

Statusartikel

Kognitiv adfærdsterapi til kronisk insomni

Ellen Berggreen Jochumsen & Anne Mette Kelstrup

Ambulatorium for Psykoterapi, Københavns Universitetshospital – Psykiatrisk Center Amager

Ugeskr Læger 2025;187:V06240390. doi: 10.61409/V06240390

HOVEDBUDSKABER

Almindelig søvnhygiejne har ikke effekt på kronisk insomni.

Cognitive behavioural therapy for insomnia (CBT-i) er førstevalg over medicinsk behandling, og online-CBT-i har effekt, der nærmer sig standardbehandling.

CBT-i kan med fordel gøres mere tilgængelig og i højere grad bruges i behandlingen af kronisk insomni.

Kronisk insomni er en hyppig lidelse med alvorlige konsekvenser. Prævalensen af insomni er i Europa mellem 5,7% og 19% [1], og antallet af danskere med søvnproblemer stiger. I Sundhedsstyrelsens rapport fra 2021 om danskernes sundhed fremgår det, at andelen af voksne med søvnproblemer steg fra 10% i 2010 til 15% i 2021 [2]. Kronisk insomni og for lidt søvn (< 6 timer) øger risikoen for overvægt, type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og for tidlig død [3-6]. Derudover er insomni vist at være associeret med øget risiko for at udvikle, få forværring og/eller recidiv af psykiske lidelser samt øget forekomst af selvmordstanker og -adfærd [6, 7].

Samfundsøkonomisk er insomni desuden en betydelig byrde grundet udgifter til sundhedsydelse og tabt arbejdsevne [6]. Selv om kronisk insomni er hyppigt forekommende, er behandlingen ikke ligetil. I The European Insomnia Guideline [8] anbefales det, at kognitiv adfærdsterapi til insomni (cognitive behavioural therapy for insomnia, herefter kaldet CBT-i) er førstevalg i behandlingen af kronisk insomni hos voksne, enten ansigt til ansigt (F2F) eller digitalt. Farmakologisk behandling bør kun anvendes, hvis CBT-i ikke har tilstrækkelig effekt [8]. Ved komorbid insomni og anden psykiatrisk lidelse er det påvist, at CBT-i har effekt på begge tilstande [9], ligesom CBT-i kan anvendes i forbindelse med medicinreduktion af hypnotika [10].

Med denne artikel ønsker vi at udbrede kendskabet til CBT-i, så læger, der behandler patienter med kronisk insomni, bedre kan vejlede om denne behandlingsform samt identificere og motivere de patienter, hvor CBT-i vil være relevant.

Definition, udvikling og vedligeholdelse af insomni

Insomni defineres ifølge DSM-5 (og i den kommende ICD-11) som problemer med at falde i søvn, opretholde søvn eller tidlige opvågninger i mere end tre nætter om ugen. Insomni skal medføre nedsat funktion om dagen og ikke kunne forklares ud fra andre lidelser. Akut insomni varer under tre måneder, mens kronisk insomni varer over tre måneder [11].

I ICD-10 diagnosticeres insomni under F51.0 non-organisk søvnløshed, der defineres som en tilstand af utilfredsstillende kvantitet og kvalitet af søvnen gennem adskillige nætter.

Kronisk insomni kan forstås teoretisk med Spielmans model, hvor kronisk insomni udvikles på baggrund af prædisposition (f.eks. personlighed eller biologiske faktorer) i kombination med udløsende og vedligeholdende faktorer. Når en udløsende faktor er til stede, forstyrres søvnen, og der opstår akut insomni. Selv om den udløsende faktor forsvinder, kan insomnien blive kronisk på grund af vedligeholdende faktorer som uhensigtsmæssige strategier, dysfunktionelle tanker og/eller anspændthed [12]. Uhensigtsmæssig vedligeholdende adfærd inkluderer at tage lur om dagen, aflyse aftaler og gå tidligt i seng eller drikke alkohol for at sove. Dysfunktionelle tanker kan være antagelser om, at man ikke kan fungere med mindre søvn, eller at man skal indhente den tabte søvn. Insomniramte monitorerer ofte deres træthed, hvilket øger anspændthed og fokus på søvnproblemet og påvirker overskud og humør negativt [13].

Udredning og diagnostik

For at vurdere graden og årsagen til søvnproblemerne bør der optages en anamnese, gerne med sovepartner, og evt. en somatisk undersøgelse, hvor følgende afdækkes: karakter, hyppighed og varighed af søvnproblemer, tidligere historik med søvnproblemer, brug af medicin og andre psykoaktive stoffer (alkohol, koffein, nikotin og illegale stoffer), der kan forstyrre søvnen, vurdering af andre komorbide tilstande, der bør behandles først/sideløbende, patientens sovevaner inklusive søvn om dagen, døgnrytmeforstyrrelser, medieforbrug, tidligere behandlingstiltag, særlig erfaring og motivation for terapi. Patienten udfylder en søvndagbog i 7-14 dage med klokkeslæt for, hvornår han/hun går i seng og står op, hvor lang tid det tog at falde i søvn, varighed af søvnen, antal og varighed af opvågninger samt evt. årsag, søvnkvalitet, f.eks. på en skala fra 1 til 10. Spørgeskemaer kan afdække behandlingskrævende insomni, screene for andre søvnsygdomme, vurdere søvnkvaliteten og monitorere behandlingseffekten. To validerede spørgeskemaer er Insomnia Severity Index (ISI), der måler sværhedsgraden, og Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), der måler subjektiv søvnkvalitet [14]. Ved mistanke om anden komorbid søvnlidelse bør patienten henvises til yderligere udredning ved en specialist. Mange bruger ure, der kan måle søvn, men kvaliteten af disse wearables varierer, og der mangler ofte information om fortolkning af resultaterne [8, 15].

Kognitiv adfærdsterapi til insomni

CBT-i er førstevalg til behandling af kronisk insomni. Det er en multikomponent behandlingsform, der kombinerer adfærdsterapi (stimuluskontrol og søvnrestriktion) med kognitiv terapi (tankeomstrukturering, planlagt bekymringstid, paradoks intention) samt psykoedukation og evt. afslapningsteknikker. Behandlingen varer typisk 4-8 sessioner, individuelt eller i gruppe [16]. Ofte starter man med psykoedukation og adfærdsteknikker efterfulgt af kognitive teknikker og afslapningsteknikker, men korttidsterapiformer (1-4 sessioner), hvor man fokuserer på udvalgte teknikker, har også vist sig at have effekt [17, 18].

Stimuluskontrolterapi

Formålet med denne intervention er at (gen)skabe en normal adfærd, hvor sengen forbindes positivt med søvn. I praksis betyder det, at patienten instrueres i følgende: Gå først i seng, når du er søvnig, brug kun sengen til søvn og sex, hvis du ikke sover efter 15-20 min, så stå op, og lav i stedet en rolig aktivitet med dæmpet belysning, gå i seng igen, når du føler dig søvnig, gentag, hvis du vågner og ikke kan sove videre, stå op på samme tidspunkt hver morgen, og undgå lur i dagtid [16].

Søvnrestriktion

Søvnrestriktion betragtes af mange som den mest effektive intervention i CBT-i, men også den mest udfordrende. Formålet med denne intervention er at reetablere en normal døgnrytme ved at opbygge et søvnpres, der kan tilsidesætte kognitivt og fysiologisk »arousal« [16]. Man ønsker derfor at matche den tid,

patienten bruger i sengen, med den tid, de faktisk sover. Dette gøres ved hjælp af en søvndagbog, hvor den gennemsnitlige søvntid beregnes, herefter planlægges, hvornår patienten tidligst må gå i seng fremover for ikke at ligge for længe i sengen. Dette tidspunkt justeres løbende, afhængigt af hvor godt patienten sover. Teknikken er ret krævende for patienten og kræver ugentlig opfølgning ved behandler. Da søvnrestriktion kan medføre træthed i dagtimerne, er teknikken ikke egnet til mennesker, der arbejder med håndtering af maskiner, køretøjer m.v. Søvnrestriktion og stimuluskontrol er desuden kontraindiceret til patienter med bipolar affektiv sindslidelse, parasomnier eller epilepsi, da det kan udløse mani, forværre parasomnier eller udløse krampetilfælde. Ligeledes bør metoden ikke benyttes til patienter med lavt blodtryk eller faldtendens [19].

