

---

# De aanpak van een COVID-uitbraak in een woonzorgcentrum

## *Ervaringen en leerpunten van een huisartsteam*

### Auteurs

- › Lore Van Heden is huisarts;
- › Sophie Maes is huisarts en CRA;
- › Barbara Ghesquiere is huisarts;
- › Julie Vanhoren is huisarts-in-opleiding;
- › Gijs Van Pottelbergh is huisarts, CRA en verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven.

### Inleiding

Wat begon als een verontrustend verhaal uit China, heeft zich razendsnel verspreid en heeft ondertussen reeds maanden heel de wereld in de ban. De 2020 COVID-pandemie is een uitdaging voor de hele gezondheidszorg, maar treft zeker ook de ouderenzorg hard. Op het moment van het schrijven van dit artikel op 15 juni 2020 telt ons land 9661 overlijdens gelinkt aan deze COVID-uitbraak waarvan 4848 in woonzorgcentra (WZC's).<sup>1</sup>

Dat COVID-19 ouderen meer treft, is reeds sinds februari 2020 gekend<sup>2</sup>, maar vooral collectieve woonvoorzieningen voor ouderen worden in Vlaanderen en de westerse wereld hard getroffen.

In dit artikel rapporteren we op basis van onze eigen ervaringen met een COVID-19-uitbraak in twee WZC's op dezelfde campus in Vlaams-Brabant in de periode maart-mei 2020 enkele relevante bevindingen voor huisartsen en coördinerende en raadgevende artsen (CRA's).

### COVID-19: een atypisch klinisch beeld

Hoewel in veel literatuurstudies steeds koorts als één van de vaste symptomen beschreven wordt<sup>3</sup>, hebben wij de voorbije drie maanden vaak een erg variabel klinisch beeld geobserveerd met kenmerken van griep en kortstondige koorts. Vaak is het eerste teken verwardheid, wat zich bij kwetsbare ouderen manifesteert als doolgedrag, uit het normale humeur zijn of vallen. Ook merkten we trombo-embolische events op (TIA/CVA/MI) als eerste klinische teken of een asymptomatisch gedaalde zuurstofsaturatie (gemeten met saturatiemeter). Sommige patiënten vertoonden typische luchtwegsymptomen zoals hoesten, keelpijn of een loopneus.

Het klinisch beeld van COVID-19 bij hoogbejaarden is moeilijk te onderscheiden van een COPD-opstoot of hartfalen. Het gevolg hiervan is dat een prille uitbraak in een WZC vaak gemist wordt, tenzij een hoge alertheid noodzakelijk is. Een uitbraak begint immers volgens onze ervaring meestal met een klein aantal bewoners met atypische symptomen, maar eens verspreid binnen een WZC is het probleem groot.

### Testen, isoleren en coderen in een WZC

#### Wie wordt getest en op welke manier?

De uitdaging is dubbel: enerzijds de verspreiding van het virus tegengaan en anderzijds besmette personen zo goed mogelijk verzorgen.

Testen op de aanwezigheid van het virus is essentieel om besmette bewoners te identificeren en te isoleren, om zo de verspreiding tegen te gaan. Aan het begin van deze pandemie was er een tekort aan testcapaciteit, maar ondertussen is het advies om iedereen die in contact kwam met een besmette persoon, te testen. Concreet pakten wij dit aan als volgt:

- De basis is uiteraard altijd en overal het dragen van een chirurgisch mondmasker en goede handhygiëne.
- Iedere bewoner met mogelijke symptomen (koorts, nieuwe of verergerde luchtwegklachten, daling in saturatie of plotse veranderingen in gedrag) wordt getest en als mogelijk besmet beschouwd tot de testresultaten bekend zijn en de symptomen van de bewoners verdwenen zijn.
- Eens een bewoner positief is getest op een afdeling, testen we iedere bewoner op die afdeling.
- Al het personeel met symptomen wendt zich tot hun eigen huisarts voor testing en klinische evaluatie.
- Indien er meerdere verdachte bewoners op eenzelfde afdeling zijn, blijft iedereen op zijn kamer tot de testresultaten duidelijkheid geven.
- Zolang er nieuwe besmettingen opduiken, is er geen circulatie of fysiek contact van personeel tussen de afdelingen en is er geen bezoek mogelijk van buitenaf.
- Zolang er nieuwe besmettingen zijn (of het risico erop hoog is), worden alle niet-besmette of niet-verdachte bewoners ook in een beschermende isolatie geplaatst

of ook wel 'omgekeerde isolatie' genoemd. Dit houdt in dat bovenop de werkkledij bij elke bewoner voor alle zorgmomenten een linnen overschort gedragen wordt door het verzorgende personeel en deze voor elke bewoner gewisseld wordt. Doel is om zo de verspreidingskansen van het virus via werkkledij te verminderen.

