

Kennisdocument Anticoagulantia

Gepubliceerd: december 2020. Geactualiseerd: februari 2026

Dit kennisdocument is geschreven door het SIR Instituut in het kader van de 'Module Minderen en stoppen van medicatie', onderdeel van de MDR Polyfarmacie bij ouderen, in samenspraak met de betreffende multidisciplinaire kernwerkgroep (NVKG, NHG, KNMP, Ephor, SIR).

Dit kennisdocument kan gebruikt worden bij de overweging voor het continueren of stoppen van anticoagulantia bij ouderen in de context van de preventie van trombo-embolische events. Er wordt in dit kennisdocument geen onderscheid gemaakt tussen vitamine K-antagonisten (VKA's) en direct werkende orale anticoagulantia (DOAC's).

Op basis van geschat aantal jaren resterende levensverwachting en klinische conditie wordt de volgende categorisatie van *ouderen* (≥ 70 jaar) gehanteerd: *gering geschatte resterende levensverwachting* (≤ 1 jaar); *kwetsbare ouderen*: ouderen met een kwetsbare gezondheid (1 tot 5 jaar) en *vitale ouderen* (≥ 5 jaar). Er zijn geen specifieke aanbevelingen alleen voor vitale ouderen. Deze gelden ook voor de andere 2 categorieën en zijn daarom opgenomen onder "ouderen".

Scope: Voor informatie over trombocytenuitremmers, zie het kennisdocument

[Trombocytenuitremmers](#).

Aanbevelingen minderen en stoppen medicatie

Gering geschatte resterende levensverwachting

Overweeg stoppen anticoagulans bij

- hoger bloedingsrisico vs. effect voorkomen trombo-embolie

Kwetsbare ouderen

Zie ouderen

Ouderen

Overweeg stoppen anticoagulans bij

- (hoog risico op) bloedingscomplicaties
- een tijdelijke indicatie

Wijze van afbouw

- Een anticoagulans kan in één keer gestopt worden.

Toelichting aanbevelingen minderen en stoppen medicatie

Gering geschatte resterende levensverwachting

Overweeg het stoppen van een anticoagulans bij

■ hoger bloedingsrisico vs. effect voorkomen trombo-embolie [noot 1]

- Overweeg anticoagulantia actief te stoppen bij patiënten met een gering geschatte resterende levensverwachting bij alle indicaties. Bij een levensverwachting < 3 maanden weegt het voordeel van preventieve effect van anticoagulantia niet meer op tegen de mogelijk risico's.
- Weeg hierbij het risico van bloedingen af tegen het effect op het voorkomen van een trombo-embolisch event. Maak deze keuze in overleg met patiënt en/of naasten.
 - Bij atriumfibrilleren zonder eerder trombo-embolisch event is het risico op een trombo-embolie lager dan wanneer er sprake is van eerder event (secundaire preventie).
 - Bij beperkte prognose is de werkelijke winst van behandeling aanzienlijk kleiner dan richtlijnmodellen suggereren

Kwetsbare ouderen

Zie ouderen

Ouderen

Overweeg stoppen anticoagulans bij

■ (hoog risico op) bloedingscomplicaties [noot 2]

Probeer altijd de risicofactoren voor ernstige bloedingen (ongecontroleerde hypertensie, comediatie, ≥ 8 glazen alcohol per week, valrisico) te beïnvloeden, zodat het bloedingsrisico vermindert. Scores zoals HAS-BLED en ORBIT kunnen hierbij helpen, maar hebben een beperkte voorspellende waarde en dienen vooral ter herkenning van aanpasbare risicofactoren. Het veiligheidsprofiel van DOAC's lijkt over het algemeen vergelijkbaar met dat van VKA's, met uitzondering van het risico op intracranieële bloedingen, dat lager is bij een DOAC.

- Overweeg tijdelijk te stoppen met anticoagulantia bij (ernstige) bloedingscomplicaties.
- Afhankelijk van de individuele patiëntfactoren dient herstarten van anticoagulantia heroverwogen te worden. Hierbij kan gekozen worden de streef-INR of de dosering van de DOAC te verlagen.
- Een herbeoordeling van de antistollingsbehandeling wordt jaarlijks aanbevolen, of eerder indien zich belangrijke veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt voordoen.
- Stop VKA of DOAC na ≥ 3 maanden bij een eerste episode van een idiopathische VTE of een recidief VTE, indien er sprake is van een verhoogd bloedingsrisico (in overleg met de internist) (zie tabel 1).
- Bij vrijwel alle kwetsbare ouderen met atriumfibrilleren heeft het voorschrijven van antistolling de voorkeur boven het onthouden van antistolling.

