

# Mammorna blir allt äldre men mortaliteten är betryggande låg

## STUDIE AV KEJSARSNITT BASERAD PÅ SVENSKT PERIOPERATIVT REGISTER

**Svenskt perioperativt register (SPOR)** är ett nationellt kvalitetsregister som startades 2011 i syfte att samla nationella data kring perioperativt omhändertagande och kvalitet [1]. Antalet sjukhus som rapporterar data till registret har ökat, och täckningen är i dag god avseende offentligt finansierade sjukhus [2]. Syftet med registret är att öka möjligheterna till utvärdering av det perioperativa förloppet, till exempel i vilken utsträckning planerade och akuta ingrepp med anestesimedverkan skiljer sig avseende perioperativt förlopp och 30-dagarsmortalitet. Den perioperativa mortalitetskvoten (POMR), antalet avlidna av alla orsaker inom 30 dagar från det att ingreppet utförs, är ett standardiserat sätt att mäta och jämföra kvaliteten på vården mellan länder och även inom landet [3, 4].

Syftet med denna studie var att studera kejsarsnitt i Sverige registrerade i SPOR under de senaste 6,5 åren, 2016 till och med juni 2022, avseende ålder, ASA-klass (American Society of Anesthesiologists physical status classification), andelen elektiva, akuta och omedelbara kejsarsnitt, anestesimetod samt mortalitet inom 30 dagar från kejsarsnittet.

### MATERIAL OCH METOD

Alla kejsarsnitt som registrerats i SPOR under åren 2016 till juni 2022 har analyserats avseende kvinnans ålder, ASA-klass, akutplanering, anestesiteknik samt antal avlidna under de första 30 postoperativa dagarna.

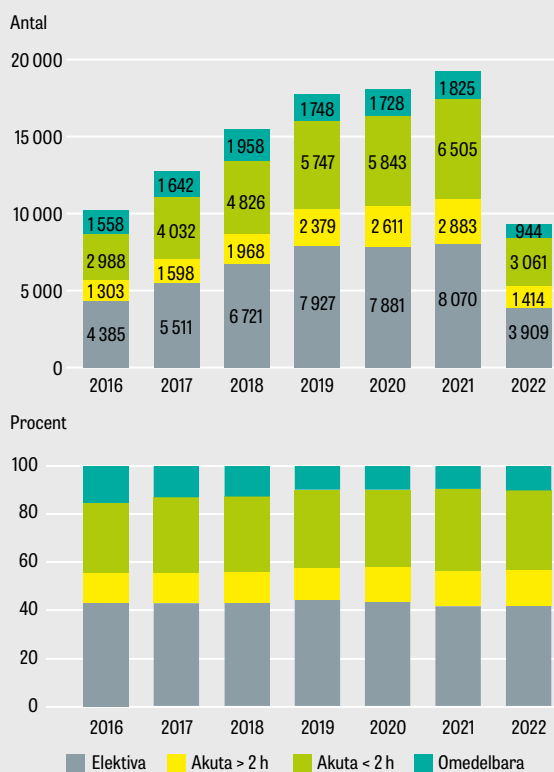
Akutplaneringen anges i enlighet med SPOR:s registrering som urakut (i denna artikel angivet som »omedelbart«), akut och elektivt. Antalet kejsarsnitt baseras på tillgängliga data i registret och täcker operationskoderna MCA 00, MCA 10, MCA 20, MCA 30,

**Hanna Norlin**, läkarstudent, termin 8, Karolinska institutet; projektarbete vid anesthesi- och intensivvårdskliniken, Danderyds sjukhus, Stockholm

**Johanna Albert**, docent, överläkare, anesthesi- och intensivvårdskliniken, Danderyds sjukhus, Stockholm; styrelsemedlem, SPOR

**Jan Jakobsson**, adjungerad lektor, överläkare, anesthesi- och intensivvårdskliniken, Danderyds sjukhus, Stockholm; Karolinska institutet  
 ● jan.jakobsson@ki.se

**FIGUR 1.** Elektiva, akuta och omedelbara kejsarsnitt registrerade i Svenskt perioperativt register från 2016 till och med sista juni 2022.



► Andelen omedelbara kejsarsnitt minskade och andelen akuta inom 2 timmar ökade under perioden.

### HUVUDBUDSKAP

- Medelåldern hos kvinnor som genomgick kejsarsnitt i Sverige har höjts och andelen med högre ASA-klass har ökat de senaste 6,5 åren.
- Cirka 43 procent av alla kejsarsnitt i Sverige är elektiva.
- Andelen omedelbara kejsarsnitt har minskat från 15 till 10 procent av alla kejsarsnitt.
- En klart dominerande andel av alla kejsarsnitt i Sverige utförs i spinal- eller epiduralbedövning.
- Den totala mortaliteten under de första 30 dagarna efter kejsarsnittet under de 6,5 år som studerades, 1 januari 2016–30 juni 2022, är betryggande låg: 14 avlidna av 102 965 kejsarsnitt.

MCA 33 och MCA 96. Information om mortalitet och antal dagar från kejsarsnittet till död är också inhämtad från SPOR:s registrering.

Registrets täckningsgrad var under de första åren relativt låg. Studien baseras på den kohort av kejsarsnitt som registrerats mellan 2016 och juni 2022.

### Statistik

Alla data extraherade från SPOR har hanterats i Microsoft Excel, och analyserna har utförts i statistikprogrammet SPSS. Numeriska data presenteras som medelvärde och standardavvikelse. Kategoriska data presenteras som antal och procent. Andelen (procent) har beräknats på den totala kohorten eller totalt antal kejsarsnitt per år. Skillnader mellan grupper har analyserats med ANOVA (variansanalys) för numeriska

**TABELL 1.** Förändring i ålder och ASA-klass över studieperioden 2016 till och med juni 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	P-värde
● Ålder <sup>a</sup> medel (±SD)	31,7 (±5,4)	31,9 (±5,3)	31,9 (±5,2)	32,2 (±5,2)	32,2 (±5,1)	32,4 (±4,9)	32,5 (±5,1)	< 0,001 <sup>b</sup>
● ASA-klass <sup>a</sup>	n (procent)							
I	2 707 (32,0)	3 392 (32,3)	3 602 (28,3)	3 502 (24,9)	3 166 (21,9)	3 020 (19,8)	1 241 (16,6)	< 0,001 <sup>b</sup>
II	5 134 (60,8)	6 269 (59,8)	8 130 (64,0)	9 504 (67,7)	10 140 (70,2)	11 038 (72,3)	5 636 (75,5)	
III	595 (7,0)	812 (7,7)	957 (7,5)	1 009 (7,2)	1 117 (7,7)	1 192 (7,8)	571 (7,6)	ns <sup>b</sup>
IV	15 (0,2)	18 (0,2)	19 (0,1)	24 (0,2)	20 (0,1)	24 (0,2)	17 (0,2)	
V	0 (0,0)	1 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,0)	1 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

SD = standardavvikelse, n = antal, ns = icke signifikant. a = Saknade data: 20 091 (19,5 procent) för ASA-klass, 55 (0,1 procent) för ålder. b = P-värde, beskriver skillnader i andel mellan 2016 och 2022.

**TABELL 2.** Perioperativa tider för kejsarsnitt av olika akutgrad, anestesiteknik och patienter som avlidit inom 24 timmar och inom 30 dagar

	Elektiva n = 44 404	Akuta n = 47 158	Omedelbara n = 11 403	Alla n = 102 965
● Anestesitid, minuter	72 ± 23	70 ± 23*	67 ± 30	71 ± 24
● Operationstid, minuter	45 ± 18	44 ± 17*	43 ± 22	45 ± 18
● Uppvakningstid, minuter	144 ± 96	160 ± 126*	170 ± 126	152 ± 111
● Anestesi, neuroaxial/generell, antal (procent)	32 787/1 477 (96/4)	16 556/1 369 (92/8)	3 649/3 031 (55/45)	52 992/5 877 (90/10)
● Avliden inom 24 timmar, antal	0	0	4	4
● Avliden inom 30 dagar, antal (procent)	1 (0,002)	6 (0,013)	7 (0,061)	14 (0,014)

\* = akut < 2 timmar

data och  $\chi_2$ -test och Fischers exakta test för kategoriska data. Ett P-värde < 0,05 har använts för att säkerställa en statistiskt signifikant skillnad.

## RESULTAT

Antalet registrerade kejsarsnitt ökade under studieperioden. Andelen elektiva kejsarsnitt varierade mellan 42 och 44 procent av alla kejsarsnitt; lägst 2021 och första halvåret 2022 och högst 2019. Andelen omedelbara kejsarsnitt minskade från 15,2 procent år 2016 till 10,1 procent år 2022 (P < 0,001), se Figur 1.

Medelåldern bland kvinnorna som genomgick kejsarsnitt ökade från 31,7 år 2016 till 32,5 år 2022 (P < 0,001). Även ASA-klassen ökade. Andelen ASA-klass III/IV ökade från 7,2 procent år 2016 till 7,8 procent år 2022, se Tabell 1.

En tydlig förskjutning skedde också i anestesiteknik under perioden 2016–2020. Andelen kejsarsnitt i ryggbedövning ökade, och andelen kejsarsnitt i generell anestesi minskade (P < 0,001), se Figur 2.

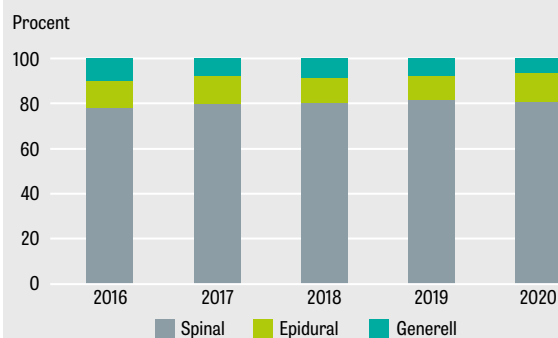
Generell anestesi användes i 45 procent av de omedelbara kejsarsnitten, men endast 3,6 procent av de elektiva. 96 procent av de elektiva och 40 procent av de omedelbara kejsarsnitten utfördes i spinalbedövning. Epiduralbedövning användes sällan vid elektiva kejsarsnitt. Epiduralbedövning användes i 15 procent av de omedelbara kejsarsnitten och i 28 procent av akuta kejsarsnitt utförda inom 2 timmar. Andelen kejsarsnitt där man behövt konvertera från neuroaxial till generell anestesi varierade mellan 1,5 och 2,3 procent.

Medeloperationstiden för kejsarsnitten som studerades var 45 (± 18) minuter, med endast små skillnader

mellan akutgraderna. Medelanestesitiden var 71 (± 18) minuter, och omedelbara och akuta kejsarsnitt hade signifikant kortare medeltider jämfört med de elektiva kejsarsnitten, se Tabell 2. Även uppvakningstiden påverkades signifikant av akutgraden, med längst vårdtid på uppvakningsavdelningen för de omedelbara kejsarsnitten, se Tabell 2.

De fem vanligaste intraoperativa komplikationerna var hypotension, byte av anestesiteknik, hypovolemi, illamående och/eller kräkning och smärta under ingreppet. De fem vanligaste postoperativa komplikationerna var smärta vid ankomsten till uppvaknings-

**FIGUR 2.** Andelen spinal, epidural och generell anestesi som använts vid kejsarsnitt under perioden.



► Andel spinal anestesi ökade och generell anestesi minskade när 2020 jämförs med 2016.

avdelningen, svår smärta under tiden på uppvakningsavdelningen, hypotermi, frossa och hypertension.

Antalet kvinnor som avled i anslutning till operationen var mycket lågt. Totalt avled 14 kvinnor inom 30 dagar vid de 102 965 kejsarsnitt som registrerats i SPOR. Det motsvarar en POMR på 0,014 procent eller 13,6 avlidna per 100 000 kejsarsnitt, se Figur 3. Ingen signifikant skillnad i mortalitet sågs över perioden. Totalt avled 4 kvinnor inom 24 timmar och 8 kvinnor inom 1 vecka efter operationen. Av de 14 kvinnor som avled inom 30 dagar genomgick 7 kvinnor ett omedelbart kejsarsnitt och 5 kvinnor genomgick akuta snitt inom 2 timmar. ASA-klass var högre bland de 14 avlidna inom 30 dagar.

## DISKUSSION

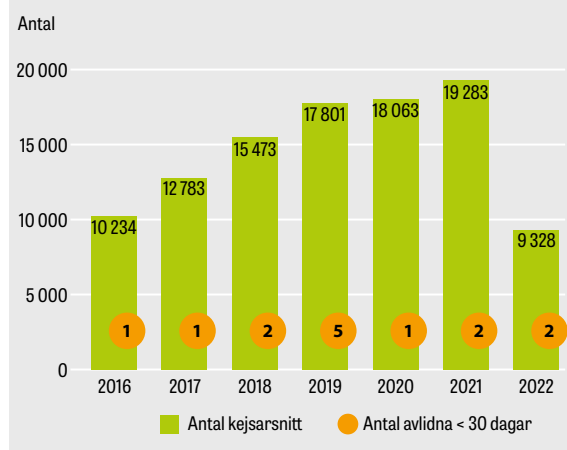
Kejsarsnitt utgör i dag cirka 20 procent av alla förlossningar i Sverige [5]. Detta är den första samlade genomgången av perioperativt omhändertagande vid kejsarsnitt i Sverige baserad på SPOR:s data. Medelålder och ASA-klass har ökat under de senaste 6,5 åren bland kvinnor som genomgår kejsarsnitt. Under första halvåret 2022 var medelåldern 32,5 år, och 8 procent av kvinnorna var klassificerade som ASA III-IV. Andelen planerade kejsarsnitt utgjorde år 2022 drygt 40 procent av alla kejsarsnitt, och andelen har varit relativt konstant under de senaste 6,5 åren. Andelen omedelbara kejsarsnitt minskade och andelen akuta ökade. Den klart dominerande anestesitekniken var spinalbedövning, som användes i 96 procent av planerade kejsarsnitt. Vid omedelbara kejsarsnitt användes ryggbedövning i mer än 50 procent av fallen, och andelen som sövs minskade under de 6,5 år som studerats. 30-dagarsmortaliteten vid kejsarsnitt var mycket låg: 14 kvinnor bland de 102 965 utförda kejsarsnitt som registrerats i SPOR (0,014 procent). Av dessa genomgick 12 kvinnor omedelbart eller akut kejsarsnitt.

I riket utgör kejsarsnitt totalt cirka en femtedel av landets födslar, en siffra som också överensstämmer med den internationella sammanställning som nyligen gjordes omfattande 154 länder [6]. I riket var andelen planerade kejsarsnitt 8 procent, med en variation från 5 till 12 procent. Denna andel har varit stabil sedan 2014, då 7 procent födde med planerat kejsarsnitt [7]. Andelen kejsarsnitt av alla förlossningar i riket var 19 procent under 2021, vilket var något mer än 2020. Högst andel kejsarsnitt hade Karolinska universitetssjukhuset Solna med 25 procent, och lägst andel hade Eksjö och Linköping med knappt 13 procent [5].

Det är uppenbart att svenska kvinnor som genomgår kejsarsnitt ökar i ålder och att de inte sällan har en högre ASA-klass, vilket medför en ökad risk. I dag är den helt klart dominerande anestesitekniken spinalbedövning, men vid akuta snitt används också förlossningsepidual som aktiverats för kirurgisk anestesi. Den ökade andelen spinalanestesier är väl i linje med riktlinjer [8, 9]. Generell anestesi användes i störst utsträckning vid omedelbara kejsarsnitt. Även om tiden kan kortas vid spinalanestesi talar tillgängliga data för att generell anestesi oftast medför kortast tid till operationsstart, vilket kan vara av värde vid livshotande risk för mamma eller barn [10].

