

Cofnodion cyfarfod y Grŵp Trawsbleidiol ar Ganser, 17 Mawrth 2022

Beth: Y Grŵp Trawsbleidiol ar Ganser: *Gweithredu ar Ganserau Llai Goroeadwy*

Pryd: 17 Mawrth 14:00 – 15:30 Ble: Microsoft Teams

Amser	Eitem
14:00	Croeso, David Rees AS (Cadeirydd)
14:10	Cyflwyniad y siaradwr: Judi Rhys MBE (Prif Weithredwr, Gofal Canser Tenovus)
14:20	Cyflwyniad y siaradwr: Anna Jewell (Cadeirydd, y Tasglu Canserau Llai Goroeadwy)
14:30	Cyflwyniad y siaradwr: Natalie Lewis (arbenigwr drwy brofiad).
14:40	Cyflwyniad y siaradwr: Dr Dai Samuel (Gastroenterolegydd a Hepatolegydd Ymgynghorol, Bwrdd Iechyd Cwm Taf Morgannwg)
14:50	Trafodaeth banel a sesiwn holi ac ateb, wedi'i hwyluso gan David Rees AS (Cadeirydd)
15:30	I gloi, David Rees AS (Cadeirydd)

Siaradwyr

Judi Rhys MBE

Anna Jewell

Natalie Lewis

Dr Dai Samuel

Yr Ysgrifenyddiaeth

Alaw Davies, Ymchwil Canser y DU

Pwnc

Mae tua 19,500 o bobl yng Nghymru yn cael diagnosis o ganser bob blwyddyn. Diolch i waith ymchwil, mae cyfraddau goroesi cancer yng Nghymru yn gwella, gyda 58.5% o bobl yn goroesi eu cancer am bum mlynedd neu fwy.

Fodd bynnag, nid yw pob cancer wedi gweld y cynnydd hwn o ran goroesi. Dim ond 16% o bobl sy'n cael diagnosis o un o'r chwe chanser llai goroeadwy (yr ysgyfaint, y pancreas, yr afu, yr oesoffagws, yr ymennydd a'r stumog) fydd yn goroesi'r pum mlynedd gyntaf ar ôl cael diagnosis. Bydd mwy na 4,400 o bobl yn cael diagnosis bob blwyddyn yng Nghymru ag un o'r chwe chanser hyn ac, oherwydd y prognosis byr, maent yn cyfrif am dros 40% o'r holl farwolaethau o ganser bob blwyddyn yng Nghymru.

Nod y sesiwn hon oedd tynnu sylw at yr anghydraddoldebau mewn prognosis rhwng canserau a thrafod pa gamau sydd eu hangen yng Nghymru i wella cyfraddau goroesi ac ansawdd bywyd y rhai y mae canserau llai goroeadwy yn effeithio arnynt. Roedd y sesiwn yn cynnwys cyflwyniadau gan siaradwyr, ac yna sesiwn holi ac ateb. Clywsom gan amrywiaeth o siaradwyr, gan gynnwys Judi Rhys (Prif Swyddog Gweithredol, Gofal Canser Tenovus) Anna Jewell (Cadeirydd, y Tasglu Canserau Llai Goroeadwy), Dr Dai Samuel (Gastroenterolegydd a Hepatolegydd Ymgynghorol, Bwrdd Iechyd Cwm Taf Morgannwg) a Natalie Lewis (cynrychiolydd lleyg gyda phrofiad byw o ganser).

1. Croeso

Agorodd David Rees AS (Cadeirydd) y cyfarfod, gan groesawu aelodau'r grŵp.

Disgrifiodd y Cadeirydd yn gryno yr agenda a'r drefn gwrteisi ar gyfer y cyfarfod.

Cyflwynodd y Cadeirydd aelodau'r panel.

Nododd y Cadeirydd ymddiheuriadau gan Joel James AS gan nad oedd yn gallu bod yn bresennol yn y cyfarfod hwn.