Kognitiv omstrukturering

Patienter med insomni har ofte dysfunktionelle overbevisninger om søvn, der vedligeholder insomni [20]. Ved kognitiv omstrukturering (Tabel 1) identificeres disse tanker, så patient og behandler sammen kan undersøge og teste sandhedsværdien af disse for derefter at formulere og teste alternative tanker, der er mere realistiske og hjælpsomme [21-23].

TABEL 1 Eksempel på omstrukturering af en dysfunktionel tanke i forbindelse med insomni.

Emne	Beskrivelse
Situation	Ligger i sengen, kan ikke sove igen
Dysfunktionel tanke	»Åh nej, nu får jeg ikke sovet igen, min dag i morgen bliver ødelagt«
Følelser og krop	Irritation Opgivenhed Stress Ked af det Anspændt og urolig
Adfærd	Bliver tiltagende bekymret
Alternative tanker	»Jeg har før klaret vigtige opgaver fint på en dårlig nat, det skal nok gå«
Resultat	Mere rolig, færre bekymringer Kan bedre slappe af og falde i søvn

Hyppige u hensigtsmæssige overbevisninger om søvn:

»Det er nødvendigt med otte timers søvn, for at jeg kan fungere«.

»Hvis jeg sover dårligt i nat, kan jeg ikke klare dagen i morgen«.

Planlagt bekymringstid

Formålet med planlagt bekymringstid er at eliminere negative tanker ved sengetid. Patient og terapeut aftaler et afgrænset tidsrum til bekymringerne, og resten af dagen henvises bekymringer til denne tid. Bekymringstiden anbefales placeret først på aftenen, hvor dagen samtidig rundes af, og der problemløses på uafsluttede ting, der fylder i bevidstheden [16] (Tabel 2).

TABEL 2 Instruktioner for planlagt bekymringstid.

Sæt 20 min af hver aften ca. samme tid, f.eks. kl. 19
Sid et roligt sted uden forstyrrelser med notesbog, kalender og skriveredskaber
Tænk over, hvad der er sket i dag Hvordan gik de forskellige ting du skulle? Hvordan har du det med dagen, der er gået?
Skriv hovedpointerne ned, skriv ned, hvad der gik godt, og hvad der var svært Find ro med det ved at skrive det ned
Skriv ned, hvad du mangler at følge op på Lav »to do-lister« med de ting, du skal gøre for at nå i mål
Tænk på i morgen Tænk på ting, du ser frem til, og ting, der kan bekymre dig
Tjek, om du har styr på din kalender med planer og aftaler for i morgen Skriv dine planer for i morgen ned
Hvis der er noget, du er usikker på, så lav en note i din kalender til i morgen, så du får fulgt op der
Prøv at bruge de 20 min på at føle dig mere i kontrol Luk bogen for i dag
Skift til en anden aktivitet
Når det bliver sengetid, så husk, at du allerede har håndteret disse ting
Hvis nye tanker fylder, så skriv dem ned på et papir, så du kan tage dig af dem i morgen tidlig

Paradoksal intention

Personer med insomni tror ofte fejlagtigt, at det at falde i søvn skal kontrolleres. Ved paradoksal intention forsøger patienten det modsatte og finder ud af, at han/hun alligevel falder i søvn. Der beskrives to forskellige metoder i Tabel 3, ofte kan de kombineres [16].

TABEL 3 Instruktioner til behandling af insomni med paradoks intention.

