

Statusartikel

Håndtering af lænderygsmærter

Jan Hartvigsen^{1, 2, 3}, Nanna Rolving^{4, 5}, Anne Møller^{6, 7} & Berit Schiøttz-Christensen^{8, 9}

1) Center for Sundhed i muskler og led, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet, 2) Kiropraktorernes Videnscenter, 3) Danish Institute for Advanced Study, Syddansk Universitet, 4) Fysio- og Ergoterapi, Aarhus Universitetshospital, 5) Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, 6) Center for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 7) Forskningsenheden for almen praksis i Slagelse og Køge, 8) Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, 9) Hjerne- og Rygkirurgi, Aarhus Universitetshospital

Ugeskr Læger 2026;188:V05250429. doi: 10.61409/V05250429

HOVEDBUDSKABER

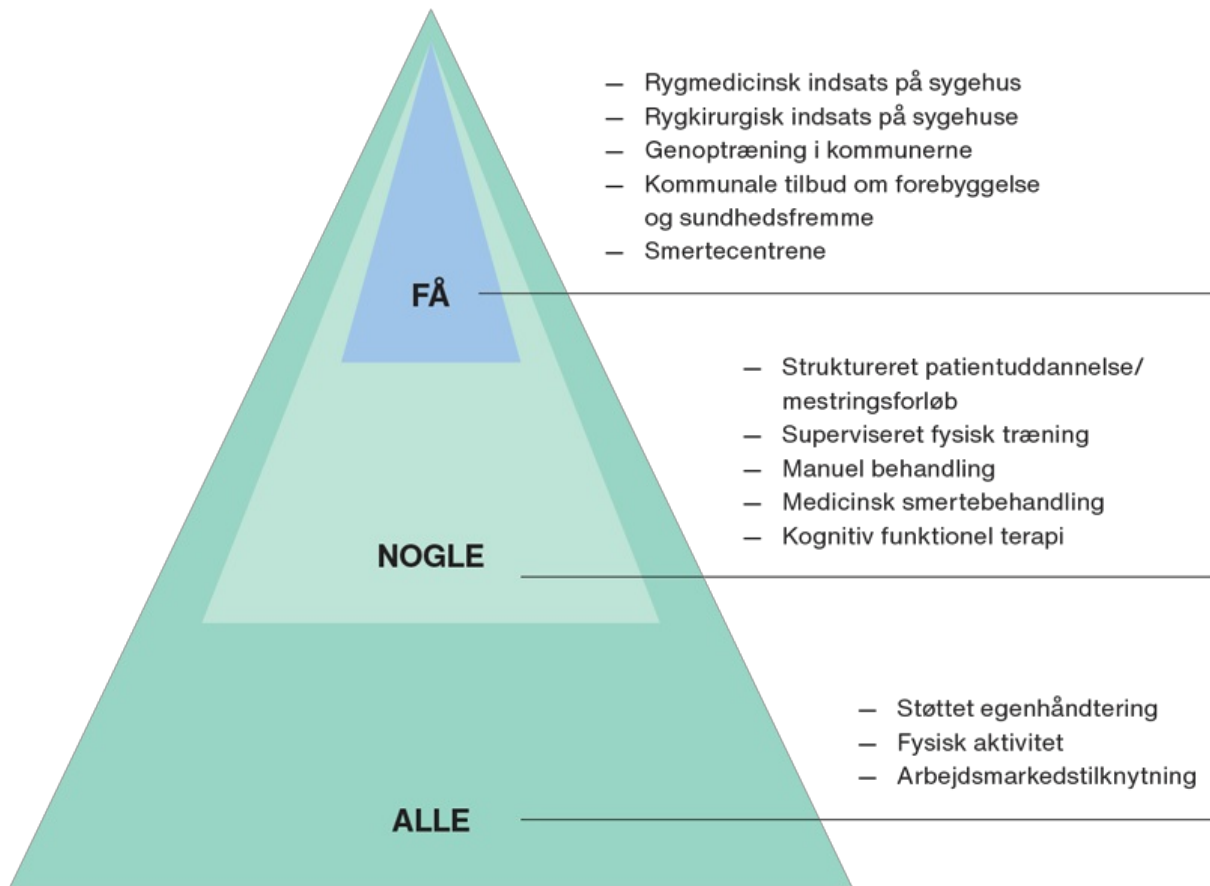
- Uspecifikke lænderygsmærter er for mange en kronisk tilbagevendende tilstand; der findes ikke kurative behandlinger.
- Støttet egenhåndtering fremhæves i dag som en vigtig del af behandling.
- Langt de fleste borgere med lænderygsmærter håndteres hos egen læge, kiropraktorer og fysioterapeuter.