Tabel 1. Stopadvies anticoagulans na VTE

Situatie	Stopadvies anticoagulans
Eerste episode uitgelokte VTE	Na 3 maanden
Eerste episode idiopathische VTE	Na minimaal 3 maanden, overweeg voortzetting na 3 maanden afhankelijk van bloedingsrisico
Recidief VTE (uitgelokt/idiopathisch)	Levenslange behandeling anticoagulans, tenzij hoog bloedingsrisico (minimaal 3 maanden behandelen)

■ **Tijdelijke indicatie** [noot 3]

Indien er sprake is van een andere indicatie dan atriumfibrilleren, kan de indicatie tijdelijk zijn, zoals bij een eerste idiopathische veneuze trombo-embolie (zie tabel 1 en 2). Ook indien ablatie plaatsvindt bij atriumfibrilleren ontstaat een tijdelijke indicatie voor anticoagulans. Overweeg stoppen anticoagulans na het verstrijken van de beoogde behandelduur. Het is belangrijk indicatie en risico op bijwerkingen regelmatig opnieuw te toetsen, zeker bij ouderen, om onnodig langdurig gebruik te voorkomen.

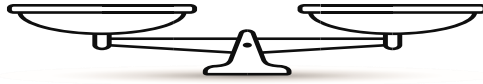
Tabel 2. Behandelduur tijdelijke indicatie anticoagulans (VTE, zie tabel 1)

Situatie	Duur behandeling	Middel/ advies	Bron
Veneuze bypass bij perifeer arterieel vaatlijden	2 jaar	VKA	NIV 2025
Kunststofvaatprothese	Minimaal 3 jaar	Rivaroxaban 2,5 mg 2dd en acetylsalicylzuur 80 tot 100 mg 1dd. Bij verhoogd bloedingsrisico: acetylsalicylzuur 80 tot 100 mg 1dd of clopidogrel 75 mg 1dd	NIV 2025
Orthopedische ingreep (profylaxe VTE)	28–35 dagen	Anticoagulans	NIV 2025
Biologische hartklep prothese	Minimaal 3 maanden	Standaard: acetylsalicylzuur (ASA) 3 maanden. Bij voorgeschiedenis systemische trombo-embolie of stolsel in linker atrium: VKA ≥ 1 jaar (INR 2,0–3,0)	NIV 2025; ESC/EACTS 2025
Ablatie bij atriumfibrilleren	Afhankelijk van bron: 1-3 maanden	Volgens richtlijnen: minimaal 2 maanden orale anticoagulantia (OAC) Recent onderzoek: bij sommige patiënten kan OAC na 1–3 maanden (blinking-periode) worden gestopt (lager risico op bloedingen en geen extra risico op trombo-embolie)	ESC 2024 Wang 2023 Atti 2018

Wijze van afbouw

■ **Een anticoagulans kan in één keer gestopt worden** [noot 4]

Er is geen afbouwprocedure nodig.



Weeg voor- en nadelen tegen elkaar af

Overwegingen vóór minderen en stoppen

Gering geschatte resterende levensverwachting

Bij patiënten met een gering geschatte resterende levensverwachting kan continueren van een anticoagulans een negatief netto klinisch effect hebben. De risico's kunnen groter zijn dan de voordelen. Deze balans moet op individuele basis bepaald worden [noot 1].

Bloedingscomplicatie

Bloedingen zijn de meest voorkomende bijwerking van anticoagulantia. Bij het optreden van een ernstige bloeding dient in veel gevallen tijdelijk het anticoagulans gestaakt te worden. Bij aanhoudende bloedingen kan op basis van een risicoafweging besloten worden het anticoagulans te staken [noot 2].

Tijdelijke indicatie

Indien een anticoagulans wordt voorgeschreven voor een tijdelijke indicatie dient na het verstrijken van de beoogde behandelduur de noodzaak van continueren zorgvuldig afgewogen te worden tegenover het bloedingsrisico [noot 3].

