



SBU KOMMENTERAR
PUBLIKATION NR: 2019_04
PUBLICERAD: 4 JUNI 2019
NEDLADDAD: 3 JULI 2025

Psykologisk, psykosocial och farmakologisk behandling vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos barn och unga

Innehåll

Innehållsdeklaration	3
Inledning	3
Kommenterade rapporter	4
SBU:s sammanfattning	4
SBU:s kommentarer	5
Sammanfattning av originalrapporterna	5
Rapport om psykologiska, psykosociala och andra icke-farmakologiska insatser	5
Rapport om läkemedelsbehandling	8
Hälsoekonomiska beräkningar	9
Originalrapporternas slutsatser och rekommendationer	9
Lästips och referenser	10
Lästips	10
Referenser	11
Projektgrupp, granskare, bindningar och jäv	12
Projektgrupp	12
Granskare	12
Bindningar och jäv	12
Faktaruta 1 Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)	13
Faktaruta 2 Inkluderade insatser	14
Faktaruta 3 Evidensgradering enligt GRADE	15
Faktaruta 4 Internaliserande och externaliserande problem	16

Observera att det är möjligt att ladda ner hela eller delar av en publikation. Denna pdf/utskrift behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och den senaste versionen hittar ni på www.sbu.se/2019_04

Innehållsdeklaration

- ✓ Utvärdering av etablerad metod
 - Strukturerad litteratursökning
 - Strukturerad och uttömmande litteratursökning
- ✓ Relevansgranskning
- ✓ Kvalitetsgranskning
 - Sammanvägning av resultat
 - Evidensgradering gjord av SBU
- ✓ Evidensgradering gjord externt
- ✓ Baseras på en systematisk litteraturöversikt
 - Konsensusprocess
- ✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga
 - Patienter/brukare medverkat
 - Etiska aspekter
- ✓ Ekonomiska aspekter
 - Sociala aspekter
- ✓ Granskad av SBU:s kvalitetsgrupp
 - Granskad av SBU:s vetenskapliga råd
 - Godkänd av SBU:s nämnd

Inledning

Här sammanfattar och kommenterar SBU två systematiska översikter från NICE som utvärderar effekterna av psykologiska, psykosociala och andra icke-farmakologiska insatser samt läkemedelsbehandling för att minska kliniskt relevant PTSD hos barn och unga.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) kan uppkomma efter mycket påfrestande, livshotande och traumatiska händelser som katastrofer, olyckor, våld, sexuella övergrepp och psykisk eller fysisk misshandel. En omfattande metaanalys visade att cirka 16 procent av de barn och unga som exponerats för traumatiska händelser utvecklar PTSD [1]. Ibland kan det dröja upp till flera år efter den traumatiska händelsen innan symtom på PTSD uppkommer. Symtom på PTSD är att man återupplever den traumatiska händelsen, undviker situationer eller sinnesintryck som påminner om traumat, får negativa tankar och sinnesstämningar samt blir överspänd eller lättskrämd (se [Faktaruta 1](#)). Utan behandling kan PTSD leda till annan psykisk ohälsa och sjukdom även i vuxen ålder [2]. Forskning visar även att PTSD sällan går över utan behandling hos barn eller unga som haft PTSD längre än sex månader. Det behövs därför effektiv behandling för barn och unga som lider av PTSD.

Kommenterade rapporter

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). [Post-traumatic stress disorder: \[B\] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in children and young people](#). NICE guideline NG116 Evidence reviews.

Publicerad: december 2018

Senaste sökning: 2018-01-29

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). [Post-traumatic stress disorder: \[E\] Evidence reviews for pharmacological interventions for the prevention and treatment of PTSD in children](#). NICE guideline NG116 Evidence reviews.

Publicerad: december 2018

Senaste sökning: 2018-01-29

SBU:s sammanfattning

Det troligt att behandling med individuella kognitiva beteendeterapier (KBT) som är traumafokuserade (se [Faktaruta 2](#)) minskar symtom på PTSD hos barn och unga från sju års ålder både på kort och lång sikt (upp till 1 år). Individuell KBT som är traumafokuserad har troligen även effekt när det gäller att minska inåtriktade (internaliserande) och utagerande (externaliserande) beteenden på kort sikt (se Tabell 2, Bilaga 1). Behandlingen verkar även vara kostnadseffektiv.