Metode 1: Forbliv vågen	Metode 2: Stop med at prøve
Læg dig behageligt i sengen, sluk lyset, men hold øjnene åbne Når øjnene er ved at falde i, skal du forsigtigt åbne dem igen	Læg dig komfortabelt i sengen, lyset er slukket Øjnene kan være åbne eller lukkede, alt efter hvad du foretrækker
Sig til dig selv: »Jeg skal bare være vågen et par minutter endnu, jeg falder naturligt i søvn, når jeg er klar«	Det er alt, du behøver. Målet er, at søvnen skal komme naturligt
Du skal ikke holde dig vågen med vilje, fokusér blot på at holde øjnene åbne, kig evt. på en prik el.lign. i loftet	Du skal stoppe med at forsøge at falde i søvn, lad være med at prøve aktivt Opgiv bekymringerne om at være vågen. Søvn er ikke noget, du kan kontrollere
Prøv at blive ved, så længe du kan	Bliv ved, så længe du kan med denne tilgang

Afslapningsteknikker

Metoder som progressiv muskelafspænding, vejrtrækningsøvelser, meditationsøvelser og mindfulness forsøger alle at fjerne fokus fra søvnløsheden. Afslapningsteknikkerne kan med fordel være en del af sengetidsrutiner, hvor patienten kan instrueres i at forberede sig til natten 60-90 min før sengetid med rolige aktiviteter. Patienterne kan med fordel benytte en lydfil, hvor målet er at træne afslapning, ikke at falde i søvn [16].

Psykoedukation om søvn og søvnhygiejne

Selv om psykoedukation i sig selv ikke er en aktiv behandlingskomponent i CBT-i og ikke har vist sig at have betydende effekt som single intervention [8, 17], er det et vigtigt element i behandlingen, da det sikrer, at patienten forstår rationale med behandlingen, og eventuelle fejlopfattelser vedrørende søvn identificeres. Det er ofte en integreret del af behandlingen, hvor patienten løbende psykoedukeres [16]. I Tabel 4 er beskrevet nogle emner/fakta. Tabellen er ikke udtømmende og dækker ikke rationale for de enkelte teknikker.

TABEL 4 Psykoedukation om søvn og søvnhygiejne [16, 24].

Fakta	Anbefalinger vedr.	
	livsstil	miljø
Voksne på 18-65 år anbefales at sove 7-9 t./nat	Undgå koffein før sengetid	Kølig temperatur i soveværelse, 18-21 °C
Søvn og cirkadiske faktorer interagerer for at sikre normal døgnrytme, f.eks. er det vigtigt med dagslys hver dag og at gå i seng og stå op på samme tidspunkt	Undgå alkohol før sengetid	Luft ud i soveværelset før sengetid
Søvn spiller en vigtig rolle for vores trivsel, både fysisk og mentalt, hvor den er med til at sikre almindelig indlæring, hukommelse og regulering af emotioner	Undgå nikotin	Undgå skærme med blåt lys før sengetid
Søvnreguleringen styres af en kombination af søvnpres/søvnbehov, som opbygges under vågentilstand, og den cirkadiske rytme, kroppens »indre ur«, som styres af forskellige biologiske processer	Gå ikke sulten eller overmæt i seng	Sov mørkt
CBT-i er den anbefalede behandlingsform i kliniske guidelines Der er god evidens for behandlingen Medicin mod insomni er som regel 2.-valg Søvnhygiejne alene er ikke CBT-i	Vær fysisk aktiv, og få dagslys hver dag	Undgå støj og forstyrrelser fra elektroniske apparater

CBT-i = kognitiv adfærdsterapi til insomni.

Effekt, styrker og svagheder ved kognitiv adfærdsterapi til insomni

Effekten af CBT-i er velundersøgt i flere metaanalyser og systematiske oversigtsartikler. Overordnet findes der at være moderat til god effekt sammenlignet med kontrolgrupper, og anbefalingen i forhold til at bruge CBT-i vurderes at være stærk [1, 8, 17, 18]. I en stor metaanalyse fra 2018 fandt man følgende effektstørrelser (Hedges' g): CBT-i havde signifikant effekt på sværhedsgrad (Insomnia Severity Index $g = 0,98$), søvneffektivitet (sleep efficiency $g = 0,71$), søvnkvalitet (PSQI- $g = 0,65$) m.fl. [25]. Generelle svagheder ved studier, der undersøger effekten af CBT-i, er, at det er svært at designe et studie med reel dobbeltblindning. Der måles ofte på selvrapporterede mål, og kontrolgruppen er ofte venteliste eller psykoedukation, hvilket kan øge risiko for bias. I forhold til selve behandlingsformen vil CBT-i ikke være for alle, da ikke alle er motiverede for eller har ressourcer til at indgå i et ugentligt terapeutisk forløb [26]. Af fordele kan nævnes, at bivirkningerne (øget træthed i dagtid, humørsvingninger og nedsat koncentrationsevne), ofte er forbigående og tolerable, og at effekten er varig [17].

Behandlingsmuligheder

Udredning og behandlingen af kronisk insomni varetages som udgangspunkt i almen praksis. Enkelte steder i Danmark (i Region Midtjylland og Region Hovedstaden) findes der et regionalt behandlingstilbud, men de fleste må selv opsøge en terapeut med specialisering i CBT-i. Selvhjælpsprogrammer som bøger eller digitale CBT-i programmer (dCBT-i) har vist lovende resultater, ligesom CBT-i udført ved hjælp af telemedicin også er effektivt [27]. Gennem de seneste årtier er der udviklet mange dCBT-i-programmer, og effekten er fundet at være lidt mindre eller på højde med F2F CBT-i [8, 28-30]. Effekten og gennemførelsesprocenten stiger med personlig støtte frem for et fuldt automatiseret program [1, 8, 28-30]. En oversigtsartikel og netværksmetaanalyse fra Nature fra 2023 støtter dette, men anbefaler F2F CBT-i på grund af bedre evidens og opfordrer sundhedsmyndigheder til at udvide dette tilbud [27].

Konklusion

Kronisk insomni er en alvorlig lidelse, der er associeret med mange følgetilstande og udgør et stigende samfundsproblem. I USA og Europa anbefales det, at kronisk insomni behandles med CBT-i, enten F2F eller digitalt, og at det bør være førstevalg frem for behandling med psykofarmaka. CBT-i er en multikomponentbehandlingsform, der består af adfærdsteknikker og kognitive teknikker sammen med psykoedukation om søvn og søvnhygiejne, evt. kombineret med afslapningsteknikker. På trods af at CBT-i er førstevalg til behandling af insomni, er udbredelsen og tilgængeligheden begrænset i Danmark. Flere online-CBT-i-programmer er udviklet, og effekten ser lovende ud. Vi anbefaler øget opmærksomhed på at integrere og udvide behandlingstilbud med CBT-i i det danske sundhedsvæsen.

Korrespondance *Anne Mette Kelstrup*. E-mail: anne.mette.kelstrup@regionh.dk

Antaget 15. oktober 2024

Publiceret på ugeskriftet.dk 20. januar 2025

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Taksigelser Ledende specialpsykolog *Nicole Gremaud Rosenberg* takkes for vejledning, gennemlæsning og kommentarer

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187: V06240390

doi 10.61409/V06240390

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Cognitive behavioural therapy for chronic insomnia

Chronic insomnia is a frequently occurring problem, and the number of Danes who experience sleep problems is increasing. Cognitive behavioural therapy for insomnia (CBT-i) as argued in this review is recommended as the first choice of treatment either face-to-face or digitally. Pharmacological treatment should only be used if CBT-i is not sufficient. The effect of CBT-i has been investigated in several meta-analyses and systematic reviews, the effect is found to be good and the recommendation for using CBT-i is strong. Digital CBT-i programs have been developed, and here the efficacy is also found to be good.

