

Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård förenad med färre besök på akutmottagning

EN POPULATIONSBASERAD STUDIE I JÖNKÖPINGS SJUKVÅRDSREGION

Det rapporteras ofta om överbelastning av sjukhusens akutmottagningar, och en del av läkarbesöken där skulle troligen kunna ske i primärvård. Många sjukvårdsregioner har utvecklat målbaserade ersättningsar med avsikt att förbättra tillgänglighet till läkare i primärvård med förhoppningar att därmed minska besöken på akutmottagningarna.

Studier har visat på högre vårdkvalitet och minskad total resursförbrukning vid hög kontinuitet i vården [1, 2]. I den svenska diskussionen har det ofta förutsatts att detta bara gäller för äldre, särskilt de med kroniska sjukdomar och/eller komplexa vårdbehov [3]. Sambanden mellan tillgänglighet till primärvård och benägenhet att besöka akutmottagningar är mångfasetterade och resultaten av olika studier divergerar. En studie visade att ungefär 1/4 av besöken på akutmottagningar föregåtts av misslyckade försök att få en besöks-tid hos allmänläkare [4]. Andra studier har visat att avstånd till sjukhus i hög grad inverkar på benägenheten att söka akut på sjukhus, liksom socioekonomisk utsatthet, medan god tillgänglighet till primärvård inte påverkade antal besök på akutmottagningar [5-8]. I flera studier har visats att hög personlig läkarkontinuitet ger färre besök på akutmottagningar och inläggningar på sjukhus [9-11]. I en studie av offentlig primärvård i Blekinge omfattande 8 000 patienter fann man, efter justering för ålder, kön, kroniska diagnoser och antal läkarbesök på vårdcentral, att patienter med låg läkarkontinuitet hade dubbelt så många akutmottagningsbesök jämfört med dem som hade hög kontinuitet [12].

Mot bakgrund av ovanstående var vårt syfte att i en större svensk population studera vilka samband som fanns mellan läkarbesök på akutmottagningar och personlig läkarkontinuitet samt tillgänglighet i primärvård med särskilt fokus på yngre vuxna och äldre.

METOD

Studien är en tvärsnittsstudie omfattande 333 411 in-

divider, vilka under två år (2015 och 2016) var listade vid någon av de 46 vårdcentralerna i Region Jönköpings län. Vid årsskiftet 2015/2016 fanns i regionen 347 837 invånare. I regionen finns tre akutsjukhus, belägna i Eksjö, Jönköping och Värnamo. Utsökning av vårdkonsumtionsdata gjordes via Region Jönköpings läns rapportssystem Diver. Regionkansliet tillhandahöll uppgifter om listning och ACG-vikt (adjusted clinical groups, ett system för att mäta vårdtyngd) för åren 2015 och 2016. Socioekonomiska uppgifter erhöles från Statistiska centralbyrån, SCB.

Följande variabler fanns på individnivå: Ålder, kön, socioekonomi (utbildning, disponibel hushållsinkomst, civilstånd och folkbokfört lantmäteridistrikt), sjuklighet (ACG-vikt [13]), antal läkarbesök till och telefonkontakter med läkare på listad vårdcentral, antal läkarbesök på akutmottagningar samt personlig läkarkontinuitet och avstånd till sjukhus. Avstånd till sjukhus beräknades som avståndet i kilometer med bil, enligt Google Maps, från individens folkbokförda lantmäteridistrikts huvudort till det sjukhus i vars upptagningsområde distriktet ingår.

På vårdcentralsnivå mättes variablerna telefon- och läkarbesökstillgänglighet. Måttet telefontillgänglighet är en sammanvägning av andelen av alla inkommande samtal till vårdcentralernas rådgivningssjuk-sköterskor som bokats för uppringning inom 60 minuter, och andelen av dessa samtal som uppringts inom ± 15 min från bokad tid, under år 2015 respektive 2016.

Läkarbesökstillgänglighet är andelen av alla nybesök (patienten söker för nyttillkomna symtom eller oväntad försämring av känd sjukdom) till läkare som bokats för besökstid inom 7 dagar under år 2015 respektive 2016.

Statistik

Som resultatmått användes antal läkarbesök på akutmottagningar vid de tre sjukhusen i Region Jönköpings län år 2016.

