

## Veel gestelde vragen

### 1. Wat is de kern van de wijziging?

Vanaf 1 januari 2026 mogen klinisch verloskundigen in de medisch-specialistische setting:

- een zorgtraject starten (poortfunctie);
- diagnoses en zorgactiviteiten registreren;
- en deze zorg op eigen naam laten declareren voor zover dit binnen het deskundigheidsgebied van de verloskunde valt en zij deze zorg zelfstandig hebben verricht.

### 2. Waarom was deze wijziging nodig?

De bestaande regels sloten niet meer aan bij de praktijk:

- klinisch verloskundigen leveren zelfstandig zorg;
- supervisie vindt regelmatig plaats zonder direct contact tussen de gynaecoloog en de patiënt;
- zorg kon daardoor niet altijd correct gedeclareerd worden.

De wijziging maakt de bekostiging:

- passender;
- patiëntgericht;
- efficiënter in inzet van professionals.

### 3. Wat betekent 'beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert'?

Dit is een zorgverlener die:

- een zorgtraject voor medisch-specialistische zorg mag starten;
- verantwoordelijk is voor de juiste registratie van zorgvraag, zorgtype en diagnose.

Vanaf 1 januari 2026 vallen hieronder:

- klinisch verloskundigen;
- physician assistants (PA's);
- medisch specialisten;
- arts-assistenten.

#### 4. Is een klinisch verloskundige nu ook een poortspecialist?

Nee. De poortspecialist is altijd een medisch specialist (bijv. gynaecoloog).

- Poortfunctie = starten en registreren van het zorgtraject;
- Poortspecialist = medisch specialisme waarnaar formeel verwezen wordt.

Dit zijn twee verschillende rollen.

#### 5. Moet een gynaecoloog altijd fysiek contact hebben met de patiënt?

Nee. Direct of fysiek contact (handje) met de medisch specialist is niet meer vereist voor:

- registratie,
- declaratie,

mits:

- de zorg binnen het deskundigheidsgebied van de klinisch verloskundige valt;
- er volgens lokale afspraken gewerkt wordt (eventueel onder supervisie).

#### 6. Mag een klinisch verloskundige nu alles zelfstandig registreren en alle medicatie voorschrijven ?

Nee. Alleen:

- zorg binnen het deskundigheidsgebied van de verloskunde;
- zorg waarvoor lokaal is afgesproken dat deze door de klinisch verloskundige wordt uitgevoerd;
- medicatie zoals deze wettelijk is vastgelegd of is vastgelegd in lokale protocollen binnen de instelling. Je mag hiervoor geen artsencode gebruiken;
- NVOG moedigt een ieder aan dit in elk ziekenhuis zelf te regelen. We bieden ruimte aan individuele kennis, kunde en niveaus en leggen geen lijsten op met restricties. Anderzijds betekent dat ook dat niet iedereen alles moet kunnen.
- kijk in jouw team wat werkt voor jullie en de patiënte.

Buiten dit gebied blijft registratie:

- op naam van de medisch specialist;
- of via taakdelegatie.

#### 7. Verandert mijn medisch-inhoudelijke verantwoordelijkheid hierdoor?

Nee, niet automatisch.

- Zelfstandig uitgevoerde zorg -> eigen verantwoordelijkheid;

*(De medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de organisatie, dus een goede overdracht van zorg en voor het formuleren van duidelijke afspraken waaronder zorg zelfstandig geleverd kan worden.)*

- Zorg onder supervisie/taakdelegatie -> de medisch specialist is eindverantwoordelijk voor het afgesproken beleid, jij bent verantwoordelijk voor jouw deel van de uitvoering hiervan.

De wijziging gaat primair over registratie en bekostiging, **niet** over het uitbreiden van medische bevoegdheden.

## 8. Wat is het verschil tussen taakdelegatie en taakherschikking?

Taakdelegatie:

- Taak wordt uitgevoerd namens of in overleg met de medisch specialist;
- Eindverantwoordelijkheid blijft bij de specialist;
- Registratie: op naam van de medisch specialist.

Taakherschikking:

- Taken en verantwoordelijkheden worden structureel overgedragen;
- Zorg wordt zelfstandig uitgevoerd;
- Registratie: op eigen naam (bijv. klinisch verloskundige).

## 9. Kan taakherschikking nu ook naar klinisch verloskundigen?

Ja. Dat is juist een belangrijk gevolg van deze wijziging:

- taken die al zelfstandig werden uitgevoerd;
- kunnen nu ook formeel en financieel correct worden geregistreerd;
- dit biedt kansen voor het ontwikkelen van nieuwe initiatieven op dit gebied, waarbij van belang is goed te kijken naar echte meerwaarde voor de patiënt en de organisatie.

## 10. Heb ik een AGB-code nodig?

Ja. Als je:

- zorg op eigen naam registreert, dan heb je een persoonlijke AGB-code nodig;
- bij Vektis.nl vind je meer informatie, zij beheren de AGB-codes voor zorgverleners.

