

Nationellt hälsoprogram för barn och unga

Kunskapsstöd: munhälsa

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-8-10383

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, augusti 2026

Innehåll

Del 1: Inledning	4
Del 2: Kunskapsstödet syfte.....	6
Behov som kunskapsstödet svarar mot	6
Del 3: Rekommenderad insats	8
Hälsobesök för alla barn senast vid 24 månaders ålder	8
Del 4: Förutsättningar för att införa insatsen	13
Förändringar som rekommendationen kan medföra	13
Förutsättningar för att genomföra insatsen	14
Del 5: Kunskapsunderlag	16
Underlag till rekommenderad insats	16
Metod	20
Vidare läsning	25
Del 6: Deltagare i arbetet med kunskapsstödet	26
Projektgrupp	26
Externa experter och referenspersoner	26
Rekommendationsgrupp	27
Andra medverkande	27
Referenser	28

Del 1: Inledning

Detta kunskapsstöd är ett av flera inom ramen för det nationella hälsoprogrammet för barn och unga. Hälsoprogrammet omfattar universella insatser i form av regelbundna hälsobesök, hälsosamtal samt föräldraskapsstöd som erbjuds alla barn och unga i Sverige – från före födelsen upp till 20 år. Insatserna i hälsoprogrammet ska vara hälsofrämjande och förebyggande.

Kunskapsstöden bygger på bästa tillgängliga kunskap i form av vetenskap och beprövad erfarenhet, och riktar sig huvudsakligen till de professioner som berörs av hälsoprogrammet. Andra viktiga mottagare är beslutsfattare på olika nivåer med ansvar för de verksamheter som hälsoprogrammet omfattar.

Hälsoprogrammet baseras på både nya kunskapsstöd och kunskapsstöd som redan används. De kunskapsstöd som har tagits fram inom ramen för hälsoprogrammet är därmed ett komplement till de rekommendationer och riktlinjer som redan finns. Vissa kunskapsstöd beskriver insatser som rekommenderas inom ramen för hälsoprogrammet, medan andra inte gör det. Rekommendationerna ger vägledning men är inte bindande. De rättsliga ramarna för hälsoprogrammet regleras i stället av gällande lagstiftning.

Socialstyrelsen ansvarar för att ta fram hälsoprogrammet, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF), Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Till det nationella hälsoprogrammet för barn och unga har sammanställning av kunskapsstöd inom åtta temaområden prioriterats (se lista nedan). Samtliga kunskapsstöd, med undantag för dem inom temaområde 1 och 5, innehåller rekommendationer.

1. Förebygga våld
2. Föräldraskapsstöd
3. Levnadsvanor
4. Munhälsa
5. Psykisk hälsa
6. Syn och hörsel
7. Tillväxt, pubertet och skolios
8. Utvecklingsuppföljning.

Utöver kunskapsstöden har en behovskartläggning för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter tagits fram.

De framtagna kunskapsstöden belyser insatser som syftar till att direkt eller indirekt påverka skydds- och riskfaktorer som har betydelse för barns och ungas hälsa och utveckling.

En viktig del av arbetet är att uppmärksamma och agera vid tecken på våldsutsatthet och olika former av omsorgssvikt. Du som arbetar inom någon av hälsoprogrammets verksamheter, har därför ett ansvar att agera vid misstanke om att ett barn eller en ung person far illa eller är utsatt för våld. På samma sätt behöver du agera om ett barn eller en ung person bevittnar våld, alternativt lever i en situation där en förälder är våldsutsatt eller utövar våld. Det innebär bland annat att vidta relevanta åtgärder och, när det finns skäl för oro, göra en orosanmälan till socialtjänsten.

Del 2: Kunskapsstödet syfte

Syftet med kunskapsstödet är att förstärka och tydliggöra behovet av tidiga insatser för att främja munhälsa. Detta genom att tillhandahålla stöd för:

- när insatser ska utföras
- vad som ska ingå
- kriterier för vidare hantering samt
- hur uppföljning kan ske.

Kunskapsstödet är i första hand till dig som arbetar inom tandvård samt hälso- och sjukvård. Andra målgrupper är beslutsfattare inom berörda verksamheter, som politiker och verksamhetschefer.

Behov som kunskapsstödet svarar mot

Tandvård för barn och unga varierar över landet. Regionerna beslutar själva om sina arbetssätt och rutiner utifrån regionala och lokala förutsättningar, vilket innebär att det finns variationer i exempelvis [1]:

- vilken tandvård som erbjuds
- vilken ersättning vårdgivaren får
- rutiner för riskbedömning
- hur ofta barn och unga kallas till undersökning i tandvården (revisionsintervall).

Utredningen om jämlik tandhälsa (SOU 2021:8) konstaterade i sitt slutbetänkande att det utifrån regionernas varierande förutsättningar kan vara motiverat att tandvården organiseras på olika sätt. De regionala skillnaderna beskrivs också som en naturlig konsekvens av principen om kommunalt självstyre. Viktigt är dock att skillnaderna mellan regionerna inte skapar en ojämlik munhälsa, och därför föreslog utredningen att nationella riktlinjer för barn- och ungdomstandvård utvecklas [2].

Samverkan mellan tandvård och barnhälsovård

Munhälsan är en integrerad del av den allmänna hälsan. Tandvården och barnhälsovården har flera ansvarsområden där riskfaktorerna är gemensamma och tillstånden samvarierar. Exempel kan vara karies eller obesitas. Barnhälsovården når i stort sett alla yngre barn i Sverige (99,5 procent) med sitt arbete för att främja hälsa, förebygga sjukdom och verka för att utjämna skillnader i hälsa. Enligt Socialstyrelsens publikation om

karies bland barn och ungdomar träffade tandvården i genomsnitt 83 procent av alla treåringar under 2024, med ett medianvärde på 86 procent. Täckningsgraden skiljer sig mellan regionerna, från 43 procent som lägst till 91 procent som högst. Majoriteten av de treåringar som besökte tandvården var kariesfria (96 procent) [3].

Genom att tandvården och barnhälsovården samverkar kan faktorer med stor påverkan på kariesutveckling få en större genomslagskraft och på så sätt bidra till en god hälsa. Exempel på sådana faktorer är hälsosamma matvanor och daglig tandborstning med fluorid tandkräm [4].