### Wat bij negatieve PCR, maar verdacht klinisch beeld?

Bewoners met een via PCR bewezen COVID-19-infectie werden direct naar de COVID-afdeling (cohortefdeling) gebracht, die een eigen werking en aanpak heeft. De aanpak van heel deze uitbraak gebeurde door een klein team van drie huisartsen en twee CRA's.

Bewoners met een klinisch beeld sterk verdacht voor COVID-19, maar met negatieve PCR, werden binnen het kleine artsenteam besproken en beoordeeld op hun noodzaak tot verplaatsing naar de cohortefdeling. Dit verdachte klinische beeld uitte zich meestal als een aanslepende ziekte-episode met crepitaties hoorbaar bij longauscultatie en gestegen CRP-waarden met gedaalde leukocyten.

Alternatief voor teamdiscussies over klinisch verdachte patiënten met negatieve PCR-test is het uitvoeren van een CT-scan van de longen. Dit was niet evident omwille van de complexiteit van de transfers van een COVID-19 verdachte bewoner en de wens van vele bewoners om niet meer naar het ziekenhuis te gaan. Wij hebben ook besmette bewoners met een beperkte levensverwachting (lees: een verwacht overlijden binnen de drie maanden) naar de cohortefdeling verhuisd, wat deels in tegenspraak is met de Vlaamse richtlijnen die adviseren om bewoners in een palliatieve fase niet te verplaatsen.<sup>4</sup> Onze motivatie hiervoor is dat de zorg op een afdeling met zowel COVID-positieve als -negatieve bewoners door elkaar te complex is, wat isolatiefouten en dus verdere besmettingen met zich meebrengt.

### Hoe de graad van besmettelijkheid coderen?

Tijdens de uitbraak hebben we verschillende manieren gebruikt om besmettelijkheid van bewoners en zorgteams weer te geven. Na heel wat trial-and-error bleek dat een kleurencodesysteem op de niet-COVID-afdeling het helderste was voor alle medewerkers en de interne communicatie. Deze kleurcodes zijn:

- › **Rood:** de bewoner is verdacht voor COVID-19 en wordt op de kamer geïsoleerd. Deze isolatie is druppelisolatie: bij nauw contact met de bewoner moeten een wegwerpschort, gezichtsschermband, chirurgisch masker en wegwerphandschoenen worden gebruikt.
- › **Oranje:** de bewoner is hersteld van COVID-19 en verblijft terug op zijn normale afdeling, maar is mogelijk nog besmettelijk en wordt dus minstens zeven dagen geïsoleerd gehouden op zijn kamer.
- › **Groen:** de bewoner is niet verdacht van COVID-19 en wordt voor verzorging in omgekeerde isolatie gehouden met gebruik van de linnen overschort zoals eerder beschreven.



### Wat is bekend?

- › COVID-19 heeft een hoge mortaliteit bij ouderen.
- › Belgische woonzorgcentra zijn zwaar getroffen door de COVID-19-uitbraak tijdens de periode maart-mei 2020.

### Wat is nieuw?

- › Bij een COVID-19-uitbraak in een WZC is er nood aan een duidelijk plan over testen, isolatie en medische opvolging.
- › (Vroegtijdige) zorgplanning is essentieel om voor elke patiënt duidelijke doelstellingen te hebben voor de zorg.
- › Een COVID-19-afdeling binnen een WZC-setting is haalbaar, maar vraagt een intense organisatie en coördinatie.

- › **Blauw:** de bewoner heeft COVID-19 doorgemaakt, is hersteld en niet meer besmettelijk. Deze bewoners worden ook voor verzorging in omgekeerde isolatie geplaatst aangezien er geen zekerheid is dat ouderen het niet opnieuw kunnen krijgen.
- › COVID-19-positieve bewoners werden op een aparte cohortefdeling bij elkaar gelegd. Hier werd geen kleurencodesysteem gebruikt.

