

Hvordan sover du?

En befolkningsundersøgelse af søvnvaner, viden
og holdninger

Hannah Ahrensberg
Mette Nygaard
Christina Bjørk Petersen
Susan Andersen

Syddansk Universitet

Statens Institut
for Folkesundhed

TrygFonden

Hvordan sover du?

En befolkningsundersøgelse af søvnvaner, viden og holdninger

Hannah Ahrensberg
Mette Nygaard
Christina Bjørk Petersen
Susan Andersen

Internt review: Christina Viskum Larsen
Copyright @ 2026
Statens Institut for Folkesundhed,
SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig gengivelse.

Version 1.0

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-718-0

Statens Institut for Folkesundhed
Stu­di­estræde 6
1455 Kø­ben­havn K
www.sdu.dk/sif

Finansieret af
TrygFonden
Hummeltoftevej 49
2830 Virum

Rapporten kan downloades fra www.sdu.dk/sif

Forord

Søvn er nødvendig for både mental og fysisk sundhed, trivsel og evnen til at fungere i hverdagen. Det er almindeligt at opleve perioder med dårlig søvn, men vedvarende søvnproblemer kan have alvorlige konsekvenser – både for den enkelte og for samfundet i form af nedsat produktivitet, øget sygefravær og større belastning på sundhedsvæsenet.

Flere voksne danskere oplever at sove utilstrækkeligt. I 2013 gjaldt det 10 %, og i 2023 var andelen steget til 16 %. Mange forhold kan påvirke, hvordan vi sover, herunder livsstil, mentale og fysiske belastninger og vores vaner omkring sengetid. Der mangler dog fortsat viden om disse forhold, hvilket begrænser mulighederne for at kunne udvikle og implementere effektive søvnfremmende indsatser til den brede befolkning.

Derfor har Statens Institut for Folkesundhed gennemført spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan sover du?*, og denne rapport præsenterer udvalgte resultater herfra. Undersøgelsen har til formål at skabe et bedre grundlag for at fremme sunde søvnvaner ved at belyse danskernes søvn, søvnrelaterede adfærd, viden, holdninger og måder at håndtere søvnproblemer på.

Rapporten henvender sig til forskere og fagpersoner, der arbejder med eller har interesse for danskernes søvn. Resultaterne kan bidrage til at kvalificere og målrette arbejdet med søvnfremme og forebyggelse af søvnproblemer.

Vi vil gerne rette en stor tak til TrygFonden for at have finansieret undersøgelsen.

Morten Hulvej Rod
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed,
Syddansk Universitet

Indhold

Sammenfatning	5
Læsevejledning.....	10
Baggrund	11
Konceptualisering af søvn.....	11
Formål.....	12
Karakteristik af studiepopulationen	14
Søvn	16
Søvnproblemer	16
Søvnkvalitet	18
Søvnvarighed.....	21
Kronotype	23
Søvnadfærd	26
Søvnhygiejne	26
Søvn og skærm	32
Tracking af søvn	35
Sovepartner	36
Viden, overbevisninger og holdninger til søvn	38
Viden om søvnhygiejne.....	38
Kendskab til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for søvn.....	41
Tro på egen evne til at falde i søvn.....	42
Uhensigtsmæssige overbevisninger om søvn	43
Kulturelle opfattelser og normer om søvn	46
Brug af hjælp til bedre søvn	47
Professionel hjælp	47
Redskaber og metoder	49
Medicin og kosttilskud mod søvnløshed	51
Konklusion og perspektivering	53
Referencer	54
Bilag	57
Bilag 1: Metode.....	57
Bilag 2: Spørgeskemaet <i>Hvordan sover du?</i>	62
Bilag 3: Karakteristik af studiepopulation med vægtede data	88

Sammenfatning

I denne rapport præsenteres resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan sover du?* om danskernes søvn. Resultaterne adskiller sig fra eksisterende befolkningsundersøgelser ved at have et bredt fokus på søvn. Tidligere og eksisterende befolkningsundersøgelser har primært fokuseret på enkelte dimensioner af søvn såsom søvnlængde eller søvnkvalitet [1]. Søvn er imidlertid et multidimensionelt fænomen, som kræver et bredere blik på søvnens mange aspekter og de adfærdsmæssige faktorer, der påvirker den.

Formålet med rapporten er at give et grundigt billede af, hvordan danskerne sover, og hvordan forskellige faktorer, der har betydning for søvnen, fordeler sig i befolkningen. Rapporten beskriver, hvor udbredte søvnproblemer er samt søvnens omfang og kvalitet. Den giver desuden et overblik over danskernes vaner og adfærd i relation til søvn, for eksempel sengetider, brug af digitale medier om aftenen og fysiske forhold i soveværelset såsom støj og lys. Derudover belyser den, hvilken viden danskerne har om, hvad der påvirker søvnen, og de normer og forventninger, der præger samfundet, herunder idéen om, at alle skal sove otte timer hver nat, eller at det er bedst at stå tidligt op. Endelig beskriver rapporten den hjælp og de strategier, som danskernes anvender for at falde i søvn eller sove bedre.

Spørgeskemaet er udviklet med udgangspunkt i internationalt anvendte og validerede skaler, hvor det var muligt. På områder, hvor egnede måleinstrumenter manglede, er der i samarbejde med førende søvnforskere udarbejdet nye spørgsmål eller tilpasset eksisterende skalaer (bilag 1). Skemaet er ikke valideret, men blev pilottestet inden udsendelsen. Det blev udsendt via Digital Post til et tilfældigt udsnit på 25.000 personer i den danske befolkning på 16 år eller derover med bopæl i Danmark. Da ikke alle havde Digital Post, blev invitationen reelt udsendt til 23.586 personer. Dataindsamlingen blev gennemført fra den 25. september 2024 til 23. oktober 2024. I alt indgik 6.658 personer (28,2 %) i undersøgelsen. Køns- og aldersfordelingen ligner den, der ses i andre befolkningsundersøgelser, hvor mænd og yngre personer er underrepræsenterede. Resultaterne er derfor vægtet ved hjælp af en opregningsmetode, der tager højde for disse skævheder i svarfordelingen.

Undersøgelsen har til hensigt at bidrage med ny viden til det fremtidige arbejde med forebyggelse på søvnområdet. Resultaterne giver ikke mulighed for at fastslå årsagssammenhænge, men giver til gengæld et indblik i mønstre og sammenhænge i relation til søvn på tværs af befolkningen.

De overordnede resultater præsenteres nedenfor og er opdelt i fire hovedtemaer: 1) Søvn, 2) Søvnadfærd, 3) Viden, overbevisninger og holdninger til søvn, og 4) Brug af hjælp til bedre søvn.

Søvn

Søvnproblemer: Søvnproblemer dækker over forskellige former for søvnrelaterede vanskeligheder, herunder utilfredshed med eget søvnmønster, besvær med at falde i søvn, hyppige opvågninger samt manglende søvns indvirkning på dagligdagen. Tilstedeværelse og sværhedsgrad af søvnproblemer er blevet målt med den validerede skala *Insomnia Severity Index*. I alt rapporterer 20,1 % søvnproblemer, hvoraf 17,3 % har moderate søvnproblemer og 2,8 % har svære søvnproblemer. Søvnproblemer er hyppigere blandt kvinder (22,6 %) end blandt mænd (17,5 %). Der ses ikke væsentlige forskelle i forekomsten af søvnproblemer på tværs af uddannelsesniveau.

Søvnkvalitet: Søvnkvalitet beskrives ofte som den subjektive oplevelse af at have sovet godt og føle sig udhvilet. I denne undersøgelse er deltagerne blevet spurgt, om de får søvn nok til at føle sig udhvilet. Andelen af personer, der aldrig eller næsten aldrig får søvn nok til at føle sig udhvilet, er 16,3 % blandt kvinder og 12,3 % blandt mænd. Andelen er højest blandt de 16-44-årige og blandt personer med kort uddannelse. Den er 18,4 % blandt personer med kort uddannelse, 12,3 % blandt personer med mellemlang uddannelse og 14,7 % blandt personer med lang uddannelse. Blandt dem, der aldrig eller næsten aldrig føler sig udhvilet, har 84,8 % haft det sådan i over seks måneder. Den hyppigste selvrapporterede årsag er tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer (19,1 %).

Søvnvarighed: Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne sover mellem 7 og 9 timer om natten. I denne undersøgelse er den gennemsnitlige søvnlængde 7,1 timer på hverdage og 7,6 timer i weekenden. Andelen af personer, der sover de anbefalede 7-9 timer, er 71,1 % blandt kvinder og 67,9 % blandt mænd. Kort søvn (<7 timer) forekommer oftere med stigende alder og blandt personer med kort uddannelse. Blandt personer, der sover mindre end 7 timer, rapporterer 36,4 % søvnproblemer, mens det til sammenligning er 15,2 % blandt dem, der sover 7-9 timer, og 14,5 % blandt dem, der sover mere end 9 timer.

Kronotype: Kronotype beskriver en persons naturlige døgnrytme og præferencer for at gå tidligt i seng og stå tidligt op (A-menneske) eller for at gå sent i seng og stå sent op (B-mennesker). Knap halvdelen identificerer sig som A-menneske (mænd: 46,6 %, kvinder: 47,2 %), mens omtrent hver tredje identificerer sig som B-menneske og 18 % som hverken A- eller B-menneske. Andelen af A-mennesker stiger med alderen frem til 45-64 år. I alderen 16-24 år er omkring en tredjedel A-mennesker, mens det gælder 56,0 % af mænd og 53,4 % af kvinder i alderen 45-64 år. B-mennesker rapporterer oftere søvnproblemer (23,8 %) end A-mennesker (17,6 %).

Søvnadfærd

Søvnhygiejne: Søvnhygiejne dækker over de daglige rutiner og vaner, som fremmer søvnen. Det omfatter bl.a. regelmæssige søvntidspunkter, begrænsning af stimulanser som koffein og skærmbrug før sengetid samt afslappende aktiviteter, der forbereder kroppen på søvn. I denne undersøgelse blev efterlevelse af god søvnhygiejne målt med inspiration fra den validerede skala *Sleep Hygiene Index*. Andelen med god søvnhygiejne stiger med alderen. I alt 9,5 % af mænd og 7,8 % af kvinder har god søvnhygiejne i alderen 16-24 år, mens det gælder 58,9 % af mænd og 66,3 % af kvinder i aldersgruppen 65 år eller derover. Personer over 65 år har i højere grad et regelmæssigt søvnmønster, et godt sovemiljø og opholder sig udenfor tidligt på dagen, mens indtagelse af koffeinholdige og alkoholiske drikke ses hyppigere i denne aldersgruppe. En af de hyppigst uheldsmæssige vaner er skærmbrug inden sengetid, som særligt ses blandt de 16-24-årige (91,9 %). Der ses ingen væsentlige forskelle i søvnhygiejne på tværs af uddannelsesniveau.

Søvn og skærm: I denne undersøgelse undersøges skærmbrug, herunder mobiltelefon, computer, tablet og TV, som sker inden for 2 timer før sengetid. Over halvdelen ser TV eller streamer før sengetid (59,1 % mænd, 54,6 % kvinder), og mange bruger sociale medier (40,6 % mænd, 45,5 % kvinder). Den største andel ses blandt 16-24-årige, hvor 61,9 % bruger sociale medier før sengetid. Andelen af personer med søvnproblemer er 23,3 % blandt dem, der bruger skærm i 1-2 timer inden sengetid, 21,6 % blandt dem, der bruger skærm 30-59 minutter, og 17,8 % blandt dem, der bruger skærm i mindre end 30 minutter 6-7 dage om ugen. Blandt dem, der bruger skærm i mindre end 6-7 dage om ugen, oplever 17,9 % søvnproblemer. Mere end halvdelen (63,5 %) tager aktive forholdsregler for at undgå

forstyrrelser om natten, fx ved at sætte mobiltelefonen på lydløs. Alligevel har langt de fleste (74,7 %) mobiltelefonen inden for rækkevidde under søvnen, og 13,7 % bruger skærm efter, de har lagt sig til at sove.

Tracking af søvn: Tracking af søvn henviser til brugen af digitale enheder eller apps til at registrere og overvåge søvnens varighed og kvalitet. I alt angiver 9,8 %, at de altid eller for det meste bruger digitale enheder til at monitorere deres søvn, med 11,0 % blandt mænd og 8,7 % blandt kvinder. Andelen er højest blandt personer under 65 år. Blandt dem, der altid eller for det meste monitorerer deres søvn, ændrer 11,3 % i høj eller meget høj grad deres adfærd baseret på målingerne.

Sovepartner: I denne undersøgelse er der blevet spurgt, hvem man primært sover i rum sammen med. Personer i alderen 16-24 år (61,2 %) og 65 år eller derover (44,7 %) sover oftest alene, mens personer i alderen 25-44 år (57,7 %) og 45-64 (61,8 %) år oftest sover med en partner. Søvn med barn/børn er hyppigst blandt 25-44-årige, særligt kvinder (27,6 %). Derudover angiver 9,8 %, at de sover med kæledyr. Der er ingen væsentlige forskelle i forekomsten af søvnproblemer på tværs af type af sovepartner.

Viden, overbevisninger og holdninger til søvn

Viden om søvnhygiejne: Viden om søvnhygiejne er blevet målt med den validerede skala *Sleep Belief Scale*, hvor deltagere skulle tage stilling til, om forskellige adfærdsmønstre (fx koffeinindtag før sengetid) påvirker søvnen positivt, negativt eller slet ikke. En større andel af kvinder (48,8 % end mænd (36,1 %)) har god viden om søvnhygiejne, og viden er højest blandt 25-44-årige og lavest blandt personer på 65 år eller derover. Derudover stiger andelen med god viden om søvnhygiejne med uddannelseslængde, hvor 50,5 % blandt personer med lang uddannelse har god viden om søvnhygiejne, mens andelen er 38,7 % blandt personer med en mellemlang uddannelse og 30,0 % blandt personer med kort uddannelse.

Kendskab til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for søvn: Sundhedsstyrelsen anbefaler voksne 7-9 timers søvn. Flere kvinder (32,0 %) end mænd (25,3 %) kender til disse anbefalinger. Kendskabet er lavest blandt de 45-64-årige. Der ses ingen væsentlige forskelle i forekomsten af søvnproblemer mellem personer, der kender anbefalingerne, og dem, der ikke gør.

Tro på egen evne til at falde i søvn: Tro på egen evne til at falde i søvn – også kaldet *sleep self-efficacy* – handler om, hvor sikker en person er på, at vedkommende kan falde i søvn. I denne undersøgelse er der spurgt ind til, om man tror på at kunne falde i søvn inden for 30 minutter. Andelen af personer med lav tro på egne evner til at falde i søvn er størst blandt 16-24-årige og udgør 12,8 % blandt kvinder og 9,9 % blandt mænd. Troen på egne evner stiger generelt med alderen, og andelen med søvnproblemer stiger med lavere tro på egne evner: 11,5 % blandt dem med høj tro, 36,7 % blandt dem med moderat tro og 57,9 % blandt dem med lav tro.

Uhensigtsmæssige overbevisninger om søvn: Uhensigtsmæssige overbevisninger om søvn dækker over negative eller fejlagtige tanker, der kan påvirke søvnen negativt. Sådanne overbevisninger er blevet målt med en forkortet version af *Dysfunctional Beliefs and Attitudes About Sleep Scale*, hvor deltagerne skulle tage stilling til en række udsagn. Selvom enkelte overbevisninger ikke nødvendigvis er uhensigtsmæssige i sig selv, skal de fortolkes samlet. Det er det overordnede mønster af tanker og antagelser om søvn, der kan bidrage til at opretholde eller forværre søvnproblemer. En større andel af kvinder (29,9 %) end mænd (24,3 %) har uhensigtsmæssige overbevisninger om søvn, men der ses

ingen væsentlige forskelle på tværs af alder. Nogle af disse overbevisninger inkluderer, at en dårlig nats søvn vil forstyrre aktiviteterne dagen efter (68,8 %), bekymring for alvorlige helbredssekvenser ved langvarige søvnproblemer (65,6 %) og troen på, at man har brug for 8 timers søvn for at fungere optimalt (60,9 %). Søvnproblemer er mest udbredt blandt dem med uhensigtsmæssige overbevisninger (29,4 %) og mindst forekommende hos dem uden uhensigtsmæssige overbevisninger (16,6 %).

Kulturelle opfattelser og normer om søvn: Kulturelle opfattelser og normer om søvn dækker over fælles forestillinger og forventninger, som kan forme både vores syn på søvn og vores søvnvaner. I denne undersøgelse er det målt ved, at deltagerne skulle angive, hvor enige de er i fire udsagn om søvn. Udsagnene er ikke nødvendigvis videnskabeligt set korrekte eller forkerte, men afspejler normer om søvn, som eksisterer i samfundet. Størstedelen mener, at det er bedst at gå i seng, når man bliver træt (mænd: 77,9 %, kvinder: 80,8 %), mens 47,2 % af mænd og 39,3 % af kvinder mener, at det er vigtigt at stå tidligt op for at få noget ud af dagen.

Brug af hjælp til bedre søvn

Professionel hjælp: Brug af professionel hjælp dækker over de eksisterende tilbud og indsatser, som deltagerne benytter for at håndtere søvnproblemer. I alt angiver 15,0 % af deltagerne (12,7 % mænd og 17,2 % kvinder), at de på et tidspunkt har opsøgt professionel hjælp eller benyttet digitale hjælpemidler til at afhjælpe søvnproblemer. Den største andel ses blandt de 16-44-årige. Blandt dem, der har søgt hjælp, har omkring halvdelen opsøgt en praktiserende læge eller anvendt digitale hjælpemidler. Omkring en tredjedel vurderer, at den professionelle hjælp i nogen grad har haft en gavnlig effekt på søvnen, med undtagelse af dem, der har modtaget hjælp fra en søvnklinik, hvor 36,7 % vurderer, at det i høj eller meget høj grad har forbedret deres søvn. Der ses ingen væsentlige forskelle i, hvem der har opsøgt hjælp, på tværs af uddannelseslængde.

Redskaber og metoder: I denne undersøgelse er deltagerne blevet spurgt, om de anvender forskellige metoder for at forbedre deres søvn eller for lettere at falde i søvn. Den mest udbredte metode, som anvendes til at fremme søvn, er læsning (14,9 %), efterfulgt af skærmbrug som at se TV eller scrolle på sociale medier (12,7 %) og sex eller onani (11,7 %). Læsning anvendes især af kvinder og personer på 65 år eller derover, mens skærmbrug er mest udbredt blandt de 16-44-årige. Sex og onani bruges i højere grad blandt mænd og yngre deltagere i alderen 16-44 år. Samtidig angiver 23,5 %, at de slet ikke benytter redskaber eller metoder for lettere at falde i søvn.

Medicin og kosttilskud mod søvnløshed: Medicin og kosttilskud mod søvnløshed dækker over både håndkøbsprodukter og receptpligtige lægemidler, som anvendes til at lindre søvnbesvær. I alt angiver 14,4 % af deltagerne, at de anvender medicin mod søvnløshed dagligt eller ugentligt, heraf 6,9 % dagligt. Forbruget er størst blandt personer på 65 år eller derover. Der ses også forskelle efter uddannelseslængde: 15,2 % blandt personer med kort uddannelse, 9,5 % blandt personer med mellemlang uddannelse og 7,7 % blandt personer med lang uddannelse. Blandt dem, der aktuelt anvender medicin mod søvnløshed, bruger 23,5 % psykofarmaka og 26,5 % bruger melatonin. Derudover anvender 40,0 % håndkøbsmedicin som fx antihistaminer, kosttilskud og naturmedicin.

Opsamling

Størstedelen af danskerne får søvn nok til at føle sig udhvilede og sover det anbefalede antal timer. Der er dog en betydelig gruppe, nemlig en femtedel, som oplever moderate til svære søvnproblemer. Disse problemer forekommer især blandt kvinder og personer med uhensigtsmæssig søvnhygiejne, mens det i mindre grad ses hos personer på 65 år eller derover. Uhensigtsmæssig søvnhygiejne omfatter eksempelvis uregelmæssigt søvn mønster, et uhensigtsmæssigt sovemiljø, hyppigt skærmbrug eller koffein- og alkoholindtag sent på dagen. Undersøgelsen viser også, at man kan have søvnproblemer, selvom man sover det anbefalede antal timer. Dette understreger, at søvn ikke kun handler om varighed, men også om kvalitet, og at flere dimensioner af søvn bør inddrages, når vi taler om sunde søvnvaner.

Resultaterne viser, at der ikke er væsentlige forskelle i forekomsten af søvnproblemer eller i søvnhygiejne på tværs af uddannelsesniveau. Personer med kort uddannelse oplever i større grad, at de aldrig får søvn nok til at føle sig udhvilede, har mindre viden om søvnhygiejne og bruger oftere medicin mod søvnløshed. God søvnhygiejne stiger med alderen, mens yngre, især i aldersgruppen 16-24 år, oftere går på kompromis med søvnen, blandt andet gennem hyppig brug af sociale medier inden sengetid. En mindre andel har på et tidspunkt søgt professionel hjælp eller brugt digitale hjælpemidler for at håndtere søvnproblemer, og blandt dem, der har gjort det, oplever flere en vis forbedring, men kun få rapporterer en mærkbar effekt.

Undersøgelsens resultater kan ikke sige noget om, hvad der direkte forårsager søvnproblemer, men den giver et tydeligt billede af, hvordan søvn og søvnvaner varierer på tværs af befolkningen. Resultaterne viser, at især yngre har udfordringer med vaner og rutiner, der kan påvirke søvnen, men at gode søvnvaner er vigtige for alle aldre. Undersøgelsen peger også på, at mange danskere oplever søvnproblemer, og at der er behov for mere viden om, hvilke former for hjælp og støtte der faktisk virker bedst. Samlet set understreger resultaterne, at en styrket indsats for at fremme god søvn kan komme store dele af befolkningen til gavn.

Læsevejledning

Denne rapport er baseret på en spørgeskemaundersøgelse og beskriver forekomsten af danskernes svar på spørgsmål indenfor fire hovedtemaer: 1) søvn, 2) søvnadfærd, 3) viden, overbevisninger og holdninger til søvn, og 4) brug af hjælp til bedre søvn. Rapporten er tænkt som et opslagsværk, hvor læseren har mulighed for at finde viden inden for et bestemt søvnområde.

Resultaterne præsenteres som vægtede procentdele og efter en standardiseret struktur: 1) introduktion af emnet, 2) beskrivelse af målemetoden, og 3) præsentation og kommentering af resultaterne. For alle søvnindikatorer præsenteres resultaterne opdelt på køn og alder. Udvalgte indikatorer inden for hvert hovedtema vises også i forhold til forekomsten af søvnproblemer defineret ved insomni. Disse indikatorer er udvalgt, da de betragtes som særligt væsentlige for søvn og dets betydning for sundhed og trivsel. Enkelte steder opdeles resultaterne også på højest fuldførte uddannelsesniveau. Der er ofte betydelige forskelle i søvn på tværs af køn, alder og uddannelsesniveau, hvorfor disse informationer er vigtige i forhold til planlægning af målrettede søvnfremmende og -forebyggende tiltag. Forskelle i søvnindikatorer mellem køn, alder, uddannelsesniveau og søvnproblemer kommenteres, hvis forskellen er fem procentpoint eller større. Læseren bør dog være opmærksom på, at betydningen af en forskel på fem procentpoint kan variere afhængigt af ændringens størrelse i forhold til udgangspunktet (relativ forskel) samt antallet af besvarelser for den pågældende søvnindikator.

Rapporten indeholder en række faglige begreber fra søvnforskningen, som forklares løbende. For nærmere information om udviklingen af spørgeskemaundersøgelsen samt statistiske analyser, der ligger til grund for af resultaterne, henvises til bilag 1.

Baggrund

Mennesker tilbringer omtrent en tredjedel af deres liv på at sove, og søvn er afgørende for den enkeltes mentale og fysiske sundhed [2-4]. I Danmark er utilstrækkelig søvn udbredt blandt voksne, og andelen, der ikke får tilstrækkelig søvn til at føle sig udhvilet, er steget fra 10 % i 2013 til 16 % i 2023 [5]. Utilstrækkelig søvn udgør derfor et (stigende) folkesundhedsproblem, som bør håndteres og indtænkes i fremtidige forebyggelsesstrategier på lige fod med andre velkendte risikofaktorer som usund kost, rygning, højt indtag af alkohol og fysisk inaktivitet [4].

Søvn er et flerdimensionelt fænomen og kan forstås som en kombination af søvnvarighed, søvnkvalitet og fravær af søvnrelaterede sygdomme [6]. Utilstrækkelig søvn kan på kort sigt føre til koncentrations- og hukommelsesproblemer, nedsat reaktionsevne, svækket immunforsvar samt en negativ indvirkning på trivsel og livskvalitet [2-4]. Langvarige søvnproblemer kan tilmed øge risikoen for alvorlige helbredsproblemer som forhøjet blodtryk, fedme, type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og for tidlig død [2-4]. Der er også betydelige samfundsmæssige omkostninger ved utilstrækkelig søvn, herunder nedsat produktivitet, øget sygefravær, flere lægebesøg samt flere ambulante konsultationer og hospitalsindlæggelser [7].

I 2024 lancerede Sundhedsstyrelsen nye anbefalinger for søvnlængde til alle aldersgrupper. Voksne mellem 18 og 64 år anbefales at sove 7-9 timer per døgn, mens personer på 65 år og derover anbefales at sove 7-8 timer per døgn. Anbefalingerne for børn og unge varierer afhængigt af alder, men de anbefales generelt mere søvn end voksne, da de har brug for mere hvile til vækst og udvikling [8]. Foruden anbefalingerne om søvnlængde præsenterede Sundhedsstyrelsen også en række søvnhygiejneråd, det vil sige konkrete anbefalinger til vaner og omgivelser, der kan fremme en god søvn og mindske risikoen for søvnproblemer [8]. Disse råd omfatter blandt andet vigtigheden af et roligt og mørkt soverum fri for lys og støj samt at undgå store måltider og koffeinholdige drikke tæt på sengetid for at sikre en uforstyrret nattesøvn. Derudover gives en række adfærdsmæssige og psykologiske råd såsom faste sengetider, brug af afspændingsteknikker samt at undgå ikke-søvnrelaterede aktiviteter i soverummet.

Selvom der findes solid videnskabelig dokumentation for vigtigheden af at prioritere søvn, er udbuddet af evidensbaserede indsatser målrettet søvn i den brede befolkning imidlertid begrænset. En kortlægning fra 2023 peger på behovet for at etablere et større vidensgrundlag om befolkningens søvnadfærd, viden og holdninger, herunder hvordan danskerne oplever og håndterer perioder med søvnproblemer, som en forudsætning for at udvikle initiativer og strategier på søvnområdet [9]. Da forskellige dimensioner af søvn kan have forskellig betydning for sundhed [10], er det nødvendigt at undersøge, hvordan de bedst måles og monitoreres, samt at kortlægge deres forekomst i befolkningen. Rapporten fremhæver desuden nødvendigheden af løbende monitorering af danskernes søvn for at kunne følge udviklingen over tid samt identificere sårbare målgrupper [9]. Det er på denne baggrund, at denne undersøgelse er blevet iværksat.