Lænderygsmærter defineres som lokale smerter på bagsiden af kroppen i området mellem nederste ribbenskant og glutealfolden med eller uden udstråling til et eller begge ben (**Figur 1**). En række strukturer i ryggen kan genere nociception, men hos den enkelte patient med lænderygsmærter kan man sjældent henføre smerterne til en bestemt anatomisk struktur. Derfor betegnes smerterne oftest som »uspecifikke lænderygsmærter« [2].

Kroniske uspecifikke lænderygsmærter defineres oftest som smerter med varighed over 12 uger, hvor de bidrager til nedsat livskvalitet, funktionsnedsættelse og/eller tab af arbejdsmarkedstilknytning [3].

Lænderygsmærter indgår her oftest som en del af et komplekst billede, hvor de fleste også oplever smerter i andre kropsregioner, og mange har konkurrerende lidelser [3, 4].

FIGUR 1 Graduerede indsatser for borgere med lænderygsmærter i henhold til Region Syddanmarks rygforløbsprogram [1].



Epidemiologi og konsekvenser

Lænderygsmærter optræder med stor hyppighed fra barndommen, gennem arbejdslivet og ind i alderdommen [1]. Ifølge sygdomsbyrderapporten 2022 har omkring én million danskere haft lænderygsmærter inden for de seneste to uger, hvilket hvert år er årsag til mere end 3,5 mio. ekstra kontakter til egen læge, mere end 1 mio. ekstra kontakter til kiropraktorer og fysioterapeuter og næsten 80.000 ekstra somatiske indlæggelser [5]. De samlede ekstraudgifter forbundet med sundhedsforbrug og produktionstab grundet lænderygsmærter udgør mere end 27 mia. kr., svarende til de samlede samfundsmæssige omkostninger forbundet med type 2-diabetes, KOL, demens, lunge-, bryst- og tarmkræft tilsammen [5]. På trods af en øget behandlingsindsats over de seneste årtier har sygdomsbyrden forårsaget af lænderygsmærter været stigende både i Danmark og globalt [6].

En akut episode af lænderygsmærter er hos de fleste en selvlimiterende tilstand, som medfører lav til moderat funktionsbegrænsning over dage eller få uger. Imidlertid vil omkring 25%, der opsøger behandling i primærsektoren, opleve mere kroniske funktionsbegrænsende smærter [7], og to ud af tre fortsætter med at opleve symptomer i et episodisk mønster [8]. Vedvarende eller tilbagevendende episoder af lænderygsmærter kan have store personlige og sociale konsekvenser. Således var lænderygsmærter i 2021 årsag til 13% af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år og årsag til 38% af alle nytilkendte førtidspensioner [5].

Udredning

Uspecifikke lænderygsmærter er en klinisk diagnose, der betyder, at patienten er tilstrækkelig udredt. Klinikerens skal, inden diagnosen stilles, i hvert enkelt tilfælde nøje overveje relevante differentialdiagnoser. Dette kan f.eks. være akut diskusprolaps, spinalstenose, osteoporotisk kompressionsfraktur, spondylarthritis, infektion, aortaaneurisme eller malignitet (Tabel 1).

TABEL 1 Differentialdiagnostiske overvejelser hos voksne patienter med lænderygsmærter.