Sambanden mellan variablerna analyserades med hjälp av stegvisa multipla linjära regressioner i statistikprogrammet SPSS Statistics 24. Sjukhus lades in som dummyvariabel. Rutiner och organisation varierar mellan sjukhusen. Värnamo har exempelvis samlokalisering av jourcentral och akutmottagning, men inte Jönköping och Eksjö. Den statistiska signifikansnivån var $P < 0,001$.

För de 140 478 individer som sammanlagt under åren 2015 och 2016 haft tre eller flera läkarkontakter (besök

Sven Engström, med dr, specialist i allmänmedicin, Primärvårdens FoU-enhet, Futurum, Jönköping
 ● sven.g.engstrom@telia.com

Lars Borgquist, professor emeritus, specialist i allmänmedicin, Linköpings universitet

Dennis Nordvall, statistiker, Qulturum, Region Jönköpings län

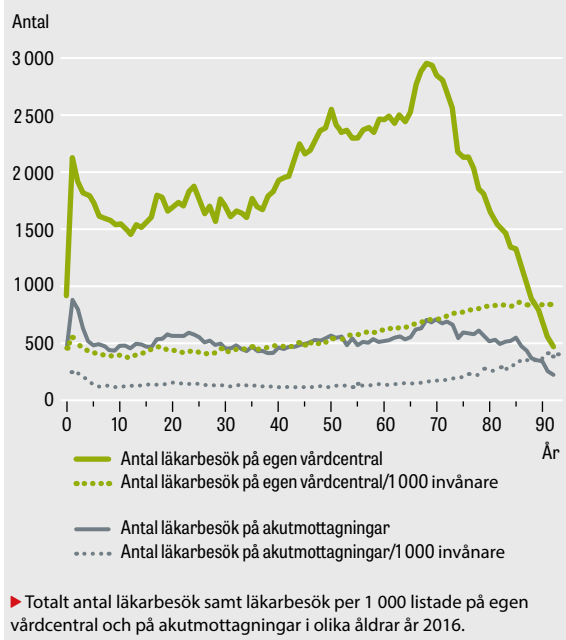
Gunnar Albinsson, kvalitetssamordnare, leg sjuksköterska, Primärvårdens FoU-enhet, Futurum, Jönköping

Eva Arvidsson, med dr, specialist i allmänmedicin, Primärvårdens FoU-enhet, Futurum, Jönköping

HUVUDBUDSKAP

- Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård var förenad med lägre antal läkarbesök på akutmottagningar.
- Sambandet mellan hög personlig läkarkontinuitet och lägre antal läkarbesök på akutmottagning var störst för gruppen yngre vuxna.
- God tillgänglighet till läkarbesök på vårdcentral var inte förenad med lägre antal akutmottagningsbesök.
- God tillgänglighet till telefonrådgivning av sjuksköterska på vårdcentral var inte förenad med lägre antal akutmottagningsbesök.

FIGUR 1. Antal läkarbesök



eller telefon) beräknades personlig läkarkontinuitet. Det mått som användes var continuity of care-index (CoC-index) [14], ett individbaserat mått som beaktar frekvensen av besök till varje läkare och spridningen av besök mellan läkare. Till skillnad från enklare mått, som andel konsultationer med samma läkare, justerar CoC-index även för totala antalet konsultationer så att till exempel 6 av totalt 9 besök till samma läkare ger högre CoC-index jämfört med 2 av 3 besök. Indexvärdena varierar från 0 (varje besök görs hos olika läkare) till 1 (alla besök görs hos samma läkare).

Efter de statistiska analyserna med stegvisa multipla linjära regressioner beräknades kontinuitetsberoende skillnader i antal besök på akutmottagningen per 1000 individer. Därvid multiplicerades skillnaden i CoC-värde mellan de cirka 15 procent av de tre studerade grupperna (totalpopulation, 17-30 år samt äldre än 65 år) med högst och de cirka 15 procent med lägst personlig kontinuitet med betakoefficienten för CoC-värdet.

Etik

Etikansökan beviljades vid Regionala etikprövningsnämnden i Linköping (nr 2017/244-31).

RESULTAT

Under 2016 besökte 48 procent av invånarna läkare på egen vårdcentral, 6 procent på jourcentral, 15 procent på akutmottagning och 2 procent på både jourcentral och akutmottagning. Barn under 6 år var frekventa besökare både på akutmottagning och på egen vårdcentral liksom gruppen 17-30 år. Antalet läkarbesök på egen vårdcentral per 1000 invånare ökade successivt från 30 års ålder, medan ökningen av läkarbesök på akutmottagningarna kom först vid 60 års ålder. Tre åldersgrupper uppvisade särskilt höga besöksantal vid akutmottagningar: 1-6 år, 17-30 år samt över 65 år (Figur 1).

I alla tre studerade åldersgrupper hade individer

med läkarbesök på akutmottagning lägre medelinkomst och något lägre utbildningsnivå än de som besökte egen vårdcentral eller jourcentral. Unga vuxna med läkarbesök på akutmottagning hade något lägre ACG-vikt (lägre sjuklighet) än de som besökte jourcentral. Personer över 65 år som sökte akutmottagningen hade något högre ACG-vikt (högre sjuklighet) jämfört med jourcentralbesökare (Tabell 1).

Resultat av multipla stegvisa regressionsanalyser

Personlig läkarkontinuitet (CoC-värde) uppvisade negativt samband med antalet besök på akutmottagning för totalpopulationen liksom för de särskilt studerade åldersgrupperna (Tabell 2).

För de olika åldersgrupperna beräknades kontinuitetsberoende skillnader i antal besök på akutmottagningen:

Alla åldrar. Antalet läkarbesök på akutmottagningar per 1000 personer beräknades till 107 för de (n = 21 275) som hade högst kontinuitet (CoC-medelvärde = 0,99) jämfört med 211 för de (n = 20 953) med lägst kontinuitet (CoC-medelvärde = 0,02), det vill säga 49 procent färre besök.

Åldersgrupp 17-30 år. Antalet läkarbesök på akutmottagningar per 1000 personer beräknades till 95 för de (n = 2 468) personer med högst kontinuitet (CoC-medelvärde = 0,91) jämfört med 210 för de (n = 2 983) med lägst kontinuitet (CoC-medelvärde = 0,00), det vill säga 55 procent färre besök.

Åldersgrupp över 65 år. Antalet läkarbesök på akutmottagningar per 1000 personer beräknades till 231 för de (n = 8 083) med högst kontinuitet (CoC-medelvärde = 0,9) jämfört med 349 för de (n = 8 083) med lägst kontinuitet (CoC-medelvärde = 0,06), det vill säga 34 procent färre besök.

Tillgänglighet till vårdcentralernas sköterskebaserade telefonrådgivning och tillgänglighet till läkarbesök på vårdcentral uppvisade inga signifikanta samband med antalet läkarbesök på akutmottagningar. Detta gällde såväl för alla åldrar sammantaget som för yngre vuxna och äldre.

DISKUSSION

Hög personlig läkarkontinuitet vid egen vårdcentral korrelerade i analyserna med betydligt färre akuta läkarbesök på sjukhus för hela populationen, liksom för yngre vuxna och äldre. I totalmaterialet var skillnaden i antal akutmottagningsbesök mellan dem med lägst och dem med högst kontinuitet 49 procent, för gruppen över 65 år var skillnaden 34 procent och för yngre vuxna hela 55 procent.

Tillgänglighet till vårdcentralernas sköterskebaserade telefonrådgivning eller tillgång till läkarbesök på vårdcentral uppvisade inga signifikanta samband med minskat antal läkarbesök på akutmottagningar, och detta gällde för såväl hela populationen som för yngre vuxna och äldre.

Jämförelse med andra studier

I studier från Storbritannien [5, 8] har man funnit att sociala förhållanden i stor utsträckning förklarar be-

TABELL 1. Besökare och antal besök år 2016 till egen vårdcentral, jourcentral och akutmottagning samt förklaringsfaktorer (medelvärden) totalt och per åldersgrupp.