1. Cyflwyniad gan Judi Rhys MBE (Prif Weithredwr Gofal Cancer Tenovus)

Cyflwynodd y Cadeirydd y siaradwr. Judi Rhys MBE yw Prif Weithredwr cyfredol Gofal Cancer Tenovus ac mae wedi dal swyddi Prif Weithredwr yn y gorffennol yn Gofal Arthritis ac Ymddiriedolaeth Afu Prydain. Mae Gofal Cancer Tenovus yn aelod o'r Tasglu Canserau Llai Goroeadwy. Fe wnaeth Judi roi diweddariad ar y gwaith i fynd i'r afael â chanser yr ysgyfaint yng Nghymru, sy'n un o'r chwe chanser llai goroeadwy, drwy'r prosiect gwirio iechyd ysgyfaint wedi'i dargedu drwy Gofal Cancer Tenovus. Mae cancer yr ysgyfaint yn lladd mwy o bobl na chanser y fron a chanser y coluddyn gyda'i gilydd yng Nghymru.

2. Cyflwyniad gan Anna Jewell (Cadeirydd, y Tasglu Canserau Llai Goroeadwy)

Cyflwynodd y Cadeirydd y siaradwr. Anna Jewell yw Cadeirydd y Tasglu Canserau Llai Goroeadwy, ac mae'n Gyfarwyddwr Gwasanaethau, Ymchwil a Dylanwadu ar gyfer Pancreatic Cancer UK. Rhoddodd Anna gyflwyniad ar waith y Tasglu Canserau Llai Goroeadwy.

Nododd AJ pam mae'r cyfraddau goroesi yn is ar gyfer y chwe chanser penodol:

- dim ond 16% yw'r goroesiad 5 mlynedd
- mae 4,400 o bobl yn cael diagnosis bob blwyddyn (o gyfanswm o 19,500)
- 40% o farwolaethau cancer yng Nghymru
- heb weld y cynnydd a wnaed o ran canserau eraill
- angen datblygiadau o ran ymchwil a buddsoddiad

Nododd AJ pa gamau sydd angen eu cymryd i wella'r meysydd a ganlyn:

Diagnosis cynharach

- Diolch i waith ymchwil, mae cyfraddau goroesi cancer yng Nghymru yn gwella, gyda 58.5% o bobl yn goroesi eu cancer am bum mlynedd neu fwy, ond dim ond 16% sy'n goroesi canserau llai goroeadwy o hyd. Rheswm mawr am hyn yw problemau gyda rhoi diagnosis digon cynnar o'r canserau llai goroeadwy ar gyfer triniaeth. Mae arnom angen ymrwymiad neu uchelgais penodol ar gyfer gwella cyfraddau diagnosis cynnar yn achos canserau llai goroeadwy er mwyn ysgogi gwelliannau drwy godi ymwybyddiaeth a ffyrdd gwell o ganfod y canserau hyn drwy sgrinio, neu drwy ddod o hyd i offer a phroffion gwell i frysbennu'r rhai â symptomau annelwig yn well a nodi pobl asymptomatig sydd mewn perygl ac angen eu harchwilio ymhellach.

Diagnosis cyflymach

- Hyd yn oed pan fyddant yn cael diagnosis cynnar, mae canserau llai goroeadwy yn aml yn dal i arwain at ganlyniadau gwael oherwydd oedi yn y llwybrau, sy'n golygu bod gan bobl lai o opsiynau triniaeth, ac er enghraifft efallai y byddant yn symud o fod â phosibilrwydd o lawdriniaeth i ddim posibilrwydd o lawdriniaeth oherwydd bod eu cancer yn datblygu'n gyflym. Mae hyn yn golygu nad oes ganddynt obaith o gael eu gwella mwyach. Mae'r datblygiad cyflym hwn hefyd yn golygu, er y gallai targed 28 diwrnod fod yn fuddiol yn achos canserau eraill, bod

hyn yn dal yn rhy hir yn achos canserau llai goroesadwy. Rhaid i'r llwybr o amheuaeth o ganser i gadarnhau diagnosis fod yn gyflym.