Diskusprolaps	Ved nyopstået diskusprolaps dominerer bensmerter over rygsmerter Der kan være neurologiske tegn i form af dermatomale sensibilitetsforstyrrelser, refleksudfald og/eller kraftnedsættelse Diskusprolaps kan være asymptomatisk
Spinalstenose	Optræder sjældent hos personer < 60 år Neurogen claudicatio i form af smerter eller tunghed i ben ved gang giver nedsat gangdistance Ofte er der minimale rygsmerter Tunghed eller smerter i ben lindres ved (let) fleksion af lænderyggen
Osteoporotisk kompressionsfraktur	Optræder sjældent hos personer < 50 år Speciel opmærksomhed hos både yngre og ældre personer med længerevarende brug af kortikosteroider
Aksial spondylarthritis	Kronisk inflammatorisk sygdom, der debuterer hos yngre mennesker (20-40 år) Morgenstivhed i lænderyggen, som bedres ved aktivitet, men ikke med hvile Ofte lang tid fra debut af de første symptomer til endelig diagnose, fordi aksial spondylarthritis er vanskelig at skelne fra primære rygsmerter
Infektion	Spinale infektioner inkluderer spondylodiskitis, vertebral osteomyelitis, epidural absces og sjældent infektion i facetled Specielt opmærksomhed på ikkeetniske danskere (tuberkulose), personer med misbrug, personer med kroniske komorbiditeter og personer i immunsuppressiv behandling
Aortaaneurisme	Aortaaneurismer kan være akut livstruende, men er ofte asymptomatiske Klinisk mistanke ved pulserende udfyldning i abdomen Ved mistanke om aortaaneurisme henvises til karkirurgisk/thoraxkirurgisk afdeling og/eller billeddiagnostik
Malignitet	Rygsmerter er et hyppigt symptom hos personer med metastatisk cancer Metastaser til columna optræder hos 3-5% af personer med cancer, og 97% af alle maligne spinale tumorer er metastaser

Hos patienter, som henvender sig i primærsektoren, er alvorlig underliggende patologi meget sjældent årsag til lænderygsmærter (< 1%) [9], og når osteoporotiske frakturer er udelukket, er specifikke årsager endnu sjældnere [10]. Blandt patienter, som er henvist til sekundærsektoren, er underliggende medicinske årsager til lænderygsmærter hyppigere (1-7%) [11]. Tidligere anbefalede kliniske retningslinjer, at man anvendte »røde flag« til at identificere patienter, som skulle henvises til yderligere udredning. Nyere systematiske reviews viser imidlertid, at enkeltstående røde flag ikke bidrager væsentligt til at identificere alvorlig patologi, men derimod kan medføre unødige henvisninger, overdiagnostik og udgifter [12]. Hvis klinikerens ikke mistænker alvorlig patologi, skal den videre samtale og undersøgelse afdække fysiske, psykologiske og sociale risikofaktorer for varig funktionsnedsættelse og, hvis det er muligt, adressere disse.

Mange patienter med lænderygsmærter efterspørger billeddiagnostik (røntgen og MR). Det kan være en betydelig

udfordring for klinikere at kommunikere, at billeddiagnostik har en begrænset plads i udredning af lænderygsmærter, medmindre der er mistanke om underliggende alvorlig patologi, vedvarende svære funktionsbegrænsende smerter, eller hvis der henvises til kirurgisk vurdering [13, 14]. Billedfund hos den enkelte er desuden vanskelige at tolke. Degenerative forandringer som f.eks. diskusprotusioner og -prolapser, spinalstenose, facetledsartrose og Modic-forandringer er hyppige i baggrundsbefolkningen uden sammenhæng med symptomer. Allerede i 40-årsalderen er der således degenerative forandringer hos min 50% af borgere, som ikke har smerter [15]. Unødvendig billeddiagnostik kan resultere i forlænget udredningstid, bekymring, forsinket tilbagevenden til normale aktiviteter, herunder arbejde og iværksættelse af ikke-retningslinjebaseret behandling [16].

Forebyggelse

Der er ikke videnskabeligt grundlag for at anbefale særlige forebyggelsesinitiativer for specifikt at hindre opståen, dvs. primær forebyggelse, af lænderygsmærter, hverken på arbejdspladsen eller i privatlivet [2]. Der er voksende evidens for, at fysisk aktivitet som f.eks. gåture eller træning kan forebygge nye episoder af rygsmærter, dvs. sekundær forebyggelse, specielt når disse kombineres med patientuddannelse [17, 18].