I samverkan kan det vara bra att beakta att regelverken för hälso- och sjukvården och tandvården skiljer sig åt, till exempel omfattar inte patientlagen (2014:821) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).¹

Besök innan tre års ålder

Idag är det vanligt att barnhälsovården erbjuder hälsofrämjande samtal om munhälsa vid cirka 8–10 månaders ålder. I referensgruppsmöten med experter från bland annat tandvården, har det framkommit behov av ytterligare insatser som omfattar både klinisk bedömning av barns munhälsa och identifiering av risk för ohälsa. I flera regioner kallas barn till tandvården för första gången vid tre års ålder. Ett första besök vid tre års ålder kan dock innebära att barnen redan har omfattande problem med karies [5]. Kariessjukdom kan påverka viktiga funktioner som tuggning, matintag, talutveckling samt psykosociala funktioner och livskvalitet, utöver att det kan orsaka smärta och lidande hos barnet. Karies kan även leda till tidiga förluster av primära tänder vilket kan påverka framtida bettutveckling [4]. Vi har därför tolkat behovet som uttryckts från referensgrupper att det behövs en ytterligare insats innan 3 års ålder. Insatsen syftar till att komplettera det befintliga hälsofrämjande samtalet som barnhälsovården erbjuder idag vid 8 till 10 månaders ålder.

¹ Se 2 kap 1 § HSL och 1 kap. 3 § patientlagen.

Del 3: Rekommenderad insats

De rekommenderade insatserna i denna del bygger på kunskap i form av vetenskap och beprövad erfarenhet. Rekommendationerna ger vägledning men är inte bindande. De verksamheter som omfattas av det nationella hälsoprogrammet för barn och unga styrs av befintlig lagstiftning och hälsoprogrammet har inte medfört några lagändringar.

Tabell 1. Insats som rekommenderas

Typ av insats	Insats	Målgrupp	När insatsen bör ske	Verksamhet
Hälsobesök	Bedöm risk för ohälsa i munnen	Alla barn	Senast vid 24 månaders ålder	Tandvården eller barnhälsovården med stöd av tandvården

Hälsobesök för alla barn senast vid 24 månaders ålder

Bedöm risk för ohälsa i munnen

Tandvården eller barnhälsovården med stöd av tandvården bör bedöma risk för ohälsa i munnen hos alla barn senast vid 24 månaders ålder.

Syftet med insatsen är att främja munhälsan för alla barn och tidigt kunna identifiera barn med risk för ohälsa i munnen.

Till dig som möter barn upp till 24 månaders ålder i tandvården eller barnhälsovården

Bedöm risk för ohälsa i munnen hos alla barn senast vid 24 månaders ålder.

Varför?

Det är viktigt att tandvården eller barnhälsovården med stöd av tandvården bedömer risk för ohälsa i munnen hos barn i tidig ålder. Genom tidig upptäckt av ohälsa eller risk för ohälsa i munnen kan extra insatser sättas in och familjen kan få råd om goda levnadsvanor och förebyggande åtgärder mot karies och andra besvär. Detta ger både barnet och familjen stöd för att skapa en trygg och hälsosam start för barnets munhälsa och minskar risken för framtida sjukdom och dess konsekvenser.

Målgrupper och aktörer

Målgruppen är alla barn till och med 24 månaders ålder och deras föräldrar som besöker tandvården eller barnhälsovården.

Insatsen genomförs inom tandvården eller inom barnhälsovården med stöd av tandvården. Regionen behöver avgöra hur insatsen ska tillhandahållas utifrån organisation, samverkansformer och andra regionala förutsättningar. En robust struktur utgår från tydliga funktioner, inte enskilda personer. På så sätt kan arbetet fortsätta även vid personalförändringar eller frånvaro och det minskar sårbarheten och bidrar till kontinuitet i arbetet. Om barnhälsovården genomför insatsen är det viktigt att barn med risk för ohälsa i munnen remitteras² till tandvården. Med remissen som grund kan regionerna följa upp hur det går för de barn och familjer som har hänvisats vidare för stöd.

Flera regioner har idag ett välfungerande samarbete mellan tandvård och barnhälsovård som är viktigt att bibehålla. Extra insatser som ges till individer eller grupper i områden med stora behov behöver finnas kvar och ersätts inte av det nationella hälsoprogrammets rekommenderade insatser.

Genomförande av insatsen

Rekommendationen bygger bland annat på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård som understryker att levnadsvanor och beteenden påverkar sjukdomsförekomsten inom tandvårdens områden [4]. Barnets munhälsa hänger starkt samman med levnadsvanor i familjen och därför är det viktigt att bedöma och stötta familjens vanor. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande strategier för hälsosamma levnadsvanor som ges tidigt i livet kan bidra till att minska kariesutveckling hos barn. Samverkan mellan tandvård och barnhälsovård kan förstärkas och bidra till såväl god munhälsa som allmän hälsa, genom ett gemensamt budskap om hälsosamma levnadsvanor inom exempelvis kost och munhygien. Om budskapet grundar sig i behov som framkommit vid en bedömning av barnets munhälsa, ökar chanserna för att det når fram [4].

Vilka moment ingår i insatsen?

Vid ett hälsobesök hos barn till och med 24 månaders ålder ingår följande moment:

- lyfta på läppen
- bedöma risk för ohälsa i munnen
- samtala om hälsa.

² Enligt Socialstyrelsens termbank är en remiss en vårdbegäran från hälso- och sjukvårdspersonal, inklusive tandvårdspersonal, som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient. Det innebär att även så kallade samverkansunderlag ingår i definitionen av remiss.

Momenten beskrivs översiktligt i följande stycken.

Lyfta på läppen

- Bedöm tänder, tandkött och slemhinna.

Bedöma risk för ohälsa i munnen

- Inhämta en social och allmän anamnes, till exempel syskons och förälders munhälsa.
- Gör en samlad bedömning som omfattar både aktuellt status i munhålan och risk- och skyddsfaktorer som påverkar munhälsan.
- Bedöm föräldraförmåga.
- Dokumentera bedömning, eventuellt fynd och planering för uppföljning i journalen.

Samtala om hälsa

Samtala med förälder om:

- Munhygienvanor, bland annat daglig tandborstning med fluoridtandkräm.
- Kostvanor, med särskilt fokus på att främja goda vanor som till exempel vatten vid törst, regelbundna måltider och att undvika nattmål.