	Egen vårdcentral	Jourcentral	Akutmottagning
Alla åldrar: 333 411 listade. Antal som besökt:	158 810	20 374	48 295
Andel som besökt (procent)	47,6	6,1	14,5
Antal läkarbesök	328 352	23 640	62 032
ACG-vikt (min-max)	2,68 (0,02-7,04)	2,48 (0,02-7,04)	3,10 (0,02-7,04)
Disponibel inkomst för bostadshushållet (kr)	517 839	560 080	497 215
Avstånd till sjukhus (km)	23,7	20,9	20,6
Utbildningsnivå; 1 = grundskola, 2 = gymnasium, 3 = universitetsexamen	1,95	2,00	1,87
Personlig läkarkontinuitet: CoC-index (min-max)	0,38 (0,00-1,00)	0,33 (0,00-1,00)	0,38 (0,00-1,00)
Åldersgrupp 17-30 år: 56 493 listade. Antal som besökt:	24 095	3 746	7 269
Andel av åldersgruppen som sökt (procent)	42,7	6,6	13,2
Antal läkarbesök	40 417	4 381	9 416
ACG-vikt (min-max)	1,54 (0,02-7,04)	1,81 (0,02-7,04)	1,76 (0,02-7,04)
Disponibel inkomst för bostadshushållet (kronor)	559 537	567 035	529 884
Avstånd till sjukhus (km)	22,7	20,7	20,5
Utbildningsnivå; 1 = grundskola, 2 = gymnasium, 3 = universitetsexamen	1,94	1,91	1,89
Personlig läkarkontinuitet: CoC-index (min-max)	0,30 (0,00-1,00)	0,29 (0,00-1,00)	0,30 (0,00-1,00)
Åldersgrupp > 65 år: 70 133 listade. Antal som besökt:	52 789	2 893	15 361
Andel av åldersgruppen som sökt (procent)	75,3	4,1	21,9
Antal läkarbesök	107 236	3 227	21 085
ACG-vikt (min-max)	4,13 (0,03-7,04)	4,73 (0,03-7,04)	4,78 (0,03-7,04)
Disponibel inkomst för bostadshushållet (kronor)	368 106	391 402	360 169
Avstånd till sjukhus (km)	24,4	21,1	23,3
Utbildningsnivå; 1 = grundskola, 2 = gymnasium, 3 = universitetsexamen	1,71	1,75	1,66
Personlig läkarkontinuitet: CoC-index (min-max)	0,45 (0,00-1,00)	0,41 (0,00-1,00)	0,43 (0,00-1,00)

ACG = adjusted clinical groups; CoC = continuity of care

nägenheten att söka på akutmottagningar. I föreliggande studie var medelinkomsten och utbildningsnivån, i likhet med ovannämnda studier, något lägre för dem som sökte på akutmottagningar.

Överbelastning på akutmottagningar anses inte sällan bero på att personer söker akutmottagningarna för problem som inte kräver akutsjukhusets resurser och som skulle handläggas bättre på vårdcentral eller jourcentral. En sådan förklaring får visst stöd i våra analyser, i alla fall för den yngre gruppen, eftersom ACG-vikten för dem som besökt läkare på akutmottagning inte var högre än ACG-vikten för dem som besökt jourcentral.

Våra resultat för personlig läkarkontinuitet överensstämmer med tidigare studier [10-12, 15]. Det finns även visst stöd för att god tillgänglighet inte har så stor betydelse för benägenheten att besöka akutmottagningar [4, 6] - något som även vår studie visade. Kohnke & Zielinsky fann i sin studie från Blekinge att kontinuiteten var betydligt lägre (medianvärde 0,33 för andelen besök till patientens mest besökta läkare) än i jämförbara länder som Norge (0,78) och England (0,5-0,68) [12]. I vår studie var detta värde 0,60.

Sverige har jämfört med andra länder satsat betydligt mindre på primärvård, och primärvårdens andel

av sjukvårdsbudgeten minskar successivt [16]. Andelen primärvårdsläkare av totala antalet specialister är i Sverige lägre (17 procent) än genomsnittet i andra OECD-länder (medel 30 procent), och andelen fortsätter att minska [17]. Studier har visat på högre vårdkvalitet, minskad mortalitet [1, 2, 18] och minskad total resursförbrukning vid hög personlig läkarkontinuitet i vården [1]. Trots den stora potential som ligger i personlig kontinuitet konstaterades i utredningen »Effektiv vård« att man inte hittat något exempel på att huvudmännens sätt att styra eller att organisera arbetet i vården stödjer kontinuitet [19].

Studiens resultat står delvis i motsats till förslag som presenterats i »God och nära vård«, den pågående statliga utredningen om den framtida svenska sjukvården [3]. Exempelvis argumenteras för att läkarkontinuitet endast har betydelse för extra sårbara patienter men att det för övriga är av mindre intresse och att vården ska sträva efter personlig kontinuitet endast för dem som aktivt önskar det.

En styrka med föreliggande studie är att den omfattar samtliga individer som under både 2015 och 2016 var listade på någon vårdcentral i Region Jönköpings län och då haft minst 3 läkarkontakter. Tillförlitliga persondata, med litet bortfall, finns för vårdutnytt-

TABELL 2. Stegvis linjär multipel regression med antalet läkarbesök på akutmottagningar år 2016 som beroende variabel.

Förklaringsfaktorer	Alla åldrar, n = 122 400			17–30 år, n = 16 796			Över 65 år, n = 45 231		
	Betakoefficient	Standardiserad betakoefficient	P-värde	Betakoefficient	Standardiserad betakoefficient	P-värde	Betakoefficient	Standardiserad betakoefficient	P-värde
(Konstant)	0,364		0,000	0,301		0,000	-0,413		0,000
ACG-vikt 1 juli 2015	0,059	0,178	0,000	0,094	0,183	0,000	0,056	0,142	0,000
Läkarkontakter med egen vårdcentral år 2015 och 2016	0,013	0,142	0,000	0,014	0,100	0,000	0,016	0,169	0,000
CoC-index	-0,107	-0,051	0,000	-0,126	-0,056	0,000	-0,104	-0,046	0,000
Kön	-0,065	-0,049	0,000	-0,046	-0,035	0,000	-0,082	-0,058	0,000
Avstånd till sjukhus	-0,001	-0,036	0,000	-0,001	-0,037	0,000	-0,001	-0,030	0,000
Utbildningsnivå	-0,047	-0,053	0,000	-0,070	-0,071	0,000	-0,021	-0,022	0,000
Ålder	-0,001	-0,039	0,000				0,008	0,090	0,000
Jönköpings sjukhusdistrikt	0,021	0,016	0,000	0,057	0,043	0,000			
Skild eller inte	0,025	0,013	0,000				0,061	0,029	0,000
Disponibel inkomst för bostads-hushållet (Mkr)	-0,007	-0,011	0,000						
Eksjö sjukhusdistrikt							-0,050	-0,034	0,000
Variabler som uteslöts i den stegvisa regressionen	Läkarbesökstillgänglighet 2015 Läkarbesökstillgänglighet 2016 Telefontillgänglighet 2015 Telefontillgänglighet 2016 Eksjö sjukhusdistrikt Värnamo sjukhusdistrikt			Läkarbesökstillgänglighet 2015 Läkarbesökstillgänglighet 2016 Telefontillgänglighet 2015 Telefontillgänglighet 2016 Ålder Eksjö sjukhusdistrikt Värnamo sjukhusdistrikt Skild eller inte Disponibel inkomst för hushållet			Läkarbesökstillgänglighet 2015 Läkarbesökstillgänglighet 2016 Telefontillgänglighet 2015 Telefontillgänglighet 2016 Jönköpings sjukhusdistrikt Värnamo sjukhusdistrikt Disponibel inkomst för hushållet		

ACG = adjusted clinical groups; CoC = continuity of care

»Våra resultat visar på läkarkontinuitetens betydelse för både den stora gruppen yngre vuxna och äldre med komplexa vårdbehov. För den stora gruppen yngre vuxna är sambandet extra tydligt.«

jande, personlig läkarkontinuitet, samsjuklighet, avstånd till sjukhus samt socioekonomi. Region Jönköpings län har i det närmaste samma åldersfördelning och andel utrikes födda i sin population som genomsnittet för Sverige, och våra resultat kan sägas vara generaliserbara för landet i sin helhet.

Studien är en tvärsnittstudie och de samband som visas är inte kausala, vilket måste beaktas vid tolkning av resultaten. Måtten på tillgänglighet avser vårdcentralsnivå, vilket kan ha inverkat på resultaten. Data på individnivå hade eventuellt kunnat visa på samband men är svårtillgängliga och har inte kunnat erhållas.

