aanpassingsvermogen’ te meten aan de hand van concrete items heeft als praktische consequentie dat de hulpverlener contact heeft met de cliënt. Voor indicatiestellers die de cliënt meestal niet zien (zoals de medewerkers van het Centrum Indicatiestelling Zorg) is het lastig de BSA in te vullen.

Het instrument is niet bedoeld om op basis van alleen de score een bepaalde indicatie voor AWBZ-zorg of jeugdzorg af te geven. Daarvoor is meer informatie nodig (zie onder het volgende kopje).

Zoals gezegd, classificeert het instrument 90 procent van de jeugdigen juist (wel/geen beperking in het sociaal aanpassingsvermogen). Dat betekent dat de overige 10 procent van de jeugdigen in een verkeerde categorie wordt geclassificeerd.

### ***2.4 Wat is de rol van de BSA in het indicatieproces?***

Indien er sprake is van een vermoeden van lvg-problematiek, is het sociaal aanpassingsvermogen een van de aspecten die onderzocht moeten worden. Bij het vaststellen van lvg-problematiek is daarnaast ook het IQ van belang. De aanwezigheid van lvg-problematiek hoeft echter niet te betekenen dat de jeugdige per definitie gebaat is bij AWBZ-zorg. Voor het vaststellen van de benodigde zorg dient ook de opvoedingssituatie en omgeving (o.a. school) in kaart te worden gebracht, evenals de zorgbehoefte en de draagkrachten en –lasten van de ouders en de jeugdige. Alleen door al deze aspecten mee te nemen kan de juiste zorg worden geïndiceerd.

De BSA is een screeningsinstrument. De score levert dus een globale beoordeling van het sociaal aanpassingsvermogen op. Om het sociaal aanpassingsvermogen gedetailleerder in kaart te brengen, is een uitgebreider, diagnostisch instrument nodig, bijvoorbeeld de Nederlandse versie van de Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland-Z) of de Sociale Redzaamheidschaal voor zwakzinnigen van hoger niveau (SRZ-P). De vraag is in hoeverre het noodzakelijk is om het sociaal aanpassingsvermogen precies vast te stellen. Indien de eerder genoemde aspecten goed in kaart worden gebracht en bij het opstellen van het indicatiebesluit in overweging worden genomen, volstaat ons inziens een globale beoordeling van het sociaal aanpassingsvermogen.

## **3. Instructies gebruik**

### **3.1 Wie nemen het instrument af?**

Hulpverleners die een indicatiestelling voor AWBZ-zorg of jeugdzorg voorbereiden en/of opstellen. Dat zijn bijvoorbeeld medewerkers van bureau jeugdzorg of MEE.

### **3.2 Wanneer neemt u het instrument af?**

U dient de BSA in ieder geval af te nemen als één of meerdere van de onderstaande kenmerken van de situatie op uw cliënt van toepassing zijn:

- de jeugdige heeft ouders met een lichte verstandelijke beperking;
- de jeugdige volgt speciaal onderwijs of geen onderwijs;
- de jeugdige heeft (vermoedelijk) een ontwikkelingsstoornis (ADHD, autisme/PDD-NOS, hechtingsstoornis);
- de jeugdige vertoont een verlate ontwikkeling (met name taal-spraak ontwikkeling).

Indien geen van bovenstaande kenmerken van toepassing is, maar u heeft wel een (licht) vermoeden van een beperking in het sociaal aanpassingsvermogen, dan is het raadzaam de BSA af te nemen.

U vult de BSA in na het eerste of tweede (screenings)gesprek met de cliënt. Het is niet de bedoeling dat dit in het bijzijn van of samen met de cliënt gebeurt.

### **3.3 Scores**

Voor elk item kunt u aangeven of het item helemaal niet klopt (score 0), een beetje klopt (score 1) of helemaal klopt (score 2). Omcirkel de score. Als u niet genoeg informatie heeft om het item te scoren, dan kunt u de antwoordcategorie 'weet niet' omcirkelen. Probeer u deze score zo veel mogelijk te vermijden. Als u vindt dat een item niet van toepassing is, dan scoort u 0 punten ('klopt helemaal niet'). Nadat u de items heeft gescoord, telt u eerst hoe vaak u een 0, 1, 2 en 'weet niet' heeft gescoord. Vervolgens telt u de scores bij elkaar op. In de tabel onder de vragenlijst kunt u zien of uitgebreider onderzoek nodig is of niet.

Let op: bij het scoren van de items dient rekening te worden gehouden met de leeftijd van de cliënt. Bij elk item moet bedacht worden wat leeftijdsadequaat is, ofwel 'wat mag ik gezien de leeftijd van dit kind verwachten?'

Voorbeeld item BSA-k: 'jeugdige lijkt zich niet in een ander te kunnen verplaatsen'. Van een kind van 4 jaar verwacht je minder inlevingsvermogen dan van een kind van 10 jaar.

Voorbeeld item BSA-j: 'jeugdige neemt geen of weinig initiatief m.b.t. huishoudelijke taken'. Van een kind van 12 jaar kan niet worden verwacht dat het uit zichzelf zijn kamer opruimt, van een jongere van 17 jaar of ouder mag dit wel worden verwacht.

### **3.4 Vervolgstappen**

De vervolgstappen die u neemt, hangt af van de score van de vragenlijst. Als u de totaalscore heeft berekend, kunt u op het formulier zien of uw cliënt *waarschijnlijk* een redelijk of goed sociaal aanpassingsvermogen heeft, *mogelijk* een beperkt sociaal aanpassingsvermogen heeft, of *waarschijnlijk* een beperkt sociaal aanpassingsvermogen heeft.

Voor de BSA-k geldt:

<b>Punten</b>	<b>Sociaal aanpassingsvermogen</b>
<b>0 - 10</b>	Waarschijnlijk redelijk of goed
<b>11 - 15</b>	Mogelijk beperkt
<b>16 - 36</b>	Waarschijnlijk beperkt

Voor de BSA-j geldt:

<b>Punten</b>	<b>Sociaal aanpassingsvermogen</b>
<b>0 - 11</b>	Waarschijnlijk redelijk of goed
<b>12 - 14</b>	Mogelijk beperkt
<b>15 - 36</b>	Waarschijnlijk beperkt

Jeugdigen die in de laagste categorie scoren, hebben waarschijnlijk een redelijk of goed sociaal aanpassingsvermogen. Voor deze groep cliënten is gericht onderzoek op dit gebied niet nodig. Jeugdigen die in de middelste groep scoren, hebben mogelijk een beperking in het sociaal aanpassingsvermogen en jeugdigen die in de hoogste groep scoren, hebben waarschijnlijk een beperking in het sociaal aanpassingsvermogen. Voor de twee laatstgenoemde groepen is het van belang om verder en gericht onderzoek te doen om vast te stellen bij welke hulp de jeugdige gebaat is. Hierbij kan gedacht worden aan intelligentieonderzoek en onderzoek naar de aanwezigheid van een ontwikkelingsstoornis (bijv. ADHD of ASS). Zoals al eerder aangegeven is bij het opstellen van een indicatie ook de opvoedingssituatie en omgeving van belang, evenals de zorgbehoefte en draagkrachten en –lasten van ouders en jeugdigen.

## Referentielijst

- AAMR (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports, 10th edition*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Bruininks, R.H., Thurlow, M. & Gilman, C.J. (2001). Adaptive behavior and mental retardation. *The Journal of Special Education, 21*, 69-88.
- Buntinx, W.H.E. (2003). Wat is een verstandelijke handicap? Definitie, assessment en ondersteuning volgens het AAMR-model. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten, 29*, 4-24.
- Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Hove, G. van (1003). Personen met een lichte mentale handicap: recente theorievorming met consequenties voor de dagelijkse begeleidingspraktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie, 18*, 158-172.
- Jacobs, L., Turner, L.A., Faust, M. & Stewart, M. (2002). Social problem solving of children with and without mental retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 14*, 37-50.
- Kraijer, D.W. & Plas, J. (2002). *Handboek psychodiagnostiek en verstandelijke beperking. Derde druk*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Landelijk Kenniscentrum LVG (2005). Beoordeling van beperking in de intelligentie van lvg-jeugdigen. Bijsluiter 2 bij Indicatiecriteria lvg-jeugd met meervoudige problematiek.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B. & Matthys, W. (2006). Lvg-jeugdigen: specifieke problematiek en behandeling. Universiteit Utrecht en LKC-LVG.
- Oppenheimer, L. & Rempt, E. (1986). Social cognitive development with moderately and severely retarded children. *Journal of Applied Developmental Psychology, 7*, 237-249.
- Schouten, R. & Lekkerkerker, L. (2009). *Ontwikkeling van en onderzoek naar het instrument Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Szpekouski, G.M., Gauvain, M. & Carberry, M. (1994). The development of planning skills in children with and without mental retardation. *Journal of Applied Developmental Psychology, 15*, 197-206.
- Wallander, J.L. & Hubert, N.C. (1987). Peer social dysfunction in children with developmental disabilities: Empirical basis and a conceptual model. *Clinical Psychology Review, 7*, 205-221.