Delaktighet och självbestämmande

Du behöver utforma insatsen så att barnets och vårdnadshavarnas rätt till självbestämmande respekteras.³ Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, ska barnet bästa vara vägledande.⁴ Även små barn ska så långt det är möjligt ges möjlighet att komma till tals. Du kan exempelvis uppmärksamma hur barnet reagerar och uttrycker sin vilja. Samtidigt har vårdnadshavare ett särskilt ansvar. Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter.⁵

För den här åldersgruppen förutsätter självbestämmande framför allt att vårdnadshavare får tydlig, begriplig och lättillgänglig information, anpassad till deras förutsättningar och förmåga att ta till sig den.⁶ Informationen till barnet ska vara enkel, trygghetsskapande och anpassad till barnets ålder och mognad.

³ Se 3 § tandvårdslagen. Bestämmelser om självbestämmande inom hälso- och sjukvården finns även 5 kap. 1 § HSL och 4 kap. 1 § patientlagen. Observera att HSL och patientlagen inte omfattar tandvård enligt tandvårdslagen.

⁴ Se artikel 3 i barnkonventionen. Bestämmelser om barnets bästa finns även i 3 § tandvårdslagen, 1 kap. 8 § patientlagen och 5 kap. 6 § HSL. Patientlagen och HSL omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen.

⁵ Se 6 kap. 11 § föräldrabalken.

⁶ Se 3 b § tandvårdslagen och 3 kap. 6–7 §§ patientlagen. Patientlagen omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen.

Bedöm varje barns mognad individuellt och utforma insatsen så att alla familjer får likvärdiga möjligheter att göra informerade val [6]. För att ge barnet förutsättningar att vara delaktigt är det viktigt att du och dina kollegor har kunskap om hur barns delaktighet kan genomföras i den egna verksamheten. Det innebär att det behöver finnas utarbetade arbetssätt för detta [7].

Kriterier för vidare hantering

Om du upptäcker tecken på risk för ohälsa, sjukdom eller om barnet har behov som kräver särskild kompetens är det viktigt att remittera vidare till annan verksamhet för utredning eller behandling.

- För tandvården kan det exempelvis handla om ohälsa i munnen som kan ge anledning till en kontakt med barnhälsovården, till exempel ett flertal kariesskador i ett barns mun.
- För barnhälsovården kan bedömning av risk för ohälsa i munnen till exempel handla om misstänkt munsjukdom, omfattande karies eller när andra särskilda insatser från tandvården behövs.

Stöd vid misstanke om att ett barn far illa

Du som arbetar inom tandvården eller barnhälsovården har en viktig roll i att tidigt upptäcka, dokumentera och agera när barn och vuxna utsätts för våld i en nära relation. Personal inom tandvården och barnhälsovården är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.⁷ Barn kan fara illa på olika sätt och det kan påverka barnet både nu och senare i barnets liv [8]. Det handlar inte bara om våld som ger skador i munnen, utan också om psykiskt våld, sexuellt våld och försummelse. Du kan till exempel misstänka att ett barn far illa om vårdnadshavaren vid upprepade tillfällen inte tar med barnet till bokade tandvårdsbesök. Chefer eller arbetsledare inom tandvården bör därmed se till att personalen har kunskap om våld.⁸ Det finns också en rekommendation för tandvården gällande att vårdgivaren bör fastställa rutiner för när och hur personalen i dess verksamheter ska ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver tandvård.⁹ För hälso- och sjukvården är detta ett krav.¹⁰ Både Socialstyrelsen och Nationellt centrum för kvinnofrid har stödmaterial om det till personal i tandvården [4]. För dig som arbetar inom barnhälsovården finns mer att läsa på hemsidan för Rikshandboken i barnhälsovård [9].

⁷ Se 19 kap. 1 § socialtjänstlagen (2025:400) och 3 § tandvårdslagen.

⁸ Se AR till 4 a § tandvårdslagen HSLF-FS 2022:39.

⁹ Se AR till 3 kap. 1 § PSL HSLF-FS 2022:39.

¹⁰ Se 7 kap. 2 § HSLF-FS 2022:39.

Uppföljning av insatsen

Det är viktigt att bedömningar som visar risk för ohälsa i munnen följs upp på ett ändamålsenligt sätt. Oavsett om bedömningen görs i barnhälsovården eller i tandvården behöver ansvaret för att följa upp risk för ohälsa i munnen hos barn upp till och med 24 månaders ålder i första hand ligga hos tandvården. Tandvården har huvudansvaret för att lämpliga åtgärder sätts in och följs upp. Det saknas uppgifter om tandvård till barn och unga upp till det år man fyller 19 i Tandhälsoregistret. Beslutsfattare inom region behöver därför se till att uppföljningen sker genom att lämpliga rutiner finns så att vårdgivaren kan följa andelen barn som har bedömts samt andelen som har behov av ytterligare insatser från tandvården.

I de fall barnhälsovården bedömer risk för ohälsa i munnen med stöd från tandvården behöver barnhälsovården ansvara för att:

- insatsen når alla som besöker barnhälsovården
- insatsen kan följas upp på ett lämpligt sätt av både barnhälsovården och tandvården.

Del 4: Förutsättningar för att införa insatsen

Förändringar som rekommendationen kan medföra

Tabell 2 ger en översikt av de förändringar som den aktuella rekommendationen kan medföra. Detta beskrivs sedan mer ingående i efterföljande avsnitt.

Tabell 2. Översikt av förändringar som aktuell rekommendation kan medföra

Innebär kunskapsstödet några förändringar vad gäller frekvens och tidpunkt för hälsobesök och hälsosamtal?	Möjligtvis
Om ja, beskriv kortfattat ändringen/ändringarna	Tandvården - Ett ytterligare besök i tandvården. Barnhälsovården - Utvecklade rutiner för bedömning av risk för ohälsa i munnen.
Innebär kunskapsstödet några konsekvenser för befintliga rutiner eller kostnader?	Möjligtvis
Om ja, beskriv kortfattat konsekvensen/konsekvenserna	Tandvården - Kostnader för ytterligare besök i tandvården. - Utbildningsinsatser för personal i barnhälsovården. - Utvecklade rutiner för remittering till barnhälsovården. Barnhälsovården - Utbildningsinsatser för personal. - Utvecklade rutiner för bedömning av risk för ohälsa i munnen. - Utvecklade rutiner för remittering till tandvården.