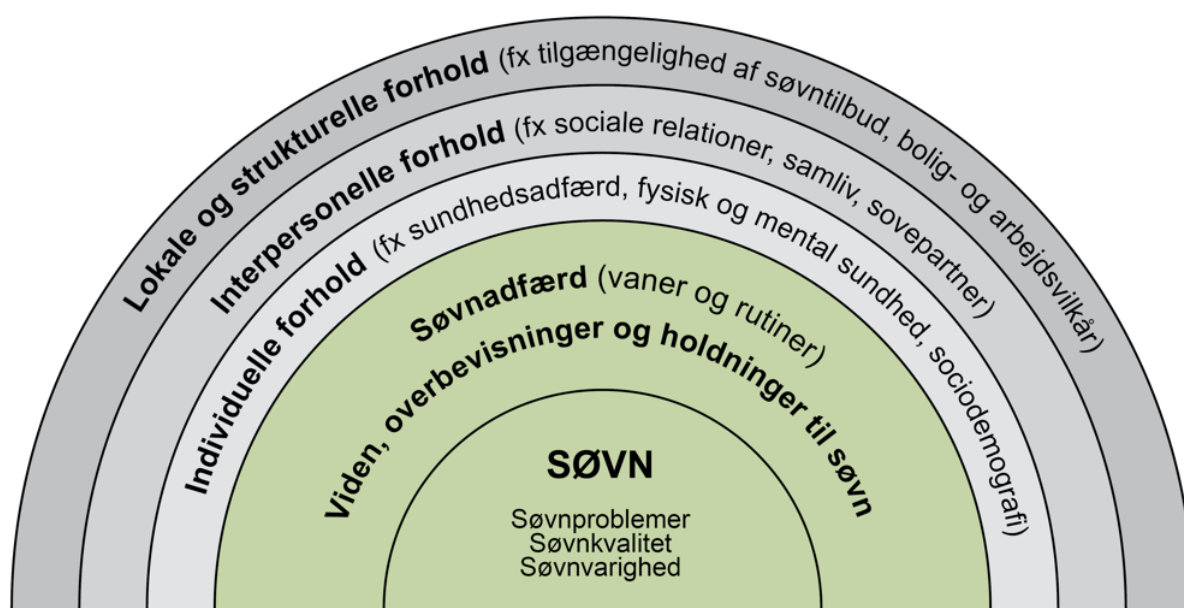
Konceptualisering af søvn

Søvn er en basal fysiologisk funktion, men forståelsen af søvn i et folkesundhedsperspektiv kræver en bredere konceptualisering. Figur 1 viser, at søvn påvirkes af en lang række faktorer, der strækker sig fra individuelle forhold til samfundsniveau. Det inderste lag i modellen omfatter individets søvnrelaterede adfærd samt viden, overbevisninger og holdninger til søvn. Herefter følger individuelle forhold, herunder sociodemografiske faktorer, sundhedsadfærd samt mental og fysisk sundhed. Det

næste lag omfatter interpersonelle forhold som sociale relationer, samliv og sovepartner, der også kan have betydning for søvnen. Yderst omfatter modellen de lokale og strukturelle forhold såsom arbejdsvilkår, boligforhold, økonomiske rammer og tilgængeligheden af søvnrelaterede sundhedstilbud.

Figuren viser, at søvn, defineret ved søvnlængde, søvnkvalitet og søvnproblemer, opstår i et komplekst samspil mellem flere niveauer og faktorer [6]. Den tydeliggør samtidig potentielle indsatsområder, der kan bidrage til at forebygge søvnproblemer i et folkesundhedsperspektiv. En helhedsorienteret forståelse af søvn er derfor afgørende for at kunne udvikle målrettede og effektive søvnfremmende indsatser.

Figur 1. Overblik over søvnens dimensioner og deres sammenhæng med andre faktorer. Den grønne farve illustrerer de forhold, som undersøges i nærværende rapport.



Figuren er inspireret af Whitehead og Dahlgrens regnbuemodel om sociale determinanter for sundhed [11].

Formål

Formålet med rapporten er at beskrive danskernes søvn. Med udgangspunkt i en helhedsforståelse af søvn dykker rapporten ned fire centrale temaer, som samlet set belyser centrale aspekter af danskernes søvn og potentielle indsatsområder. Disse temaer er udvalgt, fordi de hver især repræsenterer vigtige dimensioner af søvn, hvor der enten mangler viden, eller hvor der er særligt potentiale for at identificere og reducere søvnrelaterede uligheder i befolkningen. Målet er, at resultaterne i rapporten bidrager med ny viden til det fremtidige arbejde med forebyggelse på søvnområdet.

Mere specifikt afdækker rapporten følgende emner inden for søvn, opdelt på køn, alder og tilstedeværelse af søvnproblemer:

1. **Danskernes søvn** dækker over søvnproblemer, søvnkvalitet og søvnvarighed. Det omfatter blandt andet, hvordan danskerne sover, hvor godt de sover, hvor meget de sover, og i hvilket omfang de oplever problemer som indsovningsbesvær, natlige opvågninger og påvirkning i dagligdagen.

2. **Danskernes søvnadfærd** refererer til de daglige vaner og rutiner, der enten fremmer eller hæmmer en god søvn. Det omfatter blandt andet regelmæssige søvntidspunkter, begrænsning af stimulanser som koffein og skærmbrug før sengetid samt afslappende aktiviteter, der forbereder kroppen på søvn.
3. **Danskernes viden, overbevisninger og holdninger til søvn** omhandler, hvordan danskerne forstår og prioriterer søvn. Det handler blandt andet om deres viden om, hvad der er fremmer og hæmmer god søvn, deres kendskab til søvnanbefalinger, opfattelser af søvnens betydning for helbred og trivsel samt tilstedeværelsen af uhensigtsmæssige eller forstyrrende forestillinger om søvn.
4. **Danskernes brug af hjælp til bedre søvn** dækker både professionel og selvhjælp. Det kan være anvendelse af medicin mod søvnløshed, samtaler med sundhedsprofessionelle, brug af apps eller digitale løsninger samt egeninitierede strategier som kosttilskud, meditation eller ændringer i søvmiljøet.

Karakteristik af studiepopulationen

Tabel 1 giver en oversigt over studiepopulationen fordelt på udvalgte sociodemografiske og sundhedsrelaterede faktorer baseret på uvægtede data. I alt indgik 6.658 personer i spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan sover du?*, hvilket svarer til 28,2 % af de inviterede. Køns- og aldersfordelingen ligner den, der ses i andre befolkningsundersøgelser, med en større andel kvinder (57,4 %) end mænd (42,6 %) og en højere svarprocent blandt personer på 45 år eller derover [12-14].

Størstedelen af deltagerne har enten en mellemlang (37,7 %) eller lang uddannelse (40,5 %) og er i arbejde (53,9 %), hvoraf den største andel har fast dagarbejde (43,6 %). Hovedparten bor med en partner (65,0 %), dyrker lettere motion (48,4 %), har aldrig røget (45,0 %), drikker 10 genstande alkohol eller mindre om ugen (59,7 %) og vurderer deres helbred som godt (36,8 %) eller vældig godt (28,0 %).

Bilag 3 indeholder en bortfaldsanalyse, der viser forskelle mellem deltagere og ikke-deltagere med hensyn til køn og alder, hvor mænd og yngre personer er underrepræsenterede. Derfor er resultaterne i den resterende del af rapporten vægtet ved hjælp af en metode, så deltagerne bedre afspejler baggrundsbefolkningen. Bilag 3 viser desuden, hvordan karakteristikken af studiepopulationen ændres efter vægtning.

Tabel 1. Karakteristik af personer, der indgik i spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan sover du?*. Uvægtede procenter.

	Antal	%
Total	6.658	100,0
Mænd		
16-24 år	241	3,6
25-44 år	545	8,2
45-64 år	1.019	15,3
≥65 år	1.030	15,5
Alle mænd	2.835	42,6
Kvinder		
16-24 år	352	5,3
25-44 år	920	13,8
45-64 år	1.458	21,9
≥65 år	1.093	16,4
Alle kvinder	3.823	57,4
Uddannelse^a		
Kort	476	7,9
Mellemlang	2.284	37,7
Lang	2.456	40,5
Erhvervsmæssig stilling		
I arbejde	3.587	53,9
Under uddannelse	543	8,2
Uden for arbejdsmarkedet eller uddannelse	2.475	37,2

Arbejdstidspunkt		
Fast dagarbejde	2.904	43,6
Fast aften-/natarbejde	116	1,7
Skiftende arbejdstider	562	8,4
Samlivsstatus^b		
Bor alene	1.558	23,4
Bor med partner	4.326	65,0
Bor med forældre	393	5,9
Bor med børn/søskende	1.844	27,7
Andet	208	3,1
Fysisk aktivitet		
Konkurrenceidræt	267	4,0
Motionsidræt eller lignende	1.415	21,3
Lettere motion	3.221	48,4
Stillesiddende aktivitet	771	11,6
Rygning		
Ryger dagligt	580	8,7
Ryger lejlighedsvist	247	3,7
Har tidligere røget	1.938	29,1
Har aldrig røget	2.996	45,0
Alkohol		
≤10 genstande om ugen	3.977	59,7
>10 genstande	906	13,6
Selvvurderet helbred		
Fremragende	394	5,9
Vældig godt	1.861	28,0
Godt	2.449	36,8
Mindre godt	907	13,6
Dårligt	162	2,4
Mentalt velbefindende^c		
Lavt	1.060	15,9
Moderat	4.115	61,8
Højt	456	6,9

Procenter summerer ikke nødvendigvis til 100 % på grund af manglende data.

^aAfgrænset til personer på 25 år eller derover.

^bSummerer til mere end 100 %, da deltagerne kunne afkrydse mere end én svarkategori.

^cMentalt velbefindende er målt ved hjælp af Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (SWEMWBS) og er inddelt i lavt (≤19,98), moderat (19,99-29,30) og højt mentalt velbefindende (≥29,31).

Søvn

Dette kapitel giver et overblik over, hvordan danskerne sover, herunder hvor udbredt søvnproblemer er blandt danskerne, hvor længe og hvor godt de sover. Derudover præsenteres forskelle i kronotype, det vil sige den enkelte persons naturlige døgnrytme.

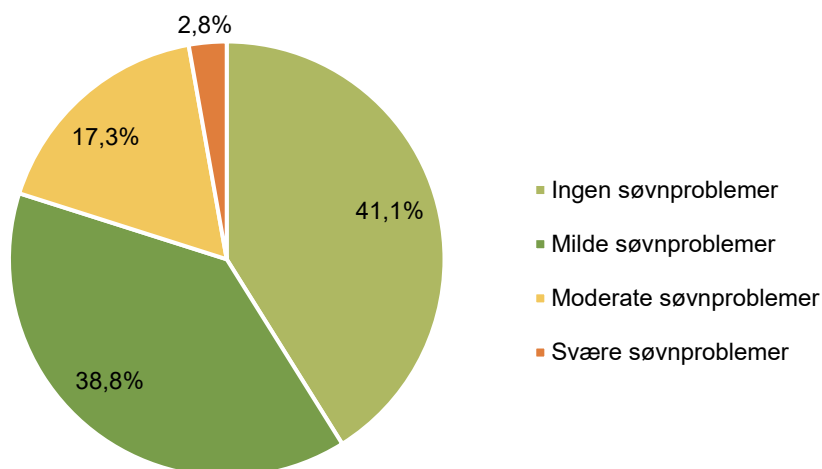
Søvnproblemer

I denne undersøgelse er det kliniske måleinstrument *Insomnia Severity Index* (ISI) anvendt som mål for søvnproblemer [15]. ISI består af syv spørgsmål, der vurderer tilstedeværelsen og sværhedsgraden af søvnproblemer. Spørgsmålene afdækker tilfredshed med nuværende søvnmønster, besvær med at falde i søvn og opretholde søvn, indvirkning på daglig funktion samt graden af ubehag eller bekymring forårsaget af søvnproblemet [15]. Hvert spørgsmål vurderes på en skala fra 0 til 4, og den samlede score spænder fra 0 til 28, hvor en højere score indikerer højere grad af søvnproblemer. Søvnproblemer blev kategoriseret i fire grupper baseret på den samlede score: ingen søvnproblemer (score 0-7), milde søvnproblemer (score 8-14), moderate søvnproblemer (score 15-21) og svære søvnproblemer (score 22-28).

Søvnproblemer dækker over forskellige former for søvnrelaterede vanskeligheder, herunder utilfredshed med eget søvnmønster, besvær med at falde i søvn, hyppige opvågninger og konsekvenser for daglig funktion og trivsel

I alt har 41,1 % ingen søvnproblemer, 38,8 % milde søvnproblemer, 17,3 % moderate søvnproblemer og 2,8 % svære søvnproblemer (figur 2). I den resterende del af rapporten vil grupperne med ingen og milde søvnproblemer være kombineret til én kategori, da milde søvnproblemer ofte forekommer i kortere perioder og betragtes som almindelige. Tilsvarende vil moderate og svære søvnproblemer være samlet i én kategori, som afspejler at have søvnproblemer.

Figur 2. Fordeling af søvnproblemer. Vægtede procenter.



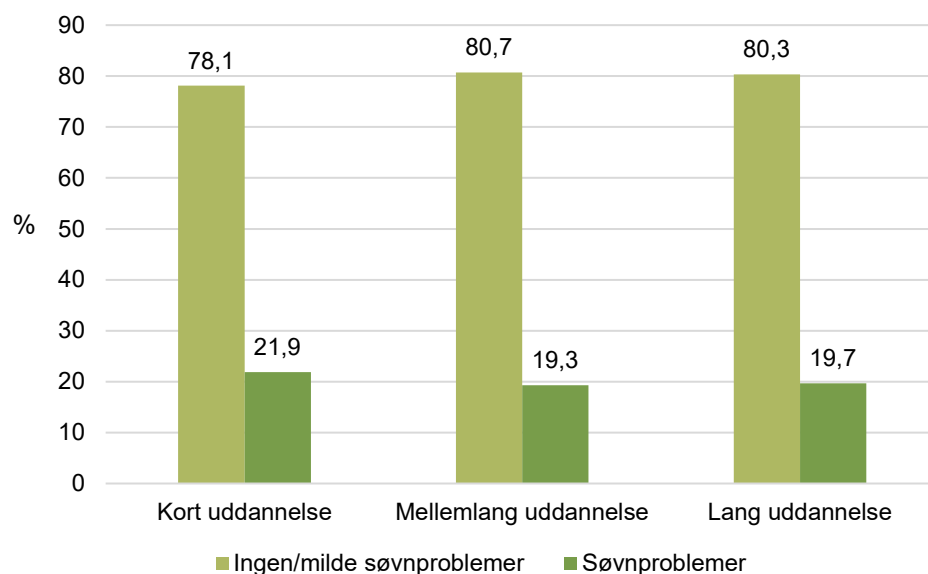
Det fremgår af tabel 2, at 22,6 % af kvinder oplever søvnproblemer, mens det gælder for 17,5 % mænd. Andelen er højest i aldersgruppen 25-44 år blandt mænd (21,1%) og i aldersgruppen 45-64 år blandt kvinder (27,1 %).

Tabel 2. Søvnproblemer, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	Ingen/milde søvnproblemer	80,7	78,9	82,7	87,0	82,5
	Søvnproblemer	19,3	21,1	17,3	13,0	17,5
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	168	437	897	938	2.440
Kvinder	Ingen/milde søvnproblemer	76,9	75,6	72,9	84,5	77,4
	Søvnproblemer	23,1	24,4	27,1	15,5	22,6
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	262	772	1.336	967	3.337

Figur 3 viser uddannelseslængde opdelt på søvnproblemer. Blandt personer med kort uddannelse har 21,9 % søvnproblemer, 19,3 % blandt personer med mellemlang uddannelse og 19,7 % blandt personer med lang uddannelse.

Figur 3. Uddannelseslængde opdelt på søvnproblemer (n=5.163). Vægtede procenter.



Afgrænset til personer på 25 år eller derover.

Søvnkvalitet

Tilstrækkelig søvn til at føle sig udhvilet

Søvnkvalitet handler ikke kun om, hvor længe man sover, men om hvor restituerende og uforstyrret søvnen er, herunder hvor hurtigt man falder i søvn, opvågninger i løbet af natten, og om man føler sig udhvilet næste morgen [16, 17]. Der findes ikke én standardiseret metode til at måle søvnkvalitet, og derfor benyttes flere forskellige måder. Søvnkvalitet kan måles objektivt, men i befolkningsundersøgelser anvendes det oftest som en selv vurderet oplevelse, hvor deltagerne selv angiver, hvor godt de sover. I denne undersøgelse blev deltagerne bedt om at vurdere, om de får tilstrækkelig søvn, med spørgsmålet: *"Synes du selv, du får nok søvn til at føle dig udhvilet?"*.

Tabel 3 viser, at 16,3 % af kvinderne og 12,3 % af mændene oplever, at de aldrig eller næsten aldrig får søvn nok til at føle sig udhvilet. Denne andel ligger på niveau med resultater fra tidligere befolkningsundersøgelser [18, 19] og gælder især for personer under 65 år, som i højere grad rapporterer aldrig eller næsten aldrig at få søvn nok til at føle sig udhvilet. Blandt dem, der aldrig eller næsten aldrig føler sig udhvilet, angiver 84,8 %, at dette har stået på i mere end 6 måneder (data ikke vist).

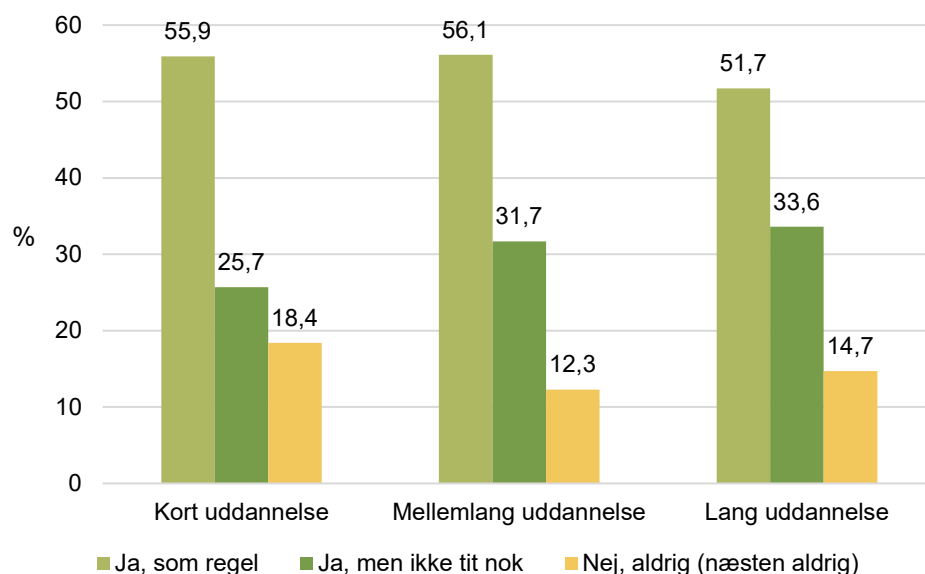
Tabel 3. Tilstrækkelig søvn til at føle sig udhvilet, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	Ja, som regel	42,0	48,0	53,4	69,4	54,7
	Ja, men ikke tit nok	45,9	37,1	33,1	22,5	33,0
	Nej, aldrig (næsten aldrig)	12,1	14,9	13,5	8,0	12,3
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	172	449	903	955	2.479
Kvinder	Ja, som regel	42,4	39,5	48,6	66,6	50,4
	Ja, men ikke tit nok	36,8	40,2	33,0	25,2	33,3
	Nej, aldrig (næsten aldrig)	20,8	20,3	18,4	8,2	16,3
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	272	791	1.353	990	3.406

Da søvnkvalitet er et centralt aspekt i søvnproblemer og er en del af vurderingen i søvnskalaen ISI, præsenteres søvnkvalitet ikke opdelt på tilstedeværelsen af søvnproblemer. I figur 4 ses uddannelseslængde opdelt på tilstrækkelig søvn til at føle sig udhvilet.

En større andel af personer med kort uddannelse (18,4 %) angiver, at de aldrig eller næsten aldrig får søvn nok til at føle sig udhvilet, mens andelen er lavere blandt dem med mellemlang (12,3 %) og lang uddannelse (14,7 %). Derudover angiver 56,1 % med mellemlang uddannelse, 55,9 % med kort uddannelse og 51,7 % med lang uddannelse, at de som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet.

Figur 4. Uddannelseslængde opdelt på tilstrækkelig søvn til at føle sig udhvilet (n=5.208). Vægtede procenter.



Afgrænset til personer på 25 år eller derover.

Årsager til utilstrækkelig søvn til at føle sig udhvilet

Tabel 4 viser de ti hyppigst angivne årsager til, at deltagerne ikke får søvn nok til at føle sig udhvilet. Analyserne er afgrænset til personer, der har angivet, at de ikke tit nok eller aldrig (næsten aldrig) får søvn nok til at føle sig udhvilet. Deltagerne havde mulighed for at angive flere årsager.

I alt angiver 19,1 %, at tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer er årsag til, at de ikke får søvn nok til at føle sig tilstrækkeligt udhvilet. Den største andel af disse ses blandt kvinder i aldersgrupperne 16-24 år (24,6 %) og 25-44 år (27,5 %). I aldersgruppen 16-24 år angiver flest, at underholdning fra mobiltelefon, tablet, computer, spillekonsol eller TV (23,1 %) er årsag til, at de ikke får søvn til at føle sig tilstrækkeligt udhvilet. For personer på 65 år eller derover er toiletbesøg (16,9 %) den hyppigst angivne årsag.

Herudover vågner 26,6 % ufrivilligt om natten, enten i høj grad eller meget høj grad (data ikke vist). Blandt disse angiver størstedelen, at det skyldes toiletbesøg (65,2 %), tankemylder eller stress (35,1 %) eller ubehag og smerter (26,3 %). Desuden angiver 39,7 %, at det tager mere end 30 minutter at falde i søvn igen, eller at de slet ikke kan falde i søvn igen (data ikke vist).

Tabel 4. Årsager til ikke at føle sig tilstrækkeligt udhvilet, opdelt på køn og aldersgrupper.

Vægtede procenter.

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt	Antal svarpersoner
Tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer	20,7	22,4	19,3	14,1	19,1	1.273
Mænd	17,0	17,2	15,5	10,4	15,0	400
Kvinder	24,6	27,5	23,3	17,2	23,0	873
Toiletbesøg	7,5	9,5	17,4	16,9	13,5	1.010
Mænd	5,9	7,1	16,8	18,0	12,6	409
Kvinder	9,2	11,8	18,1	15,9	14,5	601
Tanker og bekymringer relateret til arbejde eller uddannelse	21,8	20,4	14,3	2,1	14,0	891
Mænd	17,4	18,7	13,9	3,2	13,3	334
Kvinder	26,3	22,2	14,8	1,1	14,7	557
Fysiske symptomer som følge af egen sygdom eller lidelse (fx smerter, kropslig uro m.m.)	5,4	11,1	14,1	12,2	11,5	833
Mænd	3,6	8,4	10,9	10,9	9,1	266
Kvinder	7,3	13,8	17,4	13,3	13,9	567
Psykiske symptomer som følge af egen sygdom eller lidelse (fx nedtrykthed, angst, tankemylder m.m.)	13,6	13,8	10,0	5,4	10,4	666
Mænd	8,5	11,2	7,2	4,9	8,0	208
Kvinder	19,1	16,2	13,0	5,8	12,8	458
Underholdning fra mobiltelefon, tablet, computer, spillekonsol eller tv	23,1	14,8	8,1	2,3	10,7	609
Mænd	24,2	14,0	8,6	2,4	11,0	245
Kvinder	21,9	15,5	7,7	2,1	10,3	364
Opgaver relateret til arbejde eller uddannelse, fx besvare mails eller forberedelse til næste dag	17,9	13,2	8,9	1,0	9,4	539
Mænd	15,0	13,8	10,1	1,6	9,9	227
Kvinder	21,0	12,6	7,7	0,5	8,9	312
Forstyrrelse pga. partner	4,0	6,6	6,4	2,5	5,1	385
Mænd	3,2	3,7	4,8	2,0	3,6	101
Kvinder	4,8	9,5	8,1	2,9	6,7	284
Huslige gøremål, fx ordne vasketøj eller rydde op	7,7	10,7	4,5	0,9	5,8	338
Mænd	5,3	6,6	3,3	1,1	4,1	87
Kvinder	10,3	14,6	5,7	0,8	7,6	251
Forstyrrelser fra børn i husstanden	0,9	13,6	3,6	0,1	5,3	313
Mænd	0,5	10,4	4,0	0,0	4,4	93
Kvinder	1,3	16,9	3,1	0,2	6,1	220

Summerer til mere end 100 %, da deltagerne kunne afkrydse mere end én svarkategori.

Søvnvarighed

Søvnlængde

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne i alderen 18-64 år får mellem 7 og 9 timers søvn hver dag for at opretholde fysisk og mental sundhed [8]. Dette understøttes af flere undersøgelser, som viser, at både kort (<7 timer) og lang (>9 timer) søvn kan være forbundet med negative sundhedsudfald [2, 3]. Når det gælder lang søvn, ved man dog endnu ikke, om det er selve søvnen, der er problemet, eller om mennesker sover længere, fordi de i forvejen har en sygdom eller anden helbredsmæssig udfordring. Derudover kan lang søvnlatenstid indikere underliggende søvnforstyrrelser, som kan påvirke sundheden [20]. Søvnlatenstid henviser til den tid, der går fra, at man lægger sig til at sove, og frem til, at søvnen indtræder, og studier viser, at en regelmæssig latenstid på mere end 30 minutter er forbundet med øget risiko for depression og hjerte-kar-sygdomme [21, 22].

I denne undersøgelse blev deltagerne bedt om at angive, hvornår de typisk lægger sig til at sove og står op på henholdsvis hverdage og weekender. De blev også spurgt om, hvor lang tid det i gennemsnit tager dem at falde i søvn, ligeledes for hverdage samt weekender. Den gennemsnitlige søvnlængde for hverdage og weekender er beregnet som tidsintervallet mellem sengetid og tidspunktet for opvågning, fratrukket den angivne latenstid.