Het ziekenhuis hoort je te ondersteunen bij:

- aanvragen;
- inrichting in het EPD.

## 11. Wie is verantwoordelijk voor instructie over registreren?

Het ziekenhuis. Net zoals artsen en andere (nieuwe) medewerkers worden geïnstrueerd in:

- DBC-/zorgproductregistratie,
- EPD-gebruik,

moeten klinisch verloskundigen hierin ook:

- worden geschoold,
- lokaal begeleid worden.

## 12. Wat verandert er concreet in het EPD?

In de basis niets:

- je registreert nog steeds diagnose + zorgactiviteiten;
- het zorgproduct wordt automatisch afgeleid.

Wat wel verandert:

- registratie kan plaatsvinden op de kwalificatiecode van de klinisch verloskundige.

## 13. Geldt dit ook voor zorg onder supervisie op afstand?

Ja. Zorg die:

- door de klinisch verloskundige wordt geleverd,
- binnen het deskundigheidsgebied valt,
- en onder afgesproken supervisie plaatsvindt,

kan nu wel correct geregistreerd en gedeclareerd worden. Hiervoor is direct contact tussen gynaecoloog en patiënt niet meer randvoorwaardelijk.

## 14. Moet elk ziekenhuis dit op dezelfde manier invoeren?

Nee. De regelgeving biedt ruimte, maar:

- de invulling is lokaal;
- afhankelijk van teamafspraken, capaciteit en zorgcontext.

Elk ziekenhuis / obstetrie team bepaalt:

- welke taken waar belegd worden;
- wanneer sprake is van delegatie of herschikking.

## 15. Wat levert dit op voor de patiënt?

- minder onnodige schakels;
- zorg door de meest passende professional;
- betere continuïteit;
- minder administratieve omwegen.

## 16. Zijn de tarieven verschillend in DBC's die worden geregistreerd op naam van een klinisch verloskundige dan wel op naam van de gynaecoloog?

Nee, de tarieven zijn gelijk.

Het ziekenhuis onderhandelt met de zorgverzekeraar welk tarief zij ontvangt voor de geleverde zorg. Hiermee worden alle onderdelen bekostigd, van sterilisatie van de instrumenten tot het onderhoud aan gebouwen, de afdelingssecretarissen en de tijd die de medisch specialist aan zorg besteed, de "norm minuten". In de huidige norm minuten wordt al rekening gehouden met taakdelegatie naar bijvoorbeeld klinisch verloskundige of arts-assistent.

In onderhandelingen is het dus belangrijk ook dit te blijven benadrukken. Wel wordt meer inzichtelijk wie welke zorg levert.

## 17. Maakt het uit of je bent opgeleid als klinisch verloskundige of alleen een contract hebt in de 2e/3e lijn?

Als BIG-geregistreerde verloskundige mag je verloskundige handelingen doen. Daaruit voortkomend is een arbeidscontract met het ziekenhuis voldoende. Voor welke handelingen je bekwaam en dus bevoegd bent ligt wel aan verdere (interne) opleiding, kennis, en klinische ervaring. Leg dit lokaal en indien mogelijk individueel vast in je team.

## 18. Is registratie in het register klinisch verloskundigen een voorwaarde om te mogen registeren?

Nee, op dit moment nog niet voor de registratie.

Om specifieke kennis en kunde als klinisch verloskundige te kunnen aantonen is het wel vereist. Het is daarom extra belangrijk dat iedereen zich registreert.

## 19. Waar kan ik terecht met vragen?

- binnen je eigen ziekenhuis (medisch management, zorgadministratie);
- bij de NVOG, o.a. via de werkgroep Klinische verloskunde, e-mail: [klinischeverloskunde@nvog.nl](mailto:klinischeverloskunde@nvog.nl); of bij de BBC, e-mail: [bbc@nvog.nl](mailto:bbc@nvog.nl)

## 20. Kan ik meedenken over verdere uitwerking?

Ja. De NVOG roept professionals op om:

- mee te denken in de werkgroep taakherschikking;
- ervaringen uit de praktijk te delen.

E-mail: [bbc@nvog.nl](mailto:bbc@nvog.nl)

## Disclaimer

De NVOG - Werkgroep Klinische Verloskunde NVOG - sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijn(modules), standpunten, modelprotocollen, leidraden etc., alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG - Werkgroep Klinische Verloskunde NVOG - stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op via e-mail, zie onderstaand.

## Alle rechten voorbehouden

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie onderstaand.

© 2026 *Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) – Werkgroep Klinische Verloskunde NVOG*

E-mail: [klinischeverloskunde@nvog.nl](mailto:klinischeverloskunde@nvog.nl)

Website: [Homepage - Werkgroep Klinische Verloskunde \(WKV\) NVOG](#)

Register: [Kwaliteitsregister Klinisch Verloskundigen](#)