Wens van de patiënt om te stoppen

De wens om minder medicijnen te gebruiken of te stoppen met het anticoagulans.

Overwegingen tegen minderen en stoppen

Effectiviteit bij bepaalde indicaties

Anticoagulantia zijn zeer effectief ter voorkoming van een trombo-embolisch event bij patiënten met veneuze trombose, atriumfibrilleren of na het plaatsen van een hartklep.

Verhoogd tromboserisico Met het stoppen van anticoagulantia neemt het risico op een trombo-embolie sterk toe.

Wens van patiënt om te continueren

De wens om geen wijzigingen aan te brengen in het medicijngebruik.

Wat is bekend over stoppen en minderen van anticoagulantia bij ouderen?

Het effect van staken van anticoagulantia [noot 4]

- Er zijn geen RCTs bekend naar het effect van stoppen met anticoagulantia.
- In een prospectief cohortonderzoek naar de prevalentie van preventieve cardiovasculaire medicatie in verpleeghuizen bleek dat orale anticoagulantia het minst gestopt worden.
- Anticoagulantia zijn niet opgenomen in de STOPPFrail-criteria.

Noten

Noot [1]: Gering geschatte resterende levensverwachting

Voor patiënten met atriumfibrilleren en een gering geschatte levensverwachting dient de reductie van het aantal cardiovasculaire events afgewogen te worden tegen het toegenomen bloedingsrisico. In het algemeen geldt dat 37 patiënten met atriumfibrilleren zonder eerder doorgemaakte trombo-embolie (primaire preventie) gedurende 1 jaar behandeld moeten worden om 1 CVA of sterfte te voorkomen. Voor patiënten met atriumfibrilleren en een eerder doorgemaakte trombo-embolie (secundaire preventie) moeten 12 patiënten gedurende 1 jaar behandeld worden [Hart 2007]. Tegenover preventie van CVA staat een toegenomen risico op een ernstige bloeding (zie noot 2).

Een pragmatisch algoritme stelt voor bij patiënten met atriumfibrilleren en een gering geschatte levensverwachting (< 6 maanden) te overwegen actief te stoppen met een anticoagulans [Granziera 2015]. De auteurs onderbouwen de keuze voor een geschatte levensverwachting < 6 maanden echter niet. Continueren zorgt zeer waarschijnlijk niet voor een reductie in mortaliteit, ziekenhuisopnames of invaliditeit. Recente secundaire analyse van 12 RCTs bij patiënten met atriumfibrilleren laat bovendien zien dat gangbare risicomodellen (zoals CHA₂DS₂-VASc) de baten van anticoagulantia sterk overschatten bij beperkte levensverwachting. Voor patiënten in het laagste deciel van levensverwachting werd een relatieve overschatting van 91% van de 3-jaars absolute risicoreductie vastgesteld [Shah 2023].

De aanwezigheid van dementie, slechte therapietrouw, hoog valrisico of een slechte instelling op VKA's (tijd in therapeutische range < 60%) kunnen meewegen in de beslissing om anticoagulantia te staken. Voor de indicaties anders dan atriumfibrilleren dienen de voordelen van continueren (preventie van trombo-embolie) afgewogen te worden tegen de nadelen (ernstige bloedingen). Observationeel cohortonderzoek bij VKA-gebruikers met levensbeperkende aandoeningen laat zien dat meer dan 80% van de patiënten de anticoagulantia bleef gebruiken tot in de laatste levensmaand, terwijl de incidentie van bloedingen en trombo-embolische gebeurtenissen vergelijkbaar bleef tijdens gebruik en na discontinuatie [Kempers 2024]. Deze bevinding ondersteunt het advies om bij beperkte prognose terughoudend te zijn met voortzetten van anticoagulantia en tijdig het gesprek aan te gaan met patiënt en naasten. Dit betekent dat bij kortere prognose de werkelijke winst van behandeling aanzienlijk kleiner is dan richtlijnmodellen suggereren.

