

**COFNODION**

**Dyddiad:** Dydd Iau, 13 Tachwedd 2003

**Amser:** 1.30pm - 3.30pm

**Lleoliad:** Ystafelloedd Pwyllgora 3 & 4, Cynulliad Cenedlaethol Cymru

**Yn  
Bresennol:** **Aelodau o'r Pwyllgor Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol**

David Melding  
(Cadeirydd)

Canol De Cymru

Jocelyn Davies

Dwyrain De Cymru

John Griffiths

Dwyrain Casnewydd

Jane Hutt (Gweinidog)

Bro Morgannwg

Ann Jones

Dyffryn Clwyd

Val Lloyd

Dwyrain Abertawe

Jonathan Morgan

Canol De Cymru

Gwenda Thomas

Castell-nedd

Kirsty Williams

Brycheiniog a Sir Faesyfed

**Swyddogion yn  
Bresennol:**

Ann Lloyd

Cyfarwyddwraig, GIG Cymru

## Ysgrifenyddiaeth:

Jane Westlake

Clerc Pwyllgor

Claire Morris

Dirprwy Glerc Pwyllgor

### **Eitem 1: Ymddiheuriadau, Dirprwyon a Datgan Buddiannau**

1.1 Cafwyd ymddiheuriad oddi wrth Dai Lloyd. Ni ddirprwywyd ar ei ran.

1.2 Nid oedd unrhyw ddatganiadau buddiant.

### **Eitem 2: Adolygiad o'r Rhyngwyneb rhwng Iechyd a'r Gwasanaethau Gofal**

**Cymdeithasol (1.35 – 3.30pm)**

**Papur: HSS(2)-06-03(p.1)**

2.1 Croesawyd Mr Derek Wanless i'r cyfarfod gan y Cadeirydd. Roedd Mr Wanless wedi bod yn cynghori'r tîm prosiect a sefydlwyd i adolygu gofal iechyd a chymdeithasol yng Nghymru, a gwahoddwyd ef i'r cyfarfod i roi ei sylwadau ar yr adolygiad yng nghyd-destun adolygiad y Pwyllgor Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol o'r rhyngwyneb rhwng iechyd a gofal cymdeithasol.

2.2 Nododd Mr Wanless ei fod wedi derbyn y gwahoddiad i roi cyngor ar yr adolygiad yng Nghymru oherwydd y modd yr oedd Cymru'n fodlon ystyried integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol. Roedd wedi llunio adroddiad ar gyfer Canghellor y Trysorlys yn ymwneud â'r adnoddau y byddai eu hangen i redeg y GIG yn Lloegr ymhen 20 mlynedd, ac wedi dod i'r penderfyniad y dylid rhoi mwy o sylw i ofal cymdeithasol a thymor hir. Nid oedd gweddill y DU eto wedi ystyried gofal iechyd a chymdeithasol integredig na'r adnoddau y byddai eu hangen ymhen 20 mlynedd. Dywedodd bod gofal cymdeithasol yn faes anoddach oherwydd y graddau yr oedd cleifion, eu teuluoedd a'u gofalwyr eisiau dylanwadu ar ddewis, ac roedd nifer fawr o faterion i'w hystyried.

2.3 Mewn ymateb i gwestiynnau gan Aelodau, rhoddwyd sylw i'r materion a ganlyn gan

Mr Wanless:

### **Ailffurfio Gwasanaethau – Camau Cyntaf**

2.3.1 Un rheswm dros edrych ar ofal iechyd a chymdeithasol integredig yng Nghymru, yn arbennig ymhlith pobl hn, oedd oherwydd yr oedi cyn rhyddhau cleifion o'r ysbyty. Yn ei arolwg ar y DU gyfan, edrychodd ar Sweden a oedd wedi penderfynu 10 mlynedd yn ôl y dylid gwneud defnydd mwy effeithiol o welyau aciwt, costus, trwy beidio â darparu gofal parhaus i bobl hn unwaith y byddai gofal aciwt wedi

ei gwblhau. Yr awdurdodau lleol oedd yn gyfrifol am ofal cymdeithasol ac roedd yn rhaid iddynt ddarparu gofal unwaith y byddai meddyg wedi tystio bod claf yn ddigon da i adael gwely aciwt. Pan oedd cleifion yn gadael yr ysbyty, roedd yr awdurdod lleol yn eu lleoli mewn llety canolraddol os oedd angen, tra bod eu hanghenion tymor hir yn cael eu cynllunio. Yn yr safle yr ymwelodd â hi, roedd yr adeiladau lle darperid gofal tymor hir yn perthyn i'r awdurodau lleol. Roedd hyn yn fodd i sicrhau bod digon o gapasiti i fodloni'r galw a ragwelwyd. Roedd y gwaith o redeg yr adnoddau gofal a welodd fel arfer yn cael ei gcontractio allan i'r sector preifat.

2.3.2 Yn Sweden, roedd y llywodraeth ganolog yn penderfynu ar y polisi, ond wedi hynny nid un corff oedd yn gyfrifol am iechyd a gofal cymdeithasol. Rheolid gofal iechyd gan y siroedd a gofal cymdeithasol gan yr awdurodau lleol. Nid oedd dim yn cymharu â'r model hwn ym Mhrydain o gwbl. Mewn rhai ardaloedd yn y DU, yn enwedig lle'r oedd gwerth tir yn uchel, roedd gofod ar gyfer gofal cymdeithasol wedi ei gyfyngu wrth i gartrefi gofal gael eu gwerthu ar gyfer dibenion eraill.

2.3.3 Yn Sweden, roedd awdurodau lleol yn gorfod talu pris llawn i'r ysbyty am gadw claf mewn gwely aciwt unwaith y byddai wedi ei ardystio yn barod i adael yr ysbyty. Felly roedd cymhelliant i awdurdodau lleol gynnal darpariaeth gofal digonol. Roedd y system hon yn llwyddo am ei bod wedi bod ar waith yn ddigon hir i'r awdurdodau lleol wybod faint o alw oedd am ofal cymdeithasol a mynd ati'n hyderus i gynllunio ar ei gyfer.

2.3.4 Nid oedd manylion y trefniadau trosglwyddo yn Sweden ar gael ond y posibilrwydd oedd bod angen rhyw fath o drosglwyddo adnoddau i'r sector gofal cymdeithasol er mwyn creu'r gofod angenrheidiol.

2.3.5 Gallai defnydd mwy effeithiol o ysbytai cymunedol fod yn greiddiol i'r berthynas rhwng iechyd a gofal cymdeithasol. Byddai gofal canolraddol yn well ar gyfer rhai pobl a gellid defnyddio rhai ysbytai cymunedol ar gyfer hyn. Ni fyddai pob ysbyty gymunedol yn adas ar gyfer hyn, gallai fod yn rhy gostus neu gallai'r adeiladau fod yn anaddas ar gyfer newid defnydd o'r math hwn. Gallai'r sector iechyd neu'r sector gofal cymdeithasol arwain y ffordd trwy ddefnyddio ac adfywio ysbytai cymunedol, hyn yn dibynnu'n bennaf ar pa ofal a ddarperid, boed yn ofal iechyd neu ofal cymdeithasol. Gallai'r cydlynid a grewyd trwy sefydlu Byrddau Iechyd Lleol hwyluso unrhyw newid o'r fath yng Nghymru.

2.3.6 Yn y tymor hir ni ddylid darparu gwasanaethau gofal yng ngwelyau aciwt yr ysbytai. Yr unig eithriad fyddai ar gyfer gofal dwys lle byddai lefel uchel o ofal meddygol yn angenrheidiol.

2.3.7 Roedd yr asesiad o anghenion gofal yn arbennig o bwysig. Un gwendid cyffredinol yn y DU oedd y ffaith bod diffyg cydlynid yn aml pan fyddai gofal iechyd a chymdeithasol yn gostus iawn ac ni lwyddid i gwrdd ag anghenion y cleifion. Roedd model a ddatblygwyd gan gorfforaethau sector preifat yn yr Unol Daleithiau yn edrych yn fanwl ar anghenion y rhai oedd yn defnyddio llawer o adnoddau ac yn rhoi sylw manwl i asesiadau anghenion gofal y bobl hynny.

2.3.8 Roedd rhai Ymddiriedolaethau Gofal Sylfaenol yn Lloegr yn edrych a fyddai'n bosibl rhagweld pa

gleifion fyddai'n gostus fel defnyddwyr gwasanaeth a chreu gwasanaeth gofal dwysach ar eu cyfer a fyddai'n well iddynt hwy ac yn rhatach yn y pen draw i'r darparwyr.

2.3.9 Roedd rhai cyflogwyr yn cynhyrchu cynlluniau gwella iechyd unigol ar gyfer eu gweithwyr. Gellid ymestyn yr ymarfer hwn er budd gofal sylfaenol.

2.3.10 Roedd tîm adolygu Cymru wedi gweld amrywiaeth mawr mewn ansawdd rheolaeth o ardal i ardal yng Nghymru a gellid priodoli hyn, mae'n debyg, i ddefnydd effeithiol o adnoddau.

2.3.11 Gallai rhyddhau o'r ysbyty yn rhy gynnar fod yn broblem hefyd a dylid rhoi sylw i addasrwydd rhai o'r targedau a osodir i'r GIG. Dangosodd ymchwil yn Philadelphia ei bod yn fuddiol cadw rhai pobl yn yr ysbyty am gyfnod hirach er mwyn osgoi iddynt orfod dychwelyd yno yn fuan wedyn.