Förutsättningar för att genomföra insatsen

Beslutsfattare inom region behöver avgöra var insatsen ska utföras, i tandvården eller i barnhälsovården med stöd från tandvården. Insatsen syftar inte till att ta bort eller ersätta nuvarande former av hälsofrämjande insatser. Den är i stället tänkt att förstärka och tydliggöra att en bedömning av risk för ohälsa i munnen bör göras på alla barn vid senast 24 månaders ålder.

I vissa regioner kallas barn redan till tandvården före tre års ålder. I regioner där sådana besök ännu inte ingår, och där insatsen ska genomföras inom tandvården, bör ett ytterligare besök läggas till. Därmed tillkommer kostnader förknippade med detta.

I dialog med experter inom barnhälsovården har det framkommit att det finns ett önskemål om att inte införa ytterligare ett besök. Om den rekommenderade insatsen genomförs inom barnhälsovården bedömer vi, utifrån dessa dialoger, att den kan integreras i redan befintliga besök. Det förutsätter dock att personalen får viss utbildning samt att befintliga rutiner utvecklas, särskilt när det gäller bedömning av risk för ohälsa i munnen. Insatsen kan genomföras genom att tandvårdspersonal (tandhygienist eller tandsköterska) finns med vid hälsobesök i barnhälsovården och utför bedömning av risk för ohälsa, eller stöttar barnhälsovårdspersonalen med utbildning och material. Om det idag inte redan finns ett samarbete mellan tandvården och barnhälsovården behöver det etableras. Även rutin för remittering från tandvården till barnhälsovården samt från barnhälsovården till tandvården behöver utvecklas.

Olika förutsättningar för att införa insatsen

Förutsättningarna för att införa insatsen skiljer sig mellan regionerna, och vissa kommer att behöva mer stöd för att kunna genomföra insatsen på ett likvärdigt sätt. Den rekommenderade insatsen kan också påverka när den så kallade barnpengen behöver betalas ut, vilket innebär att både praktiska och ekonomiska konsekvenser behöver vägas in vid planering och genomförande.

Samverkan mellan tandvård och barnhälsovård underlättas av enkla kontaktvägar och det underlättar om vårdinformationssystem är kompatibla med varandra. Dessutom kan det bidra till en ökad patientsäkerhet.

Tydlighet i dokumentation

Dokumentera alltid insatsen noggrant.¹¹ Enhetlig och entydig terminologi är en fråga om kvalitet, effektivitet och säkerhet. När definitioner och termer används konsekvent minimeras risken för kostsamma missförstånd [10]. Det är också viktigt att du som möter barn och föräldrar dokumenterar så att patienten, i det här fallet vårdnadshavaren, kan ta del av journalen på ett sätt så att han eller hon kan förstå innehållet [11]. Du kan läsa mer om journalföring och behandling av personuppgifter till exempel i patientdatalagen (2008:355), lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (2022:913) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har även en handbok om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården [12].

¹¹ Se 3 kap. 1 och 3 §§ patientdatalagen.

Del 5: Kunskapsunderlag

Underlag till rekommenderad insats

Tandvården möter de flesta barn och vuxna regelbundet. Därmed finns unika förutsättningar att upptäcka och förändra ohälsosamma levnadsvanor, för att förebygga munsjukdomar, och därmed ohälsa generellt [4].

Munhälsan är generellt sett god och den har förbättrats för de flesta sedan början av 2000-talet. Munhälsan är dock ojämlik och den skiljer sig åt mellan regioner och grupper inom samma region [13]. Ohälsa i munnen har ofta samband med låg inkomst, kort utbildning, allmän ohälsa och funktionsnedsättningar. Många barn och unga har haft karies någon gång, men Socialstyrelsens uppföljning av barn och ungas munhälsa visar att andelen kariesfria barn och unga ökar bland de undersökta åldersgrupperna under perioden 2015–2023 [13]. För 6-åringar ökade andelen kariesfria barn mellan 2021–2023 med 5 procent till 83 procent kariesfria. Bland 12-åringarna ökade andelen kariesfria barn till 72 procent under samma tidsperiod.

Det finns dock ojämlikheter i barn och ungas munhälsa. 6-åringar med utlandsfödda föräldrar har karies i högre utsträckning än barn till svenskfödda föräldrar [1]. Barn som är placerade i familjehem eller hem för vård och boende (HVB) har sämre munhälsa än jämnåriga och de besöker inte tandvården lika regelbundet [14].

Karies är en av de vanligaste sjukdomarna

Karies är en av de vanligaste sjukdomarna i världen och drabbar de flesta människor någon gång i livet, men risken varierar från person till person. Sjukdomen försämrar människors livskvalitet och medför stora kostnader för både samhället och individerna som drabbas, samtidigt som det går att förebygga karies till stor del. I tandvårdens uppdrag ingår både att ge stöd för att förhindra karies och att bromsa kariesskador innan de är så stora att de behöver repareras. Grundläggande är då att identifiera patienternas risker för karies, och att bedöma sjukdomsaktiviteten. Risken för karies ökar framför allt av ett frekvent och högt intag av socker. Patienter som får i sig mycket socker kan därför behöva stöd för att minska konsumtionen. Risken för karies ökar också vid till exempel dålig munhygien och muntorrhet [4].

Även hos barn är karies en av de vanligaste sjukdomarna och är ofta kopplad till ohälsosamma levnadsvanor som ökat sockerintag och dålig munhygien, samt att tänderna är mer känsliga för karies vid tandframbrottet. Bland 6-åringar har 17 procent kariessjukdom och den ökar till 28 procent bland 12-

åringar. För 19-åringar som lämnar den fria barn och ungdomstandvården har mer än varannan haft erfarenhet av kariessjukdom [3].

Karies hos barn kan få allvarliga konsekvenser. Förutom smärta kan barnet få svårt att tala och tugga, och även psykosociala funktioner kan påverkas. Ibland förlorar barnet också mjölkänder tidigt på grund av karies, vilket kan påverka bettutvecklingen, öka risken för karies i de permanenta tänderna eller skapa tandvårdsrädsla [4].