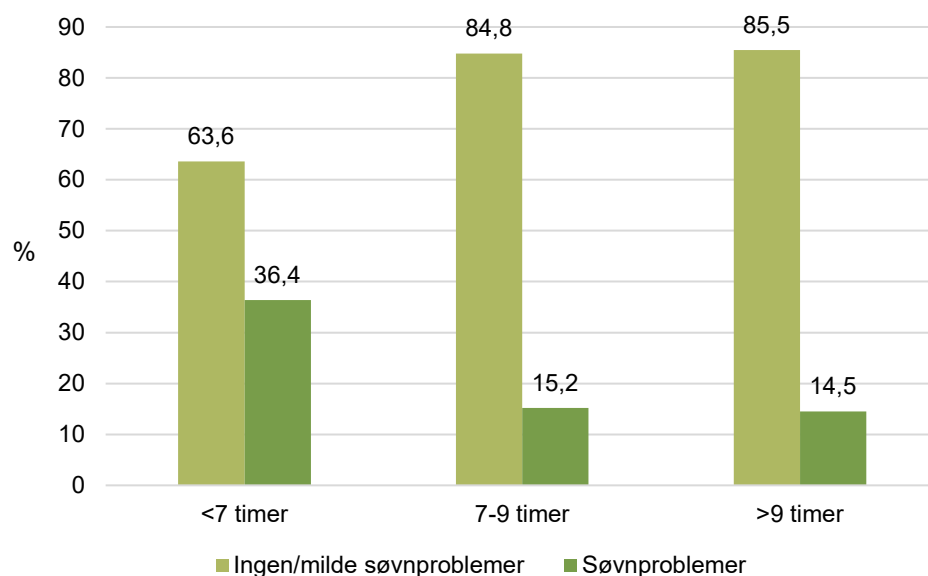
Den gennemsnitlige søvnlængde blandt deltagerne er 7,1 timer på hverdage og 7,6 timer i weekender (data ikke vist). For 17,5 % af deltagerne tager det mere end 30 minutter at falde i søvn (data ikke vist). Tabel 5 viser fordelingen af søvnlængde opdelt på køn i forskellige aldersgrupper. Andelen af personer, der sover 7-9 timer er 71,1 % blandt kvinder og 67,9 % blandt mænd. Andelen af personer, der sover mindre end 7 timer, stiger med alderen.

Tabel 5. Søvnlængde, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

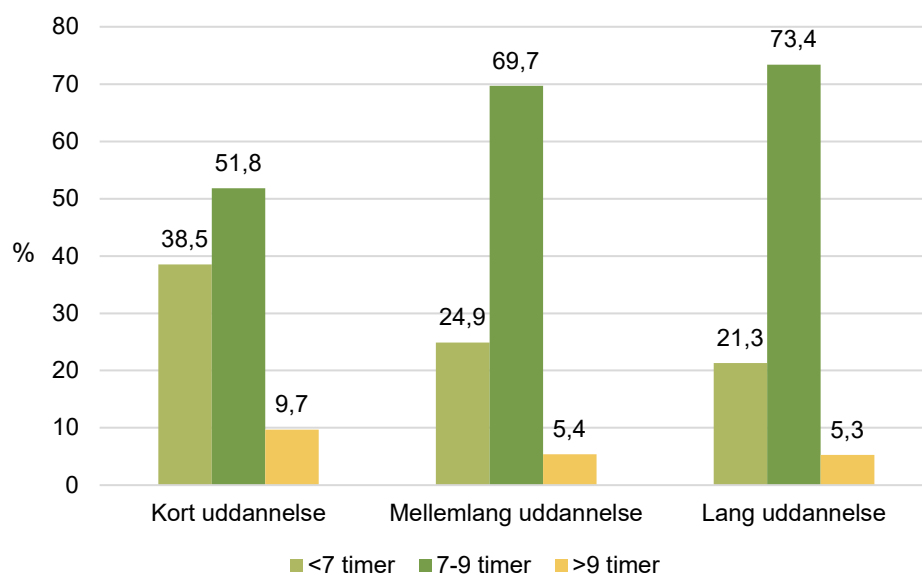
		16-24 år*	25-44 år	45-64 år	≥65 år*	I alt
Mænd	<7 timer	13,0	23,3	29,8	30,1	25,5
	7-9 timer	74,0	71,3	67,2	60,7	67,9
	>9 timer	13,0	5,4	3,0	9,2	6,7
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	238	541	1.003	992	2.774
Kvinder	<7 timer	11,2	16,3	24,7	26,7	20,9
	7-9 timer	71,3	77,6	70,4	64,6	71,1
	>9 timer	17,5	6,1	4,9	8,7	8,0
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	350	910	1.439	1.029	3.728

*Personer på 16-17 år og ≥65 år afviger fra Sundhedsstyrelsens generelle anbefaling om 7-9 timers søvn for voksne. Det anbefales personer på 16-17 år at få 8-10 timers søvn, mens personer på 65 år eller derover anbefales at få 7-8 timers søvn.

Man kan godt sove længe uden at sove godt og omvendt. Derfor er det vigtigt at undersøge både søvnlængde og søvnproblemer. Figur 5 viser, at søvnproblemer er mest udbredt blandt personer, der sover mindre end 7 timer. Blandt personer, der sover mindre end 7 timer, har 36,4 % søvnproblemer, mens det til sammenligning er 15,2 % blandt dem, der sover 7-9 timer, og 14,5 % blandt dem, der sover mere end 9 timer.

Figur 5. Søvnlængde opdelt på søvnproblemer (n=5.716). Vægtede procenter.

Figur 6 viser uddannelseslængde opdelt på søvnlængde. Det fremgår, at en større andel af personer med kort uddannelse sover mindre end 7 timer (38,5 %), mens andelen er lavere blandt personer med mellemlang og lang uddannelse. Omvendt ses en stigende andel, der sover de anbefalede 7-9 timer, med stigende uddannelseslængde: 51,8 % blandt personer med kort uddannelse, 69,7 % blandt personer med mellemlang uddannelse, og 73,4 % blandt personer med lang uddannelse.

Figur 6. Uddannelseslængde opdelt på søvnproblemer (n=5.158). Vægtede procenter.

Afgrænset til personer på 25 år eller derover.

Lure

Det kan nogle gange være nødvendigt at tage en lur i løbet af dagen for at modvirke træthed. Kortere lure på under 30-60 minutter er associeret med forbedret årvågenhed samt forbedret kognitiv og fysisk præstation og reduceret oplevelse af træthed [23, 24]. Længere lure på over 30-60 minutter er derimod forbundet med øget risiko for negative sundhedsudfald såsom type 2-diabetes [25], kardiovaskulære sygdomme og øget dødelighed [26, 27]. Dette kan blandt andet skyldes, at længere lure kan gøre det svært at falde i søvn om aftenen, og at man når ned i den dybe søvn, hvilket kan få én til at føle sig mere træt end frisk [28]. Hyppige og længere lure kan desuden afspejle, at personer med utilstrækkelig nattesøvn eller søvnproblemer forsøger at kompensere for manglende hvile. Det er vigtigt at bemærke, at grænsen for, hvornår en lur er gavnlig eller hensigtsmæssig, varierer mellem studier og afhænger af det undersøgte udfaldsmål. Derudover spiller tidspunkt på dagen en væsentlig rolle, da tidlige eftermiddagslure (typisk før kl. 13) synes at være mere fordelagtig sammenlignet med senere eftermiddagslure [24].

I denne undersøgelse blev deltagerne spurgt om, hvor ofte de tager én eller flere lure om dagen. Tabel 6 viser, at hyppigheden af lure stiger med alderen, og at andelen er særlig høj blandt personer på 65 år eller derover, hvor 37,3 % af mænd og 24,1 % af kvinder tager lure regelmæssigt (4-7 gange om ugen). Blandt dem, der tager en lur mindst én gang om ugen, angiver 24,7 %, at varigheden af luren er mere end én time (data ikke vist). Dette er mest udbredt blandt de yngre aldersgrupper, hvor 47,0 % af 16-24-årige tager en lur på en time eller mere, mod kun 14,8 % blandt personer på 65 år eller derover. Det lader derfor til, at ældre oftere tager en lur, mens luren typisk er længere blandt unge, når de tager én.

Tabel 6. Hyppighed af lure, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	Sjældnere eller aldrig	54,4	58,3	45,6	34,5	48,0
	1-3 dage om ugen	35,1	33,2	35,6	28,1	33,0
	4-7 dage om ugen	10,5	8,5	18,9	37,3	19,0
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	235	529	995	1.004	2.763
Kvinder	Sjældnere eller aldrig	46,3	60,3	56,4	48,7	54,1
	1-3 dage om ugen	39,5	30,7	29,2	27,3	30,5
	4-7 dage om ugen	14,2	9,0	14,5	24,1	15,4
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	343	893	1.432	1.032	3.700

Kronotype

Kronobiologi beskæftiger sig med menneskets døgnrytme og biologiske ur. Inden for kronobiologien kan man inddele befolkningen i forskellige kronotyper, der spænder fra A-mennesker, som går tidligt i seng og står tidligt op, til B-mennesker, som går sent i seng og står sent op¹ [29]. Dette er interessant i søvnforskning, da uoverensstemmelse mellem ens kronotype og samfundsrelaterede krav kan påvirke søvnen.

Deltagerne blev bedt om at vælge den type, der bedst beskriver dem, ud fra fem svarmuligheder. Disse er inddelt i tre kategorier: 1) A-menneske ('Jeg er helt sikkert A-menneske', 'Jeg er mere A-menneske

¹A-mennesker foretrækker at gå tidligt i seng og stå tidligt op (dvs. sove i tidsrummet kl. 20.00-06.30).

B-mennesker foretrækker at gå senere i seng og stå senere op (dvs. sove i tidsrummet kl. 01.00-12.00).

end B-menneske'), 2) Hverken A- eller B-menneske ('Jeg er hverken A-menneske eller B-menneske') og 3) B-menneske ('Jeg er helt sikkert B-menneske', 'Jeg er mere B-menneske end A-menneske').

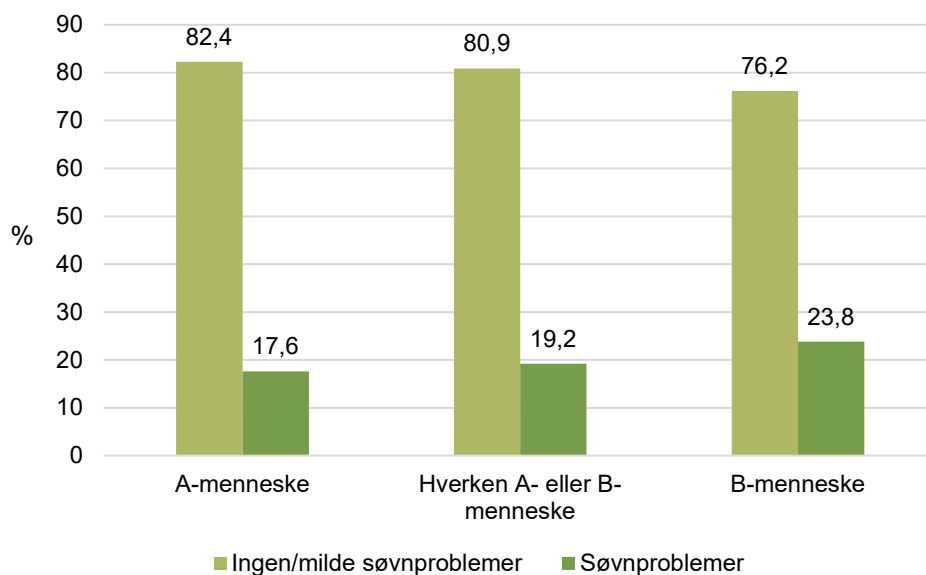
Tabel 7 viser, at omkring halvdelen (mænd: 46,6 %; kvinder: 47,2 %) identificerer sig som A-mennesker. Andelen af A-mennesker stiger med alderen frem til 45-64 år, mens andelen af B-mennesker falder tilsvarende.

Tabel 7. Kronotype, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	A-menneske	29,1	42,7	55,9	49,5	46,6
	Hverken A- eller B-menneske	20,5	17,6	15,8	21,4	18,4
	B-menneske	50,4	39,7	28,3	29,1	35,0
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	234	529	992	1.004	2.759
Kvinder	A-menneske	31,9	46,2	53,4	49,1	47,2
	Hverken A- eller B-menneske	16,5	17,1	17,0	22,1	18,3
	B-menneske	51,6	36,7	29,6	28,9	34,5
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	341	893	1.429	1.029	3.692

Figur 7 viser, at andelen med søvnproblemer varierer med selv vurderet kronotype. En større andel af B-mennesker (23,8 %) angiver at have søvnproblemer end A-mennesker (17,6 %).

Figur 7. Kronotype opdelt på søvnproblemer (n=5.770). Vægtede procenter.



Socialt jetlag

Inden for kronobiologi taler man også om socialt jetlag, som beskriver forskydningen mellem kroppens naturlige døgnrytme og de søvntider, man følger på hverdage på grund af sociale krav, eksempelvis faste mødetider på arbejde eller i skole [30]. I denne rapport er socialt jetlag beregnet som forskellen mellem senge- og opvågningstidspunkt på arbejdsdage og fridage. Jo større denne forskel eller forskydning er, desto større er risikoen for negative sundhedsudfald. Forskning viser, at et socialt jetlag på mere end én time kan have helbreds-mæssige konsekvenser, herunder øget risiko for overvægt [31], hjertekarsygdomme og dårlig mental sundhed [32].

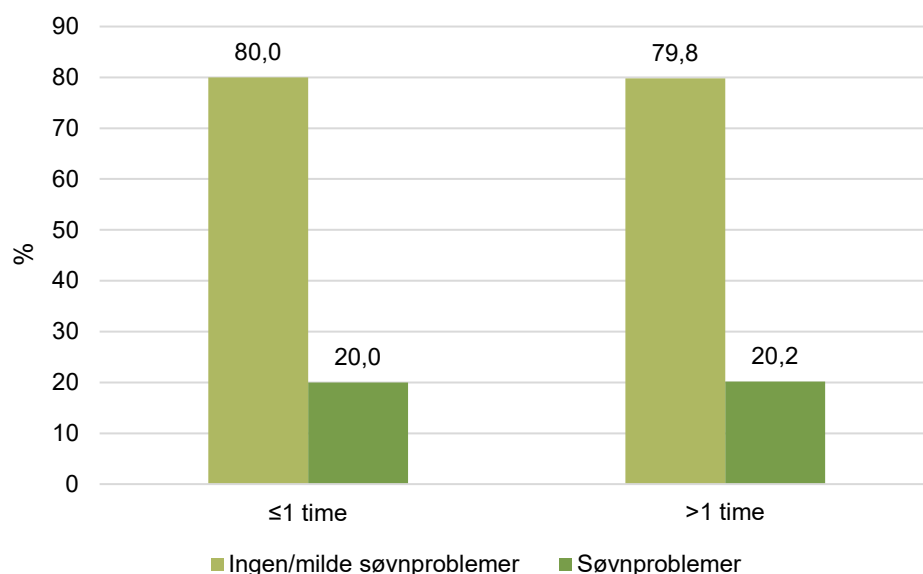
Tabel 8 viser socialt jetlag opdelt i under og over én time og viser, at andelen på over én time er højest blandt de yngste og aftager med alderen. I aldersgruppen 16-24 år har 73,6 % af mænd og 67,8 % af kvinder et socialt jetlag på over én time. Det svarer til et gennemsnitligt jetlag på henholdsvis 1,8 for mænd og 1,4 for kvinder (data ikke vist). I aldersgruppen 65 år eller derover er andelen 6,9 % blandt mænd og 7,4 % blandt kvinder.

Tabel 8. Socialt jetlag, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	≤1 time	26,4	54,5	63,9	93,1	62,2
	>1 time	73,6	45,5	36,2	6,9	37,8
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	230	527	982	925	2.664
Kvinder	≤1 time	32,2	63,1	66,0	92,6	67,2
	>1 time	67,8	36,9	34,0	7,4	32,8
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	345	902	1.406	963	3.616

Figur 8 viser, at 20,0 % af dem med socialt jetlag på én time eller mindre har søvnproblemer, mens andelen blandt dem med mere end én times socialt jetlag er 20,2 %.

Figur 8. Socialt jetlag opdelt på søvnproblemer (n=5.576). Vægtede procenter.



Søvnadfærd

Dette kapitel sætter fokus på danskernes søvnadfærd, det vil sige de rutiner og aktiviteter, der har betydning for søvnen [4]. Det omfatter både søvnrytme, vaner og aktiviteter i løbet af dagen, i timerne op til og omkring sengetid samt forholdene i soverummet.

Søvnhygiejne

I denne undersøgelse blev efterlevelse af god søvnhygiejne målt med inspiration fra den validerede skala *Sleep Hygiene Index* [33], som er udviklet ud fra de diagnostiske kriterier for utilstrækkelig søvnhygiejne [34]. Deltagerne blev bedt om at angive, hvor ofte de engagerer sig i 16 forskellige søvnrelaterede adfærdsmønstre med svarmulighederne: 6-7 gange om ugen, 4-5 gange om ugen, 2-3 gange om ugen, 1 dag om ugen, sjældnere og aldrig. Derudover besvarede de fem spørgsmål om sovemiljø med svarmulighederne: altid, for det meste, nogle gange, sjældent og aldrig.

På baggrund af disse svar blev der beregnet en samlet score, der varierer fra 21 til 121, hvor højere score indikerer dårligere søvnhygiejne. Scoren blev herefter opdelt i tre kategorier af søvnhygiejne baseret på scorefordelingen i hele studiepopulationen: god (≤ 33 . percentil, score ≤ 51), moderat (> 33 . percentil og ≤ 67 . percentil, score 52-60) og dårlig søvnhygiejne (> 67 . percentil, score ≥ 61). Kategorierne er altså defineret relativt i forhold til populationens fordeling. Det betyder, at personer i den øverste tredjedel af skalaen er kategoriseret som havende dårlig søvnhygiejne. Omvendt er personer i den laveste tredjedel af skalaen kategoriseret som havende god søvnhygiejne.

Tabel 9 viser, at andelen med god søvnhygiejne stiger med alderen. Blandt 16-24-årige har 9,5 % af mændene og 7,8 % af kvinderne god søvnhygiejne mens det gælder for 58,9 % af mændene og 66,3 % af kvinderne blandt personer på 65 år eller derover.

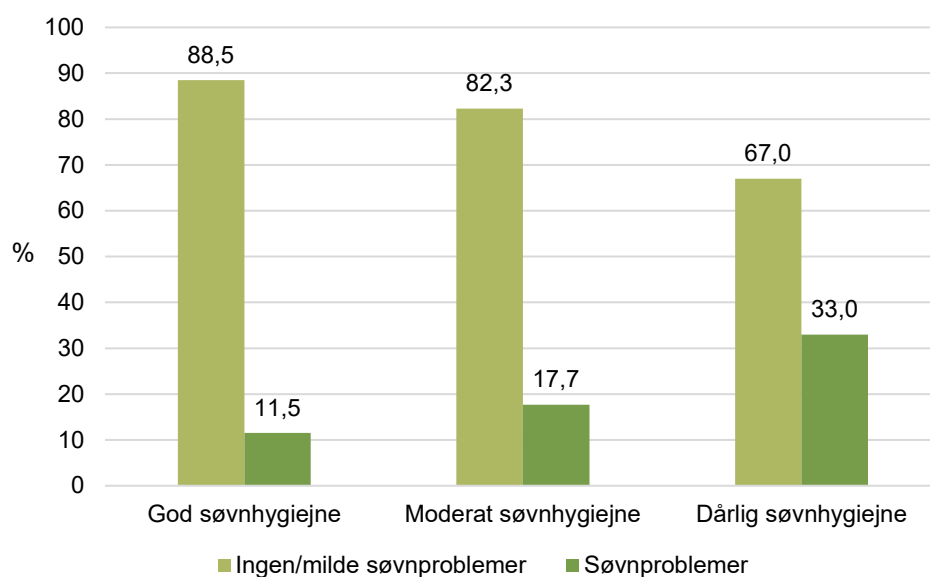
Senere i rapporten præsenteres resultaterne for hvert af de 21 søvnrelaterede adfærdsmønstre, der indgik i den samlede score, opdelt i domænerne: søvnrytme, adfærd i løbet af dagen, adfærd i timerne op til sengetid, adfærd ved sengetid og sovemiljø.

God søvnhygiejne dækker over de daglige rutiner og vaner, som fremmer søvnen. Det omfatter blandt andet regelmæssige søvntidspunkter, begrænsning af stimulanser som koffein og skærmb brug før sengetid samt afslappende aktiviteter, der forbereder kroppen på søvn.

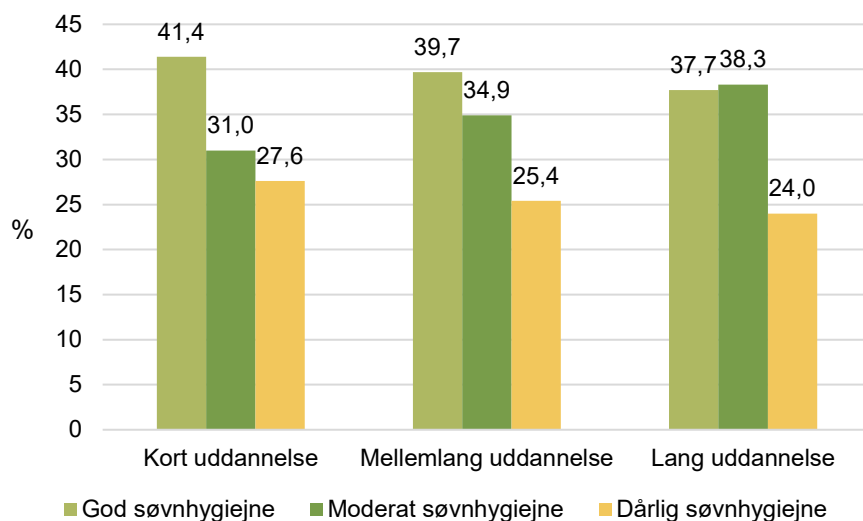
Tabel 9. Søvnhygiejne, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	God søvnhygiejne	9,5	18,1	30,1	58,9	31,4
	Moderat søvnhygiejne	31,8	38,1	43,0	27,8	36,3
	Dårlig søvnhygiejne	58,7	43,9	26,9	13,3	32,3
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	184	466	923	958	2.531
Kvinder	God søvnhygiejne	7,8	21,2	37,3	66,3	37,1
	Moderat søvnhygiejne	21,9	38,7	39,0	25,8	33,2
	Dårlig søvnhygiejne	70,3	40,1	23,7	7,9	29,7
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	284	814	1.369	975	3.442

Figur 9 viser, at andelen med søvnproblemer gradvist stiger med mere uhensigtsmæssig søvnhygiejne. Blandt dem med god søvnhygiejne har 11,5 % søvnproblemer, mens henholdsvis 17,7 % og 33,0 % har søvnproblemer blandt dem med moderat og dårlig søvnhygiejne.

Figur 9. Søvnhygiejne opdelt på søvnproblemer (n=5.656). Vægtede procenter.

Figur 10 viser, at 41,4 % af personer med kort uddannelse har god søvnhygiejne, mens andelen er 39,7 % blandt dem med mellemlang uddannelse og 37,7 % blandt dem med lang uddannelse. Andelen med dårlig søvnhygiejne er 27,6 % blandt personer med kort uddannelse, 25,4 % blandt dem med mellemlang uddannelse og 24,0 % blandt dem med lang uddannelse.

Figur 10. Uddannelseslængde opdelt på søvnhygiejne (n=5.104). Vægtede procenter.

Afgrænset til personer på 25 år eller derover.

Søvnrytme

God søvnhygiejne inkluderer at opretholde en regelmæssig døgnrytme, da det styrker det indre ur og fremmer søvnkvaliteten [35]. Tabel 10 viser, at andelen af personer, der går i seng og står op på omtrent samme tidspunkt, stiger med højere alder. Blandt 16-24-årige går 18,0 % af mændene og 18,8 % af kvinderne i seng på omtrent samme tidspunkt 6-7 gange om ugen, mens det gælder for 65,5 % af mændene og 70,8 % af kvinderne i alderen 65 år eller derover. Desuden fremgår det, at en større andel går i seng på samme tidspunkt (45,6 %) end står op på samme tidspunkt (38,3 %) på tværs af aldersgrupper.

Tabel 10. Søvnrytme, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt	Antal svarpersoner
Går i seng på omtrent samme tidspunkt	18,4	38,1	45,6	68,3	45,6	3.215
Mænd	18,0	32,3	41,8	65,5	41,4	1.307
Kvinder	18,8	43,8	49,7	70,8	49,7	1.908
Står op på omtrent samme tidspunkt	14,8	29,7	37,2	62,0	38,3	2.653
Mænd	17,6	28,0	35,5	60,1	36,7	1.141
Kvinder	11,8	31,3	38,9	63,7	39,8	1.512

Tabeller viser andelen, der praktiserer adfærden 6-7 dage om ugen.

Adfærd i løbet af dagen

Søvnhygiejne omhandler også en sund livsstil i løbet af dagen, som kan regulere det indre ur og stabilisere døgnrytmen. Det omfatter blandt andet at få dagslys tidligt på dagen og spise regelmæssige måltider [36, 37]. Derimod er det u hensigtsmæssigt at bruge sengen til andre aktiviteter end søvnrelaterede i løbet af dagen, da det kan gøre det svært for hjernen at adskille hvile fra aktivitet, når sengen forbindes med mere end bare søvn og afslapning [4].

Tabel 11 viser, at 36,5 % af mændene og 29,7 % af kvinderne er udenfor mindst 30 minutter om morgenen eller formiddagen 6-7 gange om ugen, mens 40,6 % af mændene og 39,6 % af kvinderne spiser hovedmåltider på omtrent samme tidspunkt. Derudover bruger 17,5 % af mændene og 19,1 % af kvinderne deres seng til aktiviteter, der ikke er relateret til søvn. Desuden fremgår det, at andelen, der er udenfor mindst 30 minutter om morgenen eller formiddagen og spiser hovedmåltider på omtrent samme tidspunkt stiger med alderen. Omvendt falder andelen, der bruger sengen til andre aktiviteter, med alderen.

Tabel 11. Adfærd i løbet af dagen, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt	Antal svarpersoner
Er udenfor mindst 30 minutter om morgenen/formiddagen	20,4	23,9	34,4	48,4	33,0	2.210
Mænd	24,3	26,0	38,4	53,4	36,5	1.102
Kvinder	16,3	21,8	30,2	43,9	29,7	1.108
Spiser hovedmåltider på omtrent samme tidspunkt	21,1	30,7	37,4	63,8	40,1	2.766
Mænd	24,0	29,2	39,2	65,3	40,6	1.263
Kvinder	18,0	32,1	35,6	62,4	39,6	1.503
Bruger sengen til andre ting end søvnrelaterede aktiviteter	41,9	19,9	12,1	11,6	18,3	1.014
Mænd	33,8	22,1	12,4	9,5	17,5	398
Kvinder	50,4	17,8	11,9	13,6	19,1	616

Tabeller viser andelen, der praktiserer adfærden 6-7 dage om ugen.

Adfærd i timerne op til sengetid

I timerne op til sengetid er det vigtigt at begrænse stimulanser, der kan påvirke søvnen. Koffeinholdige drikke, tobaks- og nikotinprodukter, alkohol, meget energiholdig mad samt skærmb brug kan forstyrre kroppens evne til at slappe af og falde i søvn [4]. Fysisk aktivitet kan generelt forbedre søvnen, men træningstidspunktet kan have betydning. Hos nogle personer kan intensiv træning sent om aftenen øge vågenheden og gøre det sværere at falde i søvn [4]. Den samlede evidens er dog usikker, og effekten ser ud til at afhænge af blandt andet tidspunktet for træningen, træningens varighed, alder samt personens sædvanlige aktivitetsniveau [38].