Llwybrau optimaidd

- Rydym yn rhy aml yn clywed drwy ein gwasanaethau a thrwy drafodaethau ag arbenigwyr clinigol bod amrywiaeth yn y modd y darperir gofal ar draws y DU ar gyfer ein canserau ac ynghylch broblemau gyda'r llwybr clinigol. Er enghraifft, rydym yn clywed am oedi y gellir ei osgoi rhwng sganiau cychwynnol (diagnosis) a'r penderfyniad i roi triniaeth. Weithiau ceir oedi oherwydd profion clinigol amhendant ac wedi dyddio neu oherwydd ei bod yn cymryd gormod o amser i wneud sganiau, profion ffitrwydd a biopsïau, a gall hyn fod oherwydd diffyg cydgysylltu rhwng gwahanol ysbysai yn ogystal ag oherwydd diffyg llwybrau clinigol safonol, gweithlu ac adnoddau .
- Gall diagnosis a thrin pobl yn gyflymach helpu i sicrhau bod mwy o bobl sy'n cael diagnosis nawr yn cael canlyniadau gwell, yn cael triniaeth, yn goroesi'n hirach ac yn cael ansawdd bywyd gwell.
- Dylai llwybr optimaidd gwmpasu'r sbectrwm gofal cyfan - o gyflwyno symptomau i ddiagnosis a mynediad at y driniaeth a'r gofal cynorthwyol gorau i'r rhai sy'n byw gyda chanser.

Gwell gofal cynorthwyol

- Mae prinder gwybodaeth am brofiad y claf ac ansawdd bywyd cleifion â chanser llai goroesadwy. Nid yw'r Arolwg Cenedlaethol o Brofiad Cleifion Canser (CPES), sef y ffordd fwyaf arwyddocaol o fesur profiad o ofal canser, yn casglu profiad y rhan fwyaf o bobl â chanserau llai goroesadwy o fod yn gleifion (oherwydd amseriad yr arolwg), sy'n golygu bod eu hanghenion, eu profiadau a'u pryderon penodol yn gallu cael eu hanwybyddu.
- Dim yr hyn y mae'n ei ddeall a'i fesur y gall gwasanaethau iechyd ei wella, sy'n golygu y gallai'r GIG fod yn methu â deall a gwella profiadau ac ansawdd bywyd y rhan fwyaf o bobl sy'n cael diagnosis o ganser llai goroesadwy.

Hybu buddsoddiad mewn ymchwil

- Mae angen buddsoddiad mewn technolegau a phroffion diagnostig newydd a all helpu i roi diagnosis o'r canserau hyn yn gynt, neu helpu i frysennu'r rhai y mae angen eu harchwilio ymhellach.
- Yn achos rhai canserau llai goroesadwy, nid oes prawf nac offeryn syml ar hyn o bryd i fynd ati'n amserol i ganfod pobl â symptomau y mae angen eu harchwilio ymhellach. Er enghraifft, caiff canser y pancreas ei nodweddu gan symptomau annelwig ac amhenodol sydd â thebygolrwydd isel o fod yn ganser.
- Gallai datblygu profion newydd ar gyfer biofarcwyr canser fod yn wirioneddol drawsnewidiol o ran helpu i roi diagnosis o ganserau llai goroesadwy yn gynt ac yn gyflymach. Dylai llywodraethau a sefydliadau ymchwil y DU gefnogi treialon biofarcwyr diagnostig cynnar newydd a helpu i ymgorffori'r rhain mewn llwybrau pan fyddant yn llwyddiannus. Er enghraifft, mae offer brysbennu diagnostig newydd, fel y prawf *Dxcover* (sy'n cael ei ddatblygu), angen buddsoddiad ychwanegol. Mae astudiaethau cychwynnol y prawf hwn wedi dangos addewid, gan ganfod mwy na 90% o glioblastomas yn ddiweddar (y math mwyaf cyffredin o diwmor ar yr ymennydd) a mwy nag 80% o'r holl diwmorau ymennydd eraill. [437 o eiriau]
- Neu gallai prosiect ymchwil cyfredol Olympus/Guts UK sy'n defnyddio profion anadl ar gyfer newidiadau celloedd cyn-ganseraidd mewn cleifion ag oesoffagws Barrett achub bywydau drwy roi diagnosis cynnar o ganser yr oesoffagws, pan fydd yn llawer haws ei drin. Cafodd Cytosponge,

sef prawf brysbennu llwyddiannus i ganfod oesoffagws Barrett, sy'n llawer llai ymwithiol ac yn defnyddio llai o adnoddau nag endosgopïau, ei gyflwyno am y tro cyntaf 20 mlynedd yn ôl ond nid yw wedi'i lansio'n llwyddiannus na'i weithredu'n genedlaethol o hyd.

- Mae hefyd angen buddsoddiad i ddod o hyd i ffyrdd gwell o drin canserau llai goroesadwy yn llwyddiannus.