Om de besmettelijkheidsduur te bepalen werden in samenspraak met de ziekenhuizen en het Schakelzorgcentrum Pellenberg de volgende regels gehanteerd rond besmettelijkheid: bij een mild ziekteverloop minstens twee weken sinds de start van de symptomen én minstens drie dagen symptoomvrij; bij een ernstig ziekteverloop minstens drie weken na start van de symptomen en drie dagen symptoomvrij.

## Organisatie van cohortezorg in een WZC

### Wat zijn de voordelen van een aparte COVID-afdeling?

Elke met COVID-19 besmette patiënt verbleef minimum veertien dagen op de cohortefdeling. Enkel indien de symptomen na deze periode volledig verdwenen waren, kon de patiënt naar de eigen afdeling terugkeren.

Het principe van een cohortezorg houdt in dat de hele afdeling per definitie een besmette zone is. Het grote voordeel is dat er niet telkens isolatiemateriaal aan en uit moet worden gedaan. Patiënten/bewoners kunnen zich vrij bewegen, wat zeker bij mensen met dementie een voordeel is. Gezien zij allen 'besmet' zijn, is contact tussen de bewo- →

ners toegelaten. Dit laat ook toe dat er op de afdeling wat animatie gegeven kan worden, zodat bewoners met milde symptomen of die aan de beterhand zijn, een zinvolle dagbesteding en wat afleiding ervaren.

Bezoek was enkel toegestaan voor patiënten in een terminale stervensfase onder strikte omstandigheden: kort bezoek van maximaal een half uur en de bezoeker draagt beschermingsmateriaal zoals een chirurgisch mond-neusmasker, gezichtsscherm, handschoenen en een beschermende schort.

### Hoe wordt het personeel beschermd?

Belangrijk is dat een cohorteafdeling fysiek gescheiden is van de rest van het woonzorgcentrum. Het personeel loopt continu rond in beschermingsmateriaal, met uitzondering van een afgebakende 'propere zone', waar het personeel zich kon ontspannen en iets eten of drinken en naar het toilet gaan. Het personeel van de COVID-afdeling had ook onder geen beding contact met personeel van andere afdelingen in het WZC. Kleedkamers waren gescheiden, pauzes werden genomen op de afdeling zelf.

Qua beschermingsmateriaal voor het zorgpersoneel werd gebruikgemaakt van een chirurgisch mondmasker of een FFP2-masker (als het personeelslid zich daar veiliger bij voelde), een spatschort (al dan niet herbruikbaar), een gelaatsscherm en een paar handschoenen. Al dit materiaal werd voortdurend aangehouden tijdens het werken op de COVID-afdeling. Bij fysiek contact met een patiënt werd er boven het eerste paar handschoenen een tweede paar aangetrokken. Na het contact werd het tweede paar handschoenen weggegooid en het eerste paar handschoenen ontsmet met ontsmettingsalcohol.

### Hoe werken de teams samen?

Het cohorteteam bestond uit een hoofdverpleegkundige met een vast team van verpleegkundigen, zorgkundigen, ergotherapeuten en logistiek personeel. Een verpleegkundige was continu aanwezig, 24 uur per dag, zeven dagen per week.

Dagelijks werd een teamvergadering gehouden waarbij steeds eenzelfde huisarts (die de cohorteafdeling en haar bewoners dagelijks opvolgde gedurende de hele uitbraak), kinesist en logopedist aanwezig waren. Hierbij werd de situatie van elke bewoner besproken met focus op klinische parameters, symptomen, vochtinname, eten en mobiliteit van de bewoner.

De medische zorg werd per afdeling volledig gedragen door één vaste huisarts gedurende de hele COVID-uitbraak ver-

bonden aan de afdeling; met een klein team van vier collega's werd de wachtdienst 's nachts en in het weekend gewaarborgd, met onderling veel briefing en overleg. Hierdoor was een eenduidige medische aanpak mogelijk.

Alle materiaal op de COVID-afdeling werd als besmet beschouwd. Daarom werden wegwerpbekers en -bestek gebruikt. Dit werd met het medisch risicohoudend afval meegegeven. Enkel borden en plateaus werden in de keuken afgewassen. De keukenkar werd enkel gehanteerd door een personeelslid dat 'proper' was en dus geen besmette voorwerpen had aangeraakt of met patiënten in contact was gekomen. Deze haalde het plateau met eten uit de kar en overhandigde die aan een collega die daarmee naar de bewoner ging.