Principper for indsatser

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i 2025 en analyse om indsatser for mennesker med lænderygsmærter [19]. Analysen munder ud i en række anbefalinger af relevans for almen praksis. Ligeledes har WHO i 2023 offentliggjort principper for håndtering af mennesker med lænderygsmærter [20] (Tabel 2).

TABEL 2 Sundhedsstyrelsens anbefalinger og WHO's principper for håndtering af mennesker med lænderygsmærter i sundhedsvæsenet [19, 20].

Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Ensartet rådgivning og information til mennesker med lænderygsmærter
Ensartet behandlingstiltag med fokus på støttet egenhåndtering
Bedre tid og kompetenceudnyttelse i det almenmedicinske tilbud
Effektive henvisningsmekanismer i det primære sundhedsvæsen
Ensartet og rational anvendelse af billeddiagnostik
Nedbringelse af farmakologisk behandling
Bedre monitorering og indsamling af data

WHO's principper

Holistisk tilgang: Behandlingen skal tage højde for den enkeltes personlige og sociale kontekst
Lige adgang uanset økonomisk status og alder: Lige adgang til anbefalede behandlinger, især for ældre
Empatisk kommunikation: Mennesker med lænderygsmærter bør defineres af, hvad de kan i stedet for, hvad de ikke kan
Integreret og koordineret indsats: Sammenhængende indsats på tværs af sundhedssektorer. Dette er især vigtigt hos ældre med multimorbiditet

Fælles er anbefalingen om en sammenhængende, holistisk og personcentreret indsats med fokus på muligheder og ressourcer hos den enkelte og med fokus på støttet egenhåndtering. Indsatsen skal være graderet således, at alle patienter med lænderygsmærter tilbydes en basisintervention bestående af støttet egenhåndtering med rådgivning om fysisk aktivitet og vigtigheden af så vidt muligt at forblive i arbejde. Hvor dette ikke er tilstrækkeligt, kan struktureret patientuddannelse, superviseret træning, manuel behandling, kognitiv terapi og/eller medicinsk smertebehandling iværksættes. Ved vedvarende og funktionsbegrænsende smerter kan der henvises til tværfaglig indsats på f.eks. rygcenter, regionalt smertecenter og/eller kommunal rehabilitering. Patienter, der trods relevant vejledning og behandling fortsat oplever funktionsbegrænsning grundet nerverodspåvirkning eller neurogen claudicatio (Tabel 1), kan henvises til ryggkirurgisk vurdering. Vedvarende rygsmærter i sig selv er ikke indikation for henvisning til kirurgisk vurdering [1] (Figur 1).

Behandling

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer fra 2016 vedrørende behandling af nyopståede lænderygsmærter er vurderet til at være forældede [21]. Nylige systematiske oversigtsartikler viser, at internationale retningslinjer for behandling af lænderygsmærter er relativt konsistente i deres anbefalinger [22].

Struktureret patientuddannelse

Patientuddannelse er et samarbejde mellem kliniker og patient med det formål at give patienten en individuelt tilpasset forståelse for dennes smerter, prognose og handlemuligheder med henblik på at fastholde daglige aktiviteter, herunder arbejde, og hensigtsmæssig adfærd, hvis/når smerter blusser op. Struktureret patientuddannelse er forskellig fra den rutinemæssige dialog mellem kliniker og patient, der sker som en del af enhver konsultation [20] og kan leveres verbalt, skriftligt eller digitalt enten individuelt eller i grupper. Struktureret patientuddannelse har dokumenteret positiv effekt på smerter, funktionsniveau og livskvalitet hos personer med lænderygsmerter og indgår i den samlede indsats i kombination med andre evidensbaserede behandlinger [24].

Superviseret fysisk træning

Superviseret fysisk træning er fysisk aktivitet, som er ordineret eller planlagt af en sundhedsprofessionel og struktureret med det formål at øge fysisk kapacitet og formåen. Træningen kan indeholde elementer, der forbedrer styrke, smidighed/bevægeudslag, balance og/eller kondition, og den kan leveres individuelt eller i grupper. Træning kan være fokuseret på ryggen eller mere generelt for kroppen afhængig af patientens fysiske status. Fokus bør være på at understøtte egenhåndtering ved at skabe tryghed ved bevægelse og naturlig brug af kroppen. Desuden er det vigtigt, at patienten involveres i at fastholde og tilpasse fysisk aktivitet efter træningsforløbet. Der er ikke evidens for, at specifikke trænings- eller øvelsesregimer er mere effektive end andre [25]. Superviseret fysisk træning har dokumenteret positiv effekt på smerter og funktionsniveau og kan med fordel kombineres med andre evidensbaserede behandlinger [24].

Manuel behandling

Manuel behandling er en samlebetegnelse brugt for spinal manipulation og/eller mobilisering, som har til formål at mindske smerte og forbedre bevægelse og funktion. Manuel behandling bør leveres af autoriserede sundhedsprofessionelle med relevant uddannelse. Manuel behandling har dokumenteret positiv effekt på smerter og funktionsniveau hos personer med lænderygsmerter og bør kombineres med andre evidensbaserede behandlinger [21]. Der er ikke evidens for, at specifikke måder at udføre manuel behandling er mere effektiv end andre [26].

Medicinsk smertebehandling

Evidensbaserede kliniske retningslinjer har i de senere år ændret anbefalinger, så smertestillende medicin kun i meget begrænset omfang anbefales til behandling af akutte og kroniske lænderygsmerter. Dette skyldes manglende dokumentation for effekt eller meget lille effekt kombineret med risiko for alvorlige bivirkninger. Sundhedsstyrelsen har i 2025 udsendt svage anbefalinger imod brug af paracetamol, NSAID og opioider ved behandling af akutte lænderygsmerter, og WHO anbefaler i sin nyeste retningslinje, at medicinsk smertebehandling af kroniske lænderygsmerter udelukkende kan omfatte NSAID i en kort periode med omtanke og kun til borgere under 60 år [21, 27]. Enhver medicinsk smertebehandling skal iværksættes ved lavest mulige dosis for en kort periode med omhyggelig opmærksomhed på skadevirkninger [27].

Behandling med psykologiske teknikker og kognitiv terapi

Behandling med psykologiske teknikker omfatter en række interventioner som f.eks. kognitiv adfærdsterapi, acceptance and commitment terapi og kognitiv funktionel terapi. Behandlingerne inkluderer samtale og ofte fysiske øvelser eller udfordringer, der tilsammen sigter på at modificere eller korrigere de funktionsbegrænsninger, som optræder i forbindelse med lænderygsmerter. Anvendelse af psykologiske teknikker er specielt relevant hos patienter med stærk funktionsbegrænsning og uhensigtsmæssig smerteadfærd og vinder i disse år frem grundet dokumentation for god effekt og ubetydelige bivirkninger [20, 29] (Tabel 3).

TABEL 3 WHO's anbefalinger for og imod behandling af kroniske lænderygsmærter [20].

	Kan tilbydes rutinemæssigt	Bør ikke tilbydes rutinemæssigt
Uddannelse	Struktureret og standardiseret patientuddannelse og/eller rådgivning	-
Fysiske interventioner	Struktureret fysisk træning Nålebehandling Manuel behandling Mobilitetshjælpemidler	Traktion Ultralydskanning Transkutan elektrisk nervestimulation Lumbalt bælte
Psykologiske interventioner	Kognitiv adfærdsterapi	
Farmakologiske interventioner	NSAID-præparater ^a	Opioider SNRI-præparater Tricykliske antidepressiva Antikonvulsiva Muskelafslappende præparater Glukokortioider Injektioner/blokader Djævelklorod Hvidpil
Multikomponent-interventioner	Multikomponent-biopsykosocial intervention	Farmakologisk vægttab

a) Kortvarigt og ikke til personer over 60 år.

Konklusion

Næsten alle danskere vil opleve lænderygsmærter på et eller andet tidspunkt i livet. Langt de fleste bliver håndteret i primærsektoren hos egen læge, kiropraktorer og fysioterapeuter. Selv om lænderygsmærter meget sjældent er forårsaget af alvorlig medicinsk sygdom, skal klinikerne i hvert enkelt tilfælde gøre sig differentialdiagnostiske overvejelser. I de senere år har høj kvalitetsforskning medført et skift af fokus væk fra farmakologisk behandling og mod støttet egenhåndtering og fysisk aktivitet, før andre behandlinger inddrages. På trods af at lænderygsmærter er den største årsag til funktionsnedsættelse, sygefravær og tidlig pensionering i Danmark, er ny evidens for støttet egenhåndtering, fysisk aktivitet og nonfarmakologisk behandling dårligt implementeret i sundhedsvæsenet, hvilket bidrager til ulighed i sundhed. På trods af den store samfundsbelastning støttes området forskningsmæssigt med mindre end 1% af de sundhedsvidenskabelige forskningsmidler [30]. Med øget fokus på forskning og implementering i standardiserede programmer vil vi sandsynligvis i de kommende år se yderligere fremskridt inden for diagnostik og behandling af borgere med lænderygsmærter.

Rettelse Den 27. maj 2026 er følgende rettet: 800.000 ekstra somatiske indlæggelser > 80.000 ekstra somatiske indlæggelser. Taksigelsen til Figur 1 er slettet, da figuren var taget ud af manuskriptet før publicering.

Rækkefølgen på de første 20 referencer i referencelisten, så 20 > 1, 1 > 2, 2 > 3 osv.

Korrespondance Jan Hartvigsen. E-mail: jhartvigsen@health.sdu.dk

Antaget 3. februar 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 27. april 2026

Interessekonflikter JH har forskningsbevillinger fra danske og internationale fonde og offentlige puljer. JH har modtaget refusion for udgifter relateret til rejse og ophold i forbindelse med inviterede foredrag. JH har modtaget honorar for foredrag fra to danske forsikringsselskaber, Dansk Sundhedssikring og Pension Danmark, begge udbetalt til Syddansk Universitet. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V05250429

doi 10.61409/V05250429

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

SUMMARY

Managing low back pain

This review summarises how non-specific low back pain is a common and recurrent symptom among people of all ages, and a leading cause of disability that is projected to increase in the coming decades. It is a clinical diagnosis that is most often made in primary care without imaging. Serious medical causes of low back pain are rare but must be considered. Recent evidence-based guidelines recommend a shift away from pharmacological treatment to supported self-management through patient education and treatments that help people remain physically active and at work. This is poorly implemented in health systems.

REFERENCER

1. Region Syddanmark. Tværsektorielt forløbsprogram for borgere med lænderygsbesvær i Region Syddanmark, 2023. https://regionsyddanmark.dk/media/beracwgn/17891-forl%C3%B8bsprogram_borgere-m-l%C3%A6nderygsbesv%C3%A6r_a4-folder_jan2024_webtilg-a.pdf (20. feb 2026)
2. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
3. Duffield SJ, Ellis BM, Goodson N et al. The contribution of musculoskeletal disorders in multimorbidity: implications for practice and policy. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2017;31(2):129-144. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2017.09.004>
4. Øverås CK, Nilsen TIL, Sjøgaard K et al. Temporal stability in the prevalence and pattern of co-occurring musculoskeletal pain among people with persistent low back pain: population-based data from the Norwegian HUNT Study, 1995 to 2019. *Pain*. 2023;164(12):2812-2821. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002981>
5. Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer, 2025. <https://www.sst.dk/udgivelser/2023/sygdomsbyrden-i-danmark> (20. feb 2026)
6. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(6):e316-e329. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00098-X](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00098-X)
7. Kyrölahti SM, Nygård CH, Prakash KC, Neupane S. Trajectories of low back pain from midlife to retirement and functional ability at old age. *Eur J Public Health*. 2022;32(3):497-503. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab191>
8. Kongsted A, Kent P, Axen I et al. What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17:220. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1071-2>
9. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum*. 2009;60(10):3072-80. <https://doi.org/10.1002/art.24853>
10. Enthoven WTM, Geuze J, Scheele J et al. Prevalence and “red flags” regarding specified causes of back pain in older adults presenting in general practice. *Phys Ther*. 2016;96(3):305-12. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140525>
11. Downie A, Williams CM, Henschke N et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ*. 2013;347:f7095. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7095>

12. Underwood M, Buchbinder R. Red flags for back pain. *BMJ*. 2013;347:f7432. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7432>
13. Hall AM, Aubrey-Bassler K, Thorne B, Maher CG. Do not routinely offer imaging for uncomplicated low back pain. *BMJ*. 2021;372:n291. <https://doi.org/10.1136/bmj.n291>
14. Pike A, Patey A, Lawrence R et al. Barriers to following imaging guidelines for the treatment and management of patients with low back pain in primary care: a qualitative assessment guided by the Theoretical Domains Framework. *BMC Prim Care*. 2022;23:143. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01751-6>
15. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *Am J Neuroradiol*. 2015;36(4):811-6. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4173>
16. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B et al. Low back pain: a call for action. *Lancet*. 2018;391(10137):2384-2388. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30488-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4)
17. Steffens D, Maher CG, Pereira LSM et al. Prevention of low back pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2016;176(2):199-208. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7431>
18. Pocovi NC, Lin CWC, French SD et al. Effectiveness and cost-effectiveness of an individualised, progressive walking and education intervention for the prevention of low back pain recurrence in Australia (WalkBack): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2024;404(10448):134-144. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00755-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00755-4)
19. Sundhedsstyrelsen. Lænderygmerter – analyse vedrørende indsatser og forløb for mennesker med lænderygmerter, 2025. https://sst.dk/-/media/Udgivelser/2025/Smerter/Bilag-1_-_Analyse-vedr_-indsatser-og-forloeb-for-mennesker-med-laenderygmerter.ashx?sc_lang=da&hash=694F71C00928F55724F92ECAF66CC93F (20. feb 2026)
20. World Health Organization. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings, 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789> (20. feb 2026)
21. Sundhedsstyrelsen. NKR: behandling af nyopståede lænderygmerter, 2016. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/NKR-for-behandling-af-nyopstaaede-laenderygmerter> (20. feb 2026)
22. Lin I, Wiles L, Waller R et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*. 2020;54(2):79-82. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>
23. Southerst D, Hincapié CA, Yu H et al. Systematic review to inform a World Health Organization (WHO) clinical practice guideline: benefits and harms of structured and standardized education or advice for chronic primary low back pain in adults. *J Occup Rehabil*. 2023;33(4):625-635. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10120-8>
24. Verville L, Ogilvie R, Hincapié CA et al. Systematic review to inform a World Health Organization (WHO) clinical practice guideline: benefits and harms of structured exercise programs for chronic primary low back pain in adults. *J Occup Rehabil*. 2023;33(4):636-650. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10124-4>
25. Nim C, Aspinall SL, Cook CE et al. The effectiveness of spinal manipulative therapy in treating spinal pain does not depend on the application procedures: a systematic review and network meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2025;55(2):109-122. <https://doi.org/10.2519/jospt.2025.12707>
26. Sundhedsstyrelsen Brug af paracetamol, NSAID og opioider til behandling af akutte lænderygmerter hos voksne – nationale kliniske anbefalinger, 2025. https://www.sst.dk/-/media/Fagperson/NKA-NKR/NKA/L%C3%A6nderygmerter/NKA-laenderygmerter.ashx?sc_lang=da&hash=01F3B63A00036DF80D964E30B9259B14 (20. feb 2026)
27. Schreijenberg M, Koes BW, Lin CWC. Guideline recommendations on the pharmacological management of non-specific low back pain in primary care: is there a need to change? *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2019;12(2):145-157. <https://doi.org/10.1080/17512433.2019.1565992>
28. Kent P, Haines T, O'Sullivan P et al. Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): a randomized, controlled, three-arm, parallel-group, phase 3 clinical trial. *Lancet*. 2023;401(10391):1866-1877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00441-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00441-5)
29. Poulsen AG. Forhindringsløb for forskere. *Ugeskr Læger*, 27. jan 2020. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/forhindringslob-forskere-forste-udfordring-skafe-penge>