

Søvnløyse i Noreg

ØYSTEIN VEDAA

Solli DPS

Avdeling for helsefremjande arbeid, Folkehelseinstituttet
Bergen Søvnssenter

NY VITENSKAP

FAGFELLE-
VURDERT
ARTIKKEL

Samandrag

Føremålet med denne artikkelen er å gi oppdaterte tal for førekomen av søvnløyse (kronisk insomniling) blant vaksne i Noreg, undersøkje endringa frå 2020 til 2025 og skildre variasjon mellom befolkningsgrupper. Analysane byggjer på Den nasjonale folkehelseundersøkinga 2025, der 27 116 deltakarar hadde gyldige opplysningar om søvnløyse, og tilsvarende data frå pilotundersøkinga i 2020. Søvnløyse vart kartlagd med ein spørjeskjemabasert indikator som omfatta nattlege symptom, dagplager og minst tre månaders varigheit. I 2025 oppfylte 13,7 % indikatoren, mot 12,1 % i 2020. Førekomen var høgare blant kvinner enn blant menn og hadde ein tydeleg gradient etter utdanning og særleg hushaldsøkonomi. Skilnadene mellom fylke og fødelandsgrupper var små, medan førekomen var lågast blant dei eldste. Auken frå 2020 var særleg synleg blant kvinner, personar i alderen 30–59 år og personar med kortare utdanning eller økonomiske vanskar. Resultata viser at søvnløyse er eit omfattande og sosialt skeivfordelt folkehelseproblem.

Innleiing

Kor vanleg er søvnløyse i Noreg? Svaret avheng av kva vi meiner med søvnløyse, og korleis tilstanden blir målt. I denne artikkelen blir omgrepet søvnløyse brukt som norsk nemning for insomniling, òg kalla kronisk insomni. Dei sentrale internasjonale klassifikasjonssystema DSM¹, ICSD² og ICD-11³ er i hovudsak samde om kjernekrava for diagnosen insomni: Tilstanden inneber vedvarande vanskar med å sovne, halde søvnen ved lag eller at ein vaknar tidlegare enn ønskja, trass i tilstrekkeleg tid og høve

til å sove. Vanskane skal vere til stades minst tre netter i veka i minst tre månader og føre til vesentleg belastning eller redusert fungering på dagtid (1-3). Dette skil insomniling frå forbigåande søvnplagar og frå enkeltståande nattlege eller daglege symptom som ikkje oppfyller begge desse krava.

Søvnløyse blir diagnostisert på grunnlag av personen si eiga oppleving av nattesøvnen og fungering på dagtid (4). Objektive søvnmålingar som aktigrafi og polysomnografi er ikkje nødvendige for å stille diagnosen (5). Standardiserte diagnostiske intervju er likevel den sikraste måten å kontrollere at alle diagnosekriteria er vurderte. Slike intervju er ressurskrevjande og vanskelege å gjennomføre i store og representative befolkningsutval. I befolkningsundersøkingar blir søvnløyse difor vanlegvis kartlagd med sjølvrapporterte spørsmål eller spørjeskjema, og førekomsttala varierer med ordlyd, instrument, terskelverdi og kor fullstendig diagnosekriteria blir målte. Ei ny internasjonal metaanalyse av studiar med tilfeldig trekte utval frå den generelle befolkninga fann ein samla førekomst av insomni/søvnløyse på 12,4 % når diagnosen vart fastsett gjennom intervju, mot 16,3 % når DSM-kriteria vart kartlagde med sjølvrapporterte spørsmål (6).

Søvnløyse omfattar både nattlege symptom og plager på dagtid og er knytt til redusert livskvalitet og fungering, i tillegg til auka risiko for særleg psykiske, men også somatiske helseproblem (5). Pålitelege og samanliknbare førekomsttal er difor viktige for å følgje endringar over tid, identifisere grupper med særleg høg førekomst og planleggje førebygging og

1 DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2 ICSD – International Classification of Sleep Disorders

3 ICD – International Classification of Diseases

behandling. Samstundes inneber avhengigheita av målemetoden at slike tal alltid må tolkast i lys av korleis søvnløyse er definert og operasjonalisert.

Tidlegare representative undersøkingar av den vaksne norske befolkninga har også nytta kriteriebaserte spørsmål for å estimere førekkomsten av søvnløyse. Med identiske spørsmål i 1999-2000 og 2009-2010 auka delen som oppfylte ein spørjeskjemabasert, DSM-IV-nær definisjon av søvnløyse, frå 11,9 til 15,5 %. Førekkomsten var høgare blant kvinner og blant personar med lågare sosioøkonomisk status (7). Nyare norske undersøkingar av den vaksne befolkninga som har brukt Bergen insomniskala (BIS) (8), fann at 20,0 % oppfylte kriteria for søvnløyse i ei telefonundersøking (9), 24,9 % i ei nettpanelundersøking (10) og 36,1 % i ei nyare nettpanelundersøking om parasomniar (11). Estimata kan tyde på ein auke, men utgjer ikkje ein direkte samanliknbar tidsserie fordi utvalsramme, rekruttering, datainnsamling og deltaking varierte.

I Studentanes helse og trivselsundersøkingane (SHoT) vart det nytta eit kriteriebasert spørsmålssett inspirert av BIS, med krav om nattlege symptom og dagplager minst tre dagar per veke i minst tre månader. Med denne operasjonaliseringa oppfylte 30,5 % av studentane indikatoren i 2018 (12), medan 37,3 % av kvinnene og 25,8 % av mennene gjorde det i 2022 (13). I 2026 var delane høvesvis 28,3 % og 17,9 % (14).

I Den nasjonale folkehelseundersøkinga⁴ og folkehelseundersøkingane i fylka⁵ blir det brukt eit ytterlegare forkorta spørsmålssett, omtalt som ei tilpassa utgåve av BIS (15). Her vert søvnløyse kartlagd ved at deltakarane oppgjev kor ofte dei har vanskar med å sovne, gjentekne oppvakningar om natta og trøytteleik eller søvnigheit på dagtid, og kor lenge søvnvanskane har vart. Den avleidde indikatoren er oppfylt når deltakaren rapporterer minst eitt nattleg symptom minst tre gonger per veke, dagtidspager like ofte og ei varigheit på minst tre månader (15). Spørsmålssettet fangar dermed sentrale element i diagnosekriteria, men det er verken den originale Bergen insomniskala eller eit diagnostisk intervju. Tidleg oppvakning blir ikkje kartlagd som eit eige nattleg symptom ved sida av oppvakningar om natta. Det blir heller ikkje gjort ei klinisk vurdering av om dagplagene inneber vesentleg belastning eller redusert fungering, om deltakaren har tilstrekkeleg tid og høve til å sove, eller om andre tilstandar betre forklarar plagene. Når denne artikkelen omtalar førekkomsten av søvnløyse, viser tala derfor til delen av befolkninga som oppfyller denne spørjeskjemabaserte

indikatoren, ikkje til delen som har fått ein klinisk stadfesta insomnidiagnose.

Folkehelseundersøkingane ved Folkehelseinstituttet (FHI) gir eit omfattande datagrunnlag for å undersøkje søvnløyse i den vaksne befolkninga. Den nasjonale undersøkinga vart gjennomført som ei pilotundersøking i 2020 og på nytt i 2025. Dette gir høve til å samanlikne førekkomsten på to tidspunkt og til å undersøkje korleis søvnløyse varierer mellom sentrale grupper i befolkninga (15). Føremålet med denne artikkelen er å presentere oppdaterte tal for førekkomsten av søvnløyse blant vaksne i Noreg, undersøkje endringa frå 2020 til 2025 og skildre variasjon etter kjønn, alder, sosioøkonomiske forhold og fødelandsbakgrunn.

Metode

Datagrunnlag og deltakarar

Analysane i denne artikkelen byggjer på Den nasjonale folkehelseundersøkinga 2025 og blir samanlikna med tilsvarande data frå pilotundersøkinga i 2020. Ei meir detaljert skildring av utval, datainnsamling og spørjeskjema er gitt i hovudrapporten frå undersøkinga (15).

Den nasjonale folkehelseundersøkinga 2025 vart planlagt og gjennomført av Folkehelseinstituttet som ei landsdekkjande, digital spørjeundersøking blant personar som var 18 år eller eldre og busette i Noreg. Bruttoutvalet omfatta 100 000 personar som vart trekte tilfeldig frå Folkeregisteret. Utvalet vart trekt nasjonalt, utan stratifisering etter fylke eller alder. Personar med D-nummer eller skjerma adresse, og personar som var døde eller utflytta på trekkdatoen, inngjekk ikkje i trekkgrunnlaget.

For å styrkje datagrunnlaget i grupper som ofte er underrepresenterte i befolkningsundersøkingar, vart det trekt eit forsterka utval blant personar fødte i Polen, Ukraina, Somalia, Pakistan, Eritrea, Syria og Irak. Trekkjesannsynet var om lag 7,1 % i desse fødelandsgruppene, mot om lag 2,1 % i resten av trekkramma. Personar i det forsterka utvalet hadde dermed om lag 3,5 gonger så høgt sannsyn for å bli inviterte som andre. Eit slikt forsterka utval gir fleire deltakarar og sikrare estimat i grupper som elles lett blir for små til meningsfulle analysar. Det ulike trekkjesannsynet vart korrigert for gjennom vekting i dei statistiske analysane.

⁴ <https://www.fhi.no/hs/nhus/>

⁵ <https://www.fhi.no/hs/folkehelseundersokelsene-i-fylkene/>



Datainnsamlinga føregjekk frå 15. oktober til 27. november 2025. Dei inviterte fekk først ein førebuande SMS og deretter ein SMS med lenkje til informasjon om undersøkinga. Frå informasjonssida gjekk dei vidare til innlogging med BankID eller ID-porten, elektronisk samtykke og utfylling av spørreskjemaet. I løpet av feltperioden vart det sendt tre ordinære påminningar til personar som enno ikkje hadde delteke. Samtykke og spørreskjemadata vart samla inn ved bruk av Nettskjema og Tjenester for sensitive data ved Universitetet i Oslo. Spørreskjemaet var tilgjengeleg på bokmål, nynorsk, samisk, engelsk, polsk, ukrainsk, somali og tigrinja. Deltakinga var frivillig og basert på informert samtykke. Folkehelseinstituttet var behandlingsansvarleg for Den nasjonale folkehelseundersøkinga, som har heimel i forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkingar. Før datainnsamlinga vart det gjennomført ei vurdering av personvernkonsekvensar (DPIA). Analysane i denne artikkelen inngjekk i FHI si rapportering frå undersøkinga og kravde ikkje førehandsgodkjenning frå Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK).

Av dei 100 000 inviterte samtykte 28 435 til deltaking, som svarar til ein samla svarprosent på 28,4. Ein liten del samtykte utan å fullføre heile spørreskjemaet, og nettoutvalet varierer derfor noko mellom analysane. For indikatoren for søvnløyse var det gyldige opplysningar frå 27 116 deltakarar.

Svarprosenten var 33,8 blant personar fødte i Noreg og 34,7 blant personar fødte i andre vestlege land. Den var lågare blant personar fødte i austlege Europa og blant personar fødte i Afrika, Asia eller Latin-Amerika, med høvesvis 15,2 og 13,2 %. Den samla svarprosenten må sjåast i lys av at grupper med

lågare deltaking medvite var overrepresenterte i bruttoutvalet. Skilnadene understrekar samstundes kvifor forsterka utval, fleirspråklege spørreskjema og statistisk vekting er særleg viktige i landsdekkjande helseundersøkingar.

Pilotundersøkinga i 2020 var òg ei digital befolkningsundersøking blant vaksne i Noreg, men utvalsdesignet var annleis. Det vart då invitert om lag like mange personar frå kvart av dei elleve fylka som eksisterte på dette tidspunktet. Det vart ikkje trekt noko forsterka utval frå bestemte fødelandsgrupper. Til saman fullførte 8 852 personar spørreskjemaet, som gav ein deltakarprosent på 38,1. I 2020 vart deltaking definert som at personen hadde gått gjennom heile spørreskjemaet og trykt «send inn», medan svarprosenten i 2025 er rekna ut frå talet som samtykte til deltaking. Svarprosentane for dei to åra er derfor ikkje direkte samanliknbare.

Måleinstrument

Opplysningar om kjønn og fødselsnummer vart henta frå Folkeregisteret. Kjønn viser til registerført kjønn, og alder vart rekna ut frå fødselsnummeret. Alder vart brukt som ein kontinuerleg variabel i dei justerte analysane. Ved presentasjon av resultatane vart alder kategorisert.

Fødeland vart også henta frå register og gruppert med utgangspunkt i landgrupperinga til Statistisk sentralbyrå. Dei fire hovudgruppene var Noreg, andre vestlege land, austlege Europa og Afrika, Asia eller Latin-Amerika. Denne grupperinga vart brukt til å skildre svarprosenten og i analysar av variasjon mellom fødelandsgrupper.

Utdanningsnivå vart målt ved sjølvrapportert høgaste fullførte utdanning. I analysane av 2025-data vart utdanning presentert i fem kategoriar: grunnskule, vidaregåande skule, fagskule eller høgare utdanning på mindre enn to år, høgskule- eller universitetsutdanning på to til fire år og høgskule- eller universitetsutdanning på meir enn fire år.

Analysane som samanlikna førekomen mellom utdanningsnivå, omfatta berre personar som var 26 år eller eldre og ikkje var elevar eller studentar. Dette vart gjort fordi høgaste fullførte utdanning er vanskeleg å tolke blant yngre personar og personar som framleis er under utdanning. Når utdanning vart brukt som justeringsvariabel i analysar som omfatta heile utvalet, vart personar under 26 år og elevar eller studentar lagde i ein eigen kategori. Dermed kunne desse deltakarane beholdast i analysane utan at dei vart plasserte i ei utdanningsgruppe som kunne gi eit misvisande bilete av det endelege utdanningsnivået deira.

I samanlikningane mellom 2020 og 2025 vart utdanning slått saman til to nivå: vidaregåande skule eller kortare utdanning, og universitets- eller høgskuleutdanning. Også desse analysane vart avgrensa til personar over 25 år som ikkje var elevar eller studentar.

Den økonomiske situasjonen i hushaldet vart målt med eit spørsmål om kor lett eller vanskeleg det var å få pengane til å strekkje til i det daglege. Svaralternativa gjekk frå «Svært vanskeleg» til «Svært lett», i tillegg til «Veit ikkje». I analysane av 2025-data vart svara presenterte i fire grupper: vanskeleg eller svært vanskeleg, forholdsvis vanskeleg, forholdsvis lett og lett eller svært lett. I samanlikningane mellom 2020 og 2025 vart variabelen dikotomisert. «Svært vanskeleg», «Vanskeleg» og «Forholdsvis vanskeleg» vart definerte som økonomiske vanskar, medan «Forholdsvis lett», «Lett» og «Svært lett» vart definerte som at økonomien var lett å få til å strekkje til. Deltakarar som svarte «Veit ikkje», vart ikkje tekne med i desse analysane.

Søvnløyse

Søvnløyse vart kartlagd med eit kort, tilpassa spørsmålssett basert på Bergen insomnikkala (8). Deltakarane vart spurde kor ofte dei hadde vanskar med å sovne, kor ofte dei hadde gjentekne oppvakningar om natta, og kor ofte dei var trøytte eller søvnige på dagtid. Svaralternativa var «Aldri/sjeldan», «Av og til», «1–2 gonger per veke» og «Minst 3 gonger per veke». Deltakarane oppgav i tillegg kor lenge eventuelle søvnmanskar hadde vart.

På grunnlag av svara vart det laga ein dikotom indikator for søvnløyse. Indikatoren var oppfylt dersom deltakaren rapporterte anten innsovningsvanskar eller gjentekne oppvakningar om natta minst tre gonger per veke, samtidig som vedkomande rapporterte trøytteleik eller søvnigheit på dagtid minst tre gonger per veke, og at søvnmanskane hadde vart i minst tre månader. Tidleg oppvakning vart ikkje kartlagd som eit eige nattleg symptom ved sida av oppvakningar om natta. Indikatoren er derfor ei spørjeskjemabasert operasjonalisering av sentrale kriterium for insomniliding, ikkje ein klinisk stadfesta diagnose. Den same operasjonaliseringa vart lagd til grunn for samanlikninga mellom 2020 og 2025.

Statistiske analysar

Databehandling, omkodning av variablar og produksjon av figurar vart styrt gjennom eit analyseskript i RStudio versjon 4.5.2. Dei statistiske modellane vart gjennomførte i Stata versjon 18, hovudsakleg ved bruk av survey-modulen, som tek omsyn til utvalsdesign og vektor.

Alle hovudanalysane vart vekta. For 2025 korrigerde vekta først for at personar frå dei utvalde fødelandsgruppene hadde høgare trekkjesannsyn enn resten av befolkninga. Deretter vart utvalet standardisert til alders- og kjønnsamansetjinga i den norske befolkninga i 2025. Standardiseringa omfatta personar i alderen 18–95 år og vart gjennomført etter kjønn og sju aldersgrupper: 18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69, 70–79 og 80–95 år.

Også analysane frå 2020 vart vekta for utvalsdesign og alders- og kjønnsamansetjing. Sidan det i 2020 vart invitert om lag like mange frå kvart fylke, korrigerde vekta for ulike trekkjesannsyn mellom fylka. Vekta vart konstruert i 110 strata definerte av dei elleve fylka, kjønn og fem aldersgrupper: 18–29, 30–49, 50–65, 66–72 og 73–92 år. Dei årsspesifikke vektene vart nytta i alle analysar, også i samanlikningane mellom 2020 og 2025. Desse aldersgruppene vart nytta til konstruksjon av vekta og er ikkje dei same aldersgruppene som blir brukt ved presentasjon av resultata.

Fordi utfallet var dikotomt, vart førekomen av søvnløyse analysert med survey-vekta logistisk regresjon. Resultata vart omrekna til predikerte prosentdelar ved hjelp av marginale estimat og blir presenterte med 95 % konfidensintervall. På denne måten kan modellresultata lesast direkte som estimerte prosentdelar i befolkninga.

Den økonomiske
situasjonen i hushaldet
vart målt med eit spørsmål
om kor lett eller vanskeleg
det var å få pengane til å
strekkje til i det daglege.

For 2025 vart det først berekna ein samla, vekta førekomst og separate estimat for kvinner og menn. Fylkesvise estimat vart justerte for kjønn, alder og utdanningsnivå. Analysane etter utdanning vart presenterte separat for kvinner og menn, justerte for alder og avgrensa til personar over 25 år som ikkje var under utdanning. Analysane etter alder og kjønn vart ikkje justerte for andre variablar. Analysane etter hushaldsøkonomi og kjønn vart justerte for alder, medan analysane etter fødelandsgruppe og kjønn også vart justerte for alder.

Samanlikningane mellom 2020 og 2025 vart gjennomførte separat for kvart undersøkingsår og deretter stilte saman. Det vart altså ikkje nytta éin samla modell med år som forklaringsvariabel. Estimata for kjønn vart justerte for alder, og estimata for aldersgruppene vart justerte for kjønn. Estimata etter utdanning vart justerte for kjønn og alder og avgrensa til personar over 25 år som ikkje var elevar eller studentar. Estimata etter økonomisk situasjon og fødelandsgruppe vart justerte for kjønn og alder. Endringa mellom 2020 og 2025 vart uttrykt som differansen i prosentpoeng mellom dei to vekta og justerte estimata, med 95 % konfidensintervall for estimata i kvart år.

For den dikotome søvnløyseindikatoren vart skilnader mellom grupper i tillegg uttrykte som Cohens h. Effektstorleikar frå 0,10 til 0,24 vart tolka som små, frå 0,25 til 0,49 som middels og 0,50 eller høgare som store. Ei slik nivådeling er føremålstenleg når vi skildrar skilnader mellom store befolkningsgrupper (15), og er i tråd med Cohen si tilråding om at tolkinga av effektstorleik må tilpassast konteksten (16).

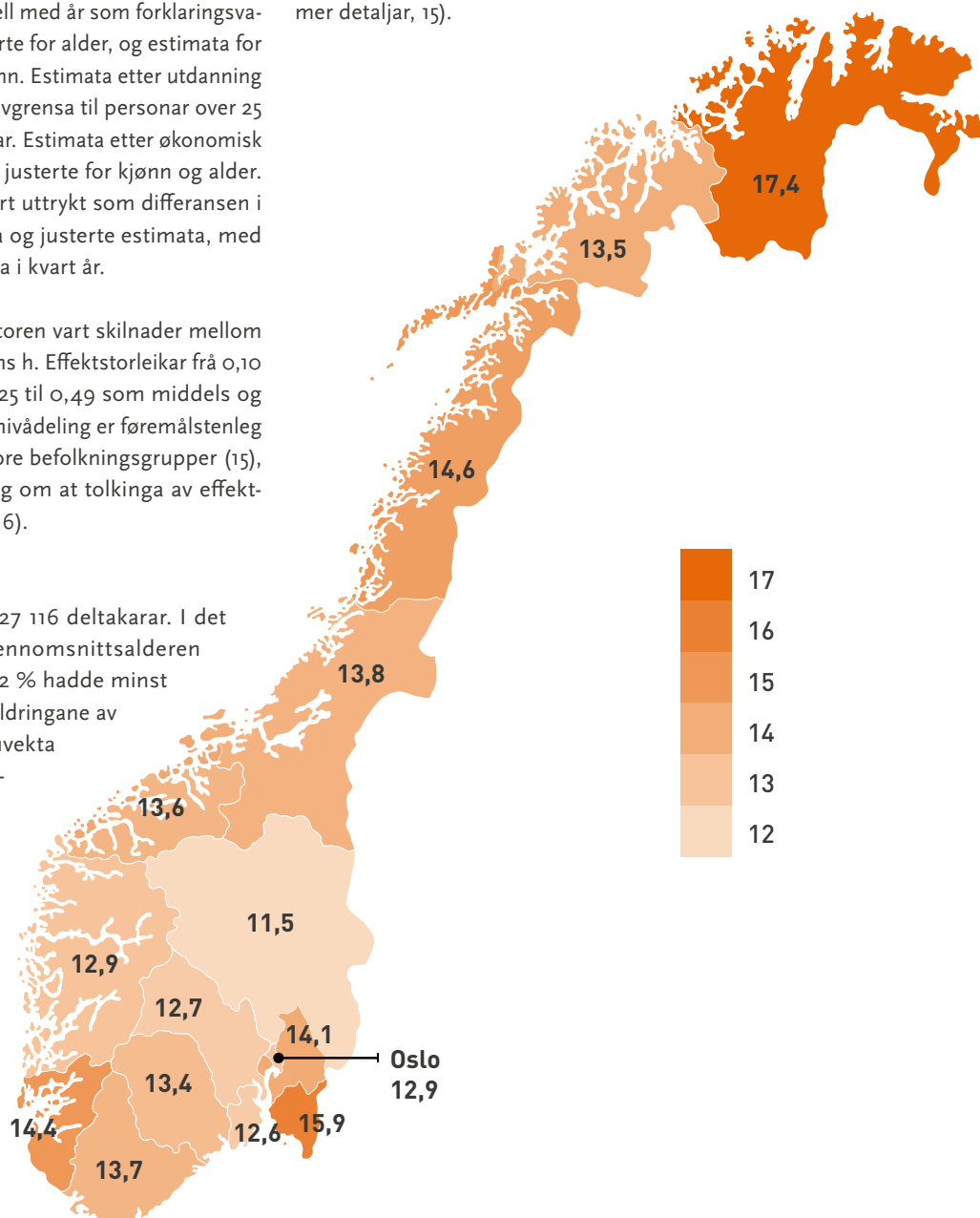
Resultat

Analysane av søvnløyse omfatta 27 116 deltakarar. I det samla respondentutvalet var gjennomsnittsalderen 51,4 år, 55,8 % var kvinner, og 49,2 % hadde minst to års høgare utdanning. Desse skildringane av respondentutvalet er baserte på uvekta tal, medan førekomstestimata nedanfor er vekta for utvalsdesign og alders- og kjønnsaman- setjinga i befolkninga.

Førekomsten av søvnløyse i 2025

I 2025 oppfylte 13,7 % den spørjeskjemabaserte indikatoren for søvnløyse (95 % KI 13,3–14,1). Andelen var 16,8 % blant kvinner (95 % KI 16,1–17,4) og 10,7 % blant menn (95 % KI 10,0–11,3).

Finnmark hadde den høgaste førekomsten av søvnløyse med 17,4 %, etterfølgd av Østfold med 15,9 % (figur 1). Innlandet hadde det lågaste estimatet, med 11,5 %. Skilnaden mellom Finnmark og Innlandet var 5,9 %-poeng og svara til ein liten effektstorleik (Cohens h = 0,17). Konfidensintervalla var breie og overlappa for fleire fylke, og resultatane viste ikkje noko tydeleg geografisk mønster (sjå Vedaa et al. 2026 for mer detaljar, 15).



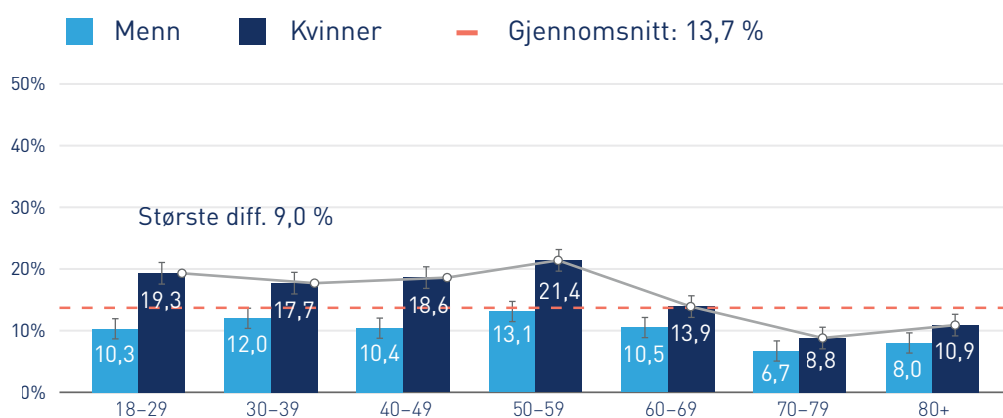
Figur 1. Varmekart over justert prosentandel som oppfyller indikatoren for søvnløyse, etter fylke, 2025.

Kjønn og alder

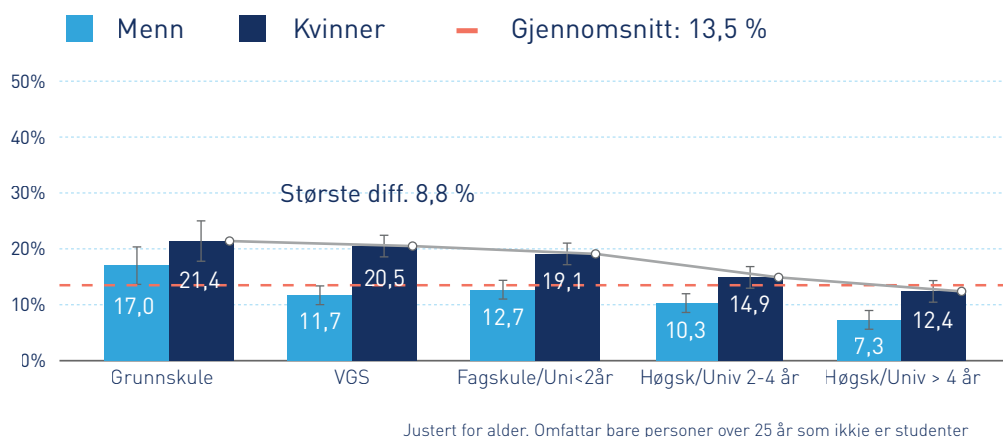
Andelen med søvnløyse heldt seg på eit relativt stabilt nivå frå 18 til 59 år, men var gjennomgåande høgare blant kvinner enn blant menn (figur 2). I desse aldersgruppene varierte andelen frå 17,7 til 21,4 % blant kvinner og frå 10,3 til 13,1 % blant menn. Førekkomsten var høgast blant 50–59-åringane for begge kjønn. Frå 60-årsalderen gjekk andelen ned, særleg i aldersgruppa 70–79 år, før ein liten auke blant dei eldste. Kjønnsforskjellen var tydeleg til og med aldersgruppa 60–69 år, men mindre og ikkje statistisk tydeleg blant personar som var 70 år eller eldre.

Utdanning og hushaldsøkonomi

Det var ein tydeleg sosial gradient etter utdanningsnivå for begge kjønn (figur 3). Blant kvinner gjekk andelen ned frå 21,4 % blant dei med grunnskule til 12,4 % blant dei med meir enn fire års høgskule- eller universitetsutdanning. Blant menn var dei tilsvarende andelane 17,0 og 7,3 %. Skilnaden mellom ytterpunktene var liten blant kvinner (Cohens $h = 0,24$) og middels blant menn ($h = 0,30$).



Figur 2. Andel med søvnløyse, etter kjønn og aldersgruppe (år), 2025. «Største diff.» viser den største skilnaden i prosentpoeng mellom kvinner og menn innan same kategori.

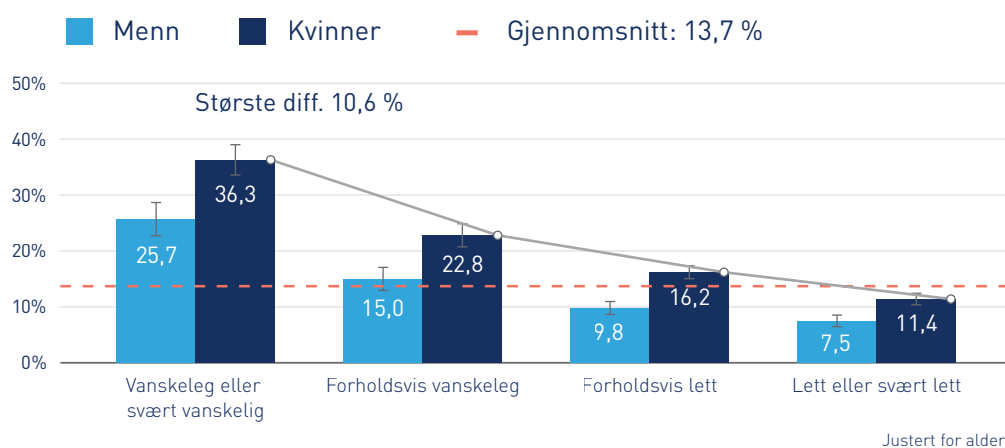


Figur 3. Andel med søvnløyse, etter kjønn og utdanningsnivå, 2025. Justert for alder. Omfattar berre personar over 25 år som ikkje er studenter. «Største diff.» viser den største skilnaden i prosentpoeng mellom kvinner og menn innan same kategori.

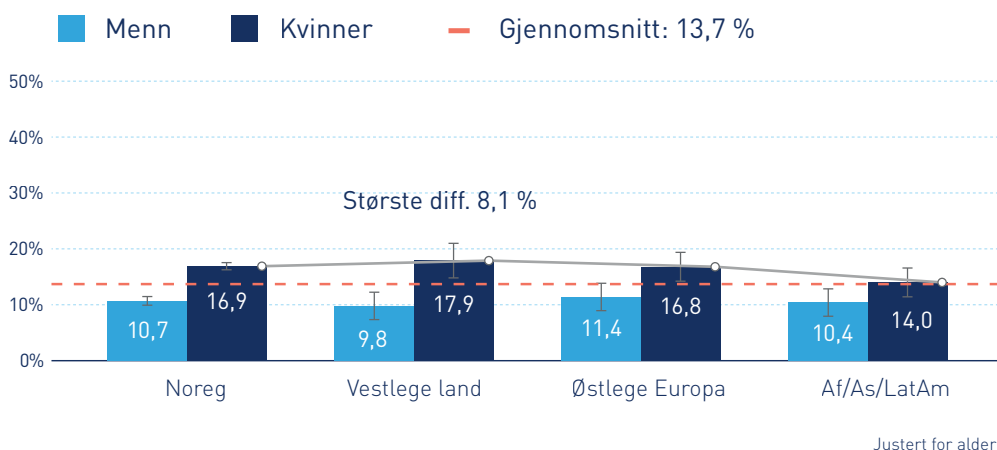
Blant kvinner var andelen med søvnløyse 36,3 % blant dei som opplevde økonomien som vanskeleg eller svært vanskeleg, mot 11,4 % blant dei som opplevde han som lett eller svært lett (figur 4). Blant menn var dei tilsvarande andelane 25,7 og 7,5 %. Effektstorleikane var store for begge kjønn, med Cohens h på 0,60 blant kvinner og 0,51 blant menn.

Fødelandsgruppe

Blant kvinner varierte andelen frå 14,0 % blant personar fødte i Afrika, Asia eller Latin-Amerika til 17,9 % blant personar fødte i andre vestlege land (figur 5). Blant menn varierte andelen frå 9,8 % i andre vestlege land til 11,4 % i austlege Europa. Skilnaden mellom gruppene svara til ein liten effektstorleik blant kvinner (Cohens h = 0,11) og ein uvesentleg effektstorleik blant menn (h = 0,05).



Figur 4. Andel med søvnløyse, etter kjønn og vurdering av hushaldsøkonomien, 2025. Justert for alder. «Største diff.» viser den største skilnaden i prosentpoeng mellom kvinner og menn innan same kategori.



Figur 5. Andel med søvnløyse, etter kjønn og fødelandsgruppe, 2025. Justert for alder. «Største diff.» viser den største skilnaden i prosentpoeng mellom kvinner og menn innan same kategori.

Forskjell i førekomst frå 2020 til 2025

Den samla andelen med søvnløyse auka frå 12,1 % i 2020 (95 % KI 11,3–12,9) til 13,7 % i 2025 (95 % KI 13,3–14,1). Auken på 1,6 %-poeng var liten, men statistisk sikker (figur 6).

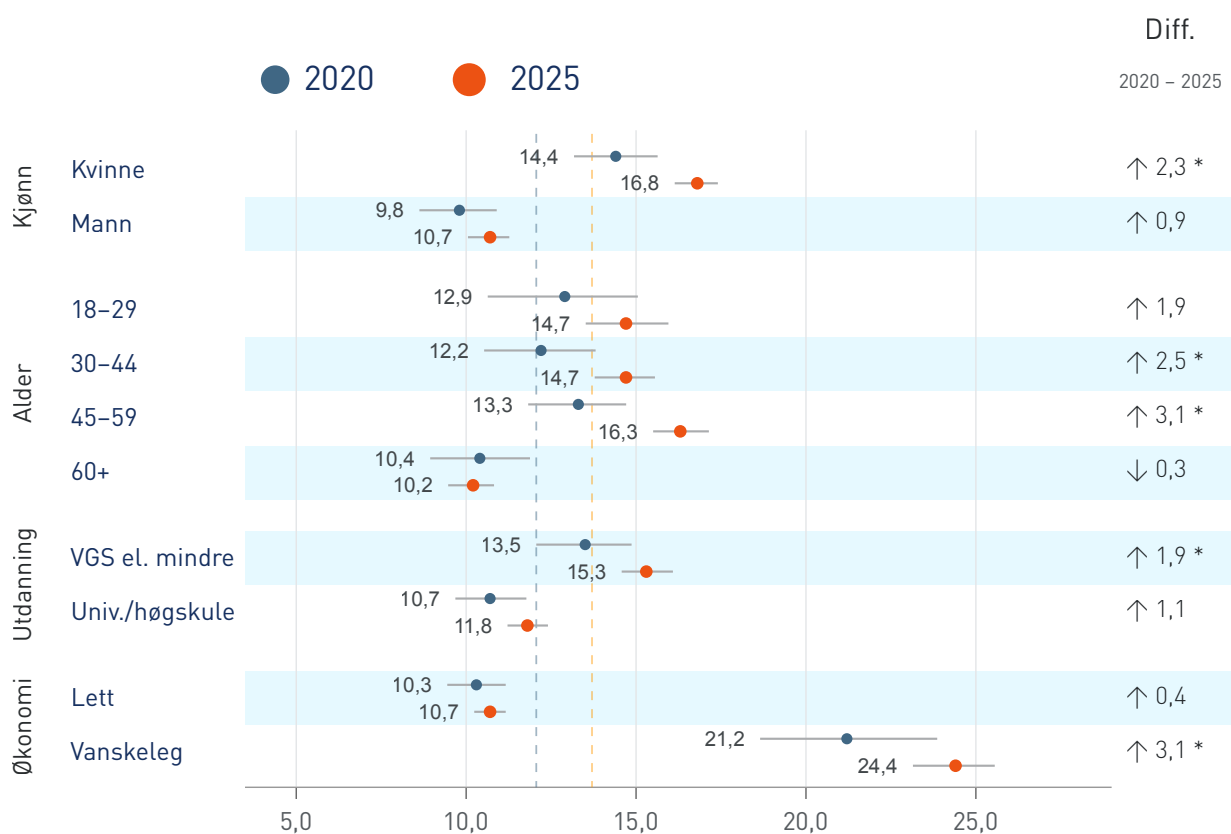
Auken var statistisk sikker blant kvinner, der andelen gjekk frå 14,4 til 16,8 %, men endringa var ikkje statistisk sikker blant menn. Etter alder var det ein statistisk sikker auke blant 30-44-åringar, frå 12,2 til 14,7 %, og blant 45-59-åringar, frå 13,3 til 16,3 %. Det var ikkje statistisk sikre endringar blant 18-29-åringar eller blant personar som var 60 år eller eldre.

Etter utdanning auka andelen statistisk sikkert blant personar med vidaregåande skule eller kortare utdanning, frå 13,5 til 15,3 %, medan endringa blant personar med universitets- eller høgskuleutdanning ikkje var statistisk sikker. Tilsvarande auka

andelen blant personar som rapporterte økonomiske vanskar, frå 21,2 til 24,4 %, men ikkje blant dei som opplevde at økonomien var lett å få til å strekke til.

Diskusjon

Føremålet med denne artikkelen var å gi eit oppdatert bilete av førekomsten av søvnløyse (kronisk insomniliid) i den vaksne befolkninga i Noreg, undersøkje endringa frå 2020 til 2025 og skildre variasjon mellom sentrale befolkningsgrupper. I 2025 oppfylte 13,7 % den spørjeskjemabaserte indikatoren for søvnløyse, mot 12,1 % i 2020. Auken på 1,6 %-poeng var liten i absolute tal, men statistisk sikker. Førekomsten var høgare blant kvinner enn blant menn, og den statistisk sikre auken vart først og fremst funnen blant kvinner, personar i alderen 30–59 år, personar med kortare utdanning og personar som opplevde økonomiske vanskar.



Andel (justert) for heile utvalet: 2020: 12,1 (11,3–12,9) | 2025: 13,7 (13,3–14,1) | * Signifikante skilnader

Figur 6. Andel (justert) med søvnløyse i 2020 (12,1 %, 95 % KI 11,3–12,9) og 2025 (13,7 %, 95 % KI 13,3–14,1), etter kjønn, alder, utdanningsnivå og økonomisk situasjon. Asterisk (*) indikerer statistisk sikre skilnader på $p < 0,05$ nivå. Differansane er berekna frå uavrunda estimat og kan derfor avvike noko frå differansen mellom dei avrunda prosenttala som er viste i figuren.

Den samla førekomsten på 13,7 % ligg mellom estimata frå den nyaste internasjonale metaanalysen som fann 12,4 % ved diagnostiske intervju og 16,3 % ved sjølvrapportering (6). Estimatet var samstundes lågare enn dei nyare norske BIS-baserte punkttestimata på 20,0, 24,9 og 36,1 % (9-11). Skilnaden må tolkast i lys av både ulik operasjonalisering av søvnløyse og ulikt utvalsdesign. Studien frå 2018 med eit estimat på 20,0 % tok utgangspunkt i eit tilfeldig folkeregisterutval (9), medan studiane frå 2023 og 2026 med estimat på 24,9 og 36,1 % rekrutterte frå samtykkebaserte nettpanel (10, 11). Desse tre undersøkingane var eksplisitt retta mot søvn, samt at studien med høgast punkttestimat også hadde noko lågare svarprosent (19,8 %). Alle nytta demografisk vektning, som kan korrigere for skilnader i den målte demografiske samansetjinga, men ikkje nødvendigvis for selektiv deltaking knytt til søvnproblem eller interesse for søvn.

Funnet av høgare førekomst blant kvinner og personar med kortare utdanning er òg i samsvar med tidlegare norske og internasjonale studiar (5, 7). Den mest markante sosiale skilnaden i denne undersøkinga gjaldt likevel hushaldsøkonomien. Blant dei som opplevde økonomien som vanskeleg eller svært vanskeleg, oppfylte 36,3 % av kvinnene og 25,7 % av mennene indikatoren for søvnløyse, mot høvesvis 11,4 og 7,5 % blant dei som opplevde økonomien som lett eller svært lett. Det kan godt vere at økonomi er ein viktig drivar bak utviklinga av søvnløyse, sidan vi dei siste åra har sett ein markant auke i delen av befolkninga som opplever at det er vanskeleg å få pengane til å strekkje til. I enkelte fylke har delen i befolkninga som opplever vanskar med å få pengane til å strekkje til auka med opptil 11 %-poeng (17). Samanhengane mellom søvnløyse og økonomi kan gå begge vegar: Økonomiske vanskar kan skape uro og vedvarande aktivering som forstyrrar søvnen, medan søvnløyse kan svekkje fungering og tilknytning til arbeidslivet. Andre belastningar kan òg påverke både økonomien og søvnen. Ei systematisk oversikt og metaanalyse fann likevel at inntektsauke har positiv innverknad på psykisk helse og livskvalitet, og at inntektsfall kan ha sterkare negative verknader enn dei positive verknadene av tilsvarande inntektsauke (18). At auken i søvnløyse var konsentrert blant personar med kortare utdanning og økonomiske vanskar, peikar difor mot at førebygging ikkje berre bør handle om behandling av enkeltpersonar, men òg om økonomisk tryggleik og ei samfunnsutvikling som motverkar aukande sosiale skilnader.

Gjennom fleire år har mykje av merksemda vore retta mot ein sterk auke i søvnløyse blant ungdom og unge vaksne (19, 20). Resultata i denne artikkelen tyder likevel på at tyngdepunktet for den ugunstige utviklinga kan vere i ferd med å flytte seg. Over dei siste fem åra var det ingen statistisk sikker auke i søvnløyse blant 18-29-åringar, medan førekomsten auka blant både 30-44- og 45-59-åringane. Det same mønsteret er funne i fire

store fylkesvise folkehelseundersøkingar gjennomførte det siste året, med til saman nær 125 000 deltakarar. Undersøkingane er baserte på folkeregistertrekk og analysar med design- og befolkningsvekter, og ingen av dei viste statistisk sikker auke i søvnløyse blant 18-29-åringane (21-24). SHoT-undersøkinga viser jamvel ein nedgang i førekomsten av søvnløyse frå 2022 til 2026, frå 37,3 % til 28,3 % blant kvinnelege studentar og frå 25,8 % til 17,9 % blant mannlege studentar (14). Førekomsten er likevel framleis høg blant unge, og søvnvanskar i denne livsfasen er knytte til redusert skole- og studiefungering (20). I dei nyaste befolkningsbaserte undersøkingane er aldersgruppene midt i livet ofte blant dei som har hatt den mest ugunstige utviklinga på ei rekkje mål for helse og trivsel (15, 17, 21, 22). Også her blir den økonomiske utviklinga i samfunnet trekt fram som ei mogleg forklaring (t.d., 15), ettersom svekt privatøkonomi kan ramme særleg hardt i denne livsfasen, der store lån, etablering i arbeidslivet og forsørgjaransvar ofte fell saman. Den sterke samanhengen mellom økonomisk handlingsrom og søvnløyse i denne undersøkinga gjer dette til ei viktig forklaring å undersøkje vidare.

At søvnløyse var minst utbreidd blant dei eldste, er kanskje eit overraskande funn for nokon. Tradisjonelle epidemiologiske oversikter har lagt til grunn at førekomsten aukar med alderen, og overgangsalderen til dømes er knytt til ein auke i insomni-symptom blant kvinner (5, 25). Resultata her viser det motsette mønsteret for sjølvrapportert, kriteriebasert søvnløyse. Det same hovudmønsteret er funne i fleire norske befolkningsundersøkingar (t.d., 9, 17, 21, 22) og i norske undersøkingar av pasientar i allmennpraksis (26). Dette inneber ikkje nødvendigvis at eldre søv objektivt betre. Søvnlen kan vere lettare og meir fragmentert, samstundes som dei eldre opplever mindre belastning, har andre forventningar til søvnen eller i mindre grad får redusert fungering på dagtid. Aldersmønster i helseplagar er heller ikkje uforanderlege. I Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT) var depressive symptom i 1995–1997 minst utbreidde blant personar i 20-åra og mest utbreidde blant dei eldste. I 2017–2019 var dette mønsteret snudd blant kvinner og i stor grad jamna ut blant menn (27). Ei liknande samfunnsending kan ha medverka til at søvnløyse no blir rapportert sjeldnare blant eldre enn blant yngre og middelaldrande vaksne. Samstundes viser Den nasjonale folkehelseundersøkinga eit interessant paradoks: Trass i at søvnløyse var minst utbreidd blant dei eldste, oppgav 11,3 % av personane som var 60 år eller eldre, at dei brukte sovemedisin kvar veke. Dette var ein høgare del enn i alle dei yngre aldersgruppene: 7,6 % blant 18–29-åringane, 6,3 % blant 30–44-åringane og 7,1 % blant 45–59-åringane (15). Det er neppe fordi dei eldre i løynd har fått tilgang til ein særleg effektiv sovemedisin som dei yngre ikkje har fått høyre om. Nokre kan sjølv sagt ha symptom som er godt behandla, eller bruke medikamenta av andre grunnar,

men mønsteret kan òg tyde på ein lågare terskel for å skrive ut sovemiddel til eldre. Ei norsk undersøking i allmennpraksis fann at dei eldste hadde lågare risiko for søvnløyse (kronisk insomni) enn dei yngste, men meir enn dobbelt så høgt sannsyn for å bruke sovemiddel (26). Norske fastlegar har òg skildra korleis regelmessig forskrivning til eldre held fram trass i tilrådingar om restriktiv og kortvarig bruk (28). Dersom den høgare bruken av sovemiddel bidreg til mindre søvnløyse blant eldre, kan behandlingseffekt vere ein del av forklaringa, men regelmessig bruk av hypnotika som z-legemiddel må samstundes vegast mot auka risiko for fall, brot og andre skadar hos eldre (29).

Styrkar og svakheiter

Ein viktig styrke ved undersøkinga er det store, tilfeldige trekte og landsdekkjande utvalet. Analysane omfattar over 27 000 personar med gyldige opplysningar om søvnløyse. Det forsterka utvalet frå fødelandsgrupper som ofte er underrepresenterte i befolkningsundersøkingar, eit spørjeskjema på fleire språk og vekting for ulikt trekkjesannsyn og alders- og kjønssamansetjinga i befolkninga styrkjer grunnlaget for nasjonale estimat og samanlikningar mellom grupper. At den same operasjonaliseringa av søvnløyse vart brukt i 2020 og 2025, og at årsspesifikke vektorer tok omsyn til dei ulike utvalsdesigna, gir dessutan eit sjeldan nasjonalt grunnlag for å overvake endringar over tid (15).

Den viktigaste svakheita er den moderate svarprosenten på 28,4 % og at deltakinga varierte tydeleg etter kjønn, alder og fødelandsgruppe. Vektinga reduserer nokre av desse skeivskapane, men kan ikkje fullt ut korrigere for selektiv deltaking knytt til helse, levkår eller søvnløyse. Ei registerkopia fråfallsanalyse frå ei tidlegare fylkesvis folkehelseundersøking fann liten helserelatert seleksjon samla sett, men noko lågare deltaking blant personar med uføretrygd eller arbeidsavklaringspengar grunna psykiske lidningar (30). Den heildigitale datainnsamlinga kan i tillegg ha redusert deltakinga blant personar med svak digital tilgang, språklege barrierar eller helseproblem som gjorde deltaking vanskeleg. Ei eiga samanlikning blant eldre fann rett nok små skilnader mellom digital og postal innsamling for søvnløyse, men seleksjon kan framleis ha påverka estimata i enkelte undergrupper (31). Sidan utvalet ikkje vart trekt separat innan kvart fylke, bør dei fylkesvise tala først og fremst lesast som uttrykk for overordna geografiske mønster, ikkje som presise lokale førekomstestimat.

Samanlikninga mellom 2020 og 2025 må òg tolkast med ei viss varsemd. Undersøkingane hadde ulike trekkdesign, ulik samansetjing av fødelandsgrupper og noko ulike prosedyrar for vekting, og pilotundersøkinga i 2020 vart gjennomført under covid-19-pandemien. Dei statistiske prosedyrane gjer estimata mest mogleg samanliknbare, men kan ikkje fjerne alle moglege metodeforskjellar. Med berre to måletidspunkt kan resultata skildre ei endring frå 2020 til 2025, men ikkje fastslå ein stabil trend. Analysane er dessutan baserte på repeterte tverrsnitt. Dei sterke samanhengane mellom søvnløyse og til dømes økonomiske vanskar seier derfor ikkje noko sikkert om årsaksretninga eller om andre forhold kan forklare delar av samanhengen.

Søvnløyseindikatoren har òg viktige svakheiter. Han er basert på eit kort, tilpassa spørsmålsett og er verken den originale Bergen insomnikala eller eit diagnostisk intervju. Spørsmålet om nattlege oppvakningar skil ikkje mellom ulike former for vanskar med å halde søvnen ved lag, gir ikkje eit mål på kor lenge deltakaren er vaken etter innsovning, og kartlegg ikkje tidleg oppvakning som eit eige symptom. Trøytteleik eller søvnigheit på dagtid er heller ikkje nødvendigvis det same som vesentleg belastning eller redusert fungering. Det blir i tillegg ikkje vurdert om deltakaren har tilstrekkeleg tid og høve til å sove, eller om andre søvnlidningar, sjukdommar eller legemiddel betre kan forklare plagene. Indikatoren kan derfor både inkludere personar som ikkje ville fått ein klinisk diagnose, og oversjå personar som oppfyller diagnosekriteria på andre måtar. Samstundes ligg den samla førekomsten nær internasjonale estimat frå både intervju- og spørjeskjemastudier (6). Når ordlyd og kodingsreglar blir haldne stabile, kan indikatoren derfor vere godt eigna til å skildre relative skilnader mellom befolkningsgrupper og overvake endringar over tid. Resultata bør likevel tolkast som førekomsten av ein spørjeskjembasert indikator for søvnløyse, ikkje som eit presist estimat på klinisk diagnostisert insomniliding.

Konklusjon

Den estimerte førekomsten av søvnløyse blant vaksne i Noreg var 13,7 % i 2025, ein liten, men statistisk sikker auke frå 2020. Auken var særleg synleg blant kvinner, personar i alderen 30–59 år og grupper med kortare utdanning eller økonomiske vanskar. Den sterke samanhengen med hushaldsøkonomien peikar mot at førebygging av søvnløyse ikkje berre bør handle om behandling, men òg om økonomisk tryggleik og mindre sosiale skilnader.

Ein viktig styrke ved undersøkinga er det store, tilfeldige trekte og landsdekkjande utvalet.

REFERANSAR

1. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association D. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
2. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders (3rd ed., text rev.; ICD-3-TR). Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2023.
3. World Health Organization. International classification of diseases, eleventh revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2019/2021.
4. Bjorvatn B, Kallestad H, Hrubos-Strøm H, Abeler K, Sivertsen B, Waage S, et al. Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av kronisk insomni hos voksne. *Søvn*. 2025;17(1):22-31.
5. Riemann D, Benz F, Dressle RJ, Espie CA, Johann AF, Blanken TF, et al. Insomnia disorder: State of the science and challenges for the future. *Journal of Sleep Research*. 2022;31(4):e13604.
6. van Straten A, Weinreich KJ, Fábíán B, Reesen J, Grigori S, Luik AI, et al. The prevalence of insomnia disorder in the general population: A meta-analysis. *Journal of Sleep Research*. 2025;34(5):e70089.
7. Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B. A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Medicine*. 2014;15(2):173-9.
8. Pallesen S, Bjorvatn B, Nordhus IH, Sivertsen B, Hjørnevik M, Morin CM. A new scale for measuring insomnia: the Bergen Insomnia Scale. *Perceptual and Motor Skills*. 2008;107(3):691-706.
9. Bjorvatn B, Waage S, Pallesen S. The association between insomnia and bedroom habits and bedroom characteristics: an exploratory cross-sectional study of a representative sample of adults. *Sleep Health*. 2018;4(2):188-93.
10. Bjorvatn B, Waage S, Saxvig IW. Do people use methods or tricks to fall asleep? A comparison between people with and without chronic insomnia. *Journal of Sleep Research*. 2023;32(2):e13763.
11. Drugli EH, Lehmann OE, Pallesen S, Saxvig IW, Waage S, Bjorvatn B. Prevalence of different parasomnias in the general Norwegian population, and their association with insomnia, anxiety, and depression. A cross-sectional web-panel survey. *Frontiers in Sleep*. 2026;5:1806980.
12. Sivertsen B, Vedaa Ø, Harvey AG, Glozier N, Pallesen S, Aarø LE, et al. Sleep patterns and insomnia in young adults: A national survey of Norwegian university students. *Journal of Sleep Research*. 2019;28(2):e12790.
13. Sivertsen B, Harvey AG, Vedaa Ø, Pallesen S, Hysing M. Sleep across the pandemic in norwegian university and college students: A national repeated cross-sectional analysis (2010–2023). *Journal of Sleep Research*. 2026:e70312.
14. Sivertsen B, Bjørkheim SB. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2026. Oslo: Studentsamskipnaden SiO; 2026.
15. Vedaa Ø, Hjetland GJ, Nguyen TT, Sunde E, Abel MH, Indseth T, et al. Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Bergen: Folkehelseinstituttet; 2026.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2. utg.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
17. Hjetland GJ, Sunde E, Nguyen TT, Knapstad M, Nilsen TS, Nes RB, et al. Folkehelseundersøkelsen i Akershus 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Bergen: Folkehelseinstituttet; 2026.
18. Thomson RM, Igelström E, Purba AK, Shimonovich M, Thomson H, McCartney G, et al. How do income changes impact on mental health and wellbeing for working-age adults? A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 2022;7(6):e515-e28.
19. Bakken A. Ungdata 2025: Nasjonale resultater. NOVA Rapport 4/25. Oslo: NOVA, OsloMet; 2025.
20. Sivertsen B. Søvnvansker i Norge. In: Tvedten HM, editor. Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. ; 2026.
21. Vedaa Ø, Sunde E, Nguyen TT, Knapstad M, Nilsen TS, Nes RB, et al. Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Bergen: Folkehelseinstituttet; 2026.
22. Vedaa Ø, Sunde E, Nguyen TT, Knapstad M, Nilsen TS, Nes RB, et al. Folkehelseundersøkelsen i Telemark 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Bergen: Folkehelseinstituttet; 2026.
23. Hjetland GJ, Sunde E, Nguyen TT, Knapstad M, Nilsen TS, Nes RB, et al. Folkehelseundersøkelsen i Østfold 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Bergen: Folkehelseinstituttet; 2026.
24. Hjetland GJ, Sunde E, Nguyen TT, Knapstad M, Nilsen TS, Nes RB, et al. Folkehelseundersøkelsen i Buskerud 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Bergen: Folkehelseinstituttet; 2026.
25. Baker FC, De Zambotti M, Colrain IM, Bei B. Sleep problems during the menopausal transition: prevalence, impact, and management challenges. *Nature and Science of Sleep*. 2018;10:73-95.
26. Torsvik S, Bjorvatn B, Eliassen KE, Forthun I. Prevalence of insomnia and hypnotic use in Norwegian patients visiting their general practitioners. *Family Practice*. 2023;40(2):352-9.
27. Krokstad S, Weiss DA, Krokstad MA, Rangul V, Kvaløy K, Ingul JM, et al. Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: repeated cross-sectional population-based surveys from the HUNT Study, Norway. *BMJ open*. 2022;12(5):e057654.
28. Skjeie H, Brekke M, Skonnord T. GPs' reflections on prescribing addictive hypnotics to older people: a qualitative study. *BJGP open*. 2024;8(4).
29. Treves N, Perlman A, Kolenberg Geron L, Asaly A, Matok I. Z-drugs and risk for falls and fractures in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*. 2018;47(2):201-8.
30. Nilsen TS, Knapstad M, Skogen JC, Aarø LE, Vedaa Ø. Non-response bias in the Norwegian Counties Public Health Survey: Insights from linkage to register data. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2026;54(6):607-14.
31. Knapstad M, Djupedal ILR, Bang Nes R, Nilsen TS, Aarø LE, Vedaa Ø. Livskvalitet, subjektiv helse, sosiale relasjoner og funksjonsnivå blant eldre i Bergen 2024. Bergen: Folkehelseinstituttet; 2025.