Övriga insatser visade antingen inga relevanta effekter eller så var underlaget otillräckligt för att man skulle kunna bedöma deras effekter. Generellt behövs dock fler studier med hög kvalitet, och långtidseffekter behöver dokumenteras.

SBU:s kommentarer

- Resultatet från den NICE-översikt som utvärderar icke-farmakologiska insatser bedöms som relevant för svenska förhållanden, eftersom flera av de KBT-metoder som är traumafokuserade och som ingår i rapporten redan används i Sverige (se [Faktaruta 2](#)). Till exempel har Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri i ett remissförslag till riktlinjer för trauma- och stressrelaterade tillstånd lyft fram traumafokuserad KBT (TF-KBT) vid PTSD för barn mellan 3 och 17 år, prolonged exposure (PE) för tonåringar och KIDNET för vissa barn mellan 7 och 16 år, bland annat barn med flyktningbakgrund.
- Det fanns ingen skillnad av betydelse när det gäller bortfall av deltagare mellan KBT som är traumafokuserad jämfört med sedvanlig behandling eller counselling (Tabell 3, Bilaga 1). Detta kan tyda på att behandlingarna är accepterade och genomförbara såväl hos patienter som behandlare.
- Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) används i Sverige. Enligt NICE-kommittén kan EMDR övervägas som andrahandsval efter att KBT med traumafokus har prövats. Det vetenskapliga underlaget är dock alltför osäkert för att man ska kunna dra några slutsatser om insatsens effekter.
- Det är värt att notera att studierna framför allt behandlar barn i åldrarna 7 till 17 år. Det gör att resultaten för barn under 7 år är mycket osäkra.
- Resultaten från den NICE-översikt som utvärderar icke-farmakologiska behandlingar visar att det finns effektiv psykologisk behandling vid PTSD eller kliniskt signifikanta nivåer av posttraumatisk stress hos barn och unga. Samtidigt kan man utifrån resultaten i NICE-översikten som utvärderar läkemedel inte finna några positiva effekter av att enbart behandla barn och unga som har PTSD med läkemedel¹. Det kan finnas en risk att läkemedelsbehandling hos barn och unga kan leda till att de inte får tillgång till bevisat effektiv psykologisk behandling. Det här understryker också vikten av att bedöma eventuell traumapåverkan när barn och unga söker hjälp, för att kunna erbjuda rätt behandling.

¹. Detta resultat bygger på NICE:s vetenskapliga underlag om läkemedelsbehandling.

Sammanfattning av originalrapporterna

Rapport om psykologiska, psykosociala och andra icke-farmakologiska insatser

Studierna i denna systematiska översikt av NICE har utvärderat behandlingar som inte är läkemedelsbaserade för barn och unga upp till 18 år med diagnostiserad PTSD enligt DSM eller ICD mer än en månad efter ett trauma eller med kliniskt signifikanta nivåer av posttraumatiska symtom enligt validerade skalor. Trauman kan vara både enskilda och upprepade händelser och exempelvis omfatta svåra olyckor, naturkatastrofer, att vara utsatt för eller bevittna våld och andra övergrepp. Studier fanns från alla världsdelar. Barnen var framför allt mellan 7 och 17 år. Sammanlagt inkluderades 45 randomiserade kontrollerade studier med totalt 3 517 deltagare. Totalt exkluderades 102 studier vid fulltextläsning på grund av till exempel publikationstyp, utfallsmått eller studiedesign.

Endast en studie har utvärderat en insats som gavs inom tre månader efter den traumatiska händelsen (KBT med traumafokus). Övriga insatser har inletts mer än tre månader efter den traumatiska händelsen.

Insatser

Insatserna delades upp efter om de inleds mellan en och tre månader eller mer än tre månader efter traumat. Följande insatser inkluderades i NICE-översikten²:

- kognitiv beteendeterapi (KBT) med traumafokus
- KBT utan traumafokus
- eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)
- psykodynamisk terapi
- counselling
- combined somatic and cognitive therapies
- föräldraträning eller familjeinriktade interventioner
- lekterapi
- bildterapi
- meditation.