Tabel 12 viser, at skærmb brug er den mest udbredte adfærd i timerne op til sengetid blandt deltagerne. Blandt mænd bruger 79,4 % skærm 6-7 gange om ugen inden sengetid, mens andelen blandt kvinder er 76,6 %. Andelen er højest blandt de 16-24-årige (91,9 %), hvorefter den gradvist falder med alderen. Dette mønster gør sig generelt gældende for de øvrige aspekter af søvnhygge på tværs af køn, med undtagelse af indtag af koffeinholdige og alkoholiske drikke. For koffeinholdige drikke er andelen 15,1 % i aldersgruppen 16-24 år, mens andelen er 30,3 % blandt personer på 65 år eller derover.

Tabel 12. Adfærd i timerne op til sengetid, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt	Antal svarpersoner
Drikker koffeinholdige drikke inden for 6 timer før sengetid	15,1	20,1	30,2	30,3	25,2	1.680
Mænd	13,0	19,5	31,3	36,9	26,7	795
Kvinder	17,4	20,6	29,0	24,5	23,8	885
Bruger tobaks- eller nikotinprodukter inden for 4 timer før sengetid	15,5	18,6	16,3	9,2	15,0	839
Mænd	16,2	23,0	16,2	10,3	16,7	388
Kvinder	14,7	14,4	16,3	8,1	13,3	451
Drikker alkohol inden for 2 timer før sengetid*	10,8	10,0	14,4	16,8	13,3	871
Mænd	14,1	13,7	19,2	17,9	16,6	485
Kvinder	7,2	6,3	9,5	15,9	10,0	386
Dyrker motion med høj intensitet inden for 2 timer før sengetid*	24,4	12,4	6,3	3,1	9,6	438
Mænd	34,1	16,8	7,7	4,7	13,3	257
Kvinder	14,2	8,1	4,8	1,6	6,1	181
Spiser meget mad med højt kalorie- og fedtindhold inden for 1 time før sengetid*	28,6	21,1	12,4	4,7	15,1	773
Mænd	29,5	23,6	14,6	6,4	17,3	357
Kvinder	27,6	18,6	10,1	3,2	12,9	416
Bruger skærm inden for 2 timer før sengetid	91,9	86,4	75,8	64,9	78,0	4.682
Mænd	91,0	86,3	76,2	69,8	79,4	2.009
Kvinder	92,7	86,5	75,4	60,5	76,6	2.673
Bruger skærm efter sengetid	21,3	19,1	11,5	7,1	13,7	669
Mænd	19,4	17,3	11,3	7,1	13,0	261
Kvinder	23,1	20,8	11,7	7,1	14,4	408

Tabeller viser andelen, der praktiserer adfærden 6-7 dage om ugen, medmindre andet er angivet.

*Inkluderer deltagere, der har angivet at udføre adfærden 2 eller flere dage om ugen grundet for få observationer ved højere hyppigheder.

Adfærd ved sengetid

For at sikre en god søvn er det vigtigt også at være opmærksom på mentale og følelsesmæssige faktorer [4]. Planlægning, bekymringer eller følelser af stress kan forstyrre evnen til at falde til ro, og udførelse af opgaver, som synes vigtige, lige før sengetid, kan gøre det svært for kroppen at koble af og finde hvile. Afspændingsteknikker inden sengetid kan derimod hjælpe kroppen med at slappe af og fremme søvnen.

Tabel 13 viser, at 9,7 % af mændene og 15,4 % af kvinderne grubler, planlægger eller bekymrer sig over problemer eller morgendagens aktiviteter i sengen 6-7 gange om ugen. Andelen er størst blandt 16-24-årige (19,7 %) og falder med alderen. Et lignende mønster ses for dem, der udfører vigtige opgaver inden sengetid, og dem, der går i seng med følelser af stress, vrede eller frustration. I alt benytter 2,1 % af mændene og 3,8 % af kvinderne regelmæssigt en afspændingsteknik inden sengetid.

Tabel 13. Adfærd ved sengetid, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt	Antal svarpersoner
Grubler, planlægger eller bekymrer sig over problemer eller morgendagens aktiviteter i sengen	19,7	15,3	12,2	6,5	12,6	713
Mænd	13,0	12,1	9,6	4,9	9,7	208
Kvinder	25,6	18,4	14,9	8,0	15,4	505
Går i seng med følelser af stress, vrede, frustration eller nervøsitet	8,4	6,0	4,3	1,7	4,6	234
Mænd	7,4	6,2	3,0	1,8	4,2	82
Kvinder	9,5	5,7	5,6	1,6	5,0	152
Udfører vigtige opgaver op til sengetid (fx betaler regninger, planlægge)*	18,6	11,1	4,7	1,6	7,6	376
Mænd	15,5	9,1	4,8	1,6	6,7	122
Kvinder	21,9	13,1	4,6	1,6	8,4	254
Benytter en afspændingsteknik inden sengetid	3,7	2,2	2,6	3,8	2,9	186
Mænd	4,5	1,5	1,4	2,4	2,1	52
Kvinder	2,8	2,9	3,8	5,0	3,8	134

Tabeller viser andelen, der praktiserer adfærden 6–7 dage om ugen, medmindre andet er angivet.

*Inkluderer deltagere, der har angivet at udføre adfærden 4 dage om ugen eller mere grundet for få observationer ved højere hyppigheder.

Sovemiljø

En god søvnhygiejne omfatter også at sikre sig et sundt sovemiljø, som kan have betydning for en god nattesøvn. Sovemiljøet kan variere afhængigt af sæson og bopæl, men et ideelt soverum bør være veltempereret, velventileret, fri for støj og mørkt [4].

Tabel 14 viser, at personer på 65 år eller derover har et mere optimalt sovemiljø end de yngre aldersgrupper, hvad angår temperatur, ventilation, støj og mørke. For eksempel angiver 90,2 % af de 65-årige eller derover, at de altid eller for det meste har et veltempereret soverum, mens andelen blandt 16-24-årige er 68,7 %. Når det kommer til dæmpet belysning op til sengetid, har aldersgruppen 16-24 år den største andel (63,9 %) blandt aldersgrupperne. Samlet set viser resultaterne dog, at en forholdsvis stor andel altid eller for det meste har soveforhold, som kan betragtes hensigtsmæssige for søvn.

Tabel 14. Sovemiljø, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt	Antal svarpersoner
Har et veltempereret soverum	68,7	79,8	87,8	90,2	83,7	5.366
Mænd	64,4	78,8	87,3	89,0	82,3	2.249
Kvinder	73,0	80,8	88,3	91,3	85,0	3.117
Har åbent vindue eller ventilation i soverummet	39,7	42,1	57,2	61,9	51,8	3.401
Mænd	46,3	45,6	57,6	62,5	53,8	1.512
Kvinder	33,1	38,8	56,7	61,3	49,8	1.889
Har et soverum fri for støj	56,6	62,4	70,8	74,3	67,4	4.406
Mænd	56,1	60,0	68,8	71,6	65,3	1.814
Kvinder	57,1	64,6	72,9	76,6	69,5	2.592
Har dæmpet eller dæmper belysning op til sengetid	63,9	61,2	52,5	41,7	53,7	3.200
Mænd	59,1	60,2	48,8	38,1	50,8	1.238
Kvinder	68,7	62,2	56,3	44,9	56,4	1.962
Sover i et mørkt soverum eller bruger andre redskaber til mørklægning	74,6	78,6	76,8	78,1	77,4	4.876
Mænd	73,1	75,4	75,2	76,2	75,3	2.005
Kvinder	76,1	81,6	78,4	79,7	79,4	2.871

Tabeller viser andelen, der 'altid' eller 'for det meste' sover under de givne forhold.

Søvn og skærm

I denne undersøgelse omfatter skærmb brug blandt andet mobiltelefon, computer, tablet og TV. Skærmb brug tæt på sengetid kan påvirke søvnen negativt, blandt andet ved at forsinke søvnens begyndelse og reducere kvaliteten af søvnen på grund af eksponering for lys og øget kognitiv aktivering [39]. En stor andel af deltagerne (78,0 %) bruger skærm op til 2 timer før sengetid 6-7 dage om ugen. Den forholdsvise høje andel ses på tværs af køn og aldersgrupper (jf. tabel 12). Formålet med skærmb bru gen kan dog variere, hvilket kan have forskellig indvirkning på søvnen. Studier viser, at det særligt er aktive skærmaktiviteter, der øger aktiveringen i hjernen og kan skabe høj arousal, som kan forstyrre søvnen [39]. Eksempler på sådanne aktiviteter er gaming og interaktion på sociale medier, mens passive skærmaktiviteter som at se TV, lytte til musik eller læse nyheder har en mindre negativ effekt på søvnen.

Tabel 15 viser fordelingen i bru gen af de forskellige skærmaktiviteter. En stor andel af deltagerne ser TV eller benytter sig af streamingtjenester. Dette gælder for 59,1 % af mændene og 54,6 % af kvinderne. Dernæst kigger 40,6 % af mændene og 45,5 % af kvinderne på sider, billeder eller videoer på sociale medier. Her findes den største andel blandt unge på 16-24 år (61,9 %).

Tabel 15. Skærmaktiviteter 2 timer før sengetid, opdelt på køn og aldersgrupper.

Vægtede procenter.

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt	Antal svarpersoner
Ser TV eller bruger streamingtjenester	50,6	58,0	56,7	58,9	56,8	3.879
Mænd	47,7	60,0	58,8	65,0	59,1	1.738
Kvinder	53,6	55,9	54,4	53,8	54,6	2.141
Ringer eller sender beskeder	22,3	18,6	11,9	5,6	13,7	849
Mænd	19,4	15,1	9,2	4,8	11,4	267
Kvinder	25,4	22,0	14,8	6,3	16,0	582
Kigger på sider, billeder eller videoer på sociale medier	61,9	57,6	43,2	16,2	43,1	2.707
Mænd	56,4	50,0	42,6	17,0	40,6	1.022
Kvinder	67,5	65,0	44,0	15,6	45,5	1.685
Deler indhold, links eller reagerer på sociale medier	18,8	11,7	8,2	2,0	9,1	522
Mænd	18,8	11,3	6,5	2,0	8,6	190
Kvinder	18,8	12,2	10,1	2,0	9,7	332
Lytter til musik, podcast eller lydbøger	26,3	21,3	14,4	8,4	16,5	1.008
Mænd	26,6	18,2	12,5	7,9	15,2	364
Kvinder	25,9	24,3	16,4	8,9	17,9	644
Læser e-bøger, blogs	6,2	8,6	5,2	5,7	6,5	425
Mænd	4,0	8,4	3,9	5,6	5,7	151
Kvinder	8,6	8,8	6,5	5,8	7,2	274
Surfer på internettet (fx læser nyheder, onlineshopper)	19,7	31,3	31,4	16,5	25,9	1.712
Mænd	19,3	34,4	38,5	22,2	30,6	864
Kvinder	20,0	28,2	23,9	11,7	21,3	848
Gamer/spiller	21,9	18,5	13,5	7,9	14,7	886
Mænd	31,5	22,9	11,7	6,4	16,6	380
Kvinder	11,7	14,2	15,3	9,2	12,8	506
Tjekker mails, kalender	21,2	28,1	22,6	17,8	22,8	1.494
Mænd	20,7	26,1	25,4	19,7	23,6	659
Kvinder	21,6	30,1	19,7	16,1	22,0	835
Kigger på ur, sætter alarm	42,7	43,4	31,2	13,9	31,9	2.091
Mænd	39,2	36,0	25,8	10,7	27,1	685
Kvinder	46,4	50,7	36,8	16,5	36,6	1.406

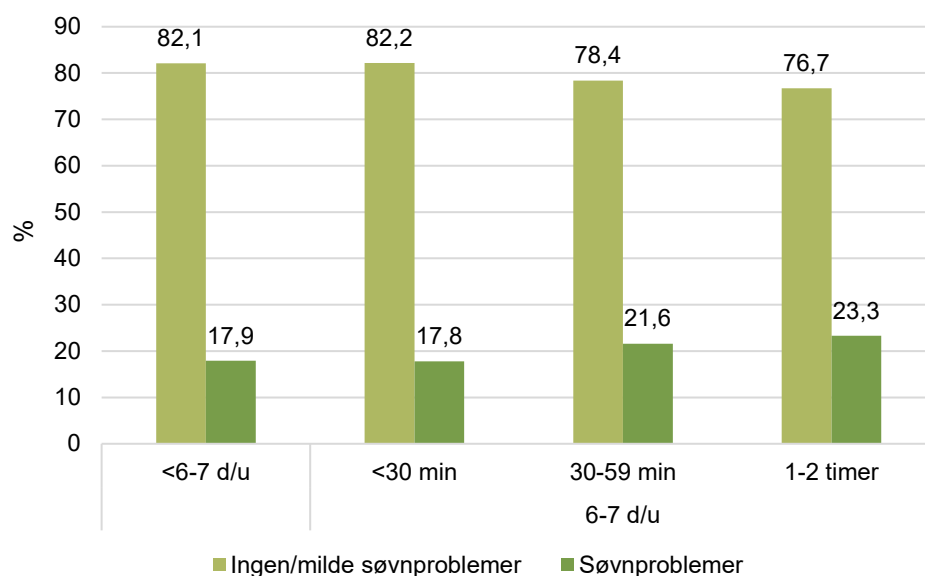
Summerer til mere end 100 %, da deltagerne kunne afkrydse mere end én svarkategori.

Varigheden af skærmbrug før sengetid har også en stor betydning for søvnen. Studier viser, at 2 timers skærmtid inden sengetid kan forstyrre den nødvendige melatoninproduktion, der hjælper med at falde i søvn [4]. Blandt de deltagere, der rapporterer at bruge skærm inden for 2 timer før sengetid (78,0 %), angiver 37,9 % at bruge skærmen 1-2 timer (data ikke vist). Andelen er lidt højere blandt mænd (40,3 %) end blandt kvinder (35,5 %). Blandt mænd ses den største andel blandt personer på 65 år eller derover (49,3%), mens den største andel blandt kvinder ses blandt 16-24-årige (42,5 %).

Figur 11 viser skærmbrug inden for de sidste 2 timer før sengetid opdelt på søvnproblemer. Blandt personer, der bruger skærm 6-7 dage om ugen, ses en stigende andel med søvnproblemer i takt med længere skærmtid: 17,8 % blandt dem, der bruger skærm i mindre end 30 minutter, 21,6 % blandt dem,

der bruger den 30-59 minutter, og 23,3 % blandt dem, der bruger skærm 1-2 timer. Til sammenligning oplever 17,9 % af personer, der bruger skærm mindre end 6-7 dage om ugen, søvnproblemer.

Figur 11. Hyppighed og varighed af skærmbrug inden for de sidste 2 timer før sengetid opdelt på søvnproblemer (n=5.563). Vægtede procenter.



Mere end halvdelen (63,6 %) af deltagerne tager aktive forholdsregler i brug for at undgå forstyrrelser om natten, såsom at sætte deres mobiltelefon på lydløs, "forstyr ikke"-tilstand eller flytilstand (data ikke vist). Tabel 16 viser, at det særligt er de 16-24-årige og 25-44-årige, der gør dette, mens 68,8 % af mænd og 65,8 % af kvinder i alderen 65 år eller derover ikke tager sådanne forholdsregler.

Selvom der tages aktive forholdsregler i brug, angiver 74,7 % af deltagerne stadig, at de har mobiltelefonen inden for rækkevidde under søvnen, enten under hovedpuden eller ved siden af sengen, og at 13,7 % bruger skærm 6-7 dage om ugen, efter at de har lagt sig til at sove.

Tabel 16. Aktive forholdsregler for at undgå forstyrrelser af mobiltelefon om natten, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	Sætter mobiltelefon på lydløs, forstyr ikke eller flytilstand	71,9	72,0	59,3	27,6	59,9
	Slukker mobiltelefonen	4,9	1,0	1,9	3,6	2,4
	Ingen	23,2	27,0	38,9	68,8	37,8
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	184	451	748	536	1.919
Kvinder	Sætter mobiltelefon på lydløs, forstyr ikke eller flytilstand	81,4	78,3	60,0	29,8	62,4
	Slukker mobiltelefonen	3,0	1,0	2,1	4,4	2,4
	Ingen	15,6	20,6	37,9	65,8	35,3
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	284	796	1.176	658	2.914

Tracking af søvn

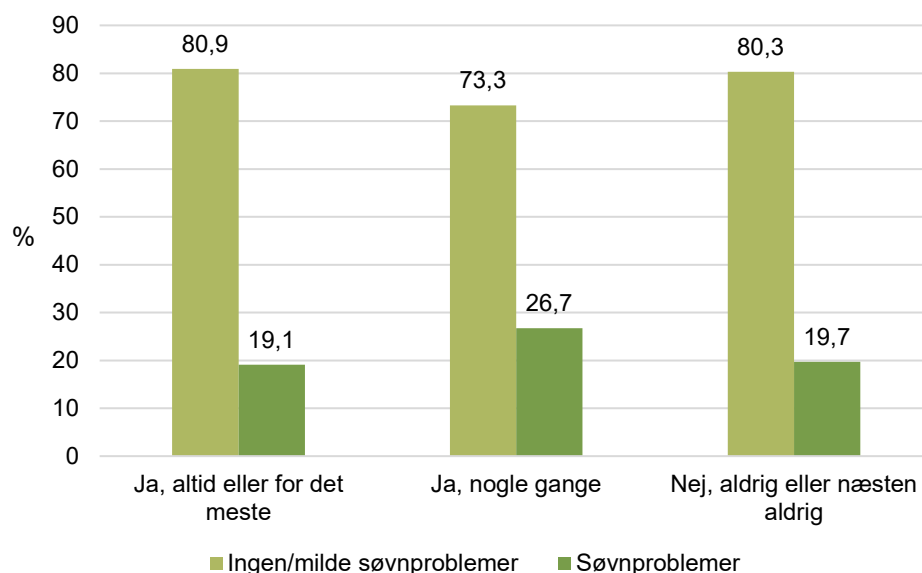
Det er blevet stadig mere almindeligt at bruge digitale enheder til at monitorere forskellige aspekter af vores sundhed, såsom løbeture, antal skridt og kalorieforbrug [40]. Dette indbefatter også muligheden for at registrere sin søvn. I undersøgelsen har 9,8 % angivet, at de altid eller for det meste bruger en digital enhed til at holde øje med sin søvn (data ikke vist). Blandt mænd angiver 11,0 %, at de altid eller for det meste monitorerer sit søvnmønster, mens dette gælder for 8,7 % af kvinderne (tabel 17). Andelen er størst blandt personer under 65 år. Blandt personer, der altid eller for det meste anvender en digital enhed til at måle sin søvn, angiver 11,3 %, at de i høj eller meget høj grad ændrer deres adfærd baseret på målingerne (data ikke vist).

Tabel 17. Tracking af søvn, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	Ja, altid eller for det meste	13,4	13,8	11,8	5,7	11,0
	Ja, nogle gange	9,8	8,2	6,6	3,4	6,6
	Nej, aldrig eller næsten aldrig	76,9	78,0	81,6	90,8	82,5
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	166	439	890	949	2.444
Kvinder	Ja, altid eller for det meste	10,9	10,4	9,9	4,7	8,7
	Ja, nogle gange	8,6	11,3	6,9	2,3	7,0
	Nej, aldrig eller næsten aldrig	80,5	78,3	83,2	92,9	84,3
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	260	761	1.338	979	3.338

Det fremgår af figur 12, at søvnproblemer er mest udbredt blandt dem, der rapporterer at monitorere sin søvn nogle gange (26,7 %), mens andelen er lavere blandt dem, der altid eller for det meste (19,1 %) eller aldrig eller næsten aldrig monitorerer sin søvn (19,7 %).

Figur 12. Tracking af søvn opdelt på søvnproblemer (n=5.718). Vægtede procenter.



Sovepartner

Nogle sover alene, mens andre sover med en partner, børn eller andre. Det kan enten være fast eller midlertidigt. At dele seng med en anden kan påvirke søvnen både positivt og negativt, da søvn kan forstyrres af bevægelser, snorken eller forskellige søvnrytmer, men samvær kan også give en følelse af tryghed, der fremmer søvnen [41-43]. I denne undersøgelse blev deltagerne spurgt, hvem de primært sover i rum sammen med. Svarmulighederne var: Jeg sover alene, med partner, med barn/børn, med kæledyr eller med andre. Kategorien "andre" er dog ikke præsenteret i rapporten, da der er for få observationer.

Tabel 18 viser tydelige aldersbetingede forskelle i, hvem man sover i rum sammen med. Det er særligt personer i aldersgrupperne 16-24 år og 65 år eller derover, der oftest sover alene, mens personer i alderen 25-44 år og 45-64 år oftest sover med en partner. Andelen, der sover med barn/børn, er højest blandt 25-44-årige – særligt blandt kvinder, hvor 27,6 % rapporterer dette. Derudover angiver 9,8 %, at de sover med kæledyr, hvilket er mest udbredt blandt kvinder i alderen 25-44 år (15,2 %) og 45-64 år (15,2 %).

Tabel 18. Sovepartner, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

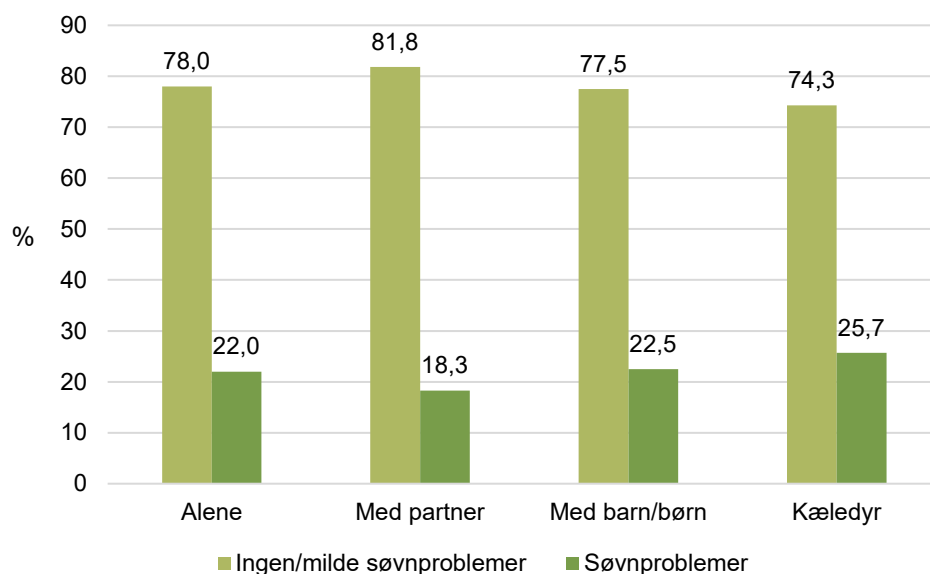
	16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt	Antal svarpersoner
Alene	61,1	30,5	31,9	44,7	38,8	2.303
Mænd	65,4	36,2	31,2	39,8	39,7	1.000
Kvinder	56,5	24,9	32,7	48,9	38,0	1.303
Med partner	25,0	57,7	61,8	49,4	52,3	3.880
Mænd	17,9	55,2	63,8	58,2	53,2	1.689
Kvinder	32,5	60,2	59,6	42,0	51,3	2.191
Med barn/børn	-	22,5	4,6	-	8,2	465
Mænd	-	17,2	5,1	-	6,8	144
Kvinder	-	27,6	4,2	-	9,5	321
Kæledyr	5,9	11,7	12,7	6,3	9,8	685
Mænd	4,2	8,1	10,2	4,5	7,4	207
Kvinder	7,8	15,2	15,2	7,9	12,2	478

Summerer til mere end 100 %, da deltagerne kunne afkrydse mere end én svarkategori.

'-' angiver, at værdien ikke er vist grundet for få observationer.

Figur 13 viser, at 18,3 % af dem, der sover med partner, har søvnproblemer, mens andelen er 22,0 % blandt dem, der sover alene, 22,5 % blandt dem, der sover med barn/børn, og 25,7 % blandt dem, der sover med kæledyr.

Figur 13. Sovepartner opdelt på søvnproblemer (n=5.777). Vægtede procenter.



Viden, overbevisninger og holdninger til søvn

Manglende viden om søvnens betydning, faktorer der påvirker søvnen eller fejlagtige overbevisninger og holdninger kan føre til uhensigtsmæssige vaner, der forringer søvnen [44]. I kapitlet fokuseres på danskernes viden om søvnhygiejne, deres kendskab til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for søvn, deres tro på egen evne til at falde i søvn, uhensigtsmæssige overbevisninger samt kulturelle normer relateret til søvn.

Viden om søvnhygiejne

I denne undersøgelse blev viden om søvnhygiejne målt med 10 spørgsmål, som tog udgangspunkt i den validerede skala *Sleep Belief Scale* [45]. Deltagerne blev bedt om at angive, om visse adfærdsmønstre (fx indtag af koffein inden sengetid) har en positiv, ingen eller negativ påvirkning på søvnen. Et korrekt svar gav 1 point, mens et forkert svar gav 0 point. Dette resulterer i en samlet skala på 0-10, hvor en højere score indikerer bedre viden om søvnhygiejne. Senere i kapitlet præsenteres resultaterne for hvert af de 10 adfærdsmønstre, der indgår i den samlede score.

Scoren for viden om søvnhygiejne blev opdelt i tre kategorier baseret på scorefordelingen i hele studiepopulationen: Begrænset viden (<25. percentil, score 0-4), nogen viden (>25. percentil og <75. percentil, score 5-7) og god viden om søvnhygiejne (≥75. percentil, score 8-10). Ud fra denne inddeling svarer god viden eksempelvis til, at man har svaret korrekt på mindst 8 ud af 10 spørgsmål.

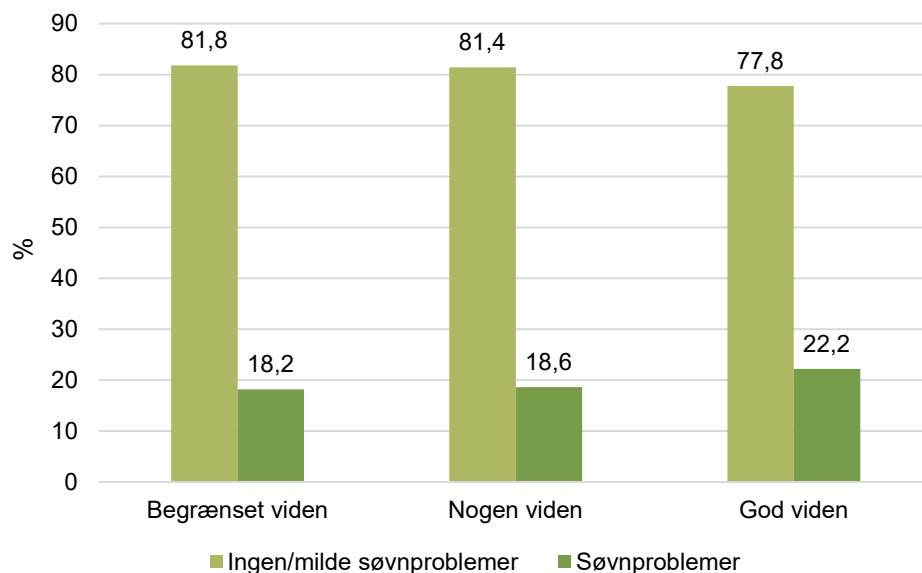
Tabel 19 viser, at en større andel af kvinder (48,8 %) end mænd (36,1 %) har god viden om søvnhygiejne. Personer i aldersgruppen 25-44 har den største andel med god viden, mens personer på 65 år eller derover har en større andel med begrænset viden.

Tabel 19. Viden om søvnhygiejne, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	Begrænset viden	29,6	24,0	32,7	45,9	33,2
	Nogen viden	29,5	33,2	28,4	31,4	30,7
	God viden	41,0	42,7	38,9	22,7	36,1
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	178	455	906	935	2.474
Kvinder	Begrænset viden	21,0	16,2	19,7	28,1	21,2
	Nogen viden	34,6	26,7	30,8	30,6	30,1
	God viden	44,4	57,1	49,5	41,3	48,8
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	276	796	1.354	952	3.378

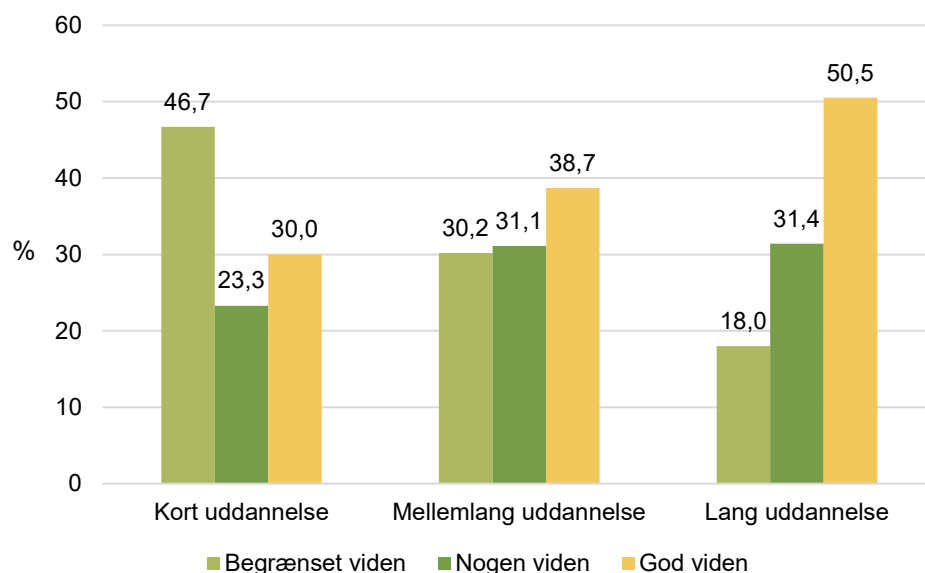
Figur 14 viser, at 18,2 % af dem med begrænset viden har søvnproblemer, mens det gælder 18,6 % blandt dem med nogen viden og 22,2 % blandt dem med god viden.

Figur 14. Viden om søvnhygiejne opdelt på søvnproblemer (n=5.644). Vægtede procenter.



Figur 15 viser, at andelen med god viden om søvnhygiejne stiger med længere uddannelse. Blandt personer med lang uddannelse har 50,5 % god viden om søvnhygiejne, mens andelen er 38,7 % blandt personer med en mellemlang uddannelse og 30,0 % blandt personer med kort uddannelse.

Figur 15. Uddannelseslængde opdelt på viden om søvnhygiejne (n=5.086). Vægtede procenter.



Afgrænset til personer på 25 år eller derover.

I tabel 20 præsenteres fordelingen af korrekte svar på de ti spørgsmål relateret til viden om søvnhygiejne, som indgår i beregningen af den samlede score. I tabellen er det også angivet, om adfærden har en positiv eller negativ påvirkning på søvnen.

Deltagerne har flest korrekte svar på, at en regelmæssig søvnrytme (87,9 %) har en positiv påvirkning på søvnen, efterfulgt af skærmb brug efter sengetid (82,3 %), som har en negativ påvirkning (tabel 20). Derimod har deltagerne mindst viden om, at det har en positiv påvirkning på søvnen at forlade soveværelset, hvis man ikke kan falde i søvn (38,2 %). Denne viden er særligt lav blandt de unge i aldersgruppen 16-24 år (21,4 %). Den laveste andel af korrekte svar blandt personer på 65 år eller derover er relateret til spørgsmålet om at tage en lur i løbet af dagen af mere end én times varighed (35,7 %), som har en negativ påvirkning på søvnen. Generelt er andelen med flest korrekte svar højere blandt kvinder end blandt mænd på tværs af de ti spørgsmål om adfærdsmønstre.

Tabel 20. Andel med korrekte svar på viden om søvnhygiejne, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt	Antal svarpersoner
At have en regelmæssig søvnrytme (positiv påvirkning)	85,8	90,3	89,7	84,3	87,9	5.339
Mænd	84,0	88,3	88,6	81,2	86,0	2.191
Kvinder	87,5	92,1	90,7	87,1	89,7	3.148
At være udenfor mindst 30 minutter om morgenen/formiddagen (positiv påvirkning)	69,1	65,8	66,1	66,8	66,6	3.988
Mænd	67,9	62,9	63,6	61,2	63,3	1.584
Kvinder	70,2	68,6	68,5	71,8	69,6	2.404
At tage en lur af mere end 1 time om dagen (negativ påvirkning)	65,4	61,6	51,0	35,7	51,7	3.100
Mænd	62,5	61,6	47,1	29,1	48,6	1.147
Kvinder	68,3	61,5	54,8	41,5	54,7	1.953
At spise hovedmåltider på omtrent samme tidspunkt hver dag (positiv påvirkning)	63,1	68,2	67,7	66,5	67,0	4.064
Mænd	60,4	65,9	67,1	66,8	65,8	1.694
Kvinder	65,8	70,4	68,2	66,3	68,0	2.370
At drikke koffeinholdige drikke inden sengetid (negativ påvirkning)	80,5	82,0	76,0	64,9	75,3	4.549
Mænd	77,7	78,4	72,9	57,8	71,2	1.766
Kvinder	83,2	85,5	79,1	71,1	79,2	2.783
At drikke alkohol inden sengetid (negativ påvirkning)	77,4	81,3	76,8	64,7	74,9	4.497
Mænd	74,6	75,7	71,6	57,9	69,7	1.701
Kvinder	80,2	86,7	81,9	70,8	80,0	2.796
At motionere med høj intensitet inden sengetid (negativ påvirkning)	40,0	52,9	57,7	58,6	54,4	3.484
Mænd	41,8	47,1	53,3	47,9	48,7	1.289
Kvinder	38,3	58,5	62,2	68,2	59,9	2.195
At bruge skærm inden sengetid (negativ påvirkning)	73,8	75,7	60,9	41,4	61,5	3.638
Mænd	72,7	72,9	54,6	34,6	57,0	1.334
Kvinder	74,9	78,5	67,2	47,5	65,8	2.304

At bruge skærm efter sengetid (negativ påvirkning)	82,7	86,5	81,9	78,0	82,3	4.993
Mænd	80,3	85,5	79,1	74,4	79,9	2.011
Kvinder	85,1	87,5	84,7	81,1	84,5	2.982
At forlade soveværelset, hvis man ikke kan falde i søvn (positiv påvirkning)	21,4	37,9	41,3	42,5	38,2	2.462
Mænd	18,1	33,7	38,7	34,6	33,6	905
Kvinder	24,7	42,0	43,8	49,6	45,6	1.557

Kendskab til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for søvn

I 2024 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen nye anbefalinger for søvnlængde for alle aldersgrupper² [8]. Voksne mellem 18 og 64 år anbefales at sove 7-9 timer per døgn, mens personer på 65 og derover anbefales at sove 7-8 timer per døgn.

I denne undersøgelse blev deltagerne spurgt, om de kender Sundhedsstyrelsens anbefalede søvnlængde for deres aldersgruppe. De kunne angive at kende til anbefalingerne ved at vælge mellem forskellige intervaller for anbefalet søvnlængde eller oplyse, at de ikke kender den anbefalede søvnlængde. Deltagere, der angav det korrekte søvninterval for deres aldersgruppe, blev kategoriseret som at have kendskab til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, mens den øvrige del blev kategoriseret som ikke at have kendskab til dem.

Tabel 21 viser, at en større andel af kvinderne (32,0 %) har kendskab til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for søvn end mænd (25,3 %). Kendskabet til anbefalingerne er lavest blandt de 45-64-årige.

Tabel 21. Kendskab til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for søvn, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

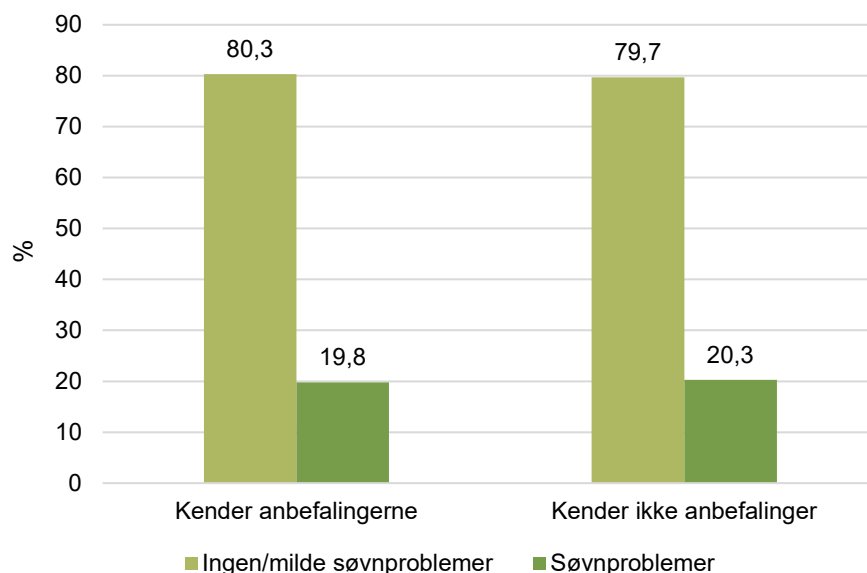
		18-24 år*	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	Ja	38,8	29,4	14,6	29,1	25,3
	Nej	61,2	70,6	85,4	71,0	74,7
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	144	466	919	968	2.497
Kvinder	Ja	35,2	31,8	23,6	40,5	32,0
	Nej	64,8	68,2	76,4	59,5	68,0
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	241	810	1.371	999	3.421

*Bemærk, at aldersgruppen er 18-24 år (og ikke 16-24 år som i rapportens øvrige tabeller), da anbefalingerne for søvnlængde er anderledes for 16-17-årige.

²Anbefalingerne for søvnlængde var offentliggjort forud for dataindsamlingen.

Figur 16 viser, at der ikke er nogen nævneværdig forskel i andelen af personer med søvnproblemer i forhold til, om de kender anbefalingerne eller ej.

Figur 16. Kendskab til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for søvn opdelt på søvnproblemer (n=5.696). Vægtede procenter.



Tro på egen evne til at falde i søvn

Troen på egne evner, også kaldet *self-efficacy*, til at udføre bestemte opgaver eller håndtere situationer anvendes ofte i sundhedsrelaterede sammenhænge, da det er tæt forbundet med sundhedsadfærd [46]. Man taler i den forbindelse også om *self-efficacy* i forhold til søvn, men dette område er ikke så velbelyst. Forskning viser dog, at personer med høj *self-efficacy* vedrørende søvn typisk oplever bedre søvnkvalitet og har lettere ved at falde i søvn, både når de lægger sig til at sove, og når de vågner om natten [47].

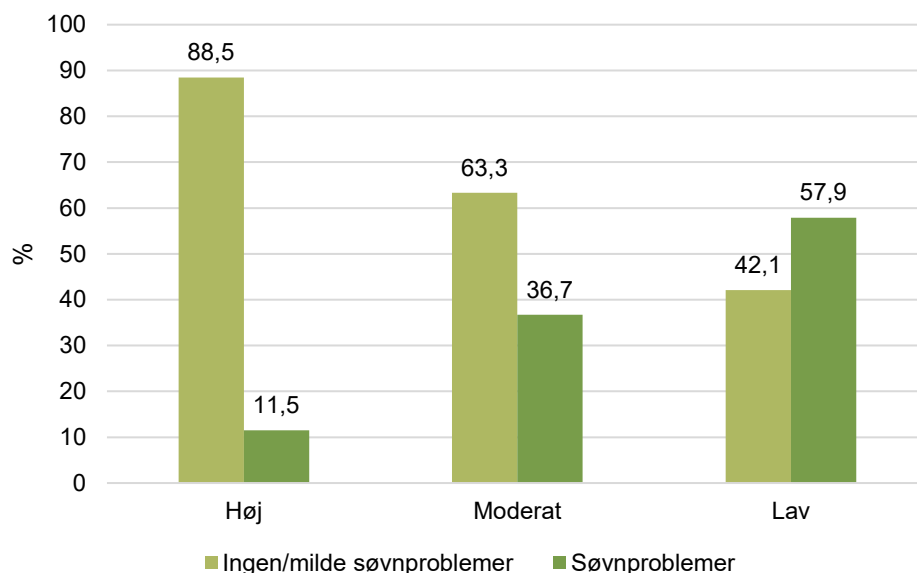
I denne undersøgelse blev deltagerne bedt om at angive, hvor enige de er i udsagnet: "Jeg tror på, at jeg kan falde i søvn inden for 30 minutter, når jeg lægger mig til at sove". Spørgsmålet er udarbejdet til denne undersøgelse og er anvendt som indikator for deltagernes *self-efficacy* i relation til søvn. I undersøgelsen blev svarene inddelt i tre kategorier for tro på egen evne til at sove: høj (helt enig/enig), moderat (hverken enig eller uenig) og lav (helt uenig/uenig).

Tabel 22 viser, at andelen af kvinder med lav tro på egne evner til at sove er 12,8 %, mens den blandt mænd er 9,9 %. Andelen af personer med lav tro på egne evner til at sove er størst i aldersgruppen 16-24 år, mens andelen med høj tro på egne evner til at sove generelt stiger med alderen.

Tabel 22. Tro på egen evne til at sove, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	Høj	63,7	75,5	84,3	84,5	79,4
	Moderat	18,1	11,2	9,0	8,9	10,7
	Lav	18,2	13,3	6,6	6,6	9,9
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	173	451	908	955	2.487
Kvinder	Høj	65,8	71,0	76,5	69,9	71,8
	Moderat	13,6	15,7	11,6	19,9	15,4
	Lav	20,5	13,3	11,9	10,2	12,8
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	273	794	1.358	989	3.414

Figur 17 viser, at den største andel af personer med søvnproblemer findes blandt dem med lav tro på egne evner til at sove (57,9 %), efterfulgt af dem med moderat tro (36,7 %) og den mindste andel blandt dem med høj tro (11,5 %).

Figur 17. Tro på egen evne til at sove opdelt på søvnproblemer (n=5.771). Vægtede procenter.


Uhensigtsmæssige overbevisninger om søvn

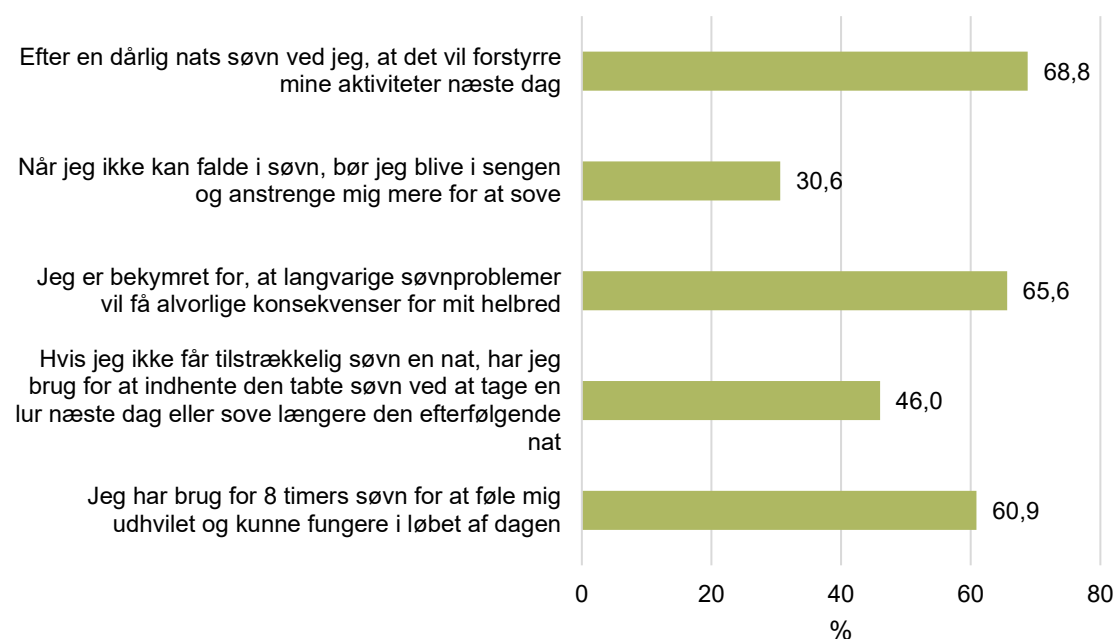
Uhensigtsmæssige overbevisninger om søvn refererer til negative eller fejlagtige tanker, der kan påvirke søvnen negativt. Disse overbevisninger omfatter blandt andet overdreven bekymring om konsekvenserne af dårlig søvn, urealistiske forventninger til søvnlængde og angst forbundet med selve søvnprocessen. Forskning viser, at sådanne overbevisninger kan forværre eller vedligeholde søvnproblemer [48].

I denne undersøgelse blev uhensigtsmæssige overbevisninger målt med inspiration fra den validerede skala *Dysfunctional Beliefs and Attitudes About Sleep Scale* [48], hvor fem af de mest relevante udsagn fra den oprindelige skala blev udvalgt. Deltagerne blev bedt om at angive, hvor enige de var i de fem udsagn. Selvom enkelte overbevisninger om søvn ikke i sig selv behøver at være uhensigtsmæssige,

er det vigtigt at se dem i sammenhæng med det samlede mønster. En gennemgående negativ og bekymret tankegang om søvn kan nemlig være med til at opretholde eller forværre søvnproblemer.

Figur 18 viser andelen, der er helt enige eller enige i de fem typer af overbevisninger. Det fremgår, at en stor andel tilslutter sig udsagnet om, at en dårlig nats søvn vil forstyrre aktiviteterne dagen efter (68,8 %), at de er bekymrede for, at langvarige søvnproblemer vil få alvorlige konsekvenser for deres helbred (65,6 %), og at de har brug for 8 timers søvn til at føle sig udhvilede og fungere i løbet af dagen (60,9 %).

Figur 18. Helt enige eller enige i typer af overbevisninger. Vægtede procenter.



Svarene fra de fem typer af overbevisninger blev summeret til en samlet score fra 5 til 25, hvor lavere score indikerer en højere grad af uhensigtsmæssige overbevisninger om søvn. Scoren fra blev kategoriseret i henholdsvis høj grad og lav grad af uhensigtsmæssige overbevisninger baseret på percentilgrænser for hele studiepopulationen: Høj grad af uhensigtsmæssige overbevisninger (25. percentil, score 5-10) og lav grad af uhensigtsmæssige overbevisninger (>25. percentil, score 11-25).

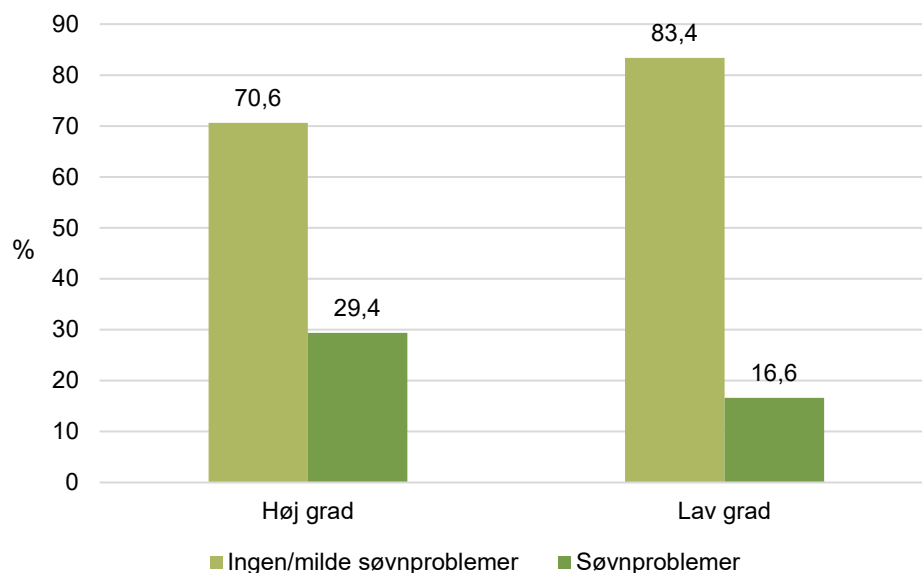
Tabel 23 viser, at en større andel af kvinder (29,9 %) end mænd (24,3 %) af høj grad af uhensigtsmæssige overbevisninger om søvn. Der ses ingen væsentlige forskelle på tværs af aldersgrupper.

Tabel 23. Grad af uhensigtsmæssige overbevisninger om søvn, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtet gennemsnit.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	Høj grad	25,2	23,0	22,4	27,6	24,3
	Lav grad	74,8	77,0	77,6	72,4	75,8
	Antal svarpersoner	178	461	915	962	2.516
Kvinder	Høj grad	31,8	31,1	29,9	27,9	29,9
	Lav grad	68,2	68,9	70,1	72,1	70,1
	Antal svarpersoner	279	806	1.369	995	3.449

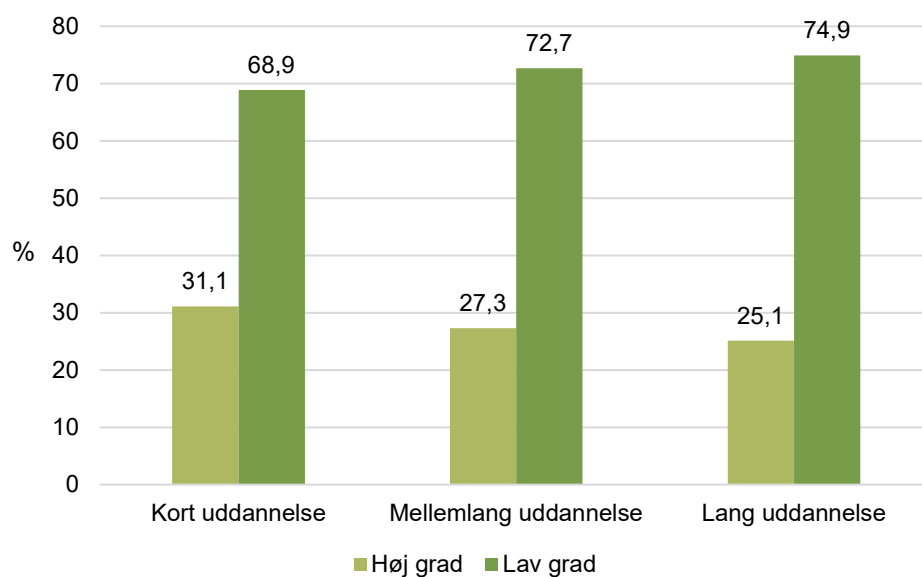
Figur 19 viser, at andelen med søvnproblemer er højest blandt dem med høj grad af uhensigtsmæssige overvisninger om søvn (29,4 %), mens andelen er lavere blandt dem, der har lav grad af uhensigtsmæssige overbevisninger (16,6 %).

Figur 19. Søvnproblemer opdelt på uhensigtsmæssige overbevisninger (n=5.776). Vægtede procenter.



Figur 20 viser, at andelen med høj grad af uhensigtsmæssige overbevisninger om søvn falder med længere uddannelse. Blandt personer med kort uddannelse har 31,1 % høj grad af uhensigtsmæssige overbevisninger, mens andelen er 27,3 % blandt personer med en mellemlang uddannelse og 25,1 % blandt personer med lang uddannelse.

Figur 20. Uddannelseslængde opdelt på uhensigtsmæssige overbevisninger om søvn (n=5.213). Vægtede procenter.



Afgrænset til personer på 25 år eller derover.

Kulturelle opfattelser og normer om søvn

Der er sket en kulturel forandring i opfattelsen af søvnens betydning for sundheden i de seneste årtier. Tidligere kunne behov for søvn blive forbundet med dovenskab eller svaghed. I dag synes der i stedet at være en bevidsthed om vigtigheden af at prioritere sin søvn. Ifølge rapporten *Forebyggelse ifølge danskerne 2024* er utilstrækkelig søvn rangeret som den næstvigtigste faktor for en sund levevis, kun overgået af at undgå rygning [49].

Tabel 24 viser andelen, som er helt enige eller enige i fire forskellige udsagn. Udsagnene er ikke nødvendigvis videnskabeligt korrekte eller forkerte, men afspejler potentielle normer om søvn, der eksisterer i samfundet.

Størstedelen af deltagerne mener, at det er bedst at gå i seng, når man begynder at blive træt. Blandt mændene er det 77,9 %, der deler denne opfattelse, mens andelen blandt kvinderne er 80,8 %. Dernæst mener 47,2 % af mændene og 39,3 % af kvinderne, at det er vigtigt at stå tidligt op for at få noget ud af dagen. Der er færrest, der er enige i, at det er bedst at gå tidligt i seng, men andelen er særligt høj blandt den yngste aldersgruppe (16-24 år), hvor 50,9 % af mændene og 48,1 % af kvinderne er enige i dette synspunkt. Andelen falder derefter med alderen.

Tabel 24. Helt enig eller enig i typer af kulturelle opfattelser og normer om søvn, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt	Antal svarpersoner
Mænd	Det er bedst at gå tidligt i seng	50,9	39,0	34,2	25,1	35,2	778
	Det er bedst at gå i seng, når man begynder at blive træt	76,7	75,8	80,9	77,2	77,9	1.952
	Alle mennesker har brug for at sove omkring 8 timer	45,3	28,0	35,5	43,9	36,7	935
	Det er vigtigt at stå tidligt op for at få noget ud af dagen	43,4	46,4	46,4	50,8	47,2	1.164
Kvinder	Det er bedst at gå tidligt i seng	48,1	40,1	31,3	19,1	32,3	989
	Det er bedst at gå i seng, når man begynder at blive træt	77,4	82,0	81,7	79,9	80,8	2.782
	Alle mennesker har brug for at sove omkring 8 timer	49,3	27,9	32,3	38,3	34,8	1.089
	Det er vigtigt at stå tidligt op for at få noget ud af dagen	43,5	36,9	38,1	41,2	39,3	1.250

Brug af hjælp til bedre søvn

I Danmark findes der adskillige tilbud om behandling af søvnproblemer, men vi kender endnu ikke omfanget af brugen af det. Det er desuden uklart, hvordan danskerne håndterer søvnproblemer, når de opstår i kortere eller længere perioder. Internationale studier peger på, at de færreste søger hjælp ved sundhedsprofessionelle, når de oplever søvnproblemer, men i højere grad afprøver forskellige selvhjælpsstrategier såsom diverse kosttilskud og afslapningsteknikker [50, 51].

I dette kapitel afdækkes danskernes brug af professionel hjælp på grund af søvnproblemer. Det omfatter både brug af det konventionelle sundhedsvæsen, alternativ behandling samt andre rådgivningstilbud som for eksempel søvnundervisning. Det omhandler også mere hverdagslige hjælpemidler, der anvendes til at fremme søvn, men som ikke nødvendigvis er videnskabeligt dokumenterede som effektive. Til sidst afdækkes også omfanget af danskere, der benytter medicin mod søvnløshed.

Professionel hjælp

I denne undersøgelse blev deltagerne bedt om at angive, om de nogensinde har brugt professionel hjælp eller digitale hjælpemidler som søvnapps eller digital rådgivning på grund af søvnproblemer. Deltagerne skulle også vurdere, i hvilken grad disse hjælpemidler havde forbedret deres søvn. Listen omfattede forskellige typer af professionel hjælp, og deltagerne havde mulighed for at vælge flere kategorier. Typerne af professionel hjælp ses i figur 21.

I alt har 15,0 % af deltagerne på et tidspunkt opsøgt professionel hjælp eller benyttet digitale hjælpemidler på grund af søvnproblemer (data ikke vist). Tabel 25 viser, at andelen er 12,7 % blandt mænd og 17,2 % blandt kvinder. Den største andel findes blandt de 16-44-årige.

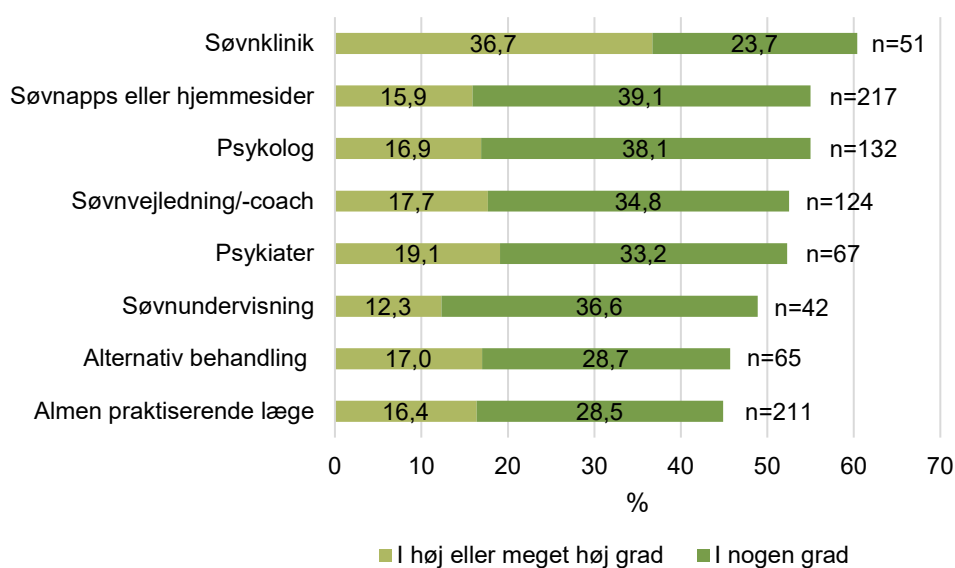
Blandt deltagerne, der nogensinde har brugt professionel hjælp eller digitale hjælpemidler på grund af søvnproblemer, har omkring halvdelen opsøgt en praktiserende læge (55,9 %) eller anvendt digitale hjælpemidler (47,0 %) (data ikke vist). Personer på 65 år eller derover har i højere grad opsøgt en læge (69,7 %), mens digitale hjælpemidler især er brugt blandt 16-44-årige (55,1 %) og blandt kvinder (56,7 %). Derudover angiver flere af deltagerne, at de har konsulteret en psykolog (31,6 %) for søvnproblemer eller modtaget søvnvejledning (27,1 %), for eksempel som en del af et andet behandlingsforløb.

Tabel 25. Nogensinde brugt professionel hjælp eller digitale hjælpemidler på grund af søvnproblemer, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	Ja	12,9	17,2	11,5	9,4	12,7
	Nej	87,1	82,9	88,5	90,6	87,3
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	168	440	894	956	2.458
Kvinder	Ja	24,0	23,7	17,1	8,2	17,2
	Nej	76,0	76,3	82,9	91,9	82,8
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	262	769	1.340	981	3.352

Figur 21 viser, i hvilken grad forskellige typer af professionel hjælp har forbedret deltagerne søvn. Resultaterne er baseret på deltagernes egne oplevelser og er ikke nødvendigvis udtryk for, at behandlingen har haft en dokumenteret effekt. Generelt angiver relativt få deltagere, at professionelle hjælp i høj eller meget høj grad har forbedret deres søvn. Den største andel, der oplever sådan en forbedring, findes blandt dem, der har modtaget hjælp fra en søvnklinik (36,7 %). Omkring en tredjedel af deltagerne vurderer, at de forskellige typer af professionel hjælp i nogen grad har haft en positiv effekt.

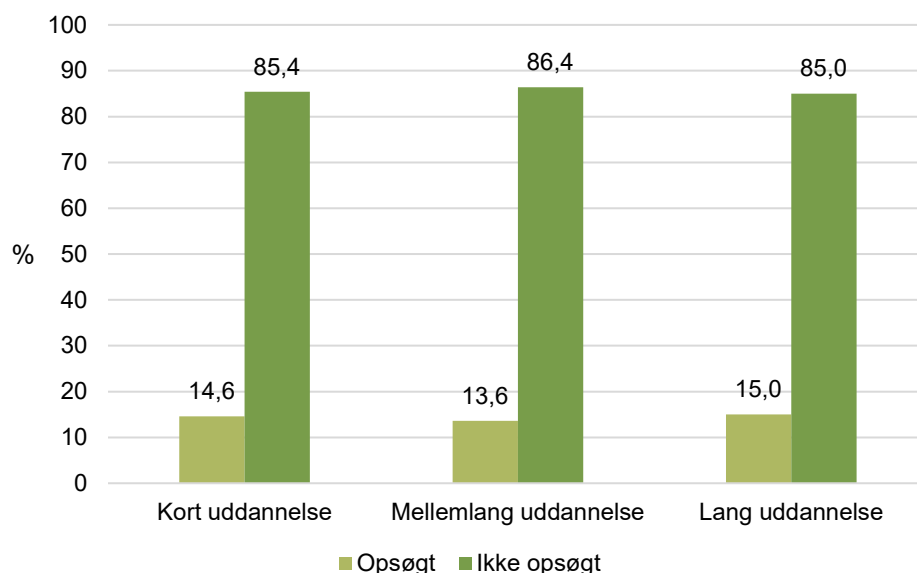
Figur 21. Forskellige typer af professionel hjælp, som i høj eller meget høj eller i nogen grad har forbedret søvn. Vægtede procenter (antal personer).



Figuren omfatter deltagere, der har svaret, at de nogensinde har brugt professionel hjælp eller digitale hjælpemidler på grund af søvnproblemer.

Figur 22 viser, at 15,0 % med lang uddannelse har opsøgt professionel hjælp eller digitale hjælpemidler på grund af søvnproblemer, mens det gælder 13,6 % med mellemlang uddannelse og 14,6 % med kort uddannelse.

Figur 22. Uddannelseslængde opdelt på, om der nogensinde er opsøgt professionel hjælp eller anvendt digitale hjælpemidler på grund af søvnproblemer (n=5.211). Vægtede procenter.



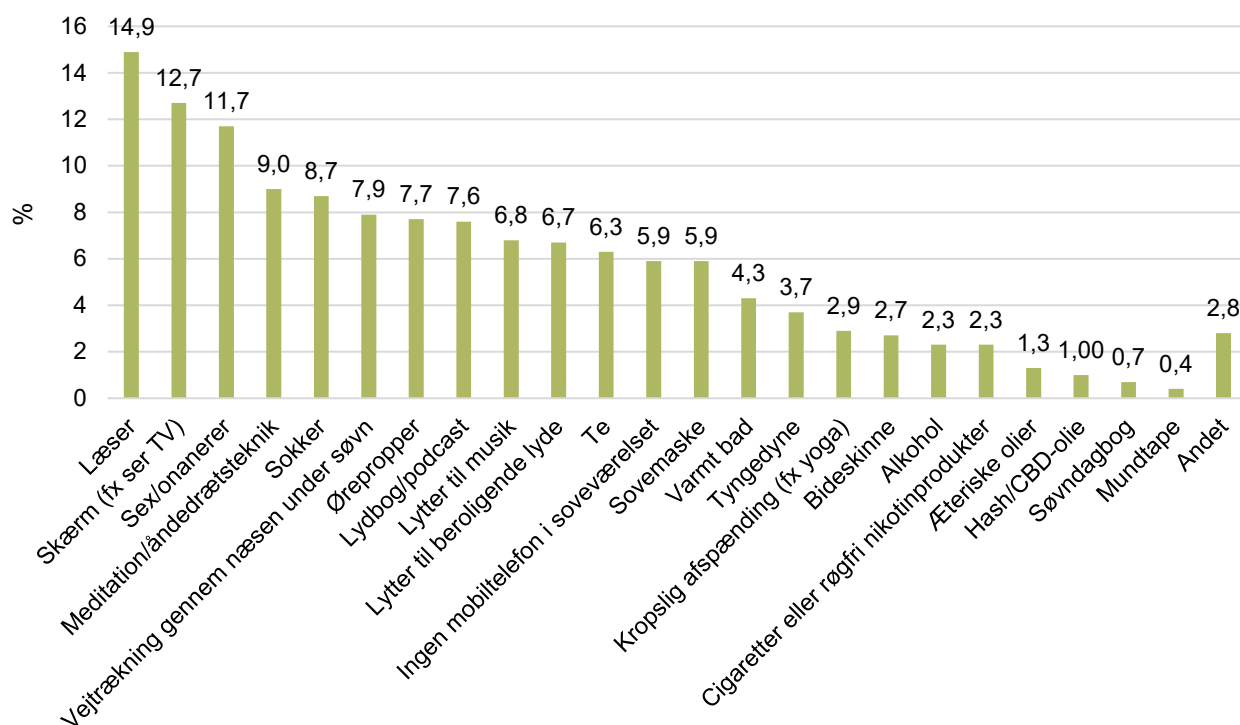
Afgrænset til personer på 25 år eller derover.

Redskaber og metoder

I denne undersøgelse blev deltagerne spurgt, om de anvender forskellige redskaber eller metoder for at forbedre deres søvn eller for lettere at falde i søvn. Deltagerne blev præsenteret for 24 forskellige redskaber og redskaber.

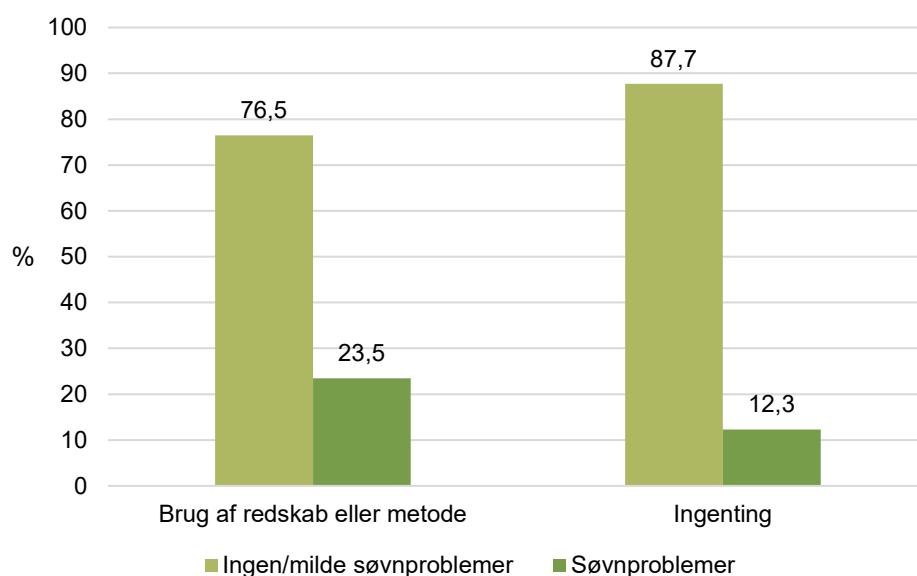
Figur 23 viser, at de mest anvendte metoder er læsning (14,9 %), efterfulgt af skærmbrug som at se TV eller scrolle på sociale medier (12,7 %) og sex/onani (11,7 %). Læsning er særligt udbredt blandt kvinder (18,7 %) og personer på 65 år eller derover (20,5 %), mens skærmbrug særligt ses blandt de 16-44-årige (16,8 %) (data ikke vist). Sex og onani bruges i højere grad blandt mænd (15,0 %) og personer i alderen 16-44 år (18,9 %) (data ikke vist). En fjerdedel af deltagerne (23,5 %) angiver, at de ikke benytter redskaber eller metoder (data ikke vist).

Figur 23. Brug af redskaber og metoder (n=5.630). Vægtede procenter.



Figur 24 viser, at søvnproblemer forekommer hyppigst blandt personer, der bruger redskaber eller metoder (23,5 %), mens andelen er lavere blandt dem, der ikke bruger redskaber eller metoder (12,3 %). Dette kan afspejle, at personer med søvnproblemer i højere grad benytter redskaber eller metoder for at forbedre søvnen.

Figur 24. Brug af redskab eller metoder opdelt på søvnproblemer (n=5.566). Vægtede procenter.



Medicin og kosttilskud mod søvnløshed

Medicin og kosttilskud mod søvnløshed kan anvendes som et værktøj til at håndtere søvnproblemer. Der findes receptpligtig medicin, som primært er designet til at forbedre søvnen, såsom visse typer af benzodiazepiner. Medicin mod søvnløshed kan også bruges i behandlingen af psykiske lidelser, hvor søvnproblemer ofte er et symptom. Receptpligtig medicin i Danmark er dog ikke nødvendigvis receptpligtig i udlandet, hvilket kan føre til et mørketal af forbrugere af søvnmedicin, der ikke fremgår af de danske registre. Derudover findes der håndkøbsmedicin, herunder naturprodukter som antihistaminer eller kosttilskud, der også kan støtte søvn, men som heller ikke kan spores i registrene. For at få indsigt i brugen af medicin mod søvnløshed blev deltagerne spurgt, om de har anvendt forskellige typer af håndkøbs- og receptpligtig medicin til at fremme søvnen.

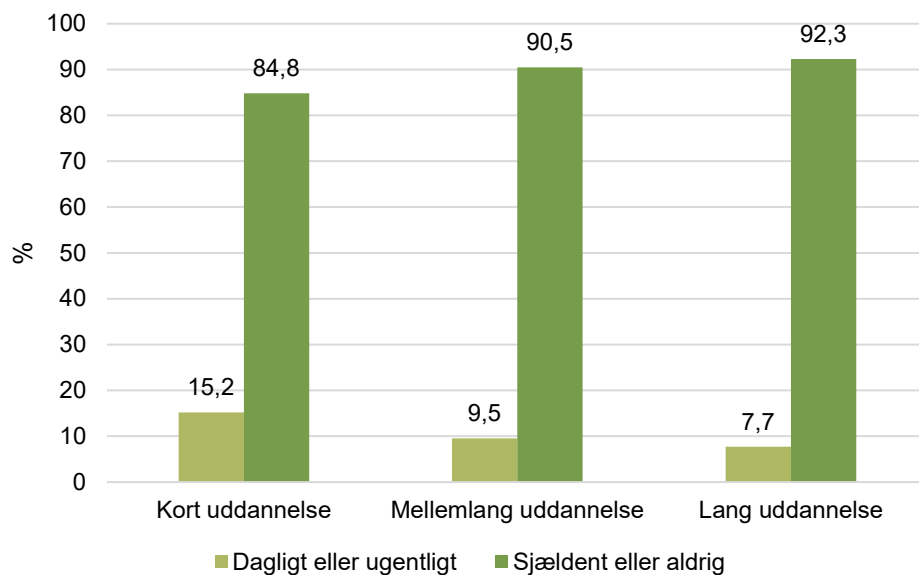
I denne undersøgelse angav 14,4 % af deltagerne, at de aktuelt tager medicin mod søvnløshed, heraf 6,9 % dagligt (data ikke vist). Andelen, der tager medicin mod søvnløshed dagligt eller ugentligt, er højest blandt personer på 65 år eller derover, med 10,4 % blandt mænd og 12,3 % blandt kvinder (tabel 26). Blandt dem, der aktuelt anvender medicin mod søvnløshed, bruger 23,5 % psykofarmaka (fx benzodiazepiner og antridepressiva), og 26,5 % bruger melatonin (data ikke vist). Derudover anvender 40,0 % håndkøbsmedicin, som blandt andet omfatter smertestillende, antihistaminer eller kosttilskud, hvor smertestillende midler udgør den største andel. Af dem, der aktuelt bruger melatonin, angiver 16,3 %, at de får det på recept fra egen læge, mens 7,3 % køber det som håndkøb i udlandet og 6,3 % på internettet (data ikke vist).

Tabel 26. Brug af medicin til at forbedre søvnen, opdelt på køn og aldersgrupper. Vægtede procenter.

		16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Mænd	Dagligt eller ugentligt	6,7	4,9	8,8	10,4	7,9
	Sjældent eller aldrig	93,3	95,1	91,2	89,6	92,1
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	168	440	899	957	2.464
Kvinder	Dagligt eller ugentligt	8,6	9,9	11,5	12,3	11,0
	Sjældent eller aldrig	91,4	90,1	88,5	87,7	89,0
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	261	771	1.341	983	3.356

Figur 25 viser, at andelen, der bruger medicin mod søvnløshed, er større blandt personer med kort uddannelse (15,2 %) end blandt personer med mellemlang (9,5 %) og lang (7,7 %) uddannelse.

Figur 25. Uddannelseslængde opdelt på brug af medicin mod søvnløshed (n=5.213). Vægtede procenter.



Konklusion og perspektivering

Denne undersøgelse er den første kortlægning af danskernes søvn ud fra en bred forståelse af søvn som et flerdimensionelt fænomen. Ved at inddrage både søvnlængde, søvnkvalitet, søvnproblemer, adfærd, viden og kulturelle opfattelser bidrager undersøgelsen med et mere nuanceret billede end andre befolkningsstudier, der primært har fokuseret på enkeltstående aspekter af søvn.

Størstedelen af danskerne sover det antal timer, som Sundhedsstyrelsens anbefaler, og mange føler sig udhvilede. Der er dog en betydelig gruppe, nemlig en femtedel, som oplever moderate til svære søvnproblemer, og for mange har disse problemer stået på i over seks måneder. Undersøgelsen viser, at søvnproblemer kan forekomme, selv når man sover det anbefalede timer, hvilket peger på, at andre faktorer end søvnlængde også spiller en rolle. Søvnproblemerne er især udbredt blandt kvinder og blandt personer med uhensigtsmæssig søvnhygiejne, mens det er mindre forekommende blandt personer på 65 år eller derover. Uhensigtsmæssig søvnhygiejne omfatter eksempelvis uregelmæssigt søvn mønster, et uhensigtsmæssigt sove miljø, hyppigt skærmb brug eller koffein- og alkoholindtag sent på dagen.

Undersøgelsen viser også, at der ikke ses væsentlige forskelle i forekomsten af søvnproblemer og uhensigtsmæssig søvnhygiejne på tværs af uddannelsesniveau. Dog har personer med kort uddannelse generelt en dårligere søvnkvalitet, begrænset viden om søvnhygiejne og bruger oftere medicin mod søvnløshed end personer med lang uddannelse.

Selvom de fleste danskere kender til søvnens betydning for sundheden, går flere ofte på kompromis med deres søvn gennem uhensigtsmæssige vaner og rutiner. Hyppigt skærmb brug inden sengetid er for eksempel særligt udbredt blandt de 16-24-årige, mens mere hensigtsmæssige vaner, såsom at have et regelmæssigt søvn mønster, et godt sove miljø og opholde sig udenfor tidligt på dagen, øges med alderen. Samtidig er visse misforståelser og uhensigtsmæssige overbevisninger om søvn, herunder overdreven bekymring om konsekvenserne af dårlig søvn, udbredte og kan påvirke søvnen negativt. En mindre del af befolkningen har søgt professionel hjælp eller brugt digitale hjælpemidler for at håndtere søvnproblemer, men kun få oplever en tydelig forbedring.

Resultaterne giver ikke mulighed for at anslå årsagssammenhænge, men de tilbyder et aktuelt indblik i mønstre og forskelle i søvn og søvnrelateret adfærd i den danske befolkning. Samlet set viser undersøgelsen et behov for både målrettede indsatser til grupper med øget risiko for søvnproblemer og brede tiltag, der kan støtte god søvn i hele befolkningen. Der er desuden behov for mere viden om, hvilke strategier og hjælpemidler der faktisk virker. Fremadrettet kan en videreudvikling og validering af spørgeskemaet styrke den løbende kortlægning af danskeres søvn. Endelig understøtter undersøgelsen den eksisterende forståelse af søvn som et flerdimensionelt fænomen, og at et enkelt mål som søvnlængde ikke er tilstrækkeligt til at forstå befolkningens søvn og dens betydning for sundhed og trivsel.

Referencer

1. Way JA, Ucak S, Martinez C-A, Sutherland K, Cook KM, Cistulli PA, et al. Monitoring the sleep health of adults: a scoping review of routine national surveillance systems. *Sleep Advances*. 2024;5(1):zpae062.
2. Jike M, Itani O, Watanabe N, Buysse DJ, Kaneita Y. Long sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Sleep medicine reviews*. 2018;39:25-36.
3. Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep medicine*. 2017;32:246-56.
4. Jennum P, Bonke J, Clark AJ, Flyvbjerg A, Garde AH, Hermansen K, et al. *Søvn og sundhed: Vidensråd for Forebyggelse*; 2015.
5. Ahrensberg H, Møller SR, Christensen AI, Andersen S, Petersen CB. Insufficient sleep in the Danish adult population: A 10-year trend analysis. *Sleep health*. 2025.
6. Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter? *Sleep*. 2014;37(1):9-17.
7. Hafner M, Stepanek M, Taylor J, Troxel WM, Van Stolk C. Why sleep matters—the economic costs of insufficient sleep: a cross-country comparative analysis. *Rand health quarterly*. 2017;6(4):11.
8. Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for søvnlængde - alle aldersgrupper*. Sundhedsstyrelsen; 2024.
9. Møller SR, Nygaard M, Petersen CB, Andersen S. *Søvn i et folkesundhedsperspektiv*. 2023.
10. Ahrensberg H, Christensen AI, Andersen S, Petersen CB. Comparison of self-reported sleep sufficiency and accelerometer-measured sleep duration in relation to mental health, physical health and life satisfaction. *Frontiers in Sleep*. 4:1661250.
11. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies. 1991;27(1):4-41.
12. Jensen HAR, Ekholm O, Davidsen M, Christensen AI. The Danish health and morbidity surveys: study design and participant characteristics. *BMC medical research methodology*. 2019;19(1):91.
13. Jensen H, Møller S, Davidsen M. *Materiale og metode. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021*. København. Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2022.
14. H. Jezek A, Ekholm O, Davidsen M, Petersen CB, Rosendahl H, Møller SR, et al. The Danish National Health Survey 2023: study design and participant characteristics. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2024;14034948241275032.
15. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*. 2001;2(4):297-307.
16. Pilcher JJ, Ginter DR, Sadowsky B. Sleep quality versus sleep quantity: relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of psychosomatic research*. 1997;42(6):583-96.
17. Kohyama J. Which is more important for health: sleep quantity or sleep quality? *Children*. 2021;8(7):542.
18. Rosendahl H, Møller SR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. *Søvn: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021*. 2022.
19. Eghøj M, Møller SR, Kildedal R, Rasmussen M, Petersen MB, Gupta N, et al. *Fysisk aktivitet, stillesiddende adfærd og søvn: Resultater fra monitorering med accelerometre i Danskernes sundhed 2023*. 2024.

20. Iskander A, Jairam T, Wang C, Murray BJ, Boulos MI. Normal multiple sleep latency test values in adults: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*. 2023;109:143-8.
21. Kadier K, Qin L, Ainiwaer A, Rehemuding R, Dilixiati D, Du Y-Y, et al. Association of sleep-related disorders with cardiovascular disease among adults in the United States: a cross-sectional study based on national health and nutrition examination survey 2005–2008. *Frontiers in cardiovascular medicine*. 2022;9:954238.
22. Supartini A, Honda T, Basri NA, Haeuchi Y, Chen S, Ichimiya A, et al. The impact of sleep timing, sleep duration, and sleep quality on depressive symptoms and suicidal ideation amongst Japanese freshmen: The EQU SITE study. *Sleep disorders*. 2016;2016(1):8737654.
23. Leong RL, Lau T, Dicom AR, Teo TB, Ong JL, Chee MW. Influence of mid-afternoon nap duration and sleep parameters on memory encoding, mood, processing speed, and vigilance. *Sleep*. 2023;46(4):zsad025.
24. Dutheil F, Danini B, Bagheri R, Fantini ML, Pereira B, Moustafa F, et al. Effects of a short daytime nap on the cognitive performance: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(19):10212.
25. Guo VY, Cao B, Wong CKH, Yu EYT. The association between daytime napping and risk of diabetes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sleep medicine*. 2017;37:105-12.
26. Wang M, Xiang X, Zhao Z, Liu Y, Cao Y, Guo W, et al. Association between self-reported napping and risk of cardiovascular disease and all-cause mortality: A meta-analysis of cohort studies. *Plos one*. 2024;19(10):e0311266.
27. Yang Y-B, Zheng Y-B, Sun J, Yang L-L, Li J, Gong Y-M, et al. To nap or not? Evidence from a meta-analysis of cohort studies of habitual daytime napping and health outcomes. *Sleep Medicine Reviews*. 2024;78:101989.
28. Leong RL, Tian L, Yu N, Teo TB, Ong JL, Chee MW. Bidirectional associations between the duration and timing of nocturnal sleep and daytime naps in adolescents differ from weekdays to weekends. *Sleep*. 2024;47(9):zsae147.
29. Roenneberg T, Foster RG, Klerman EB. The circadian system, sleep, and the health/disease balance: a conceptual review. *Journal of sleep research*. 2022;31(4):e13621.
30. Roenneberg T, Pilz LK, Zerbini G, Winnebeck EC. Chronotype and social jetlag: a (self-) critical review. *Biology*. 2019;8(3):54.
31. Roenneberg T, Allebrandt KV, Merrow M, Vetter C. Social jetlag and obesity. *Current Biology*. 2012;22(10):939-43.
32. Medicine AAoS. Social jetlag is associated with worse mood, poorer health and heart disease: Delaying your sleep schedule on weekends has health consequences. 2017.
33. Mastin DF, Bryson J, Corwyn R. Assessment of sleep hygiene using the Sleep Hygiene Index. *Journal of behavioral medicine*. 2006;29:223-7.
34. American Sleep Disorders Association. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. American Sleep Disorders Association; 1990.
35. Desai D, Momin A, Hirpara P, Jha H, Thaker R, Patel J, et al. Exploring the Role of Circadian Rhythms in Sleep and Recovery: A Review Article. *Cureus*. 2024;16(6).
36. Lewis P, Oster H, Korf HW, Foster RG, Erren TC. Food as a circadian time cue—evidence from human studies. *Nature Reviews Endocrinology*. 2020;16(4):213-23.
37. Finger AM, Kramer A. Mammalian circadian systems: Organization and modern life challenges. *Acta Physiologica*. 2021;231(3):e13548.
38. Yue T, Liu X, Gao Q, Wang Y. Different intensities of evening exercise on sleep in healthy adults: a systematic review and network meta-analysis. *Nature and science of sleep*. 2022:2157-77.
39. Brautsch LA, Lund L, Andersen MM, Jennum PJ, Folker AP, Andersen S. Digital media use and sleep in late adolescence and young adulthood: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*. 2023;68:101742.

40. Figueiredo M, Caldeira C, Chen Y, Zheng K, editors. Routine self-tracking of health: reasons, facilitating factors, and the potential impact on health management practices. AMIA Annual Symposium Proceedings; 2018.
41. Dittami J, Keckeis M, Machatschke I, Katina S, Zeitlhofer J, Kloesch G. Sex differences in the reactions to sleeping in pairs versus sleeping alone in humans. *Sleep and Biological Rhythms*. 2007;5:271-6.
42. Andre CJ, Lovallo V, Spencer RM. The effects of bed sharing on sleep: From partners to pets. *Sleep Health*. 2021;7(3):314-23.
43. Drews HJ, Wallot S, Brysch P, Berger-Johannsen H, Weinhold SL, Mitkidis P, et al. Bed-sharing in couples is associated with increased and stabilized REM sleep and sleep-stage synchronization. *Frontiers in psychiatry*. 2020;11:583.
44. Bragazzi NL, Garbarino S. The Complex Interaction Between Sleep-Related Information, Misinformation, and Sleep Health: Call for Comprehensive Research on Sleep Infodemiology and Infoveillance. *JMIR infodemiology*. 2024;4(1):e57748.
45. Adan A, Fabbri M, Natale V, Prat G. Sleep Beliefs Scale (SBS) and circadian typology. *Journal of Sleep Research*. 2006;15(2):125-32.
46. Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and health behaviours. Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models. 1996;163(196):9781315800820-10.
47. Ghose SM, Dzierzewski JM, Dautovich ND. Sleep and self-efficacy: the role of domain specificity in predicting sleep health. *Sleep health*. 2023;9(2):190-5.
48. Edinger JD, Wohlgemuth WK. Psychometric comparisons of the standard and abbreviated DBAS-10 versions of the dysfunctional beliefs and attitudes about sleep questionnaire. *Sleep medicine*. 2001;2(6):493-500.
49. TrygFonden. TrygFondens Forebyggelsesmåling 2024 - Forebyggelse ifølge danskerne 2024. TrygFonden; 2024.
50. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gregoire J, Merette C. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep medicine*. 2006;7(2):123-30.
51. Jespersen KV, Pando-Naude V, Koenig J, Jennum P, Vuust P. Listening to music for insomnia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022(8).
52. Lim DC, Najafi A, Afifi L, Bassetti CL, Buysse DJ, Han F, et al. The need to promote sleep health in public health agendas across the globe. *The Lancet Public Health*. 2023;8(10):e820-e6.
53. Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM. STOP, THAT and one hundred other sleep scales: Springer Science & Business Media; 2012.
54. Programme TNBH. National Brainwashing - with sleep: The National Brain Health Programme; 2024 [Available from: <https://www.aivoliitto.fi/en/nationalbrainhealthprogramme/sleep-2024/>].
55. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of advanced nursing*. 2000;32(4):1008-15.
56. Taylor E. We agree, don't we? The Delphi method for health environments research. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2020;13(1):11-23.
57. Fayers PM, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes: John Wiley & Sons; 2015.
58. Newman I, Lim J, Pineda F. Content validity using a mixed methods approach: Its application and development through the use of a table of specifications methodology. *Journal of Mixed Methods Research*. 2013;7(3):243-60.
59. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health*. 2006;29(5):489-97.

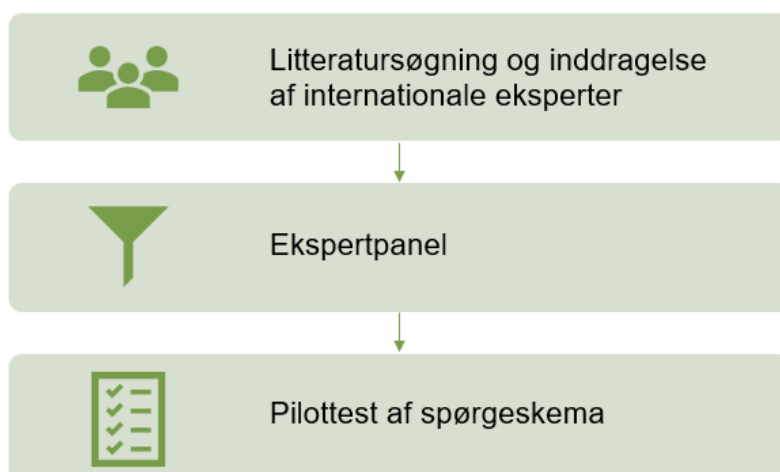
Bilag

Bilag 1: Metode

Forskningsprojektet har været todelt og bestået af 1) spørgeskemaudvikling og 2) dataindsamling og analyse. Begge dele uddybes i det følgende.

Spørgeskemaudvikling

Spørgeskemaet blev udviklet i tre trin og er baseret på forskellige kilder. I første trin blev temaer og spørgsmål identificeret gennem en litteratursøgning samt inddragelse af internationale eksperter. I andet trin blev spørgeskemaet udviklet med input fra et ekspertpanel og i tredje trin blev spørgeskemaet pilottestet blandt relevante grupper.



1. Litteratursøgning og inddragelse af internationale eksperter

I første trin foretog vi en litteratursøgning med henblik på at identificere de væsentligste temaer og spørgsmål, der bør inkluderes i en spørgeskemaundersøgelse blandt en voksen målgruppe. Søgningerne blev foretaget i Syddansk Universitets søgemaskine, der søger i flere databaser samtidigt (bl.a. Web of Science, Scopus og MEDLINE), samt separate søgninger i PubMed og Google Scholar. Litteratursøgningen blev gennemført med udgangspunkt i følgende tre søgeblokke:

- 1) alder (16+ år),
- 2) søvn ('sleep', 'sleep hygiene', 'sleep health').
- 3) adfærd, viden og holdninger ('sleep hygiene behaviour', 'sleep consistency', 'sleep habit', 'sleep profiles', 'sleep routine', 'sleep knowledge', 'sleep attitude' etc.)

Litteratursøgningen var ikke systematisk, men gennem de strukturerede søgeblokke sikrede vi, at den nyeste og mest relevante litteratur blev inkluderet. Indledningsvis blev artiklernes titel og abstract screenet og udvalgte artikler blev herefter læst i fuld tekst. Desuden blev referencelister i de udvalgte artikler gennemgået for at identificere artikler, der ikke blev fundet via databasesøgningerne.

Ud fra litteratursøgningen blev i alt 13 artikler udvalgt og vurderet som relevante baseret på undersøgelsens formål. Syv af artiklerne var baseret på yngre voksne (<30 år), og ingen af artiklerne havde til formål at udvikle nye søvnspørgsmål. I stedet undersøgte de sammenhænge med søvn ved hjælp af eksisterende, validerede spørgsmål. Derudover identificerede vi en oversigt over de mest anvendte spørgeskemaer til at evaluere søvn [52] samt bogen *STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales*, som præsenterer 100 søvnskalaer til klinisk brug [53].

Vi kontaktede også internationale søvnforskere for at afdække eksisterende spørgeskemaer og søvnskalaer til monitorering af adfærd, viden og holdninger relateret til søvn samt brug af professionel hjælp og hjælpemidler. Vi henvendte os skriftligt til Timo Partonen, professor ved National Institute for Health and Welfare i Finland, Mika Pyykkö, direktør for Finnish Brain Association i Finland³, Ståle Pallesen, professor ved University of Bergen i Norge, samt Daniel Buysee, professor ved University of Pittsburgh School of Medicine i USA. På baggrund af henvendelserne blev vi gjort opmærksomme på en spørgeskemaundersøgelse om søvnvaner anvendt i The National Brain Health Programme i Finland [54]. Dette spørgeskema indgik som inspiration i vores udviklingsarbejde.

Baseret på ovenstående bidrag udviklede vi en bruttoliste over de mest relevante temaer og undertemaer samt potentielle søvnskalaer.

2. Ekspertpanel

I andet trin udviklede vi spørgeskemaet ved hjælp af en Delphi-lignende proces med et ekspertpanel. Delphi-metoden er en proces, hvor et panel af eksperter arbejder hen imod konsensus gennem gentagne spørgeskemabesvarelser og feedback, og processen anvendes typisk inden for områder med begrænset eller ingen viden [55, 56]. Der deltog i alt 10 eksperter i panelet med viden inden for forskellige områder af søvnforskning og spørgeskemaudvikling/-indsamling.

Navn	Stillingsbetegnelse	Ansættelsessted
Bobby (Hugh James Robert) Zachariae	Professor	Psykologisk Institut, Aarhus Universitet
Anne Virring Sørensen	Overlæge, ph.d.	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
Poul Jørgen Jennum	Professor, overlæge	Dansk Center for Søvnmedicin, Glostrup Hospital/Rigshospitalet
Hinuga Sandahl	Speciallæge, ph.d.	Sundhedsstyrelsen ⁴
Anne Illemann Christensen	Seniorforsker, ph.d.	Statens Institut for Folkesundhed, SDU
Birgitte Rahbek Kornum	Professor	Institut for Neurovidenskab, Københavns Universitet
Christine Parsons	Professor	Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet
Camilla Kring	Civilingeniør, ph.d.	Super Navigators, København

³ På tidspunktet for bidraget. Stillingen ophørte i juni 2025.

⁴ På tidspunktet for bidraget. Vedkommende er nu ansat ved Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri, Psykiatrisk Center Ballerup.

Kirsten Nabe-Nielsen	Seniorforsker, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø ph.d.
Ali Amidi	Lektor, ph.d. Psykologisk Institut, Aarhus Universitet

Vi indledte processen med et opstartsmøde med ekspertpanelet, hvor panelet blev informeret om projektets formål og rammer. Forud for mødet modtog eksperterne bruttolisten med identificerede temaer, undertemaer og potentielle spørgsmål samt en oversigt over de mest anvendte skalaer i søvnforskning. Enkelte spørgsmål var selvkonstruerede, mens andre var validerede eller modificerede skalaer. På mødet blev der afsat tid til at give feedback på relevansen og afdækningen af temaerne. Baseret på denne feedback tilrettede vi bruttolisten med de mest relevante temaer, der burde indgå i det endelige spørgeskema.

Efterfølgende blev spørgeskemaet sendt elektronisk til eksperterne ad to omgange, hvor de blev bedt om at kommentere på de udvalgte spørgsmål til afdækningen af temaerne og besvare specifikke spørgsmål fra projektgruppen. I begge runder blev eksperterne guidet igennem vores overvejelser for de udvalgte spørgsmål. De blev opfordret til at svare på de spørgsmål, der var relevante inden for deres fagområde. Efter hver runde blev spørgeskemaet tilrettet baseret på eksperternes feedback.

3. Pilottest af spørgeskema

I tredje trin pilottestede vi det udviklede spørgeskema fra andet trin. Pilottesten foregik gennem en trestrengt strategi, hvor spørgeskemaet blev pilottestet blandt praktikere, forskere samt målgruppen (personer på 16 år eller derover). I pilottestene havde vi fokus på at inddrage personer på tværs af alder, køn og socioøkonomisk baggrund.

Spørgeskemaet blev først pilottestet blandt tre søvnvejledere (Louise Sørensen, Marianne Landor Gerlow og Ayat Sajid Siddiqi), som arbejder med at forbedre søvn blandt unge i Gentofte Kommune. Formålet var at identificere manglende temaer og uhensigtsmæssige formuleringer i en praktisk kontekst. Søvnvejlederne modtog spørgeskemaet og blev bedt om at gennemgå det individuelt, hvorefter de gav deres feedback i et fokusgruppeinterview med projektgruppen. Interviewet fulgte ikke en fast struktur, men tog udgangspunkt i en række foruddefinerede spørgsmål, som de havde modtaget forud for interviewet.

Herefter blev spørgeskemaet testet blandt fem forskere med erfaring inden for søvn og spørgeskemaudvikling: Ola Ekholm, Heidi Rosendahl, Anne Illemann Christensen og Anna Paldam Folker fra Statens Institut for Folkesundhed (Syddansk Universitet) og Peter Elsborg fra Center for Forskning og Forebyggelse (Frederiksberg og Bispebjerg Hospital). Forskerne gav skriftlig feedback på skemaet med henblik på at finjustere formuleringer og sikre, at spørgsmålene var relevante.

Til sidst blev spørgeskemaet pilottestet blandt syv personer i målgruppen. Der blev foretaget en kombination af 'thinking out loud' og 'verbal probing' [57]. Ved 'thinking out loud'-metoden bad vi personer om at formulere deres tanker og overvejelser undervejs i besvarelsen af spørgeskemaet, som blev noteret af interviewer. Efter besvarelsen blev der taget udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide baseret på 'verbal probing'-metoden, hvor interviewer stillede opfølgende, afklarende spørgsmål, herunder hvis de ikke havde svaret på et spørgsmål eller gik i stå i løbet af besvarelsen. Testene blev udført for at sikre indholdsvaliditet, hvilket betyder, at respondenterne forstår spørgsmålene og besvarer dem i overensstemmelse med hensigten [58, 59].

Spørgeskemaet blev tilpasset efter hver pilottest.

Endeligt spørgeskema

Det endelige spørgeskema, *Hvordan sover du?*, (bilag 2) er resultatet af de tre ovenstående trin og indeholder de temaer og undertemaer relateret til monitorering af søvn, som vores undersøgelse viste var mest relevante. Der er samtidig taget hensyn til, at spørgeskemaet ikke skulle være for langt eller indeholde omfattende spørgsmålsbatterier. Spørgeskemaet består af 126 spørgsmål og tager i gennemsnit 20 minutter at besvare. Ikke alle spørgsmål blev stillet til alle deltagere, da det samlede antal spørgsmål varierede afhængigt af respondentens tidligere svar. For eksempel blev uddybende spørgsmål om medicinbrug eller professionel hjælp kun stillet til respondenter, der tidligere havde angivet, at de anvender dette.

Dataindsamling og analyse

Undersøgelsen er udført som en tværsnitsundersøgelse. Spørgeskemaet blev udsendt til et tilfældigt udsnit af 25.000 personer i den danske befolkning, der var 16 år eller derover og med bopæl i Danmark pr. 25. september 2024. Udsendelsen skete via Digital Post og dataindsamlingen blev gennemført i perioden fra den 25. september til 23. oktober 2024. Der blev udsendt to påmindelser med omkring en uges mellemrum for at sikre en så høj svarprocent som muligt. Deltagerne havde desuden mulighed for at vinde 4x500 DKK i pengepræmier, som blev udloddet ved lodtrækning blandt de indsendte besvarelser.

Etik og datasikkerhed

Projektet er udført i overensstemmelse med den Danske Kodeks for Integritet i Forskning. Projektet er desuden anmeldt til Syddansk Universitets fortegnelse over forskning og er håndteret i overensstemmelse med EU's Persondataforordning (GDPR) 2016/679 og den Danske Databeskyttelseslov (nr. 502 af 23/05/2018). Deltagerne blev informeret skriftligt om projektet, herunder at det var frivilligt at deltage, og at svarene er behandlet fortroligt og anonymt.

Sociodemografiske variable

I denne rapport opdeles resultaterne efter køn, alder og højest fuldførte uddannelse. Oplysninger om køn og alder er hentet fra Det Centrale Personregister. Køn er defineret som juridisk køn og opdelt i mænd og kvinder, mens alder er kategoriseret i fire grupper: 16-24 år, 25-44 år, 45-64 år og ≥65 år. Oplysninger om højest fuldførte uddannelse er baseret på selvrapportering og inddelt i tre kategorier af uddannelseslængde:

- Kort uddannelse (grundskole eller kortere kurser)
- Mellemlang uddannelse (gymnasial uddannelse, erhvervsfaglig uddannelse eller kort videregående uddannelse)
- Lang uddannelse (mellemlang eller lang videregående uddannelse)

For analyser, der er opdelt på uddannelseslængde, er populationen afgrænset til personer på 25 år og derover for at sikre, at respondenterne har haft mulighed for at færdiggøre en uddannelse.

Statistisk analyse

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen analyseres og opgøres ved hjælp af deskriptive statistiske metoder. Forskelle i søvnindikatorer mellem køn, alder, uddannelsesniveau og søvnproblemer kommenteres, hvis forskellen er fem procentpoint eller større. Læseren bør være opmærksom på, at betydningen af en forskel på fem procentpoint kan variere afhængigt af ændringens størrelse i forhold til udgangspunktet (relativ forskel) samt antallet af besvarelser for den pågældende

søvnindikator. For at sikre, at resultaterne kan generaliseres til den voksne befolkning i Danmark, er besvarelsenerne vægtet med en såkaldt opregningsmetode. Vægtningen er udført af Danmarks Statistik og er baseret på en række faktorer, herunder køn, alder, uddannelsesniveau, herkomst, familietype, lægebesøg samt socioøkonomisk status. Se bilag 3 for en analyse af, hvordan deltagere adskiller sig på køn og alder fra dem, som ikke besvarede spørgeskemaet. Ud af de 25.000 inviterede havde 1.414 personer ikke Digital Post og modtog derfor ikke invitationen. Af de 23.586 personer, der reelt blev inviteret, deltog 6.862 personer i undersøgelsen. Et kriterie for at indgå i undersøgelsen var, at besvarelsen som minimum omfattede svar på ét spørgsmål om søvn. Dette medførte, at 204 besvarelser blev ekskluderet, hvilket resulterede i endelig studiepopulation på 6.658 personer (28,2 %).

Bilag 2: Spørgeskemaet *Hvordan sover du?*

Er du aktuelt i arbejde eller under uddannelse?

- (1) ☐ I arbejde (ikke studiejob)
- (2) ☐ Under uddannelse
- (3) ☐ Jeg er hverken i arbejde eller under uddannelse

På hvilket tidspunkt af døgnet arbejder du sædvanligvis i dit nuværende job?

- (1) ☐ Fast dagarbejde (overvejende mellem kl. 06 og 18)
- (2) ☐ Fast aftenarbejde (overvejende mellem kl. 15 og 24)
- (3) ☐ Fast natarbejde (overvejende mellem kl. 24 og 05)
- (4) ☐ Skiftende arbejdstider uden natarbejde (dvs. en kombination af dagarbejde og aftenarbejde)
- (5) ☐ Skiftende arbejdstider med natarbejde (dvs. en kombination af natarbejde og dag- og/eller aftenarbejde, herunder døgnvagter)

Hvem bor du sammen med?

Du kan vælge flere kategorier. Hvis du fx skiftevis bor alene og med børn, skal du sætte kryds i begge kategorier.

- (1) ☐ Jeg bor alene
- (2) ☐ Sammen med ægtefælle/samlever/kæreste
- (3) ☐ Sammen med ven(ner)/roomie(s)
- (4) ☐ Hos mine forældre, der bor sammen
- (5) ☐ Hos min mor
- (6) ☐ Hos min far
- (7) ☐ Sammen med barn/børn under 5 år
- (8) ☐ Sammen med barn/børn på 5-16 år
- (9) ☐ Sammen med barn/børn over 16 år
- (10) ☐ På bosted, plejefamilie eller anden familie
- (11) ☐ Andet

Har du børn?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Bor dit barn eller dine børn i skiftende hjem? (fx skiftevis hos dig og den anden forælder)

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Bor du i skiftende hjem? (fx skiftevis hos din mor og far)

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Hverdage og arbejdsdage

De næste spørgsmål handler om, hvornår og hvor meget du sover på hverdage/arbejdsdage.

Vi beder dig angive tidspunkter så præcist som muligt. Hvis tidspunkterne er forskellige fra dag til dag, så angiv det tidspunkt, der passer bedst.

Hvornår lægger du dig typisk til at sove på hverdage/arbejdsdage?

Angiv venligst klokkeslæt.

[Drop down med klokkeslæt fra 20:00 til 19:45]

Hvor lang tid tager det dig i gennemsnit at falde i søvn på hverdage/arbejdsdage?

Antal minutter

Hvornår vågner du typisk på hverdage/arbejdsdage?

Angiv venligst klokkeslæt.

[Drop down med klokkeslæt fra 4:00 til 3:45]

Weekender og fridage

De næste spørgsmål handler om, hvornår og hvor meget du sover på weekender/fridage.

Vi beder dig angive tidspunkter så præcist som muligt. Hvis tidspunkterne er forskellige fra dag til dag, så angiv det tidspunkt, der passer bedst.

Hvornår lægger du dig typisk til at sove i weekender/fridage?

Angiv venligst klokkeslæt.

[Drop down med klokkeslæt fra 20:00 til 19:45]

Hvor lang tid tager det dig i gennemsnit at falde i søvn på weekender/fridage?

Antal minutter

Hvornår vågner du typisk i weekender/fridage?

Angiv venligst klokkeslæt.

[Drop down med klokkeslæt fra 4:00 til 3:45]

De næste spørgsmål handler om, hvornår du helst vil lægge dig til at sove og stå op, hvis du selv kunne vælge.

Det vil sige, hvis du selv kunne planlægge din dag uden nogle forpligtelser eller et vækkeur.

Hvornår ville du helst lægge dig til at sove, hvis du selv kunne vælge?

Angiv venligst klokkeslæt.

[Drop down med klokkeslæt fra 20:00 til 19:45]

Hvornår ville du helst stå op, hvis du selv kunne vælge?

Angiv venligst klokkeslæt.

[Drop down med klokkeslæt fra 4:00 til 3:45]

Hvor ofte tager du én eller flere lure?

- (1) ☐ 6-7 dage om ugen
- (2) ☐ 4-5 dage om ugen
- (3) ☐ 2-3 dage om ugen
- (4) ☐ 1 dag om ugen
- (5) ☐ Sjældnere
- (6) ☐ Aldrig

Hvis du tager en lur i løbet af dagen, hvor lang tid varer den typisk?

- (1) ☐ Under ½ time
- (2) ☐ ½-1 time
- (3) ☐ 1-2 timer
- (4) ☐ Over 2 timer

Hvilken type passer bedst til at beskrive dig?

A-mennesker foretrækker at gå tidligt i seng og stå tidligt op (dvs. sove i tidsrummet kl. 20.00-06.30). **B-mennesker** foretrækker at gå senere i seng og stå senere op (dvs. sove i tidsrummet kl. 01.00-12.00).

- (1) ☐ Jeg er helt sikkert A-menneske
- (2) ☐ Jeg er mere A-menneske end B-menneske
- (3) ☐ Jeg er hverken A-menneske eller B-menneske
- (4) ☐ Jeg er mere B-menneske end A-menneske
- (5) ☐ Jeg er helt sikkert B-menneske

De næste spørgsmål handler om din søvnrytme.

Vælg det, der passer bedst over hele ugen, dvs. både hverdage og weekender.

Hvor ofte gøre du følgende....?

	6-7 dage om ugen	4-5 dage om ugen	2-3 dage om ugen	1 dag om ugen	Sjældner e	Aldrig
Går i seng på omtrent samme tidspunkt (inden for en times interval fx mellem 22:00 og 23:00)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Står op på omtrent samme tidspunkt (inden for en times interval fx mellem 6:00 og 7:00)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

De næste spørgsmål handler om din adfærd i løbet af dagen.

Vælg det, der passer bedst over hele ugen, dvs. både hverdage og weekender.

Hvor ofte gøre du følgende....?

	6-7 dage om ugen	4-5 dage om ugen	2-3 dage om ugen	1 dag om ugen	Sjældner e	Aldrig
Er udenfor mindst 30 minutter om morgenen/formiddagen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Spiser hovedmåltider (dvs. morgenmad, frokost, aftensmad) på omtrent samme tidspunkt hver dag

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Bruger min seng til andre ting end søvnrelaterede aktiviteter eller at have sex (fx se TV, spise, besvare mails, arbejde, studere)

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

De næste spørgsmål handler om din adfærd i timerne op til sengetid.

Vælg det, der passer bedst over hele ugen, dvs. både hverdage og weekender.

Hvor ofte gøre du følgende....?

6-7 dage om ugen 4-5 dage om ugen 2-3 dage om ugen 1 dag om ugen Sjældnere Aldrig

Drikker koffeinholdige drikke (fx kaffe, te, cola, energidrik) inden for 6 timer før sengetid, eller hvis jeg vågner om natten

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Bruger tobaks- eller nikotinprodukter (fx cigaretter, e-cigaretter, snus) inden for 4 timer før sengetid, eller hvis jeg vågner om natten

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Drikker alkohol inden for 2 timer før sengetid, eller hvis jeg vågner om natten

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Dyrker motion med høj intensitet (bliver forpustet) inden for 2 timer før sengetid, eller hvis jeg vågner om natten

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Spiser meget mad med højt kalorie- og fedtindhold inden for 1

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

time før sengetid, eller hvis jeg vågner om natten

De næste spørgsmål handler om din adfærd ved sengetid.

Vælg det, der passer bedst over hele ugen, dvs. både hverdage og weekender.

Hvor ofte gøre du følgende....?

	6-7 dage om ugen	4-5 dage om ugen	2-3 dage om ugen	1 dag om ugen	Sjældner e	Aldrig
Benytter en afspændingsteknik (fx meditation eller åndedræsteknik) inden jeg skal sove	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Grubler, planlægger eller bekymrer mig over problemer eller morgendagens aktiviteter, når jeg er i sengen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Går i seng med følelser af stress, vrede, frustration eller nervøsitet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Udfører vigtige opgaver op til sengetid (fx betale regninger, planlægge)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

De næste spørgsmål handler om dit soverum.

Forholdene i dit soverum kan afhænge af sæson, og hvor man bor. Vælg derfor det svar, der bedst beskriver forholdene i dit soverum i løbet af hele året.

Hvor ofte gør du følgende....?

	Altid	For det meste	Nogle gange	Sjældent	Aldrig
Har et veltempereret soverum (ca. 16-21 grader)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Har åbent vindue eller ventilation i soverummet, mens jeg sover	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Har et soverum fri for støj (fx bruge ørepropper, slukke for støjende enheder)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Har dæmpet eller dæmper belysningen op til sengetid	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Sover i et mørkt soverum eller bruger andre redskaber til mørklægning (fx sovemaske)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Hvem sover du det meste af tiden i rum sammen med?

Du kan vælge flere kategorier.

- (1) ☐ Jeg sover alene
- (2) ☐ Med partner
- (3) ☐ Med barn/børn
- (4) ☐ Med kæledyr
- (5) ☐ Andre

De næste spørgsmål handler om dit skærmbrug, inden du lægger dig til at sove.

Hvor ofte bruger du skærm (fx mobiltelefon, computer, tablet og TV) inden for 2 timer, inden du lægger dig til at sove?