Nododd AJ lwyddiant yn y meysydd a ganlyn:

Datblygu llwybr optimaidd ar gyfer cancer y pancreas

- Mae Cymru wedi arloesi o ran datblygu hyn, a dyma'r wlad gyntaf yn y DU i gael llwybr optimaidd penodol ar gyfer cancer y pancreas.
- Llwybr da, ond nid yw wedi'i weithredu eto – mae angen ystyried hyn fel rhan o waith integreiddio gwasanaethau yn y dyfodol
- Mae'n hanfodol i ganser y pancreas gael llwybr penodol, gan mai dyma'r cancer cyffredin mwyaf marwol, felly mae angen camau wedi'u teilwra o ddiagnosis i driniaeth a thu hwnt.

Datblygu manyleb gwasanaeth ar gyfer canserau HPB

- Gwasanaeth integredig ar gyfer llawdriniaeth, gan helpu canolfannau i gydweithio i alinio'n well â chanllawiau ac i ddarparu triniaeth well a chyflymach
- Pe bai'r llwybr gofal optimaidd ar gyfer cancer y pancreas, ac ar gyfer canserau eraill, pan gaiff ei ddatblygu, yn cael ei integreiddio i fanyleb y gwasanaeth – byddai hyn yn helpu gydag adolygiadau cleifion, lleihau amseroedd aros, hyrwyddo gwell gweithio ar draws meysydd a chynyddu capasiti.

3. Cyflwyniad gan Natalie Lewis (arbenigwr drwy brofiad)

Cyflwynodd y Cadeirydd y siaradwr.

Gwnaeth Natalie Lewis gyflwyniad ar bwysigrwydd estyn allan at sefydliadau fel Tenovus a all helpu cleifion a deall nad ydynt ar eu pen eu hunain ar eu taith. Cafodd Natalie ddiagnosis o astrocytoma gradd dau ym mis Gorffennaf 2016. Cafodd Natalie lawdriniaeth yn 2016, ac yn 2019 arweiniodd ailymddangosiad at radiotherapi a chemotherapi. Mae hi bellach yn byw bywyd i'r eithaf ac yn cael sganiau MRI bob chwe mis. Amlinellodd Natalie bwysigrwydd gwrando ar eich corff os ydych chi'n profi symptomau a allai fod yn arwydd.

4. Cyflwyniad gan Dr Dai Samuel (Gastroenterolegydd a Hepatolegydd Ymgynghorol, Bwrdd Iechyd Cwm Taf Morgannwg)

Cyflwynodd y Cadeirydd y siaradwr.

Mae Dr Dai Samuel yn Hepatolegydd Ymgynghorol yn Ysbyty Brenhinol Morgannwg yn Llantrisant. Ef yw arweinydd clinigol gastroenteroleg ac arweinydd yr afu ar gyfer y bwrdd iechyd. Mae'n endosgopydd ymyrrol sy'n rhoi nifer o driniaethau sy'n ymwneud â rheoli cancer GI uchaf. Rhoddodd Dr Dai gyflwyniad ar wella ac optimeiddio ymgysylltiad cleifion â diagnosis a rheolaeth cancer.

Amlinellodd DS yr heriau sy'n wynebu cleifion cymoedd Cymru fel:

- Canfyddiad hanesyddol o ganser a chanlyniadau
- Agwedd angheuol wedi'i hatgyfnerthu gan ganlyniadau gwael ymhlith ffrindiau a theulu (wedi'i diagnosio'n hwyr)
- Dealltwriaeth wael o opsiynau diagnostig a thriniaeth

- Diffyg gwybodaeth a dealltwriaeth
- Maen nhw ofn! Maent hefyd yn cael eu stigmatiddio (yn enwedig cleifion cancer yr afu)
- Nid yw ein gwasanaethau yn diwallu eu hanghenion; maent yn gweithio er ein cyfleustra

Amlinellodd DS yr hyn yr ydym yn ei wneud yn dda a ddim cystal i wrthdroi diagnosis hwyr:

- Mae'n debyg nad yw'n ddigon cyflym
- Araf i gofleidio, arwain a mabwysiadu arferion a dreialwyd mewn manau eraill
- Yn aml yn ystyried gwasanaethau sylfaenol sydd wedi'u sefydlu mewn manau eraill fel rhai 'arbenigol' (EUS)
- Diffyg buddsoddiad gwirