

# NOTAT

## Almene boliger – beboersammensætning, sundhed og beskæftigelse

I dette notat belyses beboersammensætningen i de særligt udsatte boligområder, øvrige almene boligområder og den resterende boligmasse. Dernæst belyses de 18-64-årige beskæftigelses- og forsørgelsesmæssige situation hhv. forbrug af sundhedsydelse. I notatet sættes der særligt fokus på borgere i de 33 særligt udsatte boligområder, jf. listen pr. februar 2014 fra Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter. I definitionen af særligt udsatte boligområder indgår fem kriterier, hvoraf mindst tre skal være opfyldt, før der er tale om et særligt udsat boligområde:

- 1) Andelen af 18-64 årige uden tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelse overstiger 40 pct.
- 2) Andelen af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande overstiger 50 pct.
- 3) Antal dømt for overtrædelse af straffeloven, våbenloven eller lov om euforiserende stoffer overstiger 2,70 pct. af beboere på 18 år og derover
- 4) Andelen af beboere i alderen 30-59 år, der alene har en grunduddannelse (inkl. uoplyst uddannelse), overstiger 50 pct. af samtlige beboere i samme aldersgruppe
- 5) Den gennemsnitlige bruttoindkomst for skattepligtige i alderen 15-64 år i området eksklusive uddannelsessøgende er mindre end 55 pct. af den gennemsnitlige bruttoindkomst for samme gruppe i regionen

Analysen indgår som et element i en partnerskabsaftale mellem KL og BL omkring løsning af de boligsociale udfordringer. Der er indgået en aftale om at udpege et årligt fokustema. I 2014 er temaet beskæftigelse og sundhed.

Analysens hovedresultater er gengivet i boksen på næste side.

### Analysens hovedresultater:

- Under halvdelen af de 18-64 årige i de særligt udsatte boligområder er selvforsørgende. For borgere i de øvrige almene boligområder er det lidt over halvdelen, mens det gælder tre ud af fire af de 18-64-årige, som ikke bor i almene boliger.
- I særligt udsatte boligområder er det kun godt hver femte af ægteparrene, hvor begge er selvforsørgende. I den øvrige del af den almene sektor er det knap 2 ud af 5. Og for ægtepar, som ikke bor i almen bolig, knap 7 ud af 10.
- I 4 ud af 10 ægtepar i de særligt udsatte boligområder har begge ægtefæller offentlig forsørgelse som det dominerende indkomstgrundlag. Til sammenligning gælder det hver fjerde i øvrige almene boligområder og ca. 7 pct. af de ægtepar, som ikke bor i almene boliger.
- Selvforsørgende i særligt udsatte boligområder er i stor udstrækning beskæftiget i brancher, hvor kravene til formel uddannelse er begrænsede. F.eks. er over 1/3 af de selvforsørgende i særligt udsatte boligområder ansat i handels- og transportbranchen mod 23 pct. blandt de selvforsørgende 18-64-årige, som ikke bor i almene boliger.
- 18-64-årige i almene boliger – er oftere i kontakt med praksissektoren end 18-64-årige, som ikke bor i almene boliger. F.eks. har 18-64-årige beboere i almene boliger i gennemsnit 8,6 årlige kontakter med den praktiserende læge. 18-64-årige, der ikke bor i almen bolig, havde derimod i gennemsnit kun godt 6 kontakter.
- 18-64-årige beboere i almene boliger indlægges omkring 50 pct. oftere end 18-64-årige, der ikke bor i almene boliger.
- 18-64-årige beboere i almene boliger indlægges omkring 2½-3 gange så hyppigt for diabetes og lungesygdomme, som 18-64-årige, der ikke bor i almene boliger.
- Der er for alle boligtyper sammenhæng mellem antal besøg i praksissektoren og beskæftigelsesfrekvensen; jo flere besøg, jo lavere beskæftigelsesfrekvens.

## Indholdsfortegnelse

1	Indhold, data og afgrænsning .....	4
2	Indledning .....	5
3	Den almene boligmasse.....	5
4	Beboerne i de almene boliger .....	8
4.1	Fordeling på alder og andre socioøkonomiske parametre.....	8
4.2	Kendetegn for husstandene .....	9
5	Beboernes tilknytning til arbejdsmarkedet.....	11
5.1	Dominerende forsørgelsesstatus .....	11
5.2	Andel i beskæftigelse og årsagerne hertil.....	12
5.3	Beskæftigelse i familierne.....	14
5.4	Sektortilknytning og typiske job.....	15
5.5	Stabilitet i arbejdsmarkedstilknytning .....	17
5.6	De unges arbejdsmarkedstilknytning .....	19
6	Sundhedsadfærd og sundhedstilstand .....	20
6.1	Kontakter i praksissektoren.....	21
6.2	Antal indlæggelser.....	23
7	Sammenhæng mellem sundhed og beskæftigelse .....	25

# 1 Indhold, data og afgrænsning

Det følgende afsnit 2 skitserer baggrunden for analyserne og notatet. Dernæst følger i afsnit 3 en generel beskrivelse af antallet af almene boliger i Danmark og i afsnit 4 en karakteristik af befolkningen, som bor i almene boliger.

De efterfølgende analyser sammenligner de særligt udsatte boligområder med hhv. borgere i øvrige almene boliger og resten af befolkningen, som ikke bor i almene boliger. I afsnit 5 ses der på borgernes beskæftigelsessituation og i afsnit 6 ses der på borgernes forbrug af sundhedsydelser. Afslutningsvis belyses i afsnit 7 sammenhænge mellem beskæftigelsesstatus og forbrug af sundhedsydelser.

Borgere i almene boligområder er opgjort på baggrund af adresseoplysninger fra Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter samt oplysninger fra Danmarks Statistiks forskerservice.

Analyserne tager udgangspunkt i borgernes bopæl pr. 1. januar 2012. Oplysninger vedrørende den enkeltes alder og hustandsoplysninger er opgjort pr. 1. januar 2012, mens øvrige oplysninger, såsom arbejdsmarkedsstatus og sundhedsforbrug mv. er opgjort for 2011.

Analyserne ser alene på borgere i den arbejdsdygtige alder – her defineret som 18-64 årige. Borgere, som er registreret som døde i den første uge af 2012 samt borgere, som ikke har haft bopæl i Danmark i hele 2011, er ikke inkluderet i analysen.

Opgørelsen af borgernes arbejdsmarkedsstatus sker på baggrund af Arbejdsmarkedsstyrelsens DREAM data og angiver borgernes dominerende indkomstgrundlag i 2011. Borgere, som ikke fremgår af DREAM og har en bruttoindkomst eller disponibel familieindkomst på over hhv. 50.000 og 100.000 betragtes som selvforsørgende. De resterende defineres som uoplyst.

## 2 Indledning

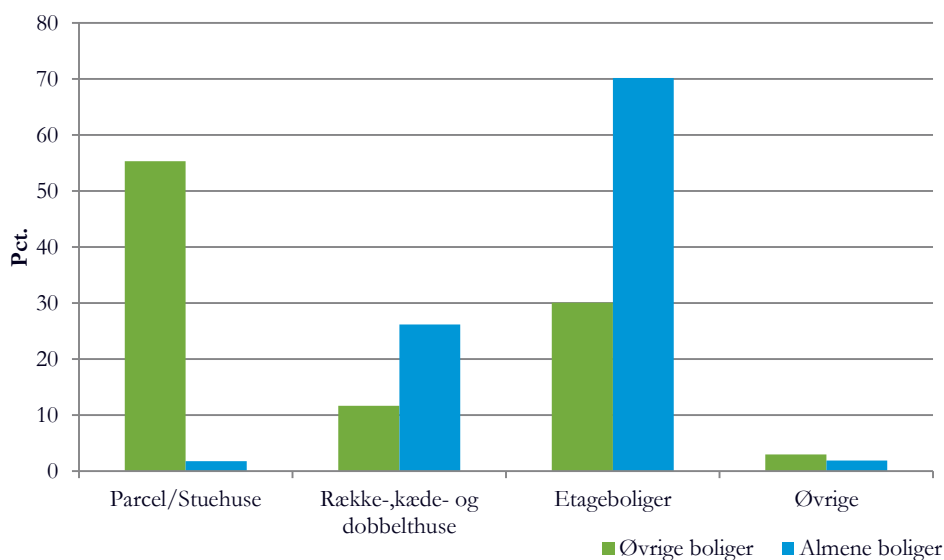
Ledige har generelt et dårligere helbred end personer i arbejde. Det hænger sandsynligvis sammen med at ledighed påvirker borgerens sundhedsadfærd fx i form af usund kost, manglende motion og isolation. Samtidig kan dårligt helbred fx overvægt og dårlig fysisk form også være en barriere i forhold til at opnå beskæftigelse (Sundhedsstyrelse, 2010). I de udsatte boligområder har mange beboere sundhedsmæssige udfordringer ligesom en stor del står uden for arbejdsmarkedet.

Dette notat giver ved en række deskriptive analyser noget baggrund for at vurdere udfordringernes karakteristika og omfang. Der belyses såvel beskæftigelsesmæssige som sundhedsmæssige forhold for forskellige typer af boligområder, herunder de særligt udsatte sociale boligområder. Dertil kommer datamæssig afdækning af sammenhænge mellem beskæftigelse og sundhed.

## 3 Den almene boligmasse

De almene boliger udgør ca. 20 pct. af den samlede boligmasse i Danmark svarende til ca. 550.000 boliger. Størstedelen af de almene boliger er etageboliger (ca. 70 pct.). I den øvrige del af boligmassen er parcel-/stuehuse den mest udbredte boligform med over 50 pct. af boligerne. Etageboliger udgør kun godt 30 pct. af boligerne, *jf. figur 1*.

**Figur 1: Andelen af boliger fordelt efter boligtype for hhv. almene boliger og øvrige boliger.**

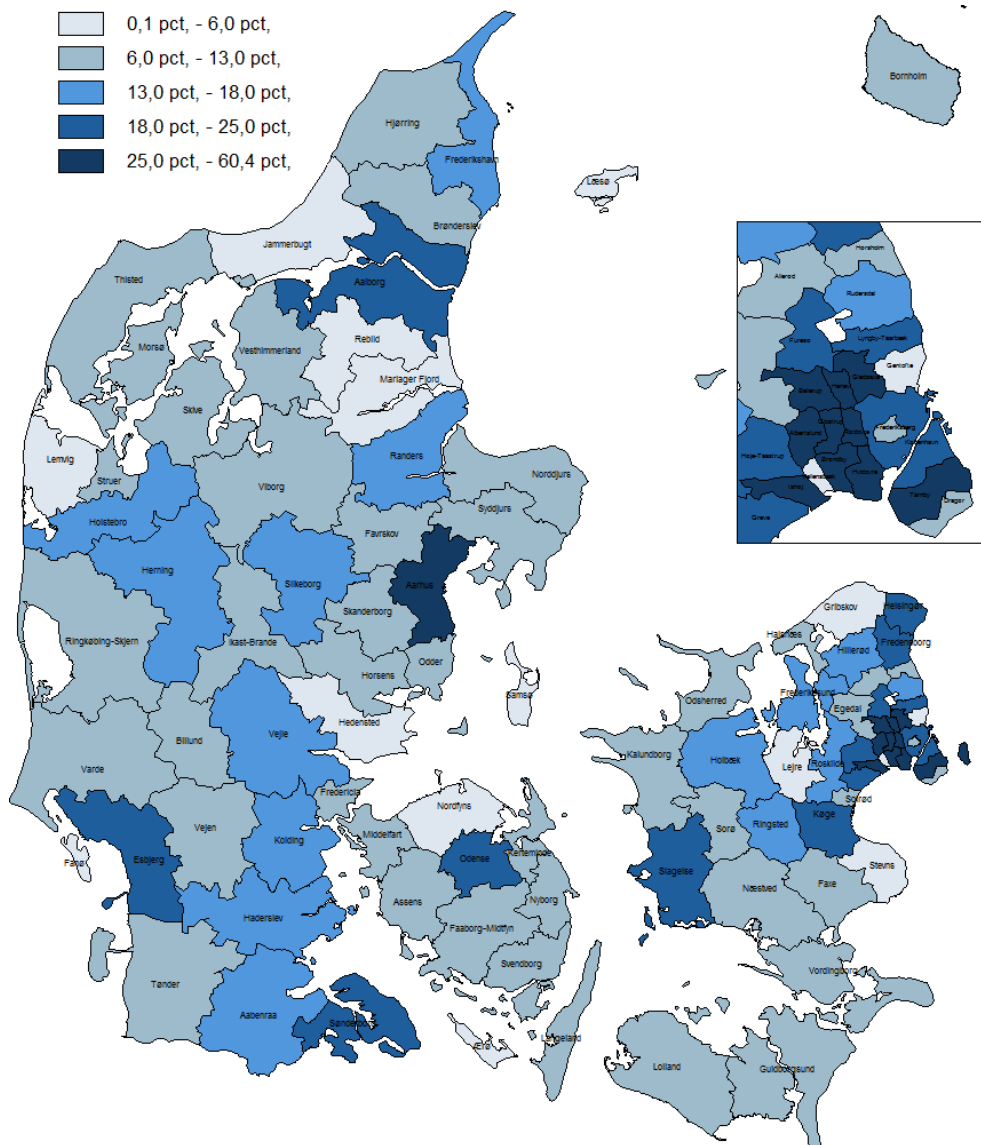


Kilde: Statistikbanken tabel BOL201.

En ud af seks danskere bor i en almen bolig. Det svarer til knap en million borgere. De almene boliger består primært af familieboliger. Dog udgør ældreboliger 7 pct. og ungdomsboliger 5 pct. *jf. BL (2013).*

Der er store kommunale forskelle på hvor mange borgere, der bor i almene boliger. Den største koncentration af borgere i almene boliger findes i de københavnske vesttegnkommuner og i de store byer, *jf. figur 2.*

**Figur 2: Andelen af befolkningen, som bor i almene boliger.**



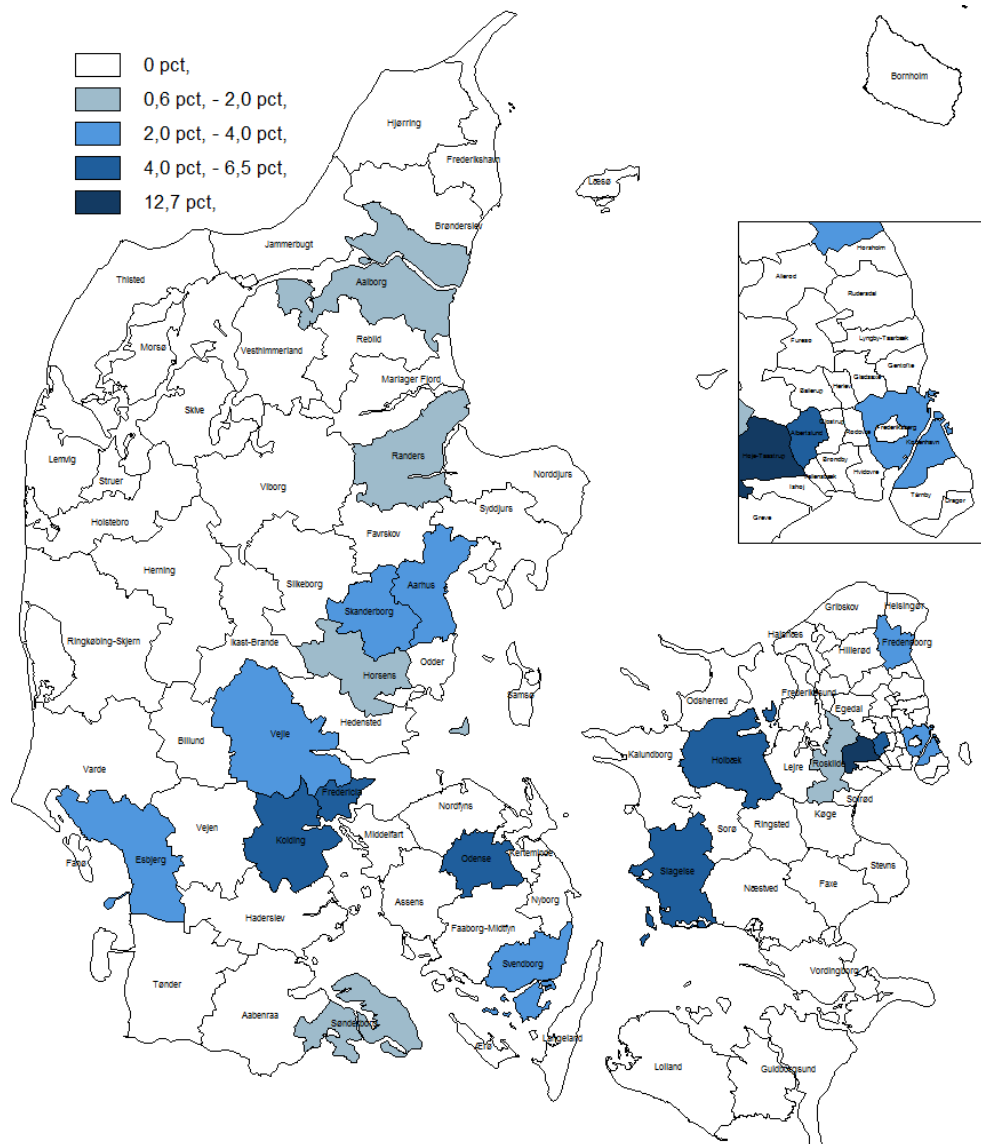
*Kilde: Statistikbanken tabel BOL201.*

Ca. 70.000 personer eller knap 8 procent af alle beboere i de almene boligområder bor i såkaldte særligt udsatte almene boligområder. Det vil sige boligområder, der er kendetegnet en høje andele fra ikke-vestlige lande,

uden for arbejdsmarkedet, med domme, med begrænset uddannelse og/eller med lave indkomster.

Der er 33 særligt udsatte boligområder. De er placeret i 19 kommuner. De særligt udsatte boligområder er generelt koncentreret i og omkring de større byer. Der er dog store forskelle på omfanget af beboere i de særligt udsatte boligområder på tværs af de 19 kommuner, jf. *figur 3*:

**Figur 3: Andelen af befolkningen, som bor i særligt udsatte almene boligområder**



*Note: Blandt 3-90-årige*

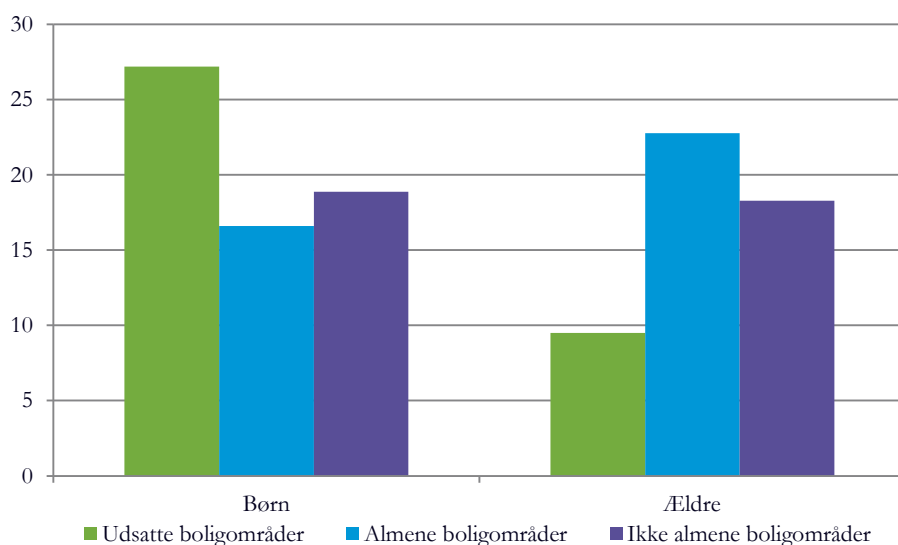
*Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.*

## 4 Beboerne i de almene boliger

### 4.1 Fordeling på alder og andre socioøkonomiske parametre

Lidt flere end hver fjerde borger i de særligt udsatte boligområder er under 18 år, mens andelen af børn i de øvrige almene boliger og i resten af befolkningen er på hhv. 17 pct. og 19 pct., *jf. figur 4*. Til gengæld udgør gruppen af 65-årige og derover kun ca. 10 pct. i de særligt udsatte boligområder, men hhv. 23 pct. i almene boliger og 18 pct. i øvrigt.

Figur 4: Andelen af børn og ældre fordelt efter boligområder.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

Note: Børn er i aldersgruppen 3-17 år og ældre er i aldersgruppen 65-90 år.

Det kan udledes af figur 4, at ca. tre ud af fem borgere befinder sig i den arbejdsdygtige alder – her defineret som 18-64 årige. I de almene boligområder er der i den voksne del af befolkningen relativt flere i den yngre aldersgruppe 18-29 år, *jf. tabel 1*. Det gælder især for de særligt udsatte boligområder. Samtidig er der relativt færre i de ældste aldersgrupper 50-59 år og 60-64 år, hvilket også er mest udtalt for de særligt udsatte boligområder.

Beboersammensætningen i de almene boliger adskiller sig fra de øvrige boligtyper med hensyn til beboernes etnicitet, *jf. tabel 1*. Især personer med ikke-vestlig baggrund udgør en relativt større andel i de almene boligområder. Det gælder især i de særligt de udsatte boligområder. Det følger naturligt af, at andelen af ikke-vestlige beboere indgår som et element i kategoriseringen af de særligt udsatte boligområder. Ikke-vestlige borgere udgør kun 4 pct. i boligtyperne udenfor de almene boligområder.



**Tabel 1: Køn, alder, oprindelse og uddannelse blandt 16-64-årige, i pct.**

	Særligt udsatte boligområder	Øvrige almene boligområder	Ikke-almene boligområder
Kvinder	49	52	49
Mænd	51	48	51
18-29 år	32	29	23
30-39 år	22	19	21
40-49 år	23	22	24
50-59 år	17	20	22
60-64 år	6	9	10
Dansk	39	75	91
Vestlig	6	4	4
Ikke vestlig	56	21	4
Uoplyst	12	6	4
Ufaglært	60	52	34
Faglært	19	27	33
Videregående	9	14	29

*Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.*

Borgernes uddannelsesmæssige baggrund varierer ligeledes imellem de forskellige typer af boligområde, *jf. tabel 1*. Herunder udgør såvel faglærte som personer med en videregående uddannelse en større andel blandt befolkningen bosat udenfor de almene boligområder. De ufaglærte udgør en tilsvarende stor andel i de almene boligområder. Den uddannelsesmæssige skævhed er endnu mere udtalt for de udsatte boligområder. Det følger dog naturligt af, at beboernes uddannelsesmæssige baggrund indgår som et kriterie for kategoriseringen af de udsatte boligområder.

## 4.2 Kendetegn for husstandene

De almene boliger befolkes i højere grad af singler (enlige uden børn) og enlige forsørgere og i mindre grad af samboende end den øvrige boligmasse. I de almene boliger er det således blot 3 ud af 10 husstande, der består af samboende par (med eller uden børn), men det i den øvrige boligmasse er 6 ud af 10 husstande, *jf. tabel 2*.

Det er især andelen af enlige forsørgere, som er højere i de almene boliger, end i den øvrige boligmasse. Andelen af enlige forsørgere er således 2½ gange højere i de almene boliger end de ikke-almene. De enlige forsørgere i de almene boliger er i 9 ud af 10 tilfælde kvinder.

De særligt udsatte boligområder er i forhold til de øvrige almene boligområder kendetegnet ved færre singler - især blandt kvinder, flere samboende med børn og en højere andel husstande med flere familier.

**Tabel 2: Husstandstyper i de forskellige boligområder, pct.**

	Særligt udsatte	Øvrige almene	Ikke-almene
Enlige mænd <u>uden</u> hjemmeboende børn	22	26	15
Enlige kvinder <u>uden</u> hjemmeboende børn	14	22	11
Enlige mænd <u>med</u> hjemmeboende børn	2	2	2
Enlige kvinder <u>med</u> hjemmeboende børn	14	14	5
Samboende <u>uden</u> hjemmeboende børn	12	15	27
Samboende <u>med</u> hjemmeboende børn	21	14	31
Flere familier i samme husstand	15	8	10
<b>Antal familier</b>	<b>26.184</b>	<b>350.515</b>	<b>1.563.590</b>

*Note.: Kun husstande med beboere i alderen 18-64 år. Familier jf. Danmarks Statistiks familiedefinition "FAMILIE\_TYPE".*

*Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.*

I de almene boliger er der stor forskel på familiestrukturen blandt henholdsvis danskere og indvandrere/efterkommere med ikke-vestlig oprindelse. Beboere med dansk oprindelse er i langt højere grad singler og i mindre grad samboende (især med børn) end indvandrere og efterkommere med ikke-vestlig oprindelse. Eksempelvis udgør singlerne 55 pct. (33 pct. husstande med singlemænd og 22 pct. husstande med singlekvinder) af husstandene blandt danskere, mens det kun er 17 pct. blandt ikke-vestlige indvandrere, jf. tabel 3. Det svarer til at de indfødte danskere udgør 73 procent af singlerne i de særligt udsatte boligområder. På tilsvarende måde kan udledes af tabel 3, at de ikke-vestlige indvandrere og efterkommere udgør 77 procent af de samboende familier med børn.

**Tabel 3: Husstandstyper i de almene boligområder fordelt efter oprindelse, pct.**

	Særligt udsatte			Øvrige almene		
	Dansk	Vestlig	Ikke-vestlig	Dansk	Vestlig	Ikke-vestlig
Enlige mænd <u>uden</u> hjemmeboende børn	33	18	12	28	20	15
Enlige kvinder <u>uden</u> hjemmeboende børn	22	15	5	24	20	9
Enlige mænd <u>med</u> hjemmeboende børn	3	1	2	2	2	2
Enlige kvinder <u>med</u> hjemmeboende børn	12	10	16	14	11	14
Samboende <u>uden</u> hjemmeboende børn	14	18	9	16	20	12
Samboende <u>med</u> hjemmeboende børn	8	17	35	10	14	30
Flere familier i samme husstand	8	21	20	6	12	17
<b>Antal familier</b>	<b>12.495</b>	<b>1.358</b>	<b>12.211</b>	<b>277.658</b>	<b>14.171</b>	<b>56.944</b>

*Note.: Kun husstande med beboere i alderen 18-64 år. Familiens oprindelse er bestemt efter oprindelseslandet blandt ældste person i husstanden under 65 år.*

*Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.*

Generelt er fordelingen af husstandstyper nogenlunde ens inden for hver af oprindelsesgrupperne (dansk, vestlig, ikke-vestlig), når de særligt udsatte boligområder sammenlignes med de øvrige almene boligområder. Eller sagt på en anden måde: Forskellene i oprindelse forklarer forskellene i husstandstyper imellem de særligt udsatte og de øvrige almene boligområder.

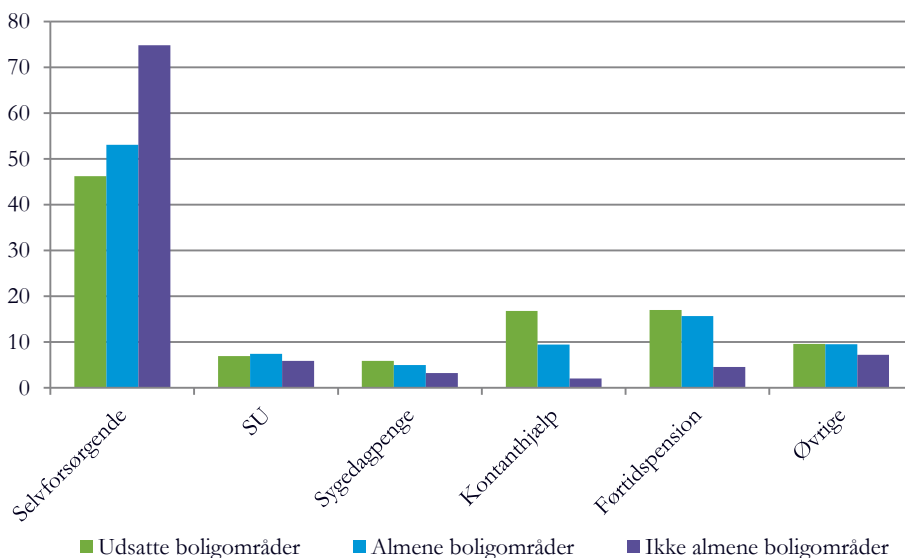
## 5 Beboernes tilknytning til arbejdsmarkedet

Borgere i de store almene boligområder, som omfatter ca. 200 almene boligområder, hvor der er mere end 1000 beboere, har generelt lavere erhvervsfrekvens end resten af befolkningen, *jf. Kraka (2013)*. Erhvervsfrekvensen udtrykker, hvor stor en andel af borgerne mellem 16 og 64 år, som deltager på arbejdsmarkedet. Dvs. beskæftigede og ledige som andel af befolkningen i den arbejdsdygtige alder. Erhvervsfrekvensen for borgere, som bor i de større almene boligområder er på ca. 57 pct., mens erhvervsfrekvensen for hele befolkningen er på ca. 74 pct., *jf. Kraka (2013)*.

### 5.1 Dominerende forsørgelsesstatus

Under halvdel af borgerne, som bor i de særligt udsatte boligområder, er selvforsørgende. Borgeren er selvforsørgende, hvis borgeren i mere end halvdel af tiden i 2011 har klaret sig selv og ikke har modtaget nogen form for offentlig forsørgelse. For borgere i de øvrige almene boligområder gælder det lidt over halvdel, mens det gælder for tre ud af fire borgere, som bor i andre boligtyper end de almene boligområder, *jf. figur 5*.

**Figur 5: Dominerende forsørgelsesstatus for borgere mellem 18 og 64 år i 2011 fordelt efter boligområder.**



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

Borgerne, som bor i særligt udsatte boligområder og almene boliger, modtager i højere grad en form for offentlig forsørgelse sammenholdt med resten af befolkningen. Særligt kontanthjælp og førtidspension er dominerende for borgere i særligt udsatte boligområder. Én ud af tre borgere i de særligt udsatte boligområder modtager enten kontanthjælp eller førtidspension. Det gælder for én ud af fire borgere, som bor i almene boliger og kun 7 pct. af resten af befolkningen.

## 5.2 Andel i beskæftigelse og årsagerne hertil

I de særlige udsatte boligområder har blot 40 pct. et job. I de øvrige almene boligområder har 54 pct. et job, hvilket ligeledes er langt lavere end personer bosat i den øvrige boligmasse, hvor 79 pct. er i beskæftigelse, *jf. tabel 4*.

**Tabel 4: Andel beskæftigede blandt 18-64-årige fordelt efter køn og oprindelse, pct.**

	Særligt udsatte			Øvrige almene			Ikke-almene		
	Kvinder	Mænd	I alt	Kvinder	Mænd	I alt	Kvinder	Mænd	I alt
Dansk	42	46	<b>44</b>	57	57	<b>57</b>	77	80	<b>79</b>
Vestlig	55	62	<b>59</b>	56	61	<b>58</b>	68	72	<b>70</b>
Ikke-vestlig	30	43	<b>37</b>	40	48	<b>44</b>	60	63	<b>62</b>
I alt	<b>36</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>53</b>	<b>55</b>	<b>54</b>	<b>76</b>	<b>79</b>	<b>77</b>

*Note.: Kun husstande med beboere i alderen 18-64 år. Familiens oprindelse er bestemt efter oprindelseslandet blandt ældste person i husstanden under 65 år.*

*Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.*

Både danskere og indvandrere/efterkommere har meget lave beskæftigelsesgrader i de særligt udsatte boligområder og lave beskæftigelsesgrader i de øvrige almene boligområder. Forskellene imellem danskere og personer med ikke-vestlig baggrund er nogenlunde ens på tværs af de forskellige boligområder. Danskernes beskæftigelsesgrad er således 20-30 procent højere end de ikke-vestlige beboeres på tværs af alle boligområder.

Årsagerne til den lave beskæftigelsesgrad blandt indfødte danskere i de almene såvel som de særligt udsatte boligområder er generelt ikke belyst specifikt. Årsagerne til den enkelte danskers udfordringer på arbejdsmarkedet må formodes at være ”almindelige”. Dvs. at udfordringerne for den enkelte afspejler en kombination af uddannelse, kompetenceniveau, arbejdsevne, arbejdsønske, sygdom, fremtræden mv. på den ene side og arbejdsmarkedets efterspørgsel efter arbejdskraft på den anden side.

Den lave beskæftigelsesgrad blandt personer med ikke vestlig baggrund – især blandt indvandrere – er et kendt fænomen med stor bevågenhed. Årsa-

gerne til den lave beskæftigelsesgrad er mangeartede og relativt velbelyste. Den konkrete viden relaterer sig ligeledes ikke specifikt til de almene boligforeninger, men da mere end halvdelen af de ikke-vestlige indvandrere og efterkommere i den erhvervsaktive alder bor i den almene boligsektor er det formodentligt rimeligt at antage, at de generelle konklusioner også er gældende i de almene boligområder.

På individniveau angives det, at den lave beskæftigelsesgrad blandt ikke-vestlige indvandrere og efterkommere blandt andet afspejler sprogbarrierer og at indvandrerne har lavere uddannelsesniveau og flere helbredsproblemer end danskerne generelt. Det pointeres, at forskelle i objektive faktorer såsom køn, alder, uddannelse, sundhedsforbrug mv. generelt påvirker indvandrernes sandsynlighed for at være i job i samme omfang og retning, som forskellene påvirker indfødte danskeres jobsandsynlighed. Der er dog også en forskel på beskæftigelsesgraden blandt ikke-vestlige indvandre- re/efterkommere og danskere, der ikke lader sig forklare af objektive demografiske, uddannelses- og helbredsmæssige forhold, *jf. KORÅ (2012)*.

Der er mange forhold udover demografi, uddannelse og helbred, som påvirker ikke-vestlige indvandreres beskæftigelse. Det tager blandt andet tid, at lære at manøvrere i det danske samfund, herunder på et arbejdsmarked det ofte er præget af andre regler og normer, end hvad indvandrerne kendte i hjemlandet. Indvandreres jobchancer stiger således med antallet af år bosat i Danmark. Det er dog samtidig sådan, at yngre indvandrere har større jobchancer end ældre. Betydningen af kendskab til arbejdsmarkedet illustreres ligeledes af, at personer, der har kontakt med danskere og/eller har sociale netværk, som er arbejdsmarkedsrelevante, ligeledes har større jobchancer, *jf. SFI (2006)*. Det er oplagt, at der – alt andet lige - er færre muligheder for at indgå i arbejdsmarkedsrelevante netværk og have kontakt med danskere (i job), når man som indvandrer bor i et særligt udsat boligområde.

Derudover er der de mere kulturelle forhold, som påvirker indvandreres muligheder for job. Det gælder både blandt indvandrerne selv, eksempelvis i forhold til holdninger til kvindernes integration på arbejdsmarkedet, og blandt arbejdsgiverne i form af blandt andet diskrimination og manglende kendskab til indvandrernes kompetencer. I forhold til kvinders integration er der store forskelle på, i hvilken grad kvinder fra forskellige oprindelseslande er i job i sammenligning med deres mænd. Inden for nogle landegrupper er mænd næsten dobbelt så ofte i job som kvinder (eks. Pakistan, Libanon), mens forskellene er langt mindre for andre landegrupper (eks. Iran, Bosnien). I enkelte ikke-vestlige landegrupper er de kvindelige indvandrere sågar oftere i job end de mandlige (eks. Rusland, Thailand), *jf. Danmarks Statistik (2013)*. Det bemærkes, at de ikke-vestlige kvinder i de særligt

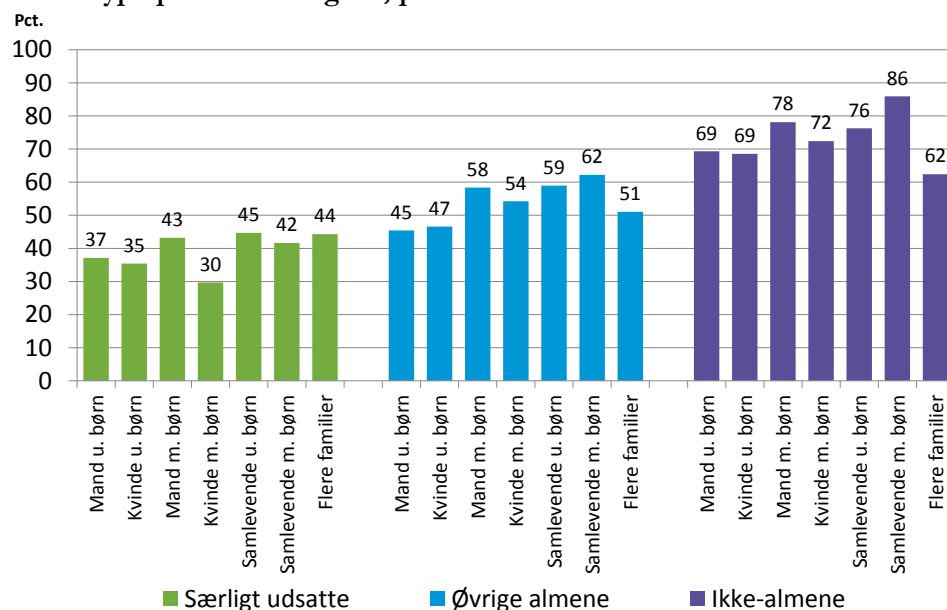
udsatte boligområder har meget lave beskæftigelsesgrader (30 pct.), jf. tabellen ovenfor.

I forhold til diskrimination angiver de ikke-vestlige indvandrere og efterkommere, at de oplever, at de for at få et job skal være bedre kvalificeret/gøre det bedre end danskerne. Mere end halvdelen angiver desuden, at deres jobchancer ville være større, hvis holdningen til udlændinge var mere positiv på de danske arbejdspladser, jf. *SFI* (2006). At der findes diskrimination både på og uden for arbejdsmarkedet understøttes af, at hver femte indvandrer og hver tredje efterkommer angiver at have været udsat for ubehagelig forskelsbehandling på grund af deres etnicitet eller tro inden for en årsperiode, jf. *CEPOS* (2009).

### 5.3 Beskæftigelse i familierne

Enlige uden børn har generelt de laveste beskæftigelsesgrader, mens der er en højere andel beskæftigede blandt især samlevende med børn og i mindre omfang enlige med børn, jf. figur 6.

**Figur 6: Andel beskæftigede blandt 18-64-årige fordelt efter hvilken husstandstype personen indgår i, pct.**



Note.: Børn angiver hjemmeboende børn.

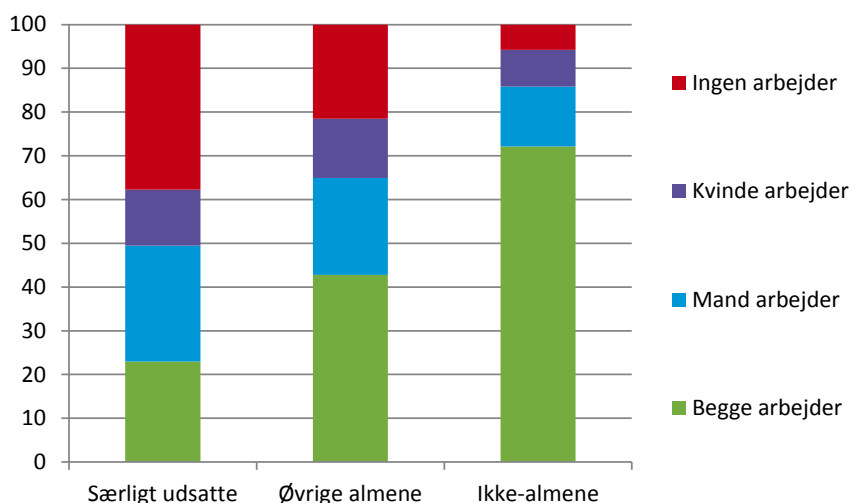
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

I de særligt udsatte boligområder ses særligt lave beskæftigelsesgrader blandt enlige kvinder med hjemmeboende børn, hvor blot 30 procent er i job. Derudover kan det fremhæves, at samlevende med børn har de højeste beskæftigelsesgrader i både de øvrige almene boligområder og de ikke-

almene boligområder, men at dette ikke er tilfældet i de særligt udsatte boligområder, hvor andelen i job er højest blandt samlevende uden hjemmeboende børn.

Blandt samboende i de udsatte boligområder er det ofte begge personer i parret, som står uden job. I både de øvrige almene boligområder og de ikke-almene boligområder er der i højere grad tale om at enten den ene eller begge parter er i job, *jf. figur 7*.

**Figur 7: Beskæftigelse blandt samboende par fordelt efter boligområde**



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

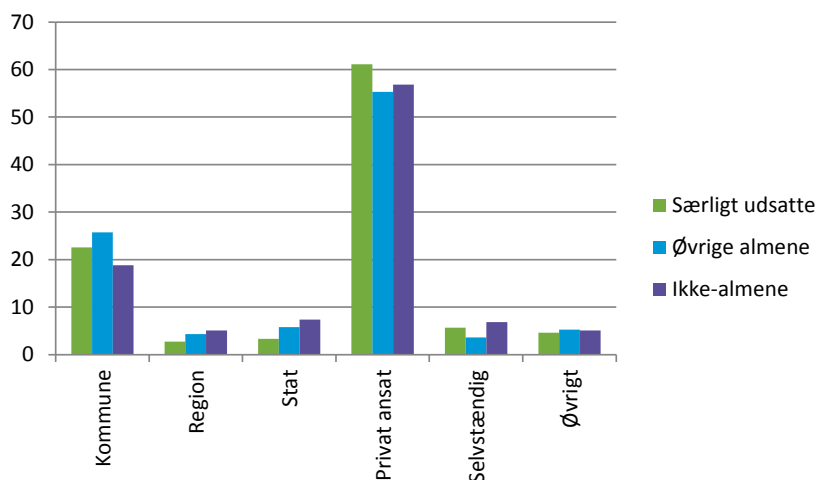
I de tilfælde, hvor den ene part i forholdet står uden job, er det dobbelt så ofte kvinden fremfor manden, der står uden job. Tendensen er lidt kraftigere i de særligt udsatte boligområder end i de øvrige boligområder.

## 5.4 Sektortilknytning og typiske job

Det er kun begrænsede forskelle på, hvilke sektorer de beskæftigede i de forskellige boligområder arbejder inden for, *jf. figur 8*.

Der er dog en tendens til at personer i den almene boligsektor i mindre grad arbejder for regionerne eller i staten, derimod er de oftere ansat i kommunerne – det gælder især personer bosat i de øvrige almene boligområder. I de særligt udsatte boligområder er der relativt mange privatansatte blandt de beskæftigede.

Figur 8: Sektorfordelingen blandt beskæftigede, nov. 2012 pct.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

De største forskelle imellem boligområderne findes ikke i forhold til, hvilken sektor de beskæftigede arbejder i. Derimod er der store forskelle på, hvilket arbejde de beskæftigede i de forskellige boligområder påtager sig inden for de forskellige sektorer.

Der er eksempelvis forskelle på, hvad man beskæftiger sig med som kommunalt ansat, afhængig af hvilken type boligområde man bor i. Kommunalt ansatte bosat i de særligt udsatte boligområder er fortrinsvis beskæftiget med omsorgsarbejde (53 pct.), jf. tabel 5.

Tabel 5: De største arbejdsområder blandt beskæftigede kommunalt og privat ansatte, nov. 2012 pct.

Bolig \ Sektor	Kommunalt ansatte	Privat ansatte
<b>Særligt udsatte boligområder</b>	Omsorgsarbejde (53 pct.) Rengøring (16 pct.) pædagogisk arbejde (8 pct.)	Manuelt arbejde - byggeri, produktion, transport mv. (18 pct.) Rengøring (17 pct.) Butiksarbejde (16 pct.) Håndværksarbejde - byggeri mv. (9 pct.) Chaufførarbejde (8 pct.)
<b>Øvrige almene boligområder</b>	Omsorgsarbejde (45 pct.) Pædagogisk arbejde 16 pct. Rengøring (8 pct.)	Butiksarbejde (16 pct.) Manuelt arbejde - byggeri, produktion, transport mv. (13 pct.) Arbejde på mellemniveau - økonomi, adm. salg mv. (10 pct.) Håndværksarbejde - byggeri mv. (12 pct.) Rengøring (8 pct.) Chaufførarbejde (6 pct.)
<b>Ikke-almene boligområder</b>	Omsorgsarbejde (32 pct.) Pædagogisk arbejde (17 pct.) Undervisning (16 pct.)	Arbejde på højeste niveau - IT, jura, adm., salg mv. (16 pct.) Arbejde på mellemniveau - økonomi, adm. salg mv. (16 pct.) Håndværksarbejde - byggeri mv. (12 pct.) Manuelt arbejde - byggeri, produktion, transport mv. (9 pct.) Ledelsesarbejde (6 pct.)

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

Note: Personer med uoplyst jobfunktion er ikke medtalt.



Blandt kommunalt beskæftigede borgere i ikke-almene boliger arbejder 32 pct. med omsorgsarbejder, mens det drejer sig om 45 pct. i de øvrige almene boligforeninger, *jf. tabel 5*. Ligeledes udgør rengøring et relativt større jobområder for de kommunalt beskæftigede i de særligt udsatte boligområder i forhold til de kommunalt beskæftigede bosat i de øvrige boligområder.

Blandt de privatansatte arbejder relativt flere med manuelt arbejde i de almene boligområder, især i de særligt udsatte boligområder, sammenlignet med ikke-almene boligområder, *jf. tabel 5*. Tilsvarende gælder for øvrige arbejdsområder, hvortil der ikke kræves længerevarende uddannelser, eksempelvis butiksarbejde og chaufførarbejde. Omvendt er der relativt flere blandt de privatansatte i ikke-almene boligområder, som er beskæftiget med arbejde på højere niveau, hvor længere uddannelse typisk er en forudsætning.

Næppe overraskende er der således blandt de beskæftigede i den almene boligsektor, herunder især i de særligt udsatte boligområder, en overvægt af personer i job med lave formelle kompetencekrav og ofte også forholdsvis lave lønninger. Det er helt i tråd med, at eksempelvis *Rockwool (2013)* fremfører, at det for indvandrere fra ikke-vestlige lande er kendetegnende, at de har både de dårligst betalte job og de skæveste arbejdstider. Det fremføres ligeledes, at hvor mandlige danske selvstændige generelt har højere indkomst end lønmodtagere er billedet det modsatte for selvstændige indvandrere fra ikke-vestlige land.

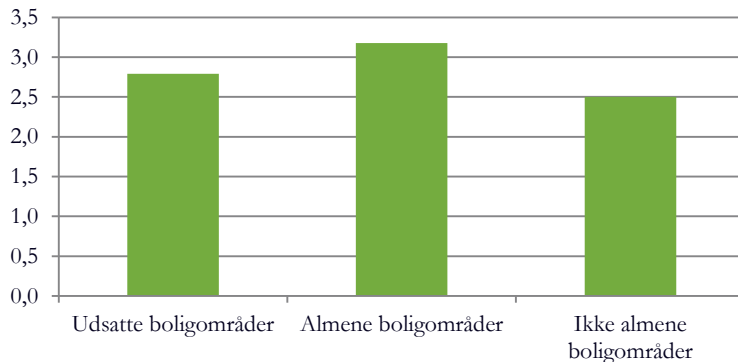
## 5.5 Stabilitet i arbejdsmarkedstilknnytning

Ovenstående analyser har bl.a. vist, at borgere bosat i de særligt udsatte boligområder er mindre i job end den øvrige befolkning, og når de er i job sker det i stillinger på forholdsvis lavt kompetenceniveau og med forholdsvis lave lønninger i forhold til den øvrige befolkning. Men hvordan er tilknytningen for de borgere som ser ud til at have en hvis tilknytning til arbejdsmarkedet? Dvs. de borgere, som er selvforsørgende i over halvdelen af 2011. Har borgere i de særligt udsatte boligområder en ligeså stabil tilknytning til arbejdsmarkedet som den øvrige del af befolkningen? Eller er det borgere, som er mere syge eller skifter oftere mellem selvforsørgelse og offentlig forsørgelse?

Ved at se på det gennemsnitlige antal uger på sygedagpenge fremgår det af *figur 9*, at borgere i almene boliger i gennemsnit har lidt over tre uger på sygedagpenge over en tre årige periode, mens borgere, som ikke bor i en almen bolig i gennemsnit har haft 2,5 uger på sygedagpenge i den samme periode. Denne forskel kan findes på tværs af aldersgrupper. Således har

borgere i almene boliger i alle aldersgrupper det højeste gennemsnitlig antal uger på sygedagpenge. Når der alene ses på sygedagpenge er borgere i de særligt udsatte boligområder ikke mindre fraværende end borgere i de øvrige almene boliger, men de har stadig i gennemsnit flere uger på sygedagpenge end den øvrige del af befolkningen.

**Figur 9: Antal uger på sygedagpenge per person i perioden 2009 til 2011 fordelt efter boligområder**

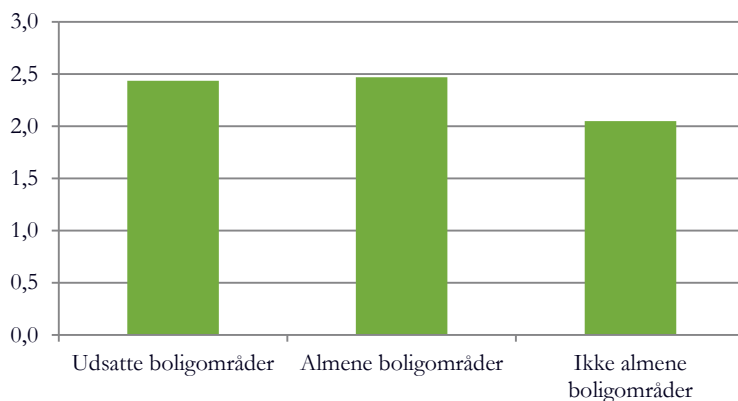


Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

Note: Antal uger på sygedagpenge er opgjort for borgere, som i hele perioden er mellem 18-64 år.

En anden måde at se på stabiliteten i borgernes arbejdsmarkedstilknytning kan være at se på antal skift mellem forsørgelsesgrundlaget. Altså hvor ofte skifter borgerne mellem selvforsørgelse og en eller anden form for offentlig forsørgelse. En sådan analyse viser, at der stor set ikke er nogen forskel mellem borgere i almene boliger og borgere i særligt udsatte boligområder. For disse borgere, har der i gennemsnit været 2,5 skift i løbet af perioden 2009 til 2011, mens for borgere i den øvrige del af befolkningen har der i gennemsnit været to skift, jf. figur 10.

**Figur 10: Antal skift i forsørgelsesgrundlaget i perioden 2009 til 2011 fordelt efter boligområder**



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

Note: Antal skift i forsørgelsesgrundlaget er opgjort for borgere, som i hele perioden er mellem 18-64 år.

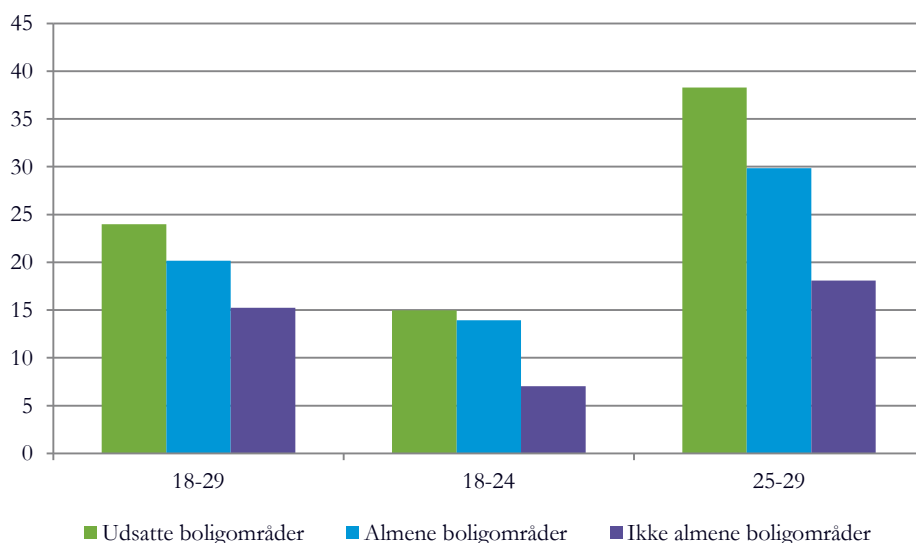
Antallet af skift må dog formodes også at afspejle de brancher, som borgerne er ansat i. Det må forventes, at borgere ansat i brancher, som i højere grad benytter sæsonarbejder har en tendens til at have flere skift end en borger i fx en funktionærstilling.

## 5.6 De unges arbejdsmarkedstilknøytning

Næsten én ud af fire unge mellem 18-29 år, som bor i de særligt udsatte boligområder er hverken under uddannelse eller i beskæftigelse, *jf. figur 11*. Det gælder for 15 pct. af de unge, som ikke bor i almene boliger. Ses der alene på aldersgruppen 18-24 årige er 15 pct. af de unge i de særlige udsatte boligområder inaktive og kun 7 pct. af de unge i den øvrige del af befolkningen. Til gengæld ses det, at knap to ud af fem unge, i aldersgruppen 25-29 år, i de særlige udsatte boligområder er inaktive.

Generelt er gruppen af unge mellem 25 og 29 år i højere grad inaktive sammenholdt med unge i aldersgruppen 18-24 år. Denne forskel må bl.a. tilskrives uddannelsespålægget for unge under 25 år, som indførtes i 2006. Dette uddannelsespålæg skal gives til alle unge uden en kompetencegivende uddannelse eller forsøger forpligtelser, således at unge uden uddannelse tvinges i uddannelse. Fra 2014 udvides uddannelsespålægget til også at gælde unge mellem 25 og 29 år. Det må derfor forventes, at andelen af inaktive unge i aldersgruppen 25-29 år vil falde. Andelen af unge under 25 år, der skifter kontanthjælpen ud med SU steg i forlængelse af indførelsen af uddannelsespålægget i 2006 (fra 15 pct. i 2006 til 34 pct. i 2011), *jf. KL (2012)*.

**Figur 11: Inaktive unge fordelt efter boligområde.**



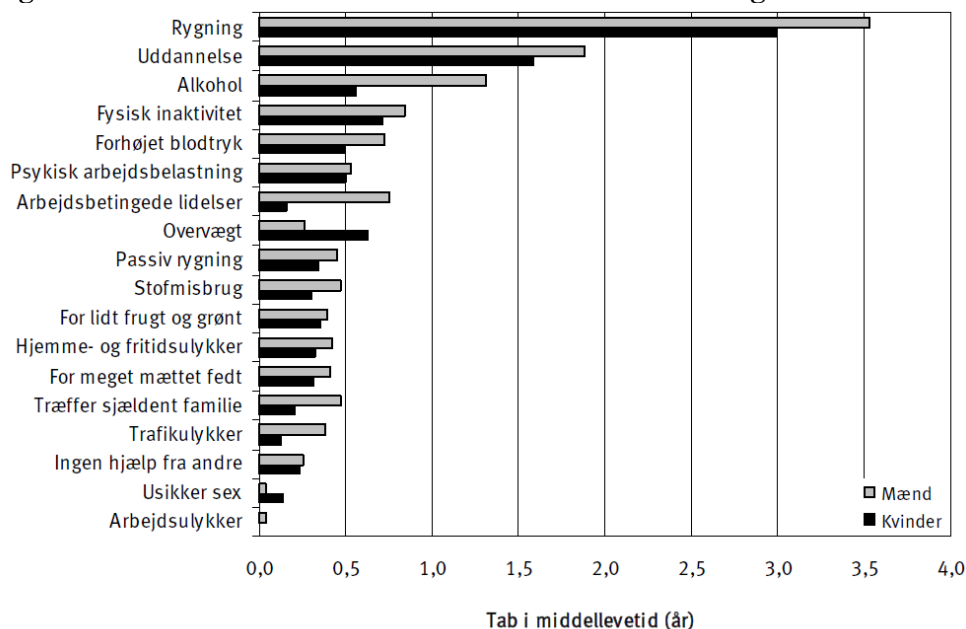
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

## 6 Sundhedsadfærd og sundhedstilstand

Sundhedsadfærd er en samlet betegnelse for alle bevidste eller ubevidste handlinger, der har betydning for personens egen sundhed, herunder kost, rygning, alkohol og motion (CFBU, 2013). Netop disse fire faktorer kaldes tilsammen KRAM og er af sundhedsstyrelsen betegnet som afgørende for at øge sundheden i Danmark og mindske forekomsten af livsstilssygdomme. Her skal således også findes en del af forklaringen på den ulighed, der er i sundhed i Danmark. Det kan nævnes at 2/3 af uligheden i Danmark skyldes kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertesygdom, lungekræft, demens og depression (Sundhedsstyrelsen, 2011). Foruden sundhedsadfærd er der en lang række faktorer, der påvirker borgerens helbred, herunder det at have et arbejde, ens sociale relationer og det fysiske lokalområde (CFBU, 2013).

Der er en række risikofaktorer, herunder adfærd som er direkte sundhedsrelateret, som påvirker sundhedstilstanden og dermed også afspejles i eksempelvis middellevetiden. Figur 12 illustrerer hvordan netop denne konkrete sammenhæng er. Her ses alle 4 KRAM-faktorer have en betydning, med rygning, alkoholforbrug og for lidt motion – her udtrykt ved fysisk inaktivitet – som de mest betydningsfulde.

Figur 12: Tab i danskernes middellevetid relateret til forskellige risikofaktorer.



Kilde: SIF, 2006.

Selvom middellevetiden er anvendt i mange sammenhænge til at udtrykke sundhedsstatus, så kan der indgå en række yderligere – ofte vanskeligt kvantificerbare – parametre, som ligeledes medvirker til at tegne billedet af hvor sund

man er. I forskningen opererer man med det brede sundhedsbegreb, der er et dynamisk sundhedsbegreb, hvor krop og psyke hænger sammen, og hvor det enkelte menneskes sundhed udformes i et dynamisk samspil mellem arv, livsstil, levevilkår og sundhedsvæsenets indsats. I det brede sundhedsbegreb vægtes ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse, men også livskvalitet. Der sættes fokus på sundhed og de processer og forhold, der skaber, udvikler og fastholder sundhed hos det enkelte menneske, i grupper og/eller i samfundet. Borgerinddragelse, hverdagsliv, politiske rammer og forudsætninger for at kunne leve et sundt liv samt tværsektorielt samarbejde er centrale elementer i det brede sundhedsbegreb (SIF, 2007).

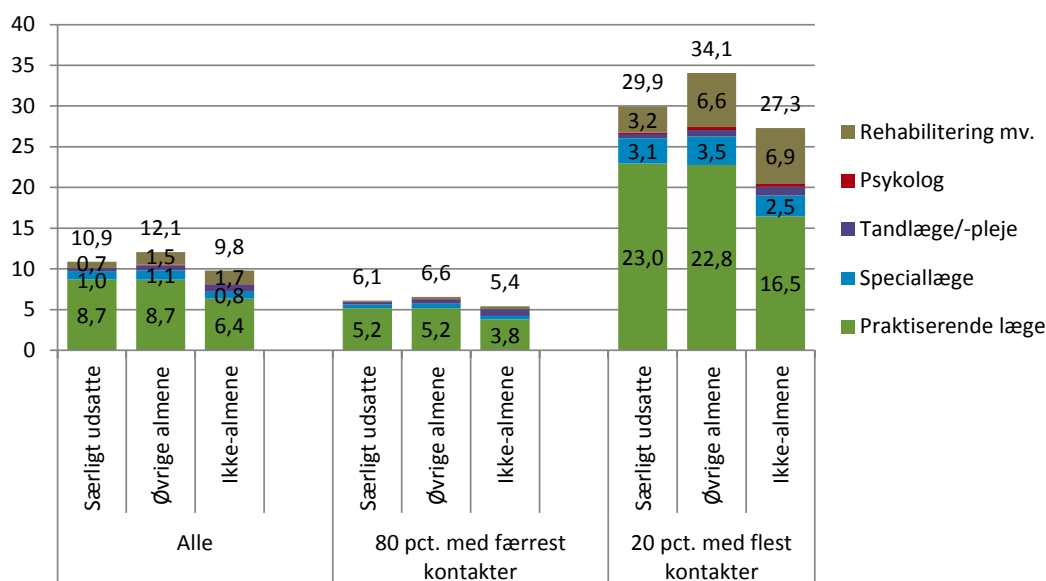
Til at afdække befolkningens og befolkningsgruppers sundhedstilstand, kan der anvendes mere eller mindre direkte mål, herunder selvrapporeret helbred. Alternativt, hvis ikke der er direkte mål tilgængelige, kan der anvendes indirekte mål som tilnærmede udtryk for sundhedstilstanden. Der er en betydelig sammenhæng mellem den selvoplevede sundhedstilstand og forbruget af sundhedsydelser (Nielsen et.al., 2012). Andre faktorer spiller også ind; herunder har den socioøkonomiske status og etniciteten også en betydning i forhold til hvor stort et træk man har på sundhedsydelserne. På trods heraf, vurderes forbrug af sundhedsydelser som en mulig brugbar proxy til at udtrykke en sundhedsmæssig status.

I følgende afsnit ses der på borgere i den arbejdsdygtige alders forbrug af forskellige sundhedsydelser, som afspejling af deres sundhedsmæssige status. Afsnit 6.1 belyser forbruget af ydelser i praksissektoren, mens afsnit 6.2 belyser hospitalssektoren.

## 6.1 Kontakter i praksissektoren

På landsplan gælder, at hver borger i alderen 18 til 64 år i løbet af 2011 har været i kontakt med praksissektoren i gennemsnit 10,3 gange. I befolkningen er der forskel i hvor mange gange man kontakter lægen og andre sundhedsprofessionelle, afhængigt af hvilken type boligområde man bor i, *jf. figur 13*. Borgere i almene boligområder har i gennemsnit haft lidt flere kontakter til praksissektoren end borgere, der ikke bor i et alment boligområde. I de særligt udsatte og øvrige almene boligområder har voksne i gennemsnit 10,9 henholdsvis 12,1 besøg i den primære sundhedssektor. Tilsvarende er der i gennemsnit 9,8 besøg pr. borger blandt den del af befolkningen som ikke bor i almene boliger.

**Figur 13: Antal kontakter i den primære sundhedssektor pr. 18-64 årige i 2011 fordelt efter boligområde.**



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

Note: Praktiserende læge inkluderer vagtlæge og præhospitale kontakter. Rehabilitering mv. er fysioterapi, kiropraktik, genoptræning og forskellige former for fod- og neglebehandling.

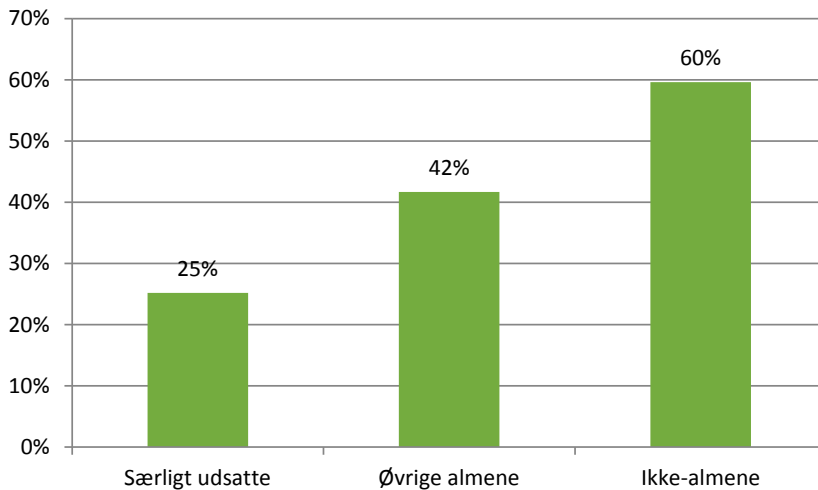
Størstedelen af befolkningen har et relativt beskedent træk på sundheds-ydelserne. For de 80 pct. af befolkningen som har det laveste træk på ydelserne, er forbruget kun godt halvdelen, nemlig mellem 5,4 og 6,6 besøg, sammenlignet med befolkningen generelt, *jf. figur 13*. De resterende 20 pct. af befolkningen som har det største træk på den primære sundhedssektor, er det gennemsnitlige antal besøg på mellem 27,3 og 34,1, altså knap 3 gange så stort som for befolkningen generelt.

Hovedparten af borgernes kontakter med praksissektoren udgøres af kontakter med praktiserende læger, *jf. figur 13*. I 2011 havde 18-64-årige borgere i gennemsnit 6,8 kontakter med praktiserende læger. Det dækker dog over en betydelige forskel mellem borgere bosiddende i almene boligområder og borgere, som ikke bor i en almen bolig.

Både 18-64-årige borgere i de særligt udsatte boligområder som i de øvrige almene boligområder havde i gennemsnit 8,7 kontakter med de praktiserende læger i løbet af 2011. 18-64-årige borgere, der ikke bor i almen bolig, havde derimod i gennemsnit kun godt 6 kontakter med praktiserende læger i løbet af 2011.

Det anes af figur 13, at der er forskelle i hvor meget man går til tandlæge. Figur 14 går mere i detaljen med tandlægeforbruget. Blandt borgere i ikke-almene boliger, går 60 pct. årligt til tandlægen, mens det kun er 25 pct. i de særligt udsatte almene boligområder, og 42 pct. i de øvrige almene boligområder, jf. figur 14.

**Figur 14: Andel med besøg hos tandlæge/tandpleje blandt 16-64-årige i 2011**



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

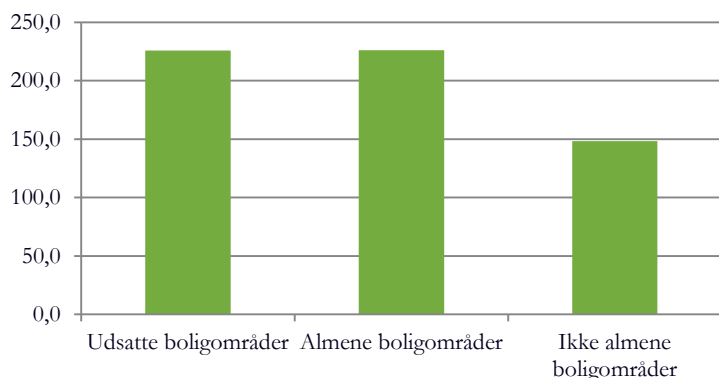
## 6.2 Antal indlæggelser

Hvert år er der over 1,1 mio. indlæggelser i det danske sundhedsvæsen (somatiske). Ca. 50 pct. af disse indlæggelser vedrører borgere i alderen 18 år til 64 år.

På landsplan indlægges der i gennemsnit 163 borgere i alderen 18-64 år pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen.

Der er dog stor forskel mellem typerne af boligområde på det gennemsnitlige antal indlæggelser. Borgere, som bor i almene boliger indlægges i gennemsnit omkring 50 pct. så ofte som borgere, der ikke bor i almene boliger, jf. figur 15. Her er der ikke nævneværdig forskel på, hvorvidt borgeren bor i et særligt udsat boligområde eller øvrige almene boliger.

**Figur 15: Antal indlæggelser pr. 1.000 18-64 årige i 2011 fordelt efter boligområde.**

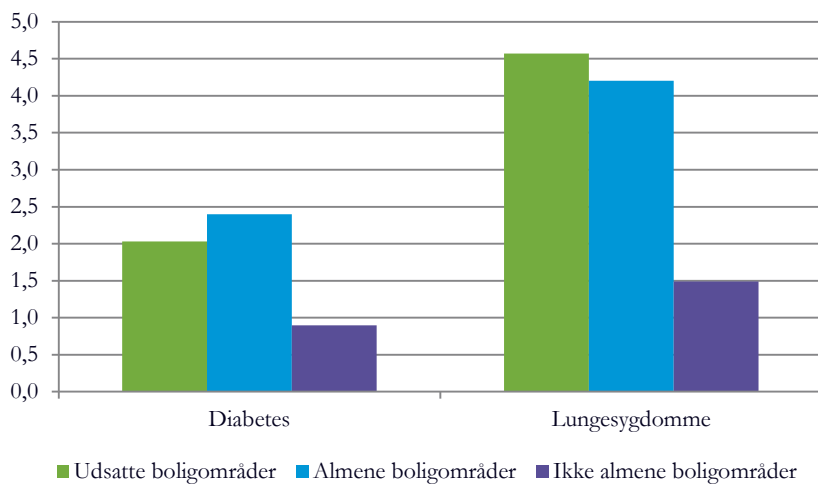


Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

Note: Er der flere indlæggelser med samme udskrivningsdato og diagnose, er det kun den ene indlæggelse som medtages i opgørelsen over antal sygehus indlæggelser.

Når der fokuseres på særlige sygdomme, er der dog forskelle. Ser man på de indlæggelser, som vedrører diabetes og lungesygdomme, såsom bronchitis, udvidede lunger og astma, er de hyppigere forekomne i de sociale boligområder. Her indlægges de 18-64-årige borgere omkring 2½-3 gange så hyppigt som borgere, der ikke bor i almene boligområder, jf. figur 16.

**Figur 16: Antal indlæggelser pr. 1.000 18-64 årige i 2011 fordelt efter sygdom og boligområde.**



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

Note: Diabetes omfatter ICD-10 koderne: E10-E14, mens lungesygdomme omfatter ICD-10 koderne: J20-J22 og J40-J46.

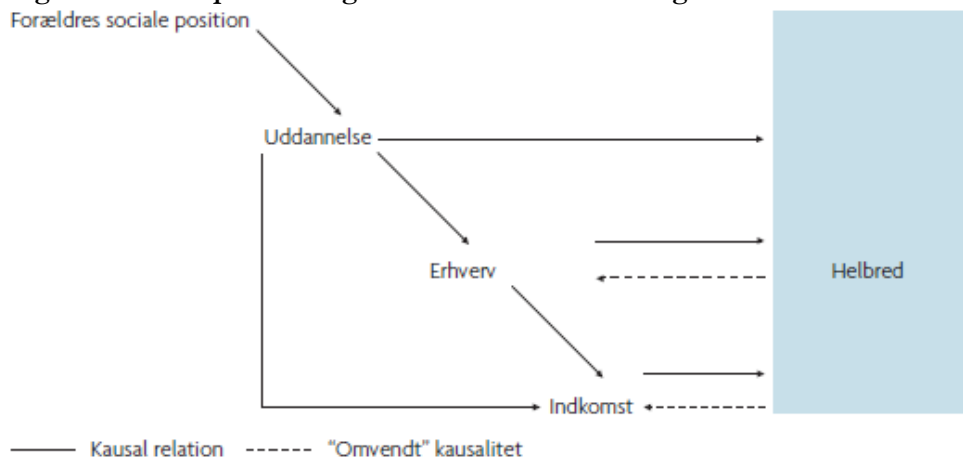
Borgere i de særligt udsatte boligområder indlægges lidt oftere med lungesygdomme end borgere i øvrige almene boligområder, mens borgere i almene boliger oftere indlægges med diabetes end borgere i særligt udsatte boligområder.



## 7 Sammenhæng mellem sundhed og beskæftigelse

Beboerne i de almene boligområder kan karakteriseres ved en række vinkler. Herunder kan der være en arbejdsmarkedsvinkel – som i ovenstående afsnit 5 - og en sundhedsvinkel – som i afsnit 6. Sundhed og beskæftigelse indgår i et samspil med flere andre faktorer, *jf. figur 17*. Den sociale baggrund man er rundet af har stor betydning for de uddannelsesmæssige valg, og dermed også for de jobmuligheder og det indkomstniveau man siden hen opnår. Hændelsesforløbet påvirker og påvirkes af de helbredsmæssige forhold.

**Figur 17: Social position og helbred – relevante årsagsrelationer**



Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2011

Målt på sandsynligheden for at blive indlagt for såvel somatiske som psykiske lidelser, er der en overrisiko for personer udenfor arbejdsstyrken (Sundhedsstyrelsen, 2011). Dertil kommer at der blandt gruppen af personer udenfor arbejdsstyrken er en større andel som får ordineret psykofarmaka.

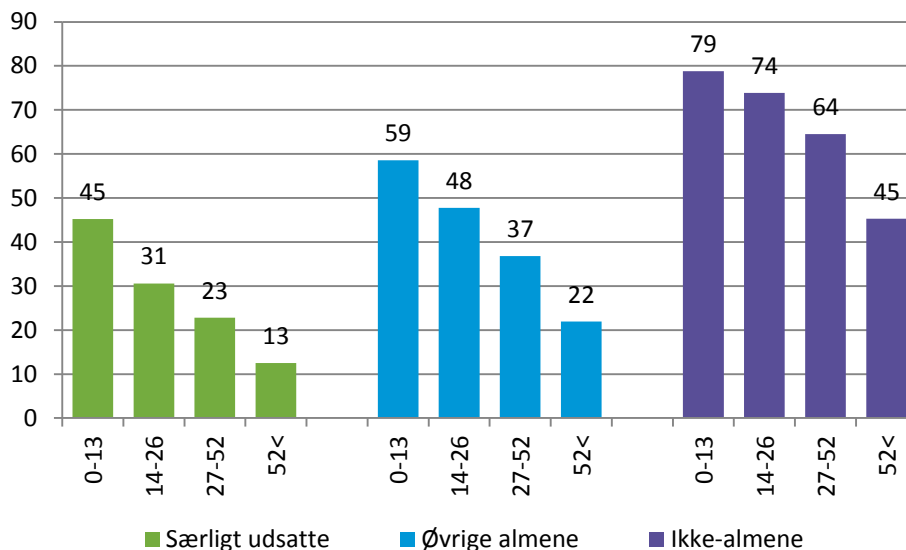
Med en dokumenteret sammenhæng mellem sundhed og beskæftigelse, er det hensigtsmæssigt at kombinere indsatserne på beskæftigelsesområdet og på sundhedsområdet. Som antydnet af figur 17 kan der ske en vekselvirkning mellem sundhedstilstanden og beskæftigelsesstatusen for den enkelte, mens det dog ikke er klart med hvilken styrke de 2 modsatrettede effekter virker. Hvilke tiltag der virker og præcist hvordan er uklart, men der tegner sig et positivt billede fra en række tiltag som er afprøvet i kommunerne (Sundhedsstyrelsen, 2010).

I dette afsnit belyses samspillet mellem sundhed og beskæftigelse. Det gøres ved at sammenholde en række indikatorer på sundhedstilstanden og beskæf-

tigelsesfrekvensen. Forbruget af sundhedsydelser kan i nogen udstrækning ses som en afspejling af sundhedstilstanden, hvorfor den danner grundlag for de sundhedsmæssige parametre i analysen. I afsnit 6 er der redegjort yderligere for denne sammenhæng og dens begrænsninger.

Der er en klar sammenhæng mellem antal kontakter med praksissektoren og beskæftigelsesfrekvensen. Hyppige lægebesøg hænger sammen med en lavere beskæftigelsesfrekvens, *jf. figur 18*. Blandt borgere i de ikke-almene boligområder som sjældnest går til lægen, 13 gange om året eller færre, er der en beskæftigelsesfrekvens på 79 pct., mens der er en beskæftigelsesfrekvens på 45 blandt dem der oftest går til lægen. Samme beskæftigelsesfrekvens ses blandt borgerne i de særligt udsatte boligområder som mest sjældent har kontakt med praksissektoren.

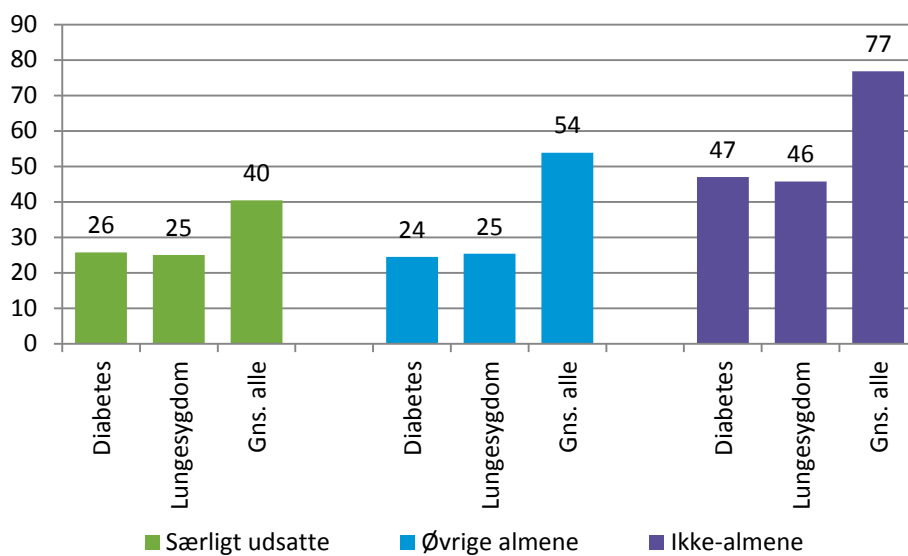
**Figur 18: Beskæftigelsesfrekvens blandt 18-64 årige i november 2011 fordelt efter antallet kontakter med praksissektoren.**



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

Forekomsten af specifikke sygdomme, som eksempelvis diabetes og lunge-sygdomme, hænger sammen med lavere beskæftigelsesfrekvens, *jf. figur 19*. Det varierer hvor stor betydning det har blandt befolkningerne i de 3 typer af boligområder. I de særligt udsatte boligområder betyder det, at der blandt personer som har været indlagt med en af de 2 sygdomme, at beskæftigelsesfrekvensen er ca. 15 procentpoint lavere, hvis man bor i et af de særligt udsatte boligområder, mens forskellen for de øvrige boligtyper er ca. 30 procentpoint.

Figur 19: Beskæftigelsesfrekvens blandt 18-64 årige i november 2011 fordelt efter om der har været indlæggelse vedrørende diabetes eller lungesygdomme.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerservice.

## Referencer

BL (2013): *Medlemsstatistik for 2013, BL – Danmarks Almene Boliger*.  
www.bl.dk.

CEPOS (2009): *Diskrimination af indvandrere og efterkommere øger utilfredsheden*, maj 2009

CFBU (2013): *Boligsociale sundhedsindsatser – Baggrund og kortlægning af sundhedsfremmende indsatser i udsatte boligområder*, december 2013.

Danmarks Statistik (2013): *Indvandrere i Danmark*, november 2013.

KL (2012): *Analyse af unge arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagers overgang til uddannelse i 2006 og 2011*, april 2012,  
[http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_54235/cf\\_202/KL-analyse\\_af\\_overgang\\_fra\\_kontanthj-lp\\_til\\_SU.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_54235/cf_202/KL-analyse_af_overgang_fra_kontanthj-lp_til_SU.PDF)

KORA (2012): *Forklarende analyse af ikke-vestlige indvandreres arbejdsmarkedstilnytning*, december 2012.

Kraka (2013): *Beboere i de større almene boligområder*, april 2013.

Nielsen et.al (2012): *Is there equity in use of health care services among immigrants, their descendents, and ethnic Danes?*, Scandinavian Journal of Public Health, May 2012, Vol. 40 Issue 3, pp. 260.

Rockwool Fondens Forskningsenhed (2013): *Integration blandt ikke-vestlige indvandrere – Arbejde, familie, netværk og forbrug*.

SFI (2006): *Indvandrere i job – Marginalisering og beskæftigelse blandt ikke-vestlige indvandrere og efterkommere*.

SIF (2006): *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*.

SIF (2007): *Folkesundhedsrapporten, Danmark*.

Sundhedsstyrelsen (2010): *Sundhed i Beskæftigelsesindsatsen*.

Sundhedsstyrelsen (2011): *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*.