Det är väl känt att blodtrycket ofta sjunker och att behandlingskrävande hypotension uppkommer i samband med att spinalbedövning anläggs, i synner-

**FIGUR 3.** Antal kejsarsnitt i Svenskt perioperativt register och antalet kvinnor som avlidit inom 30 dagar från kejsarsnittet över studieperioden och till och med sista juni 2022.



het hos gravida kvinnor [11]. Det finns utan tvekan utrymme för förbättringsarbete avseende hur man minskar riskerna för blodtryckspåverkan efter att spinalbedövningen lagts. Att säkerställa god postoperativ smärtlindring och undvika frossa/hypotermi är ytterligare viktiga kvalitetsförbättringsåtgärder för professionen att arbeta med. Andelen stora blödningar, >1 000 ml, vid kejsarsnitt varierar över landet, med ett medelvärde på 11 procent vid planerade och 16 procent vid akuta kejsarsnitt enligt Graviditetsregistret [5]. Hypovolemi var den tredje vanligaste peroperativa komplikationen i vår genomgång.

**Det är glädjande** att se den mycket låga mortaliteten vid kejsarsnitt i Sverige. I en studie från Nederländerna fann man 21,9 avlidna per 100 000 kejsarsnitt [12], således en högre dödlighet än i denna genomgång, 13,6 avlidna per 100 000 kejsarsnitt. I en registerbaserad studie från USA beskrivs högre dödlighet vid icke-medicinskt indicerade kejsarsnitt, 42 per 100 000 kejsarsnitt »på kvinnans önskemål« [13]. En studie från Kanada publicerad 2007 beskrev en mortalitet bland akuta kejsarsnitt under sjukhusvården på 9,7 per 100 000 operationer [14]. I den sammanställning kring kejsarsnitt som SFOG:s (Svensk förening för obstetrik och gynekologi) arbets- och referensgrupp för perinatologi publicerade 2010 sammanfattar man kring mödrarmortalitet och riskerna med kejsarsnitt: »Generellt låga mortalitetssiffror i Sverige och det nära sambandet mellan indikation för kejsarsnittet och komplikation gör jämförelse i stort sett omöjlig« [7]. Att ökad ålder och komorbiditet påtagligt påverkar risken för allvarliga livshotande komplikationer och död i samband med förlossning är väl känt. En meta-analys publicerad 2022 visade en tydlig riskökning med stigande ålder [15]. Även om åldern endast ökade måttligt visar denna studie att kejsarsnitt i Sverige utförs på kvinnor med en medelålder på över 30 år och att andelen mamor med högre ASA-klass ökar. Kejsarsnitt utgör en delmängd av alla förlossningar och utförs i många fall på medicinsk indikation. Det

är också väl känt att andelen planerade kejsarsnitt på icke-medicinsk indikation varierar mellan olika sjukhus [5]. I en nyligen publicerad studie i BMJ tas mödradödlighet upp, och man jämför mödradödligheten mellan olika länder i Europa. Studien och medföljande ledartitel visar på stora skillnader mellan länder avseende mödradödlighet och behovet av bättre statistik kring denna [16, 17]. Denna artikel belyser åter riskerna med ökad ålder och att orsakerna till mödradödlighet i västvärlden inte bara är direkt obstetriska. Studien visade att kardiovaskulär sjukdom och även självmord var bland de vanligaste dödsorsakerna.

### Styrkor och svagheter

Denna studie är baserad på över 100 000 kejsarsnitt utförda i Sverige de senaste 6,5 åren. Det är dock angeläget att påpeka att SPOR:s täckningsgrad fortfarande inte är hundra procentig. Vår studie är baserad på tillgängligt antal kejsarsnitt registrerade i SPOR. Det totala antalet kejsarsnitt per år är lägre jämfört med Socialstyrelsens och Graviditetsregistrets antal [5, 18], vilket förklaras av lägre täckningsgrad. Andelen kejsarsnitt av alla förlossningar i riket 2021 var enligt Graviditetsregistrets årsrapport 19 procent, fördelat på 8 procent elektiva, 9 procent akuta och 1,5 procent omedelbara kejsarsnitt - en fördelning som stämmer överens med fördelningen i denna studie. Täckningsgraden för kejsarsnitt i SPOR har dock ökat påtagligt de senaste 3 åren till över 90 procent. Datavalidering har också visat på robusthet i registrerat material [2]. Studiens resultat ger rimligen en valid bild av det perioperativa omhändertagandet och de förändringar avseende mammornas ålder, ASA-klass, fördelning av elektiva, akuta och omedelbara kejsarsnitt och anestesiteknik som skett under de senaste åren.