## **Ailffurfio Gwasanaethau – Mesurau Tymor Hirach**

2.3.12 Dylai gwasanaethau edrych ar anghenion yr unigolyn. Roedd gwaith wedi ei gwblhau er mwyn lleihau derbyn pobl hn dro ar ôl tro i Unedau Damweiniau ac Unedau Argyfwng trwy gyflwyno clinigau codymu, ac yn aml gallai addasiadau bach yn y cartref rwystro damweiniau o'r fath rhag digwydd.

2.3.13 Roedd y tîm adolygu wedi edrych ar gyfraniad technolegau modern tuag at alluogi pobl i aros yn eu cartrefi am gyfnod hirach, a'r modd y gellid eu defnyddio i reoli clefydau cronig yn y cartref. Roedd angen rhagor o waith i ddatblygu'r dechnoleg ac i ymchwilio i ddymuniadau pobl o safbwynt y math o gartref fyddai'n ddymunol ganddynt.

2.3.14 Roedd angen 'darpariaeth economaidd gymysg' er mwyn creu ateb mwy hirdymor a chynladwy, i'w ddarparu gan y sector preifat neu'r sector cyhoeddus, pa un bynnag fyddai fwyaf effeithiol.

2.3.15 Roedd canolfannau diagnostig a chanolfannau triniaeth yn bosibiliadau o safbwynt darparu gwasanaethau gofal sylfaenol yn lleol.

2.3.16 Roedd dewisiadau Allan o Gymru a gweithio trawsffiniol gyda chanolfannau arbenigol yn Lloegr a vice versa, yn fesurau i'w hystyried, nid yn unig ar gyfer y tymor byr ond gyda golwg ar ail-ffurfio rhai gwasanaethau..

## **Gwasanaethau Llyfn**

2.3.17 Y dull mwyaf llwyddiannus ar gyfer y Cynulliad fyddai sefydlu fframwaith er mwyn galluogi staff ar lefel leol i fynd i'r afael â materion lleol. Dylai'r Cynulliad osod y safonau a'r prosesau, ond ni ddylai eu rheoli i lawr i'r manylion lleiaf.

2.3.18 Yr oedd anfodlonrwydd gwario arian o un gyllideb os oedd hyn yn golygu bod sefydliad arall yn cael mantais oherwydd hyn. Yn Sweden, roedd y drefn ar gyfer trosglwyddo costau yn ymateb i hyn.

2.3.19 Ychydig o dystiolaeth a gafwyd o gyfuno cyllidebau yng Nghymru, ac os oedd hyn yn wir dylai'r Cynulliad ganfod y broblem sylfaenol ac ymateb iddi.

2.3.20 Yn Lloegr roedd sefydliadau yn dechrau penodi staff ar y cyd, yn enwedig ym maes iechyd y cyhoedd, lle byddai un person yn cael swydd yn gweithio'n rhannol o fewn y gwasanaeth iechyd ac yn rhannol o fewn yr awdurodd lleol. Gallai hyn fod yn llwyddiannus, cyn belled â bod cynllun lleol a phob parti yn cyfrannu tuag ato, ac na fyddai iechyd a gofal cymdeithasol yn cael eu trin fel targedau i saethu atynt gan wleidyddion, ond yn hytrach bod pob ochr yn cydweithio yn gytun er mwyn gwella gwasanaethau.

2.3.21 Pe byddai Strategaethau Iechyd a LLêS yn llwyddo yng Nghymru, byddent yn darparu gwell strwythur ar gyfer rhannu cyllidebau.

2.3.22 Dywedodd y Gweinidog bod y grant hyblygrwydd yn ystod y tair blynedd ers ei gyflwyno, wedi ariannu 160 o brosiectau. Y gyllideb ar ei gyfer oedd £9m a byddai'n parhau fel grant arbennig. Cyflwynwyd ef er mwyn sefydlu'r broses o gomisiynu ar y cyd.

## **Systemau Gwybodaeth a Chyfathebu**

2.3.23 Nid oedd systemau gwybodaeth yn ei gwneud yn bosibl rhannu gwybodaeth ar draws y sector iechyd a gofal cymdeithasol.

2.3.24 Roedd yn ofynnol canfod cydbwysedd rhwng rhoi gwasanaeth gwell i unigolion ar draws y system gyfan a diogelu cyfrinachedd. Roedd yn bosibl defnyddio data dienw ar gyfer y broses cynllunio.

2.3.25 Byddai angen strategaeth genedlaethol ar gyfer TGC, wedi ei darparu yn rhannol genedlaethol ac yn rhannol leol, ond wedi ei chynllunio gyda chysondeb rhwng cyfrifiaduron.

2.3.26 Roedd yn anodd iawn mesur y budd o safbwynt cynhyrchedd yn deillio o well Technoleg Gwybodaeth a Chyfathrebu (TGC). Gwnaed rhagdybiaeth y gallai'r gwasanaeth iechyd fod 3% mwy cynhyrchiol, ond roedd hyn yn anodd ei fesur gan y byddai nifer fawr o'r buddiannau yn welliannau ansawdd neu adnoddau wedi eu cyfarwyddo'n well.

2.3.27 Roedd ansawdd y data yn y gwasanaeth iechyd yn well nag yn y sector gofal cymdeithasol lle'r oedd yn anodd i'w reoli. Roedd hyn yn rhannol oherwydd TGC gwael ac yn rhannol oherwydd na wyddai pobl beth oedd diben y data. Gellid datrys nifer o'r materion hyn gyda systemau gwell a fyddai yn casglu gwybodaeth o ansawdd da heb lawer o ymdrech, ond roedd cryn ffordd i fynd cyn cyrraedd y sefyllfa honno.

28. Yn aml iawn, fe gesglid mwy o ddata nag oedd ei angen, yn enwedig yn y GIG.

2.3.29 Mae'n bosibl mai trwy ddefnyddio modelau demograffig y câi'r galw tymor hir yn y dyfodol ei asesu. Gallai data personol y gwasanaethau cymdeithasol fod yn ddefnyddiol – roedd hwn wedi ei goladu gan yr Uned Ystadegol.

## **Cynlluniau Rheoli Perfformiad**

2.3.40 Roedd yn ofynnol rhoi i'r Byrddau Iechyd Lleol, Ymddiriedolaethau a darparwyr gofal cymdeithasol y rhyddid i ddewis beth oedd yn addas ar gyfer eu hardal leol hwy a dylid asesu'r penderfyniadau hynny. Gellid dysgu llawer oddi wrth archwiliadau y Comisiwn ar gyfer Gwella Iechyd – roedd y rhai hyn o ansawdd uchel, yn drwyadl ac y adeiladol..

2.3.41 Roedd pobl yn fwy tebygol o ddarparu gwell gwasanaethau pe caent eu gwobrwyo am lwyddiant a'u hannog i fentro yn hytrach na'u cosbi am fethiant

## **Dewis y Cleifion**

2.3.42 Roedd gan bobl Sweden well syniad o gyfrifoldeb cymdeithasol. Os oeddent mewn gwely aciwt a drud, a bod angen y gwely ar gyfer rhywun arall, roeddent yn fwy parod i ildio'r gwely hwnnw ac i dderbyn unrhyw ofal cymdeithasol a gynigiwyd iddynt. Prinder adnoddau gofal cymdeithasol oedd yn achosi problemau.

## **Atebolrwydd**

2.3.43 Roedd cyfrifoldeb ac atebolrwydd yn mynd law yn llaw a dylid rhoi rhagor o gyfrifoldeb i Gadeiryddion a Phrif Weithredwyr o fewn y GIG, gan mai hwy oedd yn atebol fel darparwyd gwasanaeth. Byddai'n gamgymeriad ceisio rheoli holl agweddau o'r GIG o'r Cynulliad.

2.3.44 Dylid annog y cyhoedd i gymryd cyfrifoldeb personol am eu hiechyd.

## **Cyffredinol**

2.3.45 Dylai'r adroddiad ar yr "Arolwg o Iechyd a Gofal Cymdeithasol yng Nghymru" bwysleisio i'r cyhoedd bod angen newid rhai gwasanaethau. Byddai'n werthfawr i bob plaid wleidyddol sylweddoli bod angen gwneud penderfyniadau synhwyrol ar gyfer y tymor hir. Llwyddodd yr Iseldiroedd i wneud hyn yn yr 80au, pan alwyd cadoediad gwleidyddol a bryd hynny lluniwyd penderfyniadau o safbwynt gofal ar ôl ystyried a thrafod yn drwyadl ac yn faith.

2.3.46 Roedd cylch gorchwyl yr arolwg wedi cynnwys iechyd meddwl, er mai prin oedd unrhyw gyfeiriad penodol at y maes hwn.

2.3.47 Gellid dysgu gwersi oddi wrth NICE, oedd yn sefydlu panelau a leygwyr i'w cynorthwyo i lunio

barn ar faterion fferyllol.

2.3.48 Gallai llawer o bobl sydd yn gweithio yn y gwasanaeth iechyd gyfrannu'n adeiladol tuag at wella gwasanaethau pe byddent yn cael eu hannog i wneud hynny.

2.4 Diolchodd y Cadeirydd i Mr Wanless am ddod i'r Pwyllgor ac am fynegi ei farn i'r Aelodau.

### **Gweithredu**

- Byddai Gwasanaeth Ymchwil yr Aelodau yn darparu rhagor o wybodaeth ar y model yn Sweden.