Noot [2]: Bloedingen

De meest voorkomende bijwerking van orale anticoagulantia zijn bloedingen. Het aantal ernstige bloedingen lijkt iets lager te zijn voor de nieuwe orale anticoagulantia (DOAC's) in vergelijking met VKA's. Een belangrijk voordeel van de DOAC's is het significant lagere aantal intracranieële bloedingen [Ntaios 2017]. Bij het optreden van een ernstige bloeding wordt geadviseerd tijdelijk met anticoagulantia te stoppen. Afhankelijk van het type bloeding moeten op individueel niveau het tromboserisico en bloedingsrisico afgewogen worden. In veel gevallen zal dit leiden tot herstarten van het anticoagulans. Hierbij kan op indicatie de streef-INR of dosering van de DOAC verlaagd worden [LTA 2020]. Behandeling met een anticoagulans zorgt voor een jaarlijks bloedingsrisico van 2-4%. Het risico op een intracranieële bloeding is voor DOAC's rond de 0,6%, voor VKA's rond de 0,8% per jaar [Kirchhof 2016]. Het jaarlijks risico op intracerebrale bloedingen is bij VKA's twee keer zo hoog (0,3% tot 0,6%) ten opzichte van patiënten die een DOAC gebruiken (0,1% tot 0,2%) [Steiner 2017].

Het individuele bloedingsrisico kan geschat worden met de [HAS-BLED](#)-score. Deze score kan alleen gebruikt worden voor VKA's en is niet gevalideerd in de eerstelijns populatie [Lip 2010; Pisters 2010; Knol

2015]. Voor patiënten met een VKA of DOAC kan de ORBIT-score worden toegepast [O'Brien 2015]. Voor patiënten met niet-valvulair atriumfibrilleren kan het risico op een TIA of CVA geschat worden met de CHA₂DS₂-VASc-score. Hoe hoger deze score, hoe hoger het risico [Lip 2010]. Behandeling met anticoagulantia dient overwogen te worden bij een CHA₂DS₂-VASc-score ≥ 1 . Het risico op een TIA of CVA loopt op van 0,9% per jaar bij een score van 1 tot 17,4% per jaar bij een score van 9. Adequate behandeling met een VKA zorgt voor reductie van het aantal beroertes (relatieve risicoreductie 64%; 95%-BI 49 tot 75) [Hart 2007]. DOAC's zijn ten minste even effectief als VKA's [Lopéz-Lopéz 2017].

Aanbeveling gebruik bloedingsrisicoscores

Het gebruik van bloedingsrisicoscores (zoals HAS-BLED en ORBIT) kan helpen om het risico op bloedingscomplicaties in kaart te brengen en zo de afweging rondom het stoppen of verkorten van antitrombotische therapie te ondersteunen. De voorspellende waarde van deze scores is echter beperkt en verschilt per patiëntpopulatie. Gebruik een score daarom als hulpmiddel bij de risicostratificatie, maar niet als doorslaggevend criterium [Woelders 2023].

Tabel 3. Risicoscores voor trombo-embolie of ernstige bloeding

Risicoscore	CHA ₂ DS ₂ -VASc	HAS-BLED	ORBIT
	Jaarlijks risico op beroerte, TIA of systemische embolie	Jaarlijks risico op ernstige bloeding (VKA)	Jaarlijks risico op ernstige bloeding (VKA, DOAC)
0	0,3%	0,9%	2,4%
1	0,9%	3,4%	
2	2,9%	4,1%	
3	4,6%	5,8%	4,7%
4	6,7%	8,9%	8,1%
5	10,0%	9,1%	
6	13,6%	> 10%	
7	15,7%	> 10%	
8	15,2%	> 10%	–
9	17,4%	17,4%	–

Noot [3]: Tijdelijke indicatie anticoagulans

Anticoagulantia worden voor verschillende indicaties toegepast. Bij de meest frequente indicatie, atriumfibrilleren, is het gebruik veelal chronisch. Voor sommige indicaties wordt echter een kortere gebruiksduur aanbevolen. Ter preventie van trombo-embolische events na een eerste (idiopathische) veneuze trombo-embolie wordt een minimale behandelduur van 3 maanden aanbevolen. Na 3 maanden dient het bloedingsrisico afgewogen te worden tegenover het verlagen van het risico op een recidief [NIV].

De STOP NL V2-criteria komen gedeeltelijk overeen met de richtlijn NIV: beiden stellen dat bij een eerste idiopathische of uitgelokte VTE ten minste drie maanden antistolling geïndiceerd is, maar de richtlijn specificeert bovendien dat bij recidief VTE doorgaans levenslang behandelen wordt overwogen, tenzij er sprake is van een hoog bloedingsrisico [NIV].