Implikationer

Problem med överbelastning av akutmottagningar bör kunna lindras genom att öka den personliga läkarkontinuiteten i primärvård. Sådana satsningar kan exempelvis kompletteras med riktad information

till yngre vuxna om fördelarna med att få en bokad tid på en jourcentral/vårdcentral. För att möjliggöra detta krävs en utbyggd primärvård. De försök som gjorts, och görs, för att öka tillgängligheten, bland annat den förstärkta vårdgarantin från och med 2019 som innebär att patienter som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar, torde inte förändra bilden. Den tidigare vårdgarantin har i en underdimensionerad svensk primärvård sannolikt bidragit till arbetsmiljöproblem och ökande sjukskrivningstal bland allmänläkare [20].

KONKLUSION

Våra resultat visar på läkarkontinuitetens betydelse för både den stora gruppen yngre vuxna och äldre med komplexa vårdbehov. För den stora gruppen yngre vuxna är sambandet extra tydligt. Satsningar på primärvård och vårdcentraler bör kompletteras med åtgärder för att skapa en primärvård som har hög personlig läkarkontinuitet för alla. Detta skulle utöver belagda positiva effekter på kvalitet och kostnader även kunna bidra till minskat söktryck på akutmottagningar. En primärvård med hög personlig läkarkontinuitet för alla kan således förbättra vårdkvalitet och tillgång till vård och bör genomföras. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2019;116:FTPW

REFERENSER

- Borgquist L, Engström S. Läkares personkännedom sparade liv och resurser. Personlig kontinuitet viktig i ett nytt svenskt vårdssystem. *Läkartidningen*. 2019;116:FDZA.
- Pereira Gray DJ, Sisdaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021161.
- SOU 2018:39. God och nära vård – en primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm: Socialdepartementet; 2018.
- Cowling TE, Cecil EV, Soljak MA, et al. Access to primary care and visits to emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. *PLoS One*. 2013;8(6):e66699.
- Giebel C, McIntyre JC, Daras K, et al. What are the social predictors of accident and emergency attendance in disadvantaged neighbourhoods? Results from a cross-sectional household health survey in the north west of England. *BMJ Open*. 2019;9(1):e022820.
- Harris MJ, Patel B, Bowen S. Primary care access and its relationship with emergency department utilisation: an observational, cross-sectional, ecological study. *Br J Gen Pract*. 2011;61(539):e787-93.
- Saxena S, George J, Barber J, et al. Association of population and practice factors with potentially avoidable admission rates for chronic diseases in London: cross sectional analysis. *J R Soc Med*. 2006;99(2):81-9.
- Scantlebury R, Rowlands G, Durbaba S, et al. Socioeconomic deprivation and accident and emergency attendances: cross-sectional analysis of general practices in England. *Br J Gen Pract*. 65(639):e649-54.
- Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract*. 2004;53(12):974-80.
- Barker I, Steven-ton A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*. 2017;356:j84.
- Gill JM, Mainous AG 3rd. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998;7(4):352-7.
- Kohnke H, Zielinski A. Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(2):113-9.
- Weiner JP, Starfield BH, Steinwachs DM, et al. Development and application of a population-oriented measure of ambulatory care case-mix. *Med Care*. 1991;29(5):452-72.
- Jee SH, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2006;63(2):158-88.
- Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ*. 2007;177(11):1362-8.
- Primärvården i Europa. En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse. Stockholm: Vårdanalys; 2017. PM 2017:4.
- Health at a glance 2017. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2017.
- Stevens JP, Nyweide DJ, Maresh S, et al. Comparison of hospital resource use and outcomes among hospitalists, primary care physicians, and other generalists. *JAMA Intern Med*. 2017;177(12):1781-7.
- SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet; 2016.
- Cederberg J. Många primärvårdsläkare sjukskriver sig. *Läkartidningen*. 2017;114:EMP7.

SUMMARY

Personal physician continuity in primary care associated with fewer emergency room visits

Overloading of the emergency departments in hospitals is, in Sweden, a common problem that is often blamed on lack of access to primary care. We have conducted a cross-sectional study comprising more than 40% of the 347 837 inhabitants of Region Jönköping with access to complete individual data on healthcare consumption, personal doctor continuity, socio-economics, and accessibility data for all of the region's health centres. Individuals with high personal continuity at their own health centre had significantly fewer emergency room visits compared to those with the lowest continuity: for younger adults 55% and for elderly 34% fewer emergency room visits. Access to doctor consultations or to counselling nurses in primary care was not associated with a lower number of emergency room visits. Our results show the importance of personal doctor continuity also for the group of younger adults.