Studien belyser också att död inom 30 dagar efter kejsarsnitt tyvärr förekommer, men är mycket sällsynt. I en artikel publicerad i Läkartidningen 2019 [19] rapporterade SFOG:s arbets- och referensgrupp för mödradödlighet resultaten av den kartläggning och analys som man gjort kring mödradödlighet sedan 2008. Denna analys visade att cirka 6 kvinnor i Sverige varje år dör under graviditet eller inom 42 dagar

efter avslutad graviditet. Kartläggningen visade också att många olika dödsorsaker förekommer bland de avlidna kvinnorna. Vi har inte gjort någon mer detaljerad genomgång av dödsorsaker eller samsjuklighet och komplikationer efter avslutad uppvakningsvård, då denna information inte samlas i registret. Vår genomgång visar dock att 12 av de 14 avlidna mammorna genomgick omedelbart eller akut kejsarsnitt och att avlidna mammor hade en högre ASA-klass. Risk för allvarlig skada på mamma eller barn är en uppenbar indikation för akut och omedelbart kejsarsnitt.

Registret har tyvärr inte heller tillgång till data kring Apgarpoäng eller neonatal dödlighet. Vi kan därför inte rapportera något kring neonatalt utfall.

### Konklusion

Denna genomgång av kejsarsnitt i Sverige baserad på Svenskt perioperativt register (SPOR) visar att kvinnor som genomgår kejsarsnitt i genomsnitt är över 30 år och att ålder och ASA-klass har ökat de senaste åren.

I dag är den klart dominerande anestesitekniken vid kejsarsnitt spinalbedövning.

Andelen omedelbara kejsarsnitt har minskat och utgör i dag cirka 10 procent av alla kejsarsnitt; andelen elektiva utgör oförändrat cirka 40 procent. Vid de omedelbara kejsarsnitten används generell anestesi till knappt hälften av ingreppen.

Dödligheten vid kejsarsnitt i Sverige är mycket låg. Vid de 102 965 utförda kejsarsnitten under studieperioden avled 4 kvinnor inom 24 timmar och 14 kvinnor inom 30 dagar efter kejsarsnittet. 30-dagarsmortaliteten är 13,6/100 000 kejsarsnitt, vilket motsvarar en perioperativ mortalitetskvot på 0,014 procent. Även om studien visar att den perioperativa mortaliteten i samband med kejsarsnitt är låg är fortsatta studier av hur dödligheten efter kejsarsnitt ytterligare kan minskas av stor vikt. Ytterligare minskning av andelen omedelbara kejsarsnitt och generell anestesi är uppenbara mål för fortsatt förbättringsarbete. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Jan Jakobsson är betald konsult som »safety physician« vid Astra Zeneca.