Na een veneuze bypass bij patiënten met perifeer arterieel vaatlijden wordt een behandelduur met een VKA van 2 jaar geadviseerd [NIV]. Voor de preventie van een veneuze trombo-embolie rondom een orthopedische ingreep wordt kortdurend (28-35 dagen) een anticoagulans gegeven [NIV]. Gedurende de eerste 3 maanden na het plaatsen van een biologische hartklepprothese wordt behandeld met acetylsalicylzuur. Bij patiënten met een voorgeschiedenis van systemische trombo-embolische

complicaties en/of bij aanwezigheid van stolsels in het linker atrium wordt orale antistolling met VKA's gegeven voor tenminste een jaar na implantatie van een biologische hartklep [NIV; ESC/EACTS 2025].

Na ablatie voor atriumfibrilleren wordt standaard minimaal acht weken OAC geadviseerd om trombo-embolische complicaties te voorkomen. Recent onderzoek suggereert echter dat bij zorgvuldig geselecteerde patiënten met een laag trombo-embolisch risico de OAC na de blanking-periode van één tot drie maanden veilig kan worden gestopt. Deze aanpak verlaagt het bloedingsrisico zonder extra risico op beroertes. De beslissing over de duur van antistolling moet daarom gebaseerd zijn op het individuele trombo-embolische risico, het bloedingsrisico en de uitkomst van de ablatie, waarbij patiënten met hoog risico doorgaans de volledige acht weken of langer blijven behandelen [ESC2024, Wang 2023, Atti 2018].

Noot [4]: Het effect van staken van anticoagulantia

Er is geen gerandomiseerd onderzoek gedaan naar het effect van het definitief stoppen van anticoagulantia. In een prospectief onderzoek in verpleeghuizen in verschillende landen is gekeken naar het gebruik van preventieve cardiovasculaire medicatie. Het gebruik van anticoagulantia daalde het minst van de onderzochte geneesmiddelgroepen. Hieruit blijkt dat artsen het lastig vinden anticoagulantia te stoppen, ook bij patiënten met een korte levensverwachting [Makan 2017].

Anticoagulantia zijn niet opgenomen in de expliciete STOPPFrail-criteria. Deelnemende panelleden waren het eens dat anticoagulantia gestaakt kunnen worden bij een groot deel van de kwetsbare ouderen met een gering geschatte levensverwachting, maar niet bij alle. Voor patiënten met een (zeer) hoog risico op een trombo-embolie is doorbehandelen met anticoagulantia gerechtvaardigd [Curtin 2021].

Literatuur

Atti 2018

Atti V, Turagam MK, Viles-Gonzalez JF, Lakkireddy D. Anticoagulation After Catheter Ablation of Atrial Fibrillation: Is it time to Discontinue in Select Patient Population? *J Atr Fibrillation*. 2018 Dec 31;11(4):2092.

Baumgartner 2017

Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 2017;38:2739-91.

Curtin 2021

Curtin D, Gallagher P, O'Mahony D. Deprescribing in older people approaching end-of-life: development and validation of STOPPFrail version 2. *Age Ageing*. 2021;50.

ESC 2024

Richtlijn *Management van atriumfibrilleren*. European Society of Cardiology (ESC), in samenwerking met European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) en European Heart Rhythm Association (EHRA). *European Heart Journal* 2024;45(36):3314–3414. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>, geraadpleegd september 2025.

ESC/EACTS 2025

Richtlijn *Management van valvulaire hartziekten*. European Society of Cardiology (ESC) en European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal* 2025. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf194>, geraadpleegd september 2025.

Friberg 2012

Friberg L, Rosenqvist M, Lip GY. Net clinical benefit of warfarin in patients with atrial fibrillation. a report from the Swedish atrial fibrillation cohort study. *Circulation* 2012;125:2298-307.

Granziera 2015

Granziera S, Cohen AT, Nante G, Manzato E, Sergi G. Thromboembolic prevention in frail elderly patients with atrial fibrillation: a practical algorithm. *J Am Med Dir Assoc* 2015;16:358-64.

Hart 2007

Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007;146:857-67.