Karies går att förebygga till mycket stor del, med hälsosamma vanor kring mat och munhygien. Därför är det viktigt att stödja hälsosamma vanor hos barn och deras familjer. Både tandvården, barnhälsovården och skolan är viktiga aktörer i detta arbete, och de behöver samverka systematiskt [4].

Följande faktorer är avgörande för att påverka sjukdomsförloppet i en gynnsam riktning [15]:

- tidig upptäckt
- tidiga insatser
- orsaksinriktad behandling, som till exempel egenvårdsprogram eller stöd i hälsorelaterade beteendeförändringar
- samarbete med till exempel regional primärvård, barnhälsovård, kommunal vård och omsorg samt elevhälsan för att tillsammans arbeta mot riskfaktorer som är gemensamma med andra icke-smittsamma sjukdomar.

Tidig bedömning av munhälsa

Det är viktigt att tandvården eller barnhälsovården tidigt bedömer risk för ohälsa i munnen, eftersom tidiga problem då kan upptäckas och förebyggas. Familjen kan då få råd om goda vanor och förebygga karies och andra besvär, vilket minskar risken för framtida problem.

Idag varierar det mellan regionerna vem som bedömer barns risk för ohälsa i munnen, och när. I vissa regioner kallas barnet till tandvården vid tre års ålder. I andra regioner bedöms risk för munhälsa av barnhälsovården med eller utan stöd av tandvården innan barnet fyller tre år. Även hälsofrämjande rutiner varierar. I vissa regioner delar tandvården ut tandborste, tandkräm och informationsmaterial innan barnet är ett år.

I Rikshandboken i barnhälsovård finns flera vägledningar om munhälsa [16]:

- barnets tänder 0–6 år
- fluorid
- goda vanor för en bättre munhälsa
- samarbete barnhälsovård och tandvård

- borsta tänderna på förskola.¹²

Barnets tänder 0–6 år finns med i beskrivningen av hälsobesök från 5 månaders ålder till hälsobesöket vid 5 års ålder. I en guide för läkarundersökning finns beskrivet vad som är förväntad munhälsostatus och vad som avviker.

I dialog med experter från barnhälsovården upplevs samarbetet mellan tandvård och barnhälsovård ofta välfungerade. Det förekommer i några regioner att tandvårdspersonal (tandhygienist eller tandsköterska) finns med vid hälsobesök och utför munhälsobedömningar. I andra regioner stöttar tandvårdspersonalen barnhälsovårdspersonalen med utbildning och material.

Det behövs ett remissförfarande för att föra över information och överlämna ett vårdansvar till annan vårdgivare. I flera regioner används en form av överföringsblankett mellan barnhälsovården och tandvården, och motsvarande blankett finns också för tandvården att använda vid behov av hänvisning till barnhälsovården. Detta är att betrakta som ett remissförfarande i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården med mera.¹³

Experter inom barnhälsovården har framfört ett önskemål om ett förtydligande kring utförandet, om barnhälsovårdspersonal ska utföra insatsen. Experterna önskar vägledning kring vad barnhälsovården ska göra och hur en bedömning av risk för ohälsa i munnen ska utföras, vem barnhälsovården kan kontakta vid behov av stöd eller remittering samt utbildning gällande mun och tänder.

En systematisk litteraturöversikt och tre riktlinjer ligger till grund för rekommendationen

En systematisk litteraturöversikt [17] och tre riktlinjer ligger till grund för den aktuella rekommendationen. Riktlinjerna kommer från Världshälsoorganisationen (World Health Organization, WHO) [18], Helsedirektoratet [19] och American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) [20].

Soares med flera har genomfört en systematisk översikt av systematiska litteraturöversikter som handlar om metoder för att förebygga karies hos små barn [17]. I översikten framhålls vikten av tidiga preventiva insatser, såsom rådgivning till föräldrar om kost och munvård samt tidiga bedömningar av

¹² Vägledning om tandborstning på förskola ingår inte det här kunskapsstödet.

¹³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.

barnets munhälsa. En av artiklarna som ingick i översikten undersökte effekten av tidiga preventiva tandvårdsbesök, och såg att besök innan tre års ålder har positiva effekter för barn med hög risk för karies eller redan etablerad munsjukdom [21]. Samma artikel visade också att tidiga besök i tandvården under barnets första levnadsår kan bidra till fler förebyggande insatser och minska behovet av framtida behandlingar. Samtidigt är det viktigt att notera att det finns begränsad evidens för detta. Den aktuella översikten bedöms ha låg risk för systematiska fel.

WHO:s manual för förebyggande av tidig karies rekommenderar att munhälsobedömning och tidiga insatser ska integreras i den allmänna barn- och mödrahälsovården [18]. WHO framhåller att barn under sex år ofta träffar primärvårdens olika personalgrupper och att dessa bör tränas i att upptäcka och bedöma tidiga tecken på karies. Manualen anger att tidig diagnos är avgörande och att bedömning av munhälsa bör ske redan under de första levnadsåren, och integreras i exempelvis vaccinationsbesök och andra hälsokontroller.

I Norge rekommenderar Helsedirektoratet att barns munhälsa och risk för ohälsa i munnen bedöms inom den kommunala barnhälsovården vid 6 veckor, 6 månader, 1 år och 2 år [19]. Om det finns risk för karies eller andra problem hänvisas barnet vidare till tandvården. Rekommendationen framhåller också att insatsen förutsätter ett gott och strukturerat samarbete mellan barnhälsovården och tandvården.

AAPD:s riktlinjer betonar vikten av tidig etablering av kontinuerlig kontakt mellan barnet, familjen och tandvården. AAPD rekommenderar att detta ska ske senast vid 12 månaders ålder, och att barnets munhälsa därefter ska följas upp årligen [20]. Riktlinjerna förordar att barnomsorgsverksamheter samarbetar med föräldrar, tandvården och andra hälsoaktörer för att främja goda vanor, ge utbildning och stöd samt genomför regelbundna bedömningar och dokumenterar barnets munhälsa från ett års ålder.

Bedömning av risk för systematiska fel i riktlinjerna redovisas under rubriken *Relevansgranskning och bedömning av risk för systematiska fel*.

Vägledande dokument och förordning i Danmark och Finland

Förutom de riktlinjer som identifierats redovisas här även innehållet i vägledande dokument och förordning från Danmark och Finland när det gäller bedömning av munhälsa och risk för ohälsa i munnen hos små barn.

I Danmark betonar Sundhedsstyrelsen vikten av samverkan mellan kommunal barn- och ungdomstandvård och hälsovård [22]. Tandvårdens uppgift för 0–2-åringar är att ge förälder råd om kost, mun- och tandhygien samt avvänjning från nappanvändning. Sundhedsstyrelsen rekommenderar

att alla barn kallas till en hälsofrämjande konsultation på tandvårdsklinik senast vid 1 års ålder, för att tidigt etablera goda tandvårdsvanor.

I Finland regleras hälsoundersökningar inom barnrådgivningen, och när dessa ska utföras av hälsovårdare¹⁴ och läkare, i statsrådets förordning om rådgivningsbyråttjänster och om skol- och studerandehälsovård [23]. Bedömning av munhälsa görs av en hälsovårdare när barnet är 6 månader. Därefter ska barnets munhälsa kontrolleras vid 1, 3 och 5 års ålder, och dessa kontroller ska utföras av personal med odontologisk kompetens. Vid behov ska ytterligare kontroller och vård ordnas individuellt, det kan även omfatta insatser av specialisttandläkare inom primärvården.¹⁵

Metod

Detta kunskapsstöd har tagits fram genom en process i flera steg. Inledningsvis inventerade en expertgrupp knuten till det nationella hälsoprogrammet för barn och unga behov av kunskapsstöd inom de verksamheter som berörs av hälsoprogrammet. Därefter genomfördes systematiska litteratursökningar och systematiska sammanställningar av det vetenskapliga underlaget för att identifiera insatser med stöd i forskning. Den föreslagna insatsen värderades och kompletterades med beprövad erfarenhet från expertgruppen.

För att ta ställning till om insatsen kunde rekommenderas, hölls ett rekommendationsgruppsmöte med deltagare från relevanta förebyggande och hälsofrämjande verksamheter. Nationella programområden, professionsförbund och andra relevanta aktörer bjöds in att nominera deltagare. Utifrån nomineringarna gjordes ett urval för att säkerställa bred representation av professioner och verksamheter samt geografisk spridning över landet. Rekommendationen antogs genom att deltagarna i rekommendationsgruppen nådde konsensus.

Dialog med aktörer inom tandvården och barnhälsovården

I arbetet med kunskapsstödet har Socialstyrelsen haft dialog med flera olika aktörer, bland annat Nationell arbetsgrupp (NAG) barnhälsovård, vårdutvecklare inom barnhälsovården och övertandläkare i pedodonti. Dessa

¹⁴ En hälsovårdare är en yrkesperson inom hälso- och sjukvården som ofta har särskild utbildning inom förebyggande hälsovård, rådgivning och hälsouppllysning. I Finland motsvarar en hälsovårdare ungefär en distriktssköterska eller barnsjuksköterska i Sverige, och arbetar mycket med förebyggande insatser för barn, unga och familjer, bland annat på rådgivningsbyråer (motsvarande barnavårdscentraler)

¹⁵ Se 3 § tredje stycket statsrådets förordning om rådgivningsbyråttjänster och om skol- och studerandehälsovård.

aktörer har bidragit med kunskap om verksamheternas behov och med klinisk erfarenhet.

Frågeställning och avgränsningar

Utifrån det identifierade behovet formulerades följande frågeställning:

Vilken effekt har bedömning av munhälsa före tre års ålder, jämfört med besök vid tre års ålder eller senare, när det gäller att förebygga karies?

Avgränsning gjordes inledningsvis till systematiska översikter och riktlinjer. Eftersom den systematiska översikt som inkluderades omfattade studier publicerade till mitten av 2020, utökades granskningen med en screening av randomiserade kontrollerade studier och kontrollerade studier från 2020 och framåt. Syftet med detta var att säkerställa att även den senaste forskningen inom området inkluderades i kunskapsunderlaget.

Litteratursökning

Med hjälp av Socialstyrelsens informationsspecialister genomfördes en systematisk litteratursökning för att identifiera studier som besvarar frågeställningen. Sökningar gjordes i de tre databaserna Dentistry and Oral Sciences Source (DOSS), PubMed och Cochrane Library. De söktermer som användes vid litteratursökningen i databasen DOSS redovisas i tabell 3. Söktermerna anpassades därefter till de övriga databaserna.

Sökningar efter relevanta riktlinjer gjordes genom att använda Google och grå litteratur, såsom publikationer från myndigheter och organisationer. Syftet har varit att identifiera aktuella riktlinjer inom området som inte nödvändigtvis finns publicerade i vetenskapliga tidskrifter.

Tabell 3. Litteratursökning i Dentistry & Oral Sciences Source

Databasleverantör: EBSCO. Datum: 2026-01-19

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
1	DE/FT	DE "Toddlers" OR DE "Infants" OR DE "Preschool children" OR TI (infant* OR preschool* OR toddler* OR "young children" OR "early childhood" OR "6 months old" OR "12 months old" OR "24 months old" OR "one year old" OR "1 year of age" OR "one year of age" OR "two years old" OR "2 years old" OR "2 years of age" OR "three years old" OR "before three years" OR "before 3 years") OR AB (infant* OR preschool* OR toddler* OR "young children" OR "early childhood" OR "6 months old" OR "12 months old" OR "24 months old" OR "one year old" OR "1 year of age" OR "one year of age" OR "two years old" OR "2 years old" OR "2 years of age" OR "three years old" OR "before three years" OR "before 3 years")	8751
2	FT	TI ("early preventive dental visit*" OR "early dental visit*" OR "first dental visit*") OR AB ("early preventive dental visit*" OR "early dental visit*" OR "first dental visit*")	243
3	DE/FT	(DE "Dental caries" OR DE "Oral health" OR DE "Infant dental care") OR TI ("early childhood caries" OR "oral health") OR AB ("early childhood caries" OR "oral health")	50736
4	DE/FT	DE "Cavity prevention" OR DE "Preventive dentistry" OR DE "Tooth care & hygiene" OR TI (prevent* OR control* OR detect* OR examin*) OR AB ("caries prevention" OR "dental examination" OR "dental check-up" OR "dental check-ups")	35685
5	DE/FT	TI ("dental visit*" OR "first visit*" OR "initial visit*" OR "dental screening" OR "pediatric well visit*" OR "paediatric well visit*" OR "well-child visit*" OR "well-baby visit*" OR "well-baby clinic*") OR AB ("dental visit*" OR "first visit*" OR "initial visit*" OR "dental screening" OR "pediatric well visit*" OR "paediatric well visit*" OR "well-child visit*" OR "well-baby visit*" OR "well-baby clinic*") OR DE "Dental care utilization"	3966
6	FT	3 AND 4 AND 5	425
7		2 OR 6 NOT TI (School*) OR AB (school-based)	586
8		1 AND 7	157

Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
9		8 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review)	5
10		8 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study" OR single-blind OR double-blind) OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study" OR single-blind OR double-blind)	25
11		8 AND DE "Age factors in disease" OR DE "Age of onset" OR TI (age OR "early preventive dental visit*" OR "early dental visit*" OR "first dental visit") OR AB ("age factor*" OR recommended N2 age OR timing OR time)	60

Ebsco databaser.

DE = Descriptor – Fastställt ämnesord. FT/TI, AB = Fritextsökning i fälten för titel och abstract. FT/XB = Fritextsökning i fälten för titel och abstract MH = Exact Subject Heading – Specifik term som beskriver innehållet i artikeln. MM = Exact Major Subject Heading beskriver huvudsakligt fokus för artikeln. SU = Subject terms – Söker på nyckelord, ämnesord och geografiska termer. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. ZC = Methodology Index. " " = Citattecken, söker på en exakt fras. * = trunkering – Att korta av ett ord för att få med olika böjningar och ändelser av det.

Relevansgranskning och bedömning av risk för systematiska fel

De studier som identifierades i litteratursökningen granskades först utifrån titel och sammanfattning, och därefter på fulltextnivå av två oberoende bedömare. Studier som inte var relevanta för frågeställningen exkluderades i respektive steg. Tabell 4 ger en översikt av antalet studier som ingick i de olika stegen av granskningen.

Tabell 4. Val av litteratur

Resultat från litteratursökningar i databaserna Dentistry and Oral Sciences Source, PubMed och Cochrane Library som genomfördes 2026-01-19, 2026-01-16 respektive 2026-01-21

Beskrivning	Antal
Studier som granskades utifrån titel och sammanfattning enligt de uppställda kriterierna för PICO	27
Studier som bedömdes relevanta utifrån titel och sammanfattning enligt de uppställda kriterierna för PICO och som granskades på fulltextnivå	7
Studier som uppfyllde kriterierna för PICO	2

PICO: Population, Intervention, Comparison, Outcome

Kvaliteten på systematiska översikter granskades med hjälp av SNABBSTAR av två oberoende bedömare [24]. En systematisk översikt hade hög risk för systematiska fel. Den uteslöts och ingår därför inte i kunskapssammanställningen. Således ingår en systematisk översikt i kunskapssammanställningen [17]. Den bedömdes ha låg risk för bias då den uppfyllde alla kriterier enligt SNABBSTAR.

Kvaliteten på riktlinjerna granskades med hjälp av CEP Trustworthy Guideline Appraisal Tool av två oberoende bedömare [25]. Figur 1 visar en sammanställning av bedömningarna av risk för systematiska fel i de riktlinjer som ingår i kunskapsunderlaget.

Figur 1. Bedömning av risk för systematiska fel i de inkluderade riktlinjerna

Kriterier	WHO	AAPD	Helsedirektoratet
1	A	A	B
2	A	NR	NR
3	B	A	NR
4	A	B	B
5	A	C	A
6	A	B	A
7	A	NR	NR
8	B	B	B

Kriterier enligt CEP Trustworthy Guideline Appraisal Tool: 1. Transparency, 2. Conflict of interest, 3. Guideline development group, 4. Systematic review, 5. Citing and grading the supporting evidence, 6. Recommendations, 7. External review, 8. Updating and currency of guideline. A-C anger bedömningsnivåer enligt CEP:s "Trustworthy Guideline Appraisal Tool" där A är hög tillförlitlighet, B är måttlig tillförlitlighet, C är låg tillförlitlighet, och NR står för ej rapporterat. WHO: World Health Organization, Världshälsoorganisationen, AAPD: American Academy of Pediatric Dentistry.

Slutligen sammanställdes kunskapsunderlaget och övergripande slutsatser formulerades.

Vidare läsning

För vidare läsning hänvisas till följande:

- Nationella riktlinjer för tandvård, [Nationella riktlinjer: tandvård - Socialstyrelsen](#).
- Nationella riktlinjer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor, [Nationella riktlinjer om ohälsosamma levnadsvanor - Socialstyrelsen](#).
- Vårdförlopp karies, [Karies - 1177 för vårdpersonal](#).
- Rikshandboken i barnhälsovård, [Rikshandboken i barnhälsovård](#).

Del 6: Deltagare i arbetet med kunskapsstödet

Projektgrupp

Projektledning

Peter Lundholm	Sakkunnig, Socialstyrelsen
Kristin Markman	Utredare, Socialstyrelsen
Sofia Orrskog	Vetenskaplig projektledare, utredare, Socialstyrelsen
Elisabeth Wärnberg Gerdin	Medicinalråd, Socialstyrelsen

Projektmedarbetare

Py Palmqvist	Sakkunnig, Socialstyrelsen
Peder Vilhelmsson	Sakkunnig, Socialstyrelsen

Externa experter och referenspersoner

Deltagare

Pamela Hasslöf	Specialisttandläkare Pedodonti, Region Västerbotten, Universitetslektor, Institutionen för odontologi, Umeå Universitet
Tita Kirkinen	Odont dr, övertandläkare barntandvård, Specialistkliniken för barn- och ungdomstandvård Folktandvården Värmland samt affilierad forskare på Malmö och Karlstad universitet
Gunilla Klingberg	Seniorprofessor i pedodonti, leg tandläkare, specialist i pedodonti, Malmö universitet
Marlene Melander	Vårdutvecklare barnhälsovård, distriktssköterska, Region Västernorrland
Ulrika Nygren	Barnsjukssköterska, vårdutvecklare barnhälsovårdsenheten, Region Dalarna
Anette Sjöstedt	Barnhälsovårdsöverläkare, Region Västernorrland
Giorgios Tsilingaridis	Docent, övertandläkare, Karolinska Institutet, Institutionen för odontologi, Avdelningen för Pedodonti, Huddinge
Malin Wallberg	Distriktssjukssköterska, verksamhetsutvecklare, Barnhälsovårdsenheten Region Östergötland

Rekommendationsgrupp

Deltagare

Carolina Berg	Leg. Tandhygienist, Folktandvården Boden, Region Norrbotten
Jeanette Björnell	Barnsjukssköterska, vårdutvecklare, Region Stockholm
Therese Engelberg	Övertandläkare pedodonti, Folktandvården Region Gävleborg
Lisa Jagers	Övertandläkare pedodonti, Skövde Specialisttandvård, Västragötalandsregionen
Hala Kattan	Leg. tandhygienist, master i folkhälsovetenskap Folktandvården Region Värmland
Carolina von Knorring	Barnhälsovårdsjuksköterska, distriktssköterska, Barnhälsovården Väster, Högskolan i Borås, Jönköping
Pernilla Lif Holgersson	Övertandläkare, docent, Specialisttandvården, Region Västerbotten / Institutionen för odontologi, Umeå universitet
Sofie Rydh	Vårdutvecklare barnhälsovård, Region Gävleborg
Johanna Saiedi Häggqvist	Tandhygienist, munhälsostrateg, Folktandvården Växjö, Region Kronoberg
Madeleine Viklund Johansson	Tandhygienist, munhälsostrateg, Hälsoodontologiska enheten, Folktandvården Region Värmland

Andra medverkande

Deltagare

Anna Antonsson	Redaktör, Socialstyrelsen
Natalia Berg	Informationsspecialist, Socialstyrelsen
Annika Björklund Sjöstrand	Jurist, Socialstyrelsen
Johanna Fransson	Jurist, Socialstyrelsen
Tarja Keskimäula	Jurist, Socialstyrelsen

Referenser

1. Socialstyrelsen. Munhälsoutveckling bland barn i förskoleålder – Samspelet mellan barns munhälsa och deras sociala och demografiska bakgrund [Elektronisk resurs]; 2025.
2. När behovet får styra : ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Stockholm: Regeringskansliet; 2021.
3. Socialstyrelsen. Karies bland barn och ungdomar – 2024 [Elektronisk resurs]; 2025.
4. Socialstyrelsen. Bilaga – Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag – Nationella riktlinjer för tandvård [Elektronisk resurs]; 2021.
5. Socialstyrelsen. Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga [Elektronisk resurs]; 2026.
6. Unicef. Barnkonventionen. 2026. Hämtad 2026-03-13 från: <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten>
7. Socialstyrelsen. Bedöma barns mognad för delaktighet : kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
8. 1177. När barn far illa. 2023. Hämtad 2026-03-19 från: <https://www.1177.se/barn--gravid/nar-familjelivet-ar-svart/nar-barn-mar-daligt/nar-barn-far-illa/>
9. Rikshandboken barnhälsovård. Tecken på att barn far illa. 2020. Hämtad 2026-04-24 från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/halsobesok/barn-som-riskerar-att-fara-illa/tecken-pa-att-barn-far-illa/>
10. Socialstyrelsen. Terminologi. 2025. Hämtad 2026-03-31 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/terminologi/>
11. Socialstyrelsen. Senaste version av HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. 2026. Hämtad 2026-03-31 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allman-na-rad/konsoliderade-foreskrifter/201640-om-journalforing-och-behandling-av-personuppgifter-i-halso--och-sjukvarden/>
12. Socialstyrelsen. Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården : handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40). Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
13. Socialstyrelsen. Utvärdering av tandvården – Följsamheten till nationella riktlinjer [Elektronisk resurs]; 2025.
14. Socialstyrelsen. Munhälsa och tandvård för placerade barn. 2020. Hämtad från: <http://socialstyrelsen.se>

15. 1177. Vårdförlopp karies. 2025. Hämtad 2026-02-17 från:
<https://vardpersonal.1177.se/Stockholm/kunskapsstod/vardforlopp/karies/>
16. Rikshandboken barnhälsovård. Rikshandboken barnhälsovård för professionen. 2026. Hämtad 2026-03-30 från:
<https://www.rikshandboken-bhv.se/>
17. Soares RC, da Rosa SV, Moysés ST, Rocha JS, Bettega PVC, Werneck RI, et al. Methods for prevention of early childhood caries: Overview of systematic reviews. *Int J Paediatr Dent*. 2021; 31(3):394–421.
18. World Health Organization. Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. 2020. Hämtad 2026-01-07 från:
<https://www.who.int/publications/i/item/ending-childhood-dental-caries-who-implementation-manual>
19. Helsedirektoratet. Munnundersøkelse: Helsestasjonen bør foreta munnundersøkelse på barn. 2019. Hämtad 2026-02-11 från:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-0-5-ar/munnundersokelse-helsestasjonen-bor-foreta-munnundersokelse-pa-barn#e6f0bb08-a64e-4e5f-9087-c1f2d538c203-begrunnelse>
20. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on oral health in child care centers. . The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago; 2025. s. 93–5.
21. Bhaskar V MK, Divaris K,. The importance of preventive dental visits from a young age: systematic review and current perspectives. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2014; 2014;6:21-27.
22. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje. 2020. Hämtad 2026-02-11 från:
<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2020/9660>
23. Social- och hälsovårdsministeriet. Statsrådets förordning om rådgivningsbyråttjänster och om skol- och studerandehälsovård. 2026. Hämtad 2026-02-03 från:
https://www.finlex.fi/sv/lagstiftning/2026/93#sec_1
24. SBU. SNABBSTAR. Granskningsmall för att översiktligt bedöma risken för snedvridning/systematiska fel hos systematiska översikter. 2025. Hämtad 2026-01-28 från:
https://www.sbu.se/contentassets/84a8d388a84840b698ba737c21e3b138/bilaga-e-oversiktligt_bedoma_risk...
25. Mitchell M LB, Lavenberg J, et al., . A Simple Guideline Appraisal Instrument Based on IOM Standards. *BMJ Qual Saf*. 2013; 2013;22 (supp 1): A75.



Nationellt hälsoprogram för barn och unga – Kunskapsstöd: munhälsa
(artikelnr 2026-8-10383) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.