### Hoe vroegtijdige zorgplanning coderen?

Bij opname werd van elke patiënt zorgvuldig de VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)-code genoteerd in het dossier. Hiervoor gebruikten we een aangepast ABC-codesysteem (zie tabel).

Als de VZP-code niet gekend was, werd met de huisarts van de patiënt contact opgenomen zodat deze de levenseindewensen met de patiënt (of de familie) kon bespreken en doorgeven aan het behandelingsteam op de COVID-afdeling. Dit gaf houvast aan de afdelingsarts en verpleegkundige om voor elke patiënt persoonsgerichte behandelingsdoelen te stellen.

## Medisch beleid in een WZC

### Welk antistollingsbeleid?

Om het risico op acute longembolie te verkleinen werd elke patiënt preventief ontstold volgens de op dat moment uitgeschreven guidelines van DynaMed. Dit hield in dat patiënten een LMWH (Laag Moleculair Gewicht Heparine) in preventieve dosis kregen, rekening houdend met aanwezige contra-indicaties en indien nodig een gereduceerde dosis bij nierinsufficiëntie.

Patiënten die voordien werden behandeld met een DOAC (direct werkende orale anticoagulantia), bleven deze medicatie behouden en kregen geen LMWH. Patiënten behandeld met vitamine K-antagonisten werden overgezet naar LMWH, gezien het hoge risico op INR-schommelingen bij wijzigingen van de nierfunctie tijdens het ziekteproces. Het ingestelde antistollingsbeleid werd aangehouden gedurende 28 dagen en bij patiënten met een voorgeschie-

Tabel: Codering van de vroegtijdige zorgplanning op een COVID-afdeling van een woonzorgcentrum.

Code	Betekenis	Specificatie COVID
A	Alles doen, verlengen van het leven.	
B	Behoud van functies en dus wel nog hospitalisatie.	
C+	Maximaal Comfort bieden, geen hospitalisatie.	Wel nog subcutaan vocht toedienen, indien nuttig.
C-	Maximaal Comfort bieden.	Geen vocht subcutaan geven.
T	Terminaal en laatste levensfase.	Bezoek toestaan onder strikte voorwaarden.

denis van trombo-embolische events gedurende 45 dagen. Minstens tweemaal per week werden volgende labo-parameters opgevolgd: bloedbeeld, CRP, eGFR en ionogram.

### Wanneer antibiotica?

Het belang van bacteriële surinfecties bij een COVID-19-pneumonie is nog niet uitgeklaard. Na overleg met de gerieters werden uit voorzorg antibiotica gestart bij koorts of sterk verhoogde CRP-waarden. We beseffen dat dit een discutabel beleid is. Als eerste keuze werd gekozen voor amoxicilline/clavulaanzuur 875 mg/125 mg 3x/dag met een maximale duur van 7 dagen.

### Hoe vochtbalans en voeding controleren?

Een cruciale factor in de klinische opvolging bleek de vochtbalans te zijn, waarbij zowel ondervulling als overvulling erg frequent voorkwamen. De patiënten met hartfalen werden dagelijks gewogen. Bij tekens van overvulling werden de diuretica verhoogd.

Het hele team was erg alert voor voldoende vochtintake om dehydratatie te voorkomen. Bij tekens van ondervulling werd een SC-infuus toegediend met 11 NaCl over 24 uur.

Ook werden alle patiënten aangemoedigd om voldoende te eten. Hieraan werd ruim tijd besteed, zodat elke patiënt geholpen kon worden, indien dat nodig was. Extra calorierijke traktaties werden aangeboden. Bijvoeding per os werd opgestart indien er te weinig werd gegeten. Er werd frequent gepolst naar wat zou smaken om zo aan de bewoner tegemoet te komen.

De eGFR werd regelmatig opgevolgd om bij daling van de eGFR eventueel de medicatie aan te passen of extra vocht toe te dienen.

Van zodra de klinische toestand van de patiënt dit toeliet, werd deze door de kinesist gestimuleerd om in de mate van het mogelijke te bewegen en zijn/haar mobiliteit te verbeteren. Zo werd getracht zo min mogelijk spiermassa te verliezen tijdens deze acute ziekte-episode.

### Wanneer extra zuurstoftoediening?

Bij een zuurstofsaturatie onder de 92% werd zuurstof via een neusbril toegediend. Hierbij werd gestart aan 1,5-2 L/min om zo nodig op te hogen. Bij onrust of desaturaties onder zuurstoftherapie bij een patiënt met comfortzorg werd morfine SC gegeven afhankelijk van de nood.