I [Faktaruta 2](#) kan du läsa mer om de olika insatserna. Effekten av dem jämfördes med annan insats, väntelista eller sedvanlig vård.

² Inkluderade insatser innebär att NICE hittat utvärderingsstudier som uppfyllt kriterierna för att ingå i den systematiska översikten. För följande insatser inkluderades inga studier: beteendeterapier, debriefing, hypnotherapy, självhjälp utan stöd, psykopedagogisk insats, peer support, musikterapi, mindfulness-based stress reduction (MBSR), nature assisted therapies, supported employment och practical support, massage, akupunktur, träning, repetitive transcranial magnetic stimulation, yoga.

Utfallsmått

Följande utfallsmått studerades i NICE-översikten:

- påverkan på PTSD-diagnos eller posttraumatiska symtom
- dissociativa symtom
- funktion
- sömnsvärigheter
- livskvalitet
- annan psykisk ohälsa
- acceptans för insatsen.

Sammanfattning av resultaten

Nedan sammanfattar vi resultaten som bedömdes ha låg tillförlitlighet eller högre enligt NICE:s evidensgradering (se [Faktaruta 3](#)).

Resultaten presenteras utförligt i Tabell 1 och 2 (Bilaga 1):

Kort uppföljning (inom tre månader):

- KBT med traumafokus ger bättre effekter på PTSD än väntelista och sedvanlig vård (måttlig tillförlitlighet).
- KBT med traumafokus ger bättre effekter på PTSD än counselling (måttlig tillförlitlighet).
- KBT med traumafokus är bättre än väntelista och sedvanlig vård för att minska internaliserande och externaliserande problem (låg tillförlitlighet).
- KBT med traumafokus är bättre än counselling för att minska självskattad ångest och depression (måttlig tillförlitlighet).
- I studierna kunde man inte påvisa någon skillnad mellan KBT med traumafokus och counselling för att minska föräldraskattade internaliserande och externaliserande problem (låg tillförlitlighet).
- Counselling är bättre än väntelista och sedvanlig vård för att minska depression (låg tillförlitlighet).

Medellång uppföljning (efter sex månader):

- KBT med traumafokus ger bättre effekter på PTSD än väntelista och sedvanlig vård (måttlig tillförlitlighet).
- KBT med traumafokus är bättre än väntelista och sedvanlig vård för att minska depression efter sex månader (låg tillförlitlighet).

- Det var ingen skillnad mellan KBT med traumafokus och counselling för externaliserande och internaliserande problem (låg tillförlitlighet).

Lång uppföljning (efter minst tolv månader):

- KBT med traumafokus ger bättre effekter på PTSD än väntelista och sedvanlig vård (måttlig tillförlitlighet).
- KBT med traumafokus ger bättre effekter på PTSD än counselling (måttlig tillförlitlighet).
- Det var ingen skillnad mellan KBT med traumafokus och counselling för självskattad ångest och föräldraskattade internaliserande problem (låg tillförlitlighet).

NICE-översikten utvärderar fler tillstånd än bara PTSD. SBU har lyft ut utfallsmått som avser PTSD samt internaliserande och externaliserande symtom (se [Faktaruta 4](#)). SBU har inte inkluderat de resultat i NICE-översikten som bygger på jämförelser med en enda studie³. Resultaten finns sammanfattade i Tabell 1 och 2 (Bilaga 1).

³. Vid en enstaka liten studie bedömer SBU att det vetenskapliga underlaget har i normalfallet mycket låg tillförlitlighet.

Rapport om läkemedelsbehandling

NICE har i denna rapport utvärderat vilka effekter och risker det finns med läkemedelsbehandling för barn och unga med antingen diagnostiserad PTSD eller risk för att utveckla PTSD. Sammanlagt inkluderades 4 randomiserade kontrollerade studier (n=341) i NICE-översikten med följande jämförelser: propranolol mot placebo, SSRI mot placebo, sertraline kombinerat med kognitiv processterapi (KPT) mot placebo kombinerat med kognitiv processterapi (KPT), d-cycloserine kombinerat med exposure therapy mot placebo kombinerat med exposure therapy.