REFERENCER

1. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):675-700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
2. Sundhedsstyrelsen. Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021, 2022. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Danskernes-sundhed> (25. apr 2024)
3. Sofi F, Cesari F, Casini A et al. Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* 2014;21(1):57-64. <https://doi.org/10.1177/2047487312460020>
4. Clark AJ, Jørgensen TS, Bonke J et al. Dårlig søvn er en trussel mod helbredet. *Ugeskr Læger.* 2016;178:V12150974
5. Li L, Gan Y, Zhou X et al. Insomnia and the risk of hypertension: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Sleep Med Rev.* 2021;56:101403. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.10140>
6. Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of insomnia: prevalence, course, risk factors, and public health burden. *Sleep Med Clin.* 2022;17(2):173-191. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2022.03.003>
7. Palagini L, Hertenstein E, Riemann D, Nissen C. Sleep, insomnia and mental health. *J Sleep Res.* 2022;31(4):e13628. <https://doi.org/10.1111/jsr.13628>
8. Riemann D, Espie CA, Altena E et al. The European Insomnia Guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e14035. <https://doi.org/10.1111/jsr.14035>
9. Hertenstein E, Trinca E, Wunderlin M et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with mental disorders and comorbid insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2022;62:101597. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.101597>
10. Watson NF, Benca RM, Krystal AD et al. Alliance for sleep clinical practice guideline on switching or deprescribing hypnotic medications for insomnia. *J Clin Med Res.* 2023;12(7):2493. <https://doi.org/10.3390/jcm12072493>
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2013.
12. Spielman AJ. Assessment of insomnia. *Clin Psychol Rev.* 1986;6(1):11-25. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(86\)90015-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(86)90015-2)
13. Arendt M, Rosenberg NK, red. Kognitiv adfærdsterapi på tværs. Hans Reitzels Forlag, 2021.
14. Baandrup L, Suhak N, Debes N et al. Brug af spørgeskemaer og søvndagbog i den kliniske hverdag. *Ugeskr Læger.* 2023;185:V02230084. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/brug-af-sporgeskemaer-og-sovndagbog-i-den-kliniske-hverdag>
15. Petersen CB, Suhak N, Ponsaing LB, Jennum PJ. Udredning af søvn- og døgnrytmeforstyrrelser. *Ugeskr Læger* 2023;185:V02230114. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/udredning-af-sovn-og-dognrytmeforstyrrelser>
16. Baglioni C, Espie CA, Riemann D, red. Cognitive-behavioural therapy for insomnia (CBT-I) across the life span: guidelines and clinical protocols for health professionals. Wiley-Blackwell, 2022.
17. Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. *J Clin Sleep Med.* 2021;17(2):263-298. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8988>
18. Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med.* 2021;17(2):255-262. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8986>

19. Smith MT, Perlis ML. Who is a candidate for cognitive-behavioral therapy for insomnia? *Health Psychol.* 2006;25(1):15-9. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.15>
20. Morin CM, Vallières A, Ivers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep.* 2007;30(11):1547-54. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.11.1547>
21. Espie CA. ABC of sleep disorders. Practical management of insomnia: behavioural and cognitive techniques. *BMJ.* 1993;306(6876):509-11. <https://doi.org/10.1136/bmj.306.6876.509>
22. Harvey AG. Identifying safety behaviors in insomnia. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(1):16-21. <https://doi.org/10.1097/00005053-200201000-00004>
23. Perlis ML, Giles DE, Mendelson WB et al. Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. *J Sleep Res.* 1997;6(3):179-88. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.1997.00045.x>
24. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for søvnlængde, 2024. [https://www.sst.dk/da/Fagperson/Forebyggelse-og-tvaergaende-indsatser/Soevn\(14.aug.2024\)](https://www.sst.dk/da/Fagperson/Forebyggelse-og-tvaergaende-indsatser/Soevn(14.aug.2024))
25. Van Straten A, van der Zweerde T, Kleiboer A et al. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: a meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2018;38:3-16. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.02.001>
26. Cui R, Fiske A. Predictors of treatment attendance and adherence to treatment recommendations among individuals receiving Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. *Cogn Behav Ther.* 2020;49(2):113-119. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1586992>
27. Simon L, Steinmetz L, Feige B et al. Comparative efficacy of onsite, digital, and other settings for cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep.* 2023;13(1):1929. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28853-0>
28. Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, O'Toole MS. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia – a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev.* 2016;30:1-10. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.10.004>
29. Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J et al. Internet-delivered cognitive behavioral therapy to treat insomnia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2016;11(2):e0149139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149139>
30. Luik AI, van der Zweerde T, van Straten A, Lancee J. Digital delivery of cognitive behavioral therapy for insomnia. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(7):50. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1041-0>