Uiteraard was de afdelingsarts continu alert voor vererging van bestaande chronische pathologie of andere complicaties, zoals een COPD-opstoot, ontregeling van de schildklierfunctie, acute cystitis, glycemieontregeling, enzovoort. Indien de patiënt (of de familie) dit wenste, kon er na overleg met de gerieters op elk moment overgegaan worden tot hospitalisatie. De afdelingsarts nam zelf dit initiatief bij de patiënten met A- of B-score, die ondanks zuurstoftherapie geen zuurstofsaturaties boven de 92% haalden. Ook bij therapieresistente symptomen die ervoor zorgden dat de patiënt erg oncomfortabel was, zoals aanhoudend braken, diarree en aanhoudende pijn, werd tot hospitalisatie overgegaan.

› Van Heden L, Maes S, Ghesquiere B, Vanhoren J, Van Pottelbergh G. De aanpak van een COVID-uitbraak in een woonzorgcentrum: ervaringen en leerpunten van een huisartsteam. Huisarts Nu 2020;49:

### Literatuur

- 1 <https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/Meest%20recente%20update.pdf>
- 2 Zunyou Wu, McGoogan J. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China. Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020;323:1239-1242. doi:10.1001/jama.2020.2648
- 3 Huang C, Wang Y, Li X, Ren R, Zhao J, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020;395:497-506.
- 4 [www.zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorg-professionals](http://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorg-professionals)

### Reflecties en leerpunten

Welke grote problemen ondervonden wij tijdens de COVID-19-uitbraak in onze WZC's? En welke mogelijke oplossingen hebben we hiervoor gevonden?

#### Testen op het virus

Testen op het virus was in de maanden maart en april regelmatig een probleem omdat de richtlijnen van de overheid niet toelieten om tests af te nemen bij verdachte bewoners. Een ander obstakel was dat labo's PCR-analyses niet of zeer laat uitvoerden. Het te weten komen van testresultaten was bij momenten erg complex en tijdrovend. Om dit op te lossen in de toekomst zullen de labo's veel meer aandacht moeten hebben voor de

onderlinge communicatie van de resultaten.

Virusverspreiding tegengaan

De verspreiding van het virus tegengaan was erg moeilijk omwille van het vage klinische beeld, het besmettelijk zijn zonder symptomen en de makkelijke overdracht van een virus binnen een groep van bewoners die dicht op elkaar leven. Het snel verhuizen van bewoners was ook een logistieke nachtmerrie en het oprichten van een cohorteafdeling was een verregaande beslissing die enkel te realiseren was door een uitzonderlijke inzet van vele medewerkers. De cohortafdeling en een duidelijk systeem van kleurcodes voor besmettelijkheid brachten wel rust en duidelijkheid in het WZC voor alle personeelsleden.

### **Medische permanentie**

Een cohorteafdeling en afdelingen met een (mogelijke) uitbraak hebben nood aan strikte medische en verpleegkundige opvolging 24 uur per dag en zeven dagen per week. Er was ook de grootste verwarring op een bepaald moment of externe huisartsen nog mochten toegelaten worden en of die nog wel wensten te komen naar een besmette zone.

Eens de omvang van de uitbraak duidelijk was, werd alle medische zorg van het hele WZC tijdelijk overgenomen door een klein team van huisartsen. Dit kleine WZC-team van vier huisartsen (waaronder twee CRA's) hield regelmatige teamvergaderingen (minstens tweemaal per week), gebruikte de Siilo-app voor interne communicatie en stemde voortdurend af met de directie en leidinggevende op de werkvloer. Dit systeem werkte goed omwille van de kleine groep en korte communicatielijnen en duidelijke afspraken, maar vergde een grote inspanning van dit team.

### **Beschermingsmateriaal dragen**

Er is de logistieke uitdaging om voldoende materiaal in voorraad te hebben, maar daarnaast is het minstens even belangrijk ervoor te zorgen dat iedereen die in de buurt komt van de bewoners, dit materiaal op de juiste manier gebruikt. Dit vraagt continue aandacht van het hele team en zeer duidelijke afspraken en instructies. De kleurencodes voor kamers en bewoners blijken sterk faciliterend te zijn voor het correcte gebruik van beschermingsmateriaal.