Resultaten baseras dock endast på en studie per jämförelse och redovisas därför inte ytterligare i detta avsnitt.

Hälsoekonomiska beräkningar

NICE:s systematiska översikt innehöll även en hälsoekonomisk bedömning av psykologiska insatser för behandling av PTSD hos barn och unga. Resultatet tyder på att alla former av individuell KBT med traumafokus var kostnadseffektiva jämfört med ingen behandling. Vissa former av KBT som är traumafokuserad (cognitive therapy och narrative exposure) var också dominanta behandlingsalternativ. Det innebär att de uppskattas ge både lägre totala kostnader och ha bättre effekt än ingen behandling. Övriga insatser visade antingen inte några relevanta effekter eller så gick det inte att bedöma deras effekt.

NICE estimerade kostnaderna och effekterna av insatserna utifrån data på behandlingseffekter från NICE:s nätverksmetaanalys och kvalitetsjusterade år (QALY). Tidshorisonten för analysen var 3 år. I modellanalysen antogs att KBT med traumafokus gavs av en klinisk psykolog (översatt från *band 7 clinical psychologist*). Interventionskostnaderna som låg till grund för beräkningarna av kostnadseffektivitet redovisas i Tabell 5 (Bilaga 1).

Originalrapporternas slutsatser och rekommendationer

NICE:s slutsatser och rekommendationer är resultatet av diskussioner och tolkningar som dess kommitté har gjort. NICE har utifrån ett engelskt hälso- och sjukvårdsperspektiv gjort prioriteringar av resursanvändning (personal, lokaler, apparatur) och överväganden kring terapitraditioner, ekonomiskt utrymme, etiska och sociala faktorer med mera. De prioriteringar som NICE gör utgår därmed inte enbart från det vetenskapliga underlaget utan innefattar även andra hänsynstaganden. SBU har inte granskat eller tagit ställning till NICE:s prioriteringar eller rekommendationer, utan fokuserar på det vetenskapliga underlaget. NICE:s rekommendationer redovisas endast som information till läsaren.

- Kommittén anger KBT med traumafokus som förstahandsval vid PTSD hos barn och unga. Rekommendationen var stark för barn mellan 7 och 17 år. Rekommendationen var svagare för barn mellan 5 och 7 år.
- Kommittén anger att EMDR endast ska övervägas för barn och unga som alternativ när KBT med traumafokus inte fungerar eller är tillämpligt, KBT med traumafokus ska vara förstahandsvalet.
- Kommittén menar att debriefing inte ska användas vid behandling av PTSD hos barn och unga.
- Kommittén konstaterar att det finns enskilda studier som visar att andra interventioner har effekt vid PTSD, som emotional freedom technique (EFT), kombinerad KBT och föräldraträning, child–parent psychotherapy (CPP), föräldraträning och familjeinriktade interventioner. Underlaget är dock så begränsat och osäkert att kommittén inte kan rekommendera

dem. Inte heller counselling rekommenderas vid PTSD på grund av att man i studier inte har kunnat se några effekter.

- Kommittén bedömde lekterapi som lovande men också att insatserna varierade för mycket för att kommittén skulle kunna rekommendera någon av dem.
- Kommittén betonar att det är viktigt att följa manualen för KBT med traumafokus men att en viss flexibilitet behövs när det gäller att utöka antalet sessioner, till exempel vid svåra och upprepade trauman.
- Kommittén bedömer att det finns en risk för att barn och unga som får läkemedelsbehandling inte får tillgång till annan bevisat effektiv psykologisk behandling. De potentiella riskerna med enbart läkemedelsbehandling överväger de eventuella fördelar som kan finnas⁴.

⁴. Denna slutsats bygger på NICE:s vetenskapliga underlag om läkemedelsbehandling.