Kempers 2025

Kempers EK, Visser C, Geijteman ECT, Goedegebuur J, Portielje JEA, Sjøgaard M, Ording AG, van den Dries C, Abbel D, Geersing GJ, Aldridge SJ, Lifford KJ, Akbari A, van de Leur SJCM, Nierman MC, Mahé I, Mooijaart SP, Szmít S, Edwards M, Noble SIR, Klok FA, Chen Q, Cannegieter SC, Kruip MJHA; SERENITY consortium. Discontinuation of Anticoagulants and Occurrence of Bleeding and Thromboembolic Events in Vitamin K Antagonist Users with a Life-limiting Disease. *Thromb Haemost*. 2025 Apr 4. Doi: 10.1055/a-2524-5334.

NIV 2025

Richtlijn Antitrombotisch beleid. Utrecht: Nederlandse Internisten Vereniging, 2016. <https://richtlijndatabase.nl>, geraadpleegd oktober 2025.

Kirchhof 2016

Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016;37:2893-962.

Knol 2015

Knol W, Verduijn MM, Lelie-van der Zande AC, Van Marum RJ, Brouwers JR, Van der Cammen TJ, et al. Onjuist geneesmiddelgebruik bij ouderen opsporen: De herziene STOPP- en START-criteria. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A8904.

Lip 2010

Lip GY, Frison L, Halperin JL, Lane DA. Identifying patients at high risk for stroke despite anticoagulation: a comparison of contemporary stroke risk stratification schemes in an anticoagulated atrial fibrillation cohort. *Stroke*;41:2731-8.

López-López 2017

López-López JA, Sterne JAC, Thom HHZ, Higgins JPT, Hingorani AD, Okoli GN, et al. Oral anticoagulants for prevention of stroke in atrial fibrillation: systematic review, network meta-analysis, and cost effectiveness analysis. *BMJ* 2017;359:j5058.

LTA 2020

Landelijke transmurale afspraak antistollingszorg. Utrecht: Nederlandse Internisten Vereniging, 2020. <https://lta-antistollingszorg.nl>, geraadpleegd juli 2020.

Makan 2017

Malek Makan A, Van Hout H, Onder G, Finne-Soveri H, Van der Roest H, Van Marum R. Prevalence of preventive cardiovascular medication use in nursing home residents. room for deprescribing? The SHELTER Study. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18:1037-42.

Ntaios 2017

Ntaios G, Papavasileiou V, Makaritsis K, Vemmos K, Michel P, Lip GY. Real-world setting comparison of nonvitamin-k antagonist oral anticoagulants versus vitamin-k antagonists for stroke prevention in atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Stroke* 2017;48:2494-503.

O'Brien 2015

O'Brien EC, Simon DN, Thomas LE, Hylek EM, Gersh BJ, Ansell JE, et al. The ORBIT bleeding score: a simple bedside score to assess bleeding risk in atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2015;36:3258-64.

Palareti 2009

Palareti G, Cosmi B. Bleeding with anticoagulation therapy – Who is at risk, and how best to identify such patients. *Thromb Haemost* 2009;102:268-78.

Pisters 2010

Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest* 2010;138:1093-110.

Shah 2023

Shah SJ, van Walraven C, Jeon SY, Boscardin WJ, Hobbs FR, Connolly S, Ezekowitz M, Covinsky KE, Fang MC, Singer DE. Overestimation of anticoagulant benefit in patients with atrial fibrillation and low life expectancy: evidence from 12 randomized trials. *medRxiv* [Preprint]. 2023 Jun 2:2023.02.10.23285303.

Steiner 2017

Steiner T, Weitz JI, Veltkamp R. Anticoagulant-Associated Intracranial Hemorrhage in the Era of Reversal Agents. *Stroke*. 2017 May;48(5):1432-1437.

STOP NL V2

STOP NL V2: Criteria van potentieel ongeschikte medicijnen voor oudere patiënten, Nederlandse versie. Utrecht: NHG, 2025.

Wang 2023

Wang X, Li M, Wang X, Zhang Z. It can be safe to discontinue oral anticoagulants after successful atrial fibrillation ablation: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Oct 20;102(42):e35518.

Woelders 2023

Woelders ECI, Luijkx JJP, van 't Hof AWJ. Bloedingsrisicoscores: waarde voor de klinische praktijk. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2023;167:D7903.