Citera som: Läkartidningen. 2023;120:22164

### REFERENSER

- Svenskt perioperativt register (Spor). <https://spor.se/>
- Holmström B, Enlund G, Spetz P, et al. The Swedish Perioperative Register: description, validation of data mapping and utility. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2023;67(2):233-9.
- Watters DA, Hollands MJ, Gruen RL, et al. Perioperative mortality rate (POMR): a global indicator of access to safe surgery and anaesthesia. *World J Surg.* 2015;39(4):856-64.
- Ng-Kamstra JS, Nepogodiev D, Lawani I, et al. Perioperative mortality as a meaningful indicator: challenges and solutions for measurement, interpretation, and health system improvement. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2020;39(5):673-81.
- Graviditetsregistret. Årsrapport 2021. [https://www.medicinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR%20Årsrapport%202021\\_3.0.pdf](https://www.medicinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR%20Årsrapport%202021_3.0.pdf)
- Betran AP, Ye J, Moller AB, et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health.* 2021;6(6):e005671.
- Kejsarsnitt. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG), Arbets- och referensgrupp för perinatologi; 2010. Rapport nr 65.
- Purva M, Kinsella SM. Caesarean section anaesthesia: technique and failure rate. In: *Raising the standards: RCoA quality improvement compendium.* 4th ed. London: Royal College of Anaesthetists; 2020. p. 254-5.
- Watson SE, Richardson AL, Lucas DN. Neuraxial and general anaesthesia for caesarean section. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2022;36(1):53-68.
- Hein A, Thalen D, Eriksson Y, et al. The decision to delivery interval in emergency caesarean sections: Impact of anaesthetic technique and work shift. *F1000Res.* 2017;6:1977.
- Noffsinger SR. Evidence-based prevention strategies for the management of spinal anesthesia-induced hypotension in healthy parturients undergoing elective cesarean delivery. *AANA J.* 2022;90(4):311-6.
- Kallianidis AF, Schutte JM, van Roosmalen J, et al. Maternal Mortality and Severe Morbidity Audit Committee of the Netherlands Society of Obstetrics and Gynecology. Maternal mortality after cesarean section in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;229:148-52.
- Trahan MJ, Czuzoj-Shulman N, Abenhaim HA. Cesarean delivery on maternal request in the United States from 1999 to 2015. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(3):411.E1-8.
- Liu S, Liston RM, Joseph KS, et al. Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ.* 2007;176(4):455-60.
- Saccone G, Gragnano E, Ilardi B, et al. Maternal and perinatal complications according to maternal age: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022;159(1):43-55.
- Diguisto C, Saucedo M, Kallianidis A, et al. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study. *BMJ.* 2022;379:e070621.
- Shennan AH, Green M, Ridout AE. Accurate surveillance of maternal deaths is an international priority. *BMJ.* 2022;379:o2691.
- Socialstyrelsen. Statistikdatabas för operationer. [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_ope/resultat.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ope/resultat.aspx)
- Grunewald C, Esscher A, Mulic-Lutvica A, et al. Mödradöd i Sverige: Vården hade många gånger kunnat vara bättre. Lärdomar från 11 års extern kollegial granskning. *Läkartidningen.* 2019;116:FP14.

## SUMMARY

### Age, ASA-Physical Status All-Cause 30-Day Mortality Among Caesarean Section in Sweden 2016 to 2022

There is limited research about how age and ASA-physical status (PS) have changed among women undergoing caesarean sections (CS) and how these characteristics have affected all-cause 30-day mortality in Sweden during recent years. The aim of this study was to determine change in age and ASA-PS and impact on all-cause 30-day mortality among CS in Sweden between 2016 and 2022. Data regarding CS performed from 1 Jan 2016 to 30 Jun 2022 were collected from the Swedish Peri-Operative Register (SPOR). The study cohort included 102,965 CS; 44,404 (43.1%) elective, 47,158 (45.8%) emergency and 11,403 (11.1%) crash emergency CS. Age, ASA-PS, 30-day mortality, and year of procedure were primary study variables. Continuous numerical variables were analysed with ANOVA and categorical data with Chi-2-tests or Fishers-exact-test, in SPSS. The mean age for the entire cohort was 32.1 years and increased by 0.8 years ( $P < 0.001$ ). A shift to higher ASA-PS was seen over the study period ( $P < 0.001$ ). The all-cause 30-day mortality rate found was 0.014% (14/102,965). No significant difference was seen in maternal mortality over the study period. Of the 14 mothers who deceased within 30 days, 5 were classified as ASA III-V, the majority were 31–40 years of age and 7 of them underwent emergency CS. Emergency CS decreased (15.2% to 10.1%), use of neuraxial anaesthesia increased and general anaesthesia (GA) decreased. We conclude that CS mothers in Sweden have become older and have higher ASA-PS during the last 6.5 years. Emergency CS have decreased, as has the use of GA. High ASA-PS and CS with a higher degree of urgency were associated with all-cause 30-day mortality. All-cause mortality associated to CS is reassuringly low in Sweden.