Lästips och referenser

Lästips

- EEG-based neurofeedback as treatment for post-traumatic stress disorder [EEG-baserad neurofeedback som behandling för post-traumatiskt stressyndrom]

Referenser

1. Alisic E, Zalta AK, van Wesel F, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014;204:335-40.
2. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen H-U. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012;21:169-84.
3. Achenbach TM. The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families 2009.
4. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. Burlington: Families 2001.
5. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the preschool forms & profiles. Burlington, VY: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families 2000.
6. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. New York: The Guilford Press 2006.
7. Neuner F, Catani C, Ruf M, Schauer E, Schauer M, Elbert T. Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child Adolesc Psychiatr ClinNAm.* 2008;17:641-64.
8. Foa EB, Chrestman K, Gilboa-Schechtman E. Prolonged Exposure Manual for Children and Adolescents Suffering From PTSD. New York: Oxford University Press; 2008.
9. Najavits LM. Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. Guilford substance abuse series. New York: Guilford Press 2002.
10. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures (1st edition). New York: Guilford Press 1995.
11. Lieberman A, Ghosh Ippen C, Van Horn P. Don't hit my mommy! A manual for Child-Parent Psychotherapy with young children exposed to violence and other trauma. Second edition. Washington, DC: Zero to Three Press 2015.
12. Craig G. The EFT manual Santa Rosa, CA: Energy Psychology Press 2010.
13. Kazak AE, Alderfer MA, Streisand R, et al. Treatment of posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their families: A randomized clinical trial. *J Fam Psychol* 2004;18:493-504.
14. Deblinger E, Lippman L, Steer R. Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreat* 1996;1:310-21.
15. King NJ, Tonge BJ, Mullen P, et al. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1347-55.
16. Sadeh A, Hen-Gal S, Tikotzky L. Young children's reactions to war-related stress: a survey and assessment of an innovative intervention.

Pediatrics 2008;121:46-5.

17. Ray DC. Advanced play therapy: Essential conditions, knowledge, and skills for child practice. New York, NY: Routledge 2011.

Projektgrupp, granskare, bindningar och jäv

Projektgrupp

Sakkunnig

Ulf Axberg, docent i klinisk psykologi, Göteborgs universitet, professor i Familiterapie og systemisk praksis, Fakultet for socialfag, VID vitenskapelige høyskole, Oslo

SBU

Lina Leander, projektledare
Caroline Jungner, projektadministratör
Jien Long, hälsoekonom

Granskare

Doris Nilsson, biträdande professor, avdelningen för psykologi, Linköpings universitet

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

Faktaruta 1 Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Tillståndet posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) kan uppstå efter att en person har drabbats av ett trauma. Traumat kan bestå av en avgränsad händelse, som till exempel en trafikolycka, en brand eller ett rån (enkla trauman), eller av upprepade händelser med skadlig emotionell och kognitiv påverkan under en lång period där det varit svårt eller omöjligt att undvika eller fly från situationen. Det kan till exempel vara tortyr, slaveri, folkmord, långvarigt och upprepat våld i nära relationer, sexuella eller fysiska övergrepp (komplexa trauman). Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) utmärks av:

- påträngande minnen som är associerade med den traumatiska händelsen eller händelserna
- undvikande av tankar, minnen, händelser, situationer eller personer som kan påminna om händelsen
- försämrade kognitiva funktioner och negativa förändringar i sinnesstämning
- överspändhet som till exempel irritabilitet och argsinthet, lättskrämthet, överdriven vaksamhet eller koncentrationssvårigheter.

I forskning används utöver de diagnostiska klassificeringssystemen DSM eller ICD även olika validerade skalor som mäter graden av posttraumatiska stressymtom, det vill säga om personen har fler eller färre symtom.