Vælg det, der passer bedst over hele ugen, dvs. både hverdage og weekender.

- (1) ☐ 6-7 dage om ugen
- (2) ☐ 4-5 dage om ugen
- (3) ☐ 2-3 dage om ugen
- (4) ☐ 1 dag om ugen

- (5) ☐ Sjældnere
- (6) ☐ Aldrig

Hvor lang tid bruger du skærm (fx mobiltelefon, computer, tablet og TV), inden du lægger dig til at sove?

Vælg det, der passer bedst over hele ugen, dvs. både hverdage og weekender.

- (1) ☐ 0 minutter
- (2) ☐ 1-14 minutter
- (3) ☐ 15-29 minutter
- (4) ☐ 30-59 minutter
- (5) ☐ 1-2 timer

Hvad bruger du primært skærm til, inden du lægger dig til at sove?

Du kan vælge flere kategorier.

- (1) ☐ Ser TV eller bruger streamingtjenester (fx Netflix, DR TV, TV2 Play)
- (2) ☐ Ringer eller sender beskeder
- (3) ☐ Kigger på sider, billeder eller videoer på sociale medier (fx Facebook, TikTok, Messenger, Snapchat, Instagram)
- (4) ☐ Deler indhold, links eller reagerer på sociale medier (fx Facebook, TikTok, Messenger, Snapchat, Instagram)
- (5) ☐ Lytter til musik, podcasts eller lydbøger
- (6) ☐ Læser e-bøger, blogs
- (7) ☐ Surfer på internettet (fx læser nyheder, onlineshopper, ser på feriedestinationer)
- (8) ☐ Gamer/spiller
- (9) ☐ Tjekker mails, kalender
- (10) ☐ Kigger på ur, sætter alarm
- (11) ☐ Andet (uddyb gerne) _____

De næste spørgsmål handler om dit skærmbrug, efter du har lagt dig til at sove.

Det vil sige, når du har slukket lyset, lukket øjnene, og indtil du står op igen næste morgen.

Hvor ofte bruger du skærm (fx mobiltelefon, computer, tablet og TV), efter du har lagt dig til at sove?

Vælg det, der passer bedst over hele ugen, dvs. både hverdage og weekender.

- (1) ☐ 6-7 dage om ugen
- (2) ☐ 4-5 dage om ugen
- (3) ☐ 2-3 dage om ugen
- (4) ☐ 1 dag om ugen
- (5) ☐ Sjældnere
- (6) ☐ Aldrig

Hvad bruger du primært skærm til, efter du har lagt dig til at sove?

Du kan vælge flere kategorier.

- (1) ☐ Ser TV eller bruger streamingtjenester (fx Netflix, DR TV, TV2 Play)
- (2) ☐ Ringer eller sender beskeder
- (3) ☐ Kigger på sider, billeder eller videoer på sociale medier (fx Facebook, TikTok, Messenger, Snapchat, Instagram)
- (4) ☐ Deler indhold, links eller reagerer på sociale medier (fx Facebook, TikTok, Messenger, Snapchat, Instagram)
- (5) ☐ Lytter til musik, podcasts eller lydbøger
- (6) ☐ Læser e-bøger, blogs
- (7) ☐ Surfer på internettet (fx læser nyheder, onlineshopper, ser på feriedestinationer)
- (8) ☐ Gamer/spiller
- (9) ☐ Tjekker mails, kalender
- (10) ☐ Kigger på ur, sætter alarm
- (11) ☐ Andet (uddyb gerne) _____

Hvor ligger din mobiltelefon oftest, når du sover?

- (1) ☐ Under hovedpuden eller et andet sted i sengen
- (2) ☐ Ved siden af sengen (så jeg kan nå den fra sengen)

- (3) ☐ Et andet sted i soveværelset (uden for min rækkevidde)
- (4) ☐ Uden for soveværelset (så jeg ikke kan høre eller se den)
- (5) ☐ Jeg har ikke en mobiltelefon

Tager du nogen aktive forholdsregler for at undgå at blive forstyrret af din mobiltelefon om natten?

- (1) ☐ Ja, jeg sætter min mobiltelefon på lydløs, forstyr ikke eller flytilstand
- (2) ☐ Ja, min mobiltelefon er slukket
- (3) ☐ Nej, det gør jeg ikke

Vi er nu interesseret i at vide, hvorvidt du tror, nedenstående handlinger har en positiv, ingen eller negativ påvirkning på søvn.

Du bør tænke på, hvilken påvirkning handlingen har på søvn for alle - og ikke kun baseret på dine egne erfaringer.

	Positiv påvirkning (forbedrer søvn)	Ingen påvirkning (hverken eller)	Negativ påvirkning (forværrer søvn)
At have en regelmæssig søvnrytme (gå i seng og stå op på omtrent samme tidspunkt hver dag)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
At være udenfor mindst 30 minutter om morgenen/formiddagen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
At tage en lur af mere end 1 time om dagen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
At spise hovedmåltider (dvs. morgenmad, frokost, aftensmad) på omtrent samme tidspunkt hver dag	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
At drikke koffeinholdige drikke (fx kaffe, te, cola, energidrik) inden for 6 timer før sengetid, eller hvis man vågner om natten	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐

At drikke alkohol inden for 2 timer før sengetid, eller hvis man vågner om natten	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
At motionere med høj intensitet (bliver forpustet) inden for 2 timer før sengetid, eller hvis man vågner om natten	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
At bruge skærm (fx mobiltelefon, computer, tablets og tv) inden for 2 timer før sengetid	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
At bruge skærm (fx mobiltelefon, computer, tablets og tv), efter man har lagt sig til at sove	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
At forlade soveværelset, hvis man ikke kan falde i søvn	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐

Kender du Sundhedsstyrelsens anbefalede søvnlængde for en person i din aldersgruppe?

- (1) ☐ Ja, 4-6 timer
- (2) ☐ Ja, 5-7 timer
- (3) ☐ Ja, 6-8 timer
- (4) ☐ Ja, 7-9 timer
- (5) ☐ Ja, 8-10 timer
- (6) ☐ Ja, 9-11 timer
- (7) ☐ Nej, jeg kender ikke den anbefalede søvnlængde for min aldersgruppe

Kender du Sundhedsstyrelsens anbefalede søvnlængde for en person i din aldersgruppe?

- (1) ☐ Ja, 5-6 timer
- (2) ☐ Ja, 6-7 timer
- (3) ☐ Ja, 7-8 timer
- (4) ☐ Ja, 8-9 timer
- (5) ☐ Ja, 9-10 timer
- (6) ☐ Ja, 10-11 timer

(7) ☐ Nej, jeg kender ikke den anbefalede søvnlængde for min aldersgruppe

Nedenfor er der en række udsagn, som afspejler menneskers tanker og holdninger om søvn. Læs hvert udsagn og angiv hvor enig du er. Hvis det ikke passer på din situation, kan du svare 'Helt uenig'.

	Helt enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Helt uenig
Jeg har brug for 8 timers søvn for at føle mig udhvilet og kunne fungere i løbet af dagen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Hvis jeg ikke får tilstrækkelig søvn en nat, har jeg brug for at indhente den tabte søvn ved at tage en lur næste dag eller sove længere den efterfølgende nat	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Jeg er bekymret for, at langvarige søvnproblemer vil få alvorlige konsekvenser for mit helbred	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Når jeg ikke kan falde i søvn, bør jeg blive i sengen og anstrenge mig mere for at sove	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Efter en dårlig nats søvn ved jeg, at det vil forstyrre mine aktiviteter næste dag	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Nedenfor er der en række udsagn, som afspejler menneskers tanker og holdninger om søvn. Læs hvert udsagn og angiv hvor enig du er.

Helt enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Helt uenig
-----------	------	--------------------------------	-------	------------

Det er bedst at gå tidligt i seng	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Det er bedst at gå i seng, når man begynder at blive træt	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Alle mennesker har brug for at sove omkring 8 timer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Det er vigtigt at stå tidligt op for at få noget ud af dagen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Jeg er tror på, at jeg kan falde i søvn inden for 30 minutter, når jeg lægger mig til at sove

- (1) ☐ Helt enig
- (2) ☐ Enig
- (3) ☐ Hverken enig eller uenig
- (4) ☐ Uenig
- (5) ☐ Helt uenig

De næste spørgsmål går mere i dybden med, hvordan du sover.

Synes du selv, du får nok søvn til at føle dig udhvilet?

- (1) ☐ Ja, som regel
- (2) ☐ Ja, men ikke tit nok
- (3) ☐ Nej, aldrig (næsten aldrig)

Hvor længe har du ikke fået søvn nok til at føle sig udhvilet?

- (1) ☐ Indenfor de seneste 4 uger
- (2) ☐ 1-6 måneder
- (3) ☐ Længere end 6 måneder

Hvad er årsagen til, at du ikke får nok søvn til at føle dig udhvilet?

Du kan vælge flere kategorier.

- (1) ☐ Opgaver relateret til arbejde eller uddannelse, fx besvare mails eller forberedelse til næste dag
- (2) ☐ Huslige gøremål, fx ordne vasketøj eller rydde op
- (3) ☐ Underholdning fra mobiltelefon, tablet, computer, spillekonsol eller tv
- (4) ☐ Natarbejde eller skiftende arbejdstider
- (5) ☐ Tanker og bekymringer relateret til arbejde eller uddannelse
- (6) ☐ Tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer
- (7) ☐ Tanker og bekymringer relateret til "verdenssituationen", fx krig, klima eller verdensøkonomi
- (8) ☐ Forstyrrelse fra eller brug af mobiltelefon, efter at du har lagt dig til at sove, fx til at tjekke nyheder, sociale medier eller beskeder
- (9) ☐ Fysiske symptomer som følge af egen sygdom eller lidelse (fx smerter, kropslig uro m.m.)
- (10) ☐ Psykiske symptomer som følge af egen sygdom eller lidelse (fx nedtrykthed, angst, tankemylder m.m.)
- (11) ☐ Toiletbesøg
- (12) ☐ Forstyrrelser fra børn i husstanden
- (13) ☐ Støj fra gadetrafik, tog, fly eller naboer
- (14) ☐ Forstyrrelse pga. partner
- (15) ☐ Forstyrrelse pga. kæledyr
- (16) ☐ Overgangsalder
- (17) ☐ Menstruation
- (18) ☐ Samvær med venner/kæreste/familie eller sociale begivenheder
- (19) ☐ Andre årsager (uddyb gerne): _____

Hvor tilfreds er du med dit nuværende søvnmønster?

- (1) ☐ Meget tilfreds
- (2) ☐ Tilfreds
- (3) ☐ Delvis tilfreds
- (4) ☐ Utilfreds

(5) ☐ Meget utilfreds

Nedenfor er der en række spørgsmål om dine eventuelle søvnproblemer. Hvis du ikke oplever søvnproblemer, kan du svare 'Slet ikke' til nedenstående spørgsmål.

Vurdér omfanget af dine eventuelle søvnproblemer inden for de seneste 2 uger.

	Slet ikke	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Har svært ved at falde i søvn	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Vågner ufrivilligt om natten	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Vågner for tidligt om morgenen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Nedenfor er der en række spørgsmål om dine eventuelle søvnproblemer. Hvis du ikke oplever søvnproblemer, kan du svare 'Slet ikke' til nedenstående spørgsmål.

	Slet ikke	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Hvor tydeligt tror du, det er for andre, at dit nuværende søvnproblem påvirker din trivsel/livskvalitet?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Hvor meget bekymrer/belaster dit nuværende søvnproblem dig?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
I hvilket omfang oplever du, at dit nuværende søvnproblem påvirker din hverdag (fx i form af træthed i løbet af dagtimerne, humør, evne til at klare dine daglige gøremål, koncentration, hukommelse, m.v.)?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Du har tidligere svaret, at du inden for de seneste 2 uger er vågnet ufrivilligt om natten.

Hvor lang tid tager det dig typisk at falde i søvn igen, når du vågner?

- (1) ☐ Under 10 minutter
- (2) ☐ 10-30 minutter
- (3) ☐ Over 30 minutter
- (4) ☐ Jeg kan ikke falde i søvn igen

Hvad er den primære årsag til, at du vågner ufrivilligt om natten?

Du kan vælge flere kategorier.

- (1) ☐ Brug for at gå på toilettet
- (2) ☐ Følelse af tørst eller sult
- (3) ☐ Tankemylder eller stress
- (4) ☐ Forstyrrelser fra børn i husstanden
- (5) ☐ Støj fra trafik, naboer eller andre i boligen (fx snorken, fjernsyn, kæledyr m.m.)
- (6) ☐ Ubehag eller smerter
- (7) ☐ Mareridt eller urolige drømme
- (8) ☐ Ved ikke
- (9) ☐ Andet (uddyb gerne) _____

De næste spørgsmål handler om, hvad du gør for at opnå en god nattesøvn, eller hvis du har oplevet søvnproblemer.

Tager du medicin (på recept eller i håndkøb) for at hjælpe dig med at sove?

- (1) ☐ Ja, hver dag
- (2) ☐ Ja, mindst én gang om ugen
- (3) ☐ Ja, sjældnere end hver uge
- (4) ☐ Nej, jeg er holdt op
- (5) ☐ Nej, jeg har aldrig taget medicin for at hjælpe mig med at sove

Hvilken slags medicin har du taget for at hjælpe dig med at sove?

Du kan vælge flere kategorier.

- (1) ☐ Benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende midler, fx Halcion, Imovane, Stilnoct
- (2) ☐ Melatonin, fx Circadin
- (3) ☐ Antipsykotika, fx Seroquel
- (4) ☐ Antidepressiva, fx Mirtazapin
- (5) ☐ Antihistaminer til allergi eller køresyge, fx Phenergan, Benaday, Alnok
- (6) ☐ Anden håndkøbsmedicin, fx smertestillende
- (7) ☐ Kosttilskud og naturmedicin, fx baldrianrod, kamille, tryptofan, magnesium, ashwagandha
- (8) ☐ Andet (uddyb gerne) _____
- (9) ☐ Ved ikke

Hvor køber du typisk din melatonin?

Du kan vælge flere kategorier.

- (1) ☐ Gennem recept fra almen praktiserende læge eller anden speciallæge (neurolog, psykiater eller anden)
- (2) ☐ På internettet (danske eller udenlandske hjemmesider)
- (3) ☐ I håndkøb i udlandet, fx i Tyskland
- (4) ☐ Af bekendte

Har du nogensinde søgt professionel hjælp eller brugt søvnapps/digitale hjælpemidler pga. søvnproblemer?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Hvilken professionel hjælp eller hvilke søvnapps/digitale hjælpemidler har du brugt?

Nej, det har jeg
ikke brugt

Ja, inden for det
seneste år

Ja, for mere end
et år siden

Søvnundervisning (fx foredrag, kommunale forløb)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
Søvnklinik	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
Søvnvejledning (herunder som del af et andet behandlingsforløb, fx i behandling for stress, angst, kræft eller anden sygdom)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
Alternativ behandling (fx akupunktur, zoneterapi, hypnose, kraniosakral-terapi)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
Søvncoach	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
Psykolog	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
Psykiater	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
Almen praktiserende læge	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
Søvnapps eller hjemmesider (fx Hvil-app, Sleep Cycle, Headspace, Calm, Mindhelper.dk)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
Andet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐

Du har svaret, at du på et tidspunkt har brugt følgende typer af professionel hjælp og/eller apps/digitale hjælpemidler.

I hvor høj grad synes du, at de hjalp på dine søvnproblemer eller forbedrede din søvn?

☐ Slet ikke
 ☐ I lav grad
 ☐ I nogen grad
 ☐ I høj grad
 ☐ I meget høj grad

Søvnundervisning (fx foredrag, kommunale forløb)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Søvnklinik	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Søvnvejledning (herunder som del af et andet behandlingsforløb, fx i behandling for stress, angst, kræft eller anden sygdom)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Alternativ behandling (fx akupunktur, zoneterapi, hypnose, kraniosakral-terapi)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Søvncoach	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Psykolog	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Psykiater	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Almen praktiserende læge	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Søvnapps eller hjemmesider (fx Hvil-app, Sleep Cycle, Headspace, Calm, Mindhelper.dk)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Gør du noget af nedenstående for bedre at kunne falde i søvn eller for at forbedre din søvn?
Du kan vælge flere kategorier.

Bemærk, at nedenstående metoder ikke nødvendigvis er et udtryk for, at de er videnskabeligt dokumenterede som effektive.

- (1) ☐ Bruger sovemaske
- (2) ☐ Bruger ørepropper
- (3) ☐ Bruger søvndagbog
- (4) ☐ Sover med tyngdedyne
- (5) ☐ Tager et varmt brusebad inden sengetid
- (6) ☐ Tager sokker på

- (7) ☐ Drikker te (fx kamille-te, godnat-te)
- (8) ☐ Lytter til musik
- (9) ☐ Lytter til beroligende lyde (fx regnvej, fuglekvidder, ASMR, white noise)
- (10) ☐ Mediterer eller bruger en åndedræststeknik
- (11) ☐ Kropslig afspænding (fx yoga, stræk, akupressurmåtte, massageapparat)
- (12) ☐ Bruger mundtape
- (13) ☐ Bruger bideskinne
- (14) ☐ Fokuserer på at trække vejret gennem næsen under søvn
- (15) ☐ Bruger skærm (fx ser TV, scroller på sociale medier)
- (16) ☐ Har ingen mobiltelefon i soveværelset
- (17) ☐ Læser
- (18) ☐ Hører lydbog/podcast
- (19) ☐ Bruger æteriske olier
- (20) ☐ Drikker alkohol, fx et glas vin eller øl
- (21) ☐ Ryger cigaretter eller bruger røgfri nikotinprodukter (fx snus, nikotinposer)
- (22) ☐ Ryger hash eller bruger CBD-olie
- (23) ☐ Har sex/onanerer
- (24) ☐ Andet (uddyb gerne) _____
- (25) ☐ Ingenting

Bruger du en digital enhed til at holde øje med din søvn (fx tracker med smartwatch/fitbit, smart ring/oura)?

- (1) ☐ Ja, altid
- (2) ☐ Ja, for det meste
- (3) ☐ Ja, nogle gange
- (4) ☐ Nej, aldrig eller næsten aldrig

Ændrer du din adfærd baseret på, hvad målingerne af din søvn viser?

- (1) ☐ I meget høj grad

- (2) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (4) ☐ I lav grad
- (5) ☐ Slet ikke

De næste spørgsmål handler om dit nuværende helbred og dine sundhedsvaner. Der findes ingen rigtige eller forkerte svar.

Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

- (1) ☐ Fremragende
- (2) ☐ Vældig godt
- (3) ☐ Godt
- (4) ☐ Mindre godt
- (5) ☐ Dårligt

Hvor høj er du i cm (uden sko)?

[Drop down fra 100 til 230]

Hvor meget vejer du i kg (uden tøj)?

[Drop down fra 30 til 250]

Ryger du cigaretter (ikke e-cigaretter)?

- (1) ☐ Ja, hver dag
- (2) ☐ Ja, mindst én gang om ugen
- (3) ☐ Ja, sjældnere end hver uge
- (4) ☐ Nej, jeg er holdt op
- (5) ☐ Nej, jeg har aldrig røget

Bruger du røgfri nikotinprodukter (fx snus, tyggetobak, nikotinposer) eller e-cigaretter (herunder engangsvapes/puff bars)?

- (1) ☐ Ja, hver dag
- (2) ☐ Ja, mindst én gang om ugen
- (3) ☐ Ja, sjældnere end hver uge
- (4) ☐ Nej, jeg er holdt op
- (5) ☐ Nej, jeg har aldrig brugt røgfri nikotinprodukter eller e-cigaretter

Har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?

Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selvom svaret er 0)

Mandag	_____
Tirsdag	_____
Onsdag	_____
Torsdag	_____
Fredag	_____
Lørdag	_____
Søndag	_____

Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige, passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?

- (1) ☐ Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen

(2) ☐ Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen

(3) ☐ Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)

(4) ☐ Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse

Inden for de seneste 2 uger: Hvor ofte har du været generet af følgende problemer?

	Slet ikke	Flere dage	Mere end halvdelen af dagene	Næsten hver dag
Følt dig nervøs, ængstelig eller anspændt	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Ikke kunnet holde op med at bekymre dig eller ikke kunne styre dine bekymringer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Lille interesse i eller glæde ved at gøre ting	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Følt dig nedtrykt, håbløs eller været deprimeret	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

Nedenfor er der en række udsagn om følelser og tanker.

Vælg det svar, som bedst svarer til, hvordan ofte du har haft det sådan i løbet af de seneste 2 uger.

	På intet tidspunkt	Sjældent	Noget af tiden	Ofte	Hele tiden
Jeg har følt mig optimistisk i forhold til fremtiden	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Jeg har følt mig nyttig	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Jeg har følt mig afslappet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Jeg har klaret problemer godt	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Jeg har tænkt klart	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Jeg har følt mig tæt på andre menneske	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Jeg har været i stand til at danne min egen mening om ting	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Hvor ofte har du følt dig stresset i de seneste 2 uger?

- (1) ☐ Hele tiden
- (2) ☐ Ofte
- (3) ☐ Sommetider
- (4) ☐ Sjældent
- (5) ☐ Aldrig

Du er snart færdig med spørgeskemaet. Vi har blot nogle få, afsluttende spørgsmål tilbage.

Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?

- (1) ☐ Ja, altid
- (2) ☐ Ja, for det meste
- (3) ☐ Ja, nogle gange
- (4) ☐ Nej, aldrig eller næsten aldrig

Har du indflydelse på dine arbejdstider, fx hvornår du møder eller går hjem fra arbejde?

- (1) ☐ I meget høj grad
- (2) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad

- (4) ☐ I lav grad
- (5) ☐ Slet ikke

Hvad er den højeste uddannelse, du har fuldført?

- (1) ☐ Jeg går stadig i grundskole (fx i folkeskole, privatskole, efterskole)
- (2) ☐ Grundskole (11 år eller færre fx i folkeskole, privatskole, efterskole)
- (3) ☐ Studenter-, HF-eksamen (fx HF, STX, HHX, HTX)
- (4) ☐ Et eller flere kortere kurser (fx specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser m.v.)
- (5) ☐ Erhvervsfaglig uddannelse/faglært (fx kontor- eller butiksassistent, frisør, murer, social- og sundhedshjælper/assistent, landmand)
- (6) ☐ Kort videregående uddannelse, 2-3 år (fx markedsøkonom, laborant, maskintekniker, datamatiker, multimediedesigner, økonoma, tandplejer)
- (7) ☐ Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (fx folkeskolelærer, socialrådgiver, bygningskonstruktør, sygeplejerske, fysioterapeut, diplomingeniør, pædagog, bachelor)
- (8) ☐ Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (fx civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog, ph.d.)

Tusind tak for din besvarelse. Vi sætter stor pris på, at du har taget dig tid til at deltage i denne undersøgelse.

Dine svar vil hjælpe os med at få en bedre forståelse af danskernes søvnvaner.

Hvis du er interesseret, har Sundhedsstyrelsen udarbejdet anbefalinger for søvnlængde til alle aldersgrupper. Det er individuelt, hvor lang tid vi hver især har brug for at sove, men anbefalingerne kan bruges som pejlemærke for, hvor længe børn, unge og voksne bør sove. På Sundhedsstyrelsens hjemmeside kan du også finde en række gode råd, som kan hjælpe med at forbedre din søvnkvalitet.

Tak igen for din deltagelse!

Bilag 3: Karakteristik af studiepopulation med vægtede data

Tabel B3.1. Bortfaldsanalyse af deltagere og ikke-deltagere baseret på køn og alder.

	Besvarede		Bortfald		Statistisk test
	n	%	n	%	
Køn					Chi i anden-test (p<0,0001)
Mænd	2.835	(42,6 %)	8.956	(52,9 %)	
Kvinder	3.823	(57,4 %)	7.972	(47,1 %)	
Alder					t-test (p<0,0001) Chi i anden-test (p<0,0001)
Gennemsnit (SD)	53,4	(18,4)	45,6	(18,9)	
16-24 år	593	(8,9 %)	2.625	(15,5 %)	
25-44 år	1.465	(22,0 %)	5.989	(35,4 %)	
45-64 år	2.477	(37,2 %)	5.145	(30,4 %)	
≥65 år	2.123	(31,9 %)	3.169	(18,7 %)	
Total	6.658	(28,2 %)	16.928	(71,8 %)	

Tabel B3.2. Karakteristik af personer, der indgår i spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan sover du?*. Uvægtede og vægtede procenter.

	Antal	% (uvægtede)	% (vægtede)
Total	6.658	100,0	100,0
Mænd			
16-24 år	240	3,6	7,1
25-44 år	545	8,2	14,7
45-64 år	1.018	15,3	15,7
≥65 år	1.030	15,5	11,9
Alle mænd	2.835	42,6	49,4
Kvinder			
16-24 år	352	5,3	6,8
25-44 år	920	13,8	14,9
45-64 år	1.458	21,9	15,1
≥65 år	1.093	16,4	13,9
Alle kvinder	3.823	57,4	50,6
Uddannelse^a			
Kort	476	7,9	9,6
Mellem	2.283	37,7	37,7
Lang	2.456	40,5	36,0
Erhvervsmæssig stilling			
I arbejde	3.586	53,9	53,6
Under uddannelse	542	8,1	12,2
Uden for arbejdsmarkedet eller uddannelse	2.475	37,2	33,0
Arbejdstidspunkt			
Fast dagarbejde	2.903	43,6	42,2

Fast aften-/natarbejde	116	1,7	2,1
Skiftende arbejdstider	562	8,4	9,2
Samlivsstatus^b			
Bor alene	1.558	23,4	26,3
Bor med partner	4.325	65,0	57,3
Bor med forældre	393	5,9	9,5
Bor med børn/søskende	1.844	27,7	30,2
Andet	207	3,1	4,5
Fysisk aktivitet			
Konkurrenceidræt	267	4,0	5,7
Motionsidræt eller lignende	1.415	21,3	20,2
Lettere motion	3.220	48,4	43,2
Stillesiddende aktivitet	771	11,6	12,8
Rygning			
Ryger dagligt	580	8,7	9,2
Ryger lejlighedsvist	247	3,7	4,6
Har tidligere røget	1.938	29,1	26,1
Har aldrig røget	2.995	45,0	43,5
Alkohol			
≤10 genstande om ugen	3.976	59,7	55,3
>10 genstande	906	13,6	12,9
Selvurderet helbred			
Fremragende	394	5,9	6,5
Vældig godt	1.860	27,9	26,2
Godt	2.449	36,8	35,0
Mindre godt	907	13,6	13,2
Dårligt	162	2,4	2,7
Mentalt velbefindende^c			
Lavt	1.060	15,9	17,7
Moderat	4.114	61,8	57,6
Højt	456	6,9	6,0

Procenter summerer ikke nødvendigvis til 100 % på grund af manglende data.

^aAfgrænset til personer på 25 år eller derover.

^bSummerer til mere end 100 %, da deltagerne kunne afkrydse mere end én svarkategori.

^cMentalt velbefindende er målt ved hjælp af Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (SWEMWBS) og er en inddelt i lavt (≤19,98), moderat (19,99-29,30) og højt mentalt velbefindende (≥29,31).