### **Afstemming binnen het medische team**

Tijdens deze uitbraak kwamen er voortdurend nieuwe elementen bij qua evidentie, richtlijnen en eigen ervaringen. Dit maakte intensief overleg noodzakelijk. Ook was het belangrijk consequent te handelen zodat het team van verpleegkundigen en paramedici niet gek werd van continu wisselende richtlijnen.

Tijdens het begin van de uitbraak was er grote chaos door het grote aantal behandelende huisartsen die elk qua diagnostiek, behandeling en opvolging andere meningen hadden wat het voor de CRA's en verpleging onmogelijk maakte overzicht te houden van wie besmet was, wie welke opvolging moest krijgen en welke organisatorische maatregelen er nodig waren. Dit normale systeem met elke patiënt zijn eigen behandelende huisarts was onhoudbaar tijdens deze uitbraak.

Er werd dus ingegrepen en de medische zorg werd tijdelijk volledig overgenomen door een klein team van huisartsen. Over de grote lijnen van het beleid en moeilijke casussen stemden we af met dit team tijdens overlegmomenten. Elke arts had zijn eigen afdelingen die hij zij volgde en de eindverantwoordelijkheid om iemand te verhuizen tussen afdelingen lag bij één van de CRA's. Daarnaast gebruikten we de Siilo-app voor beveiligde dringende communicatie en poolde het labo al de labo's van het WZC in een online tool, ongeacht de aanvrager aangezien de vier huisartsen van ons WZC-team in drie verschillende praktijken werkzaam waren.

Het ontbreken van een elektronisch patiëntendossier in het WZC was een groot gemis tijdens deze crisis, dat maar beperkt opgevangen kon worden door de bestaande papieren dossiers en overzichtsboarden met klinische kerngegevens op de afdelingen.

### **Communicatie en afstemming met de behandelende huisartsen**

Bij de start van de epidemie kwamen verschillende behandelende huisartsen nog langs, maar gaandeweg werd dit onhoudbaar: sommige huisartsen wensten niet te komen, andere waren zelf ziek en nog anderen waren aan het werk in de triagecentra of andere coronagerelateerde posten. Bovendien was er nood aan een consequente beleidslijn rond testing/isolatie en ook een eenduidig medisch beleid. Daarom opteerden we voor een klein artsenteam dat alle medische zorg opnam tijdens de periode van de uitbraak tot aan de opheffing van de cohorteafdeling. De behandelende huisartsen van de bewoners werden wel vanop afstand geconsulteerd over zorgplanning en vooral bevraagd rond zinvolheid en wenselijkheid van eventuele hospitalisaties. Dit systeem liep meestal goed maar botste toch soms op limieten. De voornaamste limiet was tijdsgebrek om uitgebreid te overleggen over elke bewoner vooral in de beginfase van de uitbraak. En andere limiet was dat er doorgewerkt werd in weekends en tijdens de talrijke feestdagen in de periode april en mei en niet alle collega's dan bereikbaar waren.

### **Ontbreken van richtlijnen**

Zowel in maart als begin april, terwijl de uitbraak op zijn hoogtepunt was in verschillende WZC's, ontbraken haalbare aanbevelingen over hoe dit aan te pakken. De richtlijnen die werden uitgestuurd, waren niet steeds uitvoerbaar. Zo werd in de richtlijnen van het Agentschap Zorg en Gezondheid afgeraden om preventief mondkapjes te dragen en die te sparen tot er een uitbraak was. Hierdoor werden vermoedelijk veel meer personeel en bewoners dan nodig ziek tijdens de eerste dagen. Bewoners van een WZC werden pas laat beschouwd als een prioritaire groep om te testen bij verdachte symptomen, terwijl reeds in februari duidelijk was dat zij een zeer hoog risico hadden op een ernstig ziekteverloop. Ook werd het isoleren van bewoners op de kamers enkel aangeraden bij bewoners met verdachte symptomen, terwijl wij al snel bij een uitbraak op een afdeling alle bewoners op de kamer hielden om verspreiding tegen te gaan. De richtlijnen over de taak van de behandelende huisartsen en de CRA's zijn lange tijd erg ambigu en onduidelijk geweest. Ook een globaal medisch plan voor woonzorgcentra ontbrak en ieder WZC probeerde dit met eigen vergaarde kennis in te vullen. Ondertussen zijn de richtlijnen rond cohortering, het gebruik van beschermingsmateriaal en de taak van de CRA bij een uitbraak al heel wat duidelijker en beter uitgewerkt.