Faktaruta 2 Inkluderade insatser

- **Kognitiv beteendeterapi (KBT) med traumafokus**
Denna grupp innefattar såväl den specifika metod som har utvecklats av Cohen och kollegor [6] som kallas traumafokuserad KBT (TF-KBT), som andra KBT-metoder där det finns ett specifikt traumafokus. Exempel på sådana är olika former av kognitiv terapi och narrativ exponeringsterapi för traumatiserade barn och unga (KIDNET) samt prolonged exposure therapy (PE) [7,8].
- **KBT utan traumafokus**
Här inkluderades en studie med metoden seeking safety som har utvecklats av Najavits [9] som är en behandlingsmetod för PTSD i kombination med missbruk.
- **Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)**
Denna metod är utvecklad av Shapiro [10] och har i de inkluderade studierna anpassats utifrån den aktuella målgruppen.
- **Psykodynamisk terapi**
Den metod på psykodynamisk grund som inkluderades var child–parent psychotherapy (CPP) som utvecklats av Lieberman med kollegor [11].
- **Counselling**
Kan på svenska översättas till stödsamtal eller problemorienterad psykosocial behandling. I originalrapporterna har man inkluderat två olika interventioner som baserades på mer generellt stöd. Insatserna gavs individuellt och innefattade aktivt lyssnade, reflekterande och ett empatiskt förhållningssätt. Utifrån behov hos de som deltog i studierna förkom det även inslag av psykoedukation, problemlösning, och strategier för att hantera symtom.
- **Combined somatic and cognitive therapies**
Här inkluderades en studie med emotional freedom technique (EFT), en metod utvecklad av Craig [12] och som bland annat bygger på akupressur (knackning eller tapping), exponering och kognitiv omstrukturering.
- **Föräldraträning och familjeinriktade interventioner**
Denna grupp innefattade en gruppbaserad familjebehandling med fyra sessioner under en dag kallad the surviving cancer competently intervention program (SCCIP) [13], ett föräldraträningsprogram utvecklat av Deblinger och kollegor [14] samt familjebaserad KBT där en vidareutveckling av Deblingers föräldraträningsprogram kombinerades med TF-KBT [15].
- **Lekterapi**
Denna grupp innefattade en korttidslekterapimodell, enhanced huggy puppy intervention, utvecklad av Sadeh [16] till stöd för barn med krigsrelaterad stress, samt child-centred play therapy (CCPT), en manualbaserad lekterapimetod utvecklad av Ray [17].

Faktaruta 3 Evidensgradering enligt GRADE

GRADE-systemet (<http://www.gradeworkinggroup.org>) används för att göra en strukturerad bedömning av tillförlitligheten (evidensstyrkan) hos varje sammanvägt delresultat (utfall) i en systematisk översikt. Grunden för värderingen ska redovisas tydligt så att det är möjligt för andra att granska och göra sin egen bedömning.

Bedömningen av tillförlitlighet innefattar för varje sammanvägt delresultat:

- hur stor risken är för systematiska fel i studierna (snedvridning, eng. bias)
- hur mycket studierna motsäger varandra (bristande samstämmighet, eng. inconsistency)
- i vilken grad som de studerade förhållandena skiljer sig från den aktuella frågan (bristande överförbarhet, eng. indirectness)
- hur stor den statistiska osäkerheten är (bristande precision, eng. imprecision)
- hur stor risken är för snedvriden publicering av studier och resultat (eng. publication bias).

Hänsyn tas också till storleken på delresultatet, eventuellt samband mellan dos och respons samt i vilken riktning som tänkbara snedvridande faktorer kan förväntas verka.

Tillförlitligheten graderas i fyra nivåer:

- Det sammanvägda resultatet har hög tillförlitlighet (⊕⊕⊕⊕)
(Bedömningen är att resultatet stämmer)
- Det sammanvägda resultatet har måttlig tillförlitlighet (⊕⊕⊕○)
(Bedömningen är att det är troligt att resultatet stämmer)
- Det sammanvägda resultatet har låg tillförlitlighet (⊕⊕○○)
(Bedömningen är att det är möjligt att resultatet stämmer)
- Det sammanvägda resultatet har mycket låg tillförlitlighet (⊕○○○)
(Det går inte att bedöma om resultatet stämmer)

Faktaruta 4 Internaliserande och externaliserande problem

Child Behavior Checklist (CBCL) är ett av de instrumenten som oftast används för att skatta problem hos barn och unga i forskning, och utgör en del av The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) [3–5]. CBCL är ett så kallat generiskt instrument där föräldrar skattar social kompetens men också olika problem som tillbakadragenhet, somatiska problem, ångest eller depression, sociala svårigheter, tankeproblem, uppmärksamhetssvårigheter, normbrytande beteende och aggressivt beteende. Förutom en total problemskala kan två syndromskalor kring internaliserad respektive externaliserad problematik räknas fram. Den internaliserade syndromskalan bygger på delskalorna tillbakadragenhet, somatiska problem, ångest eller depression och den externaliserade på normbrytande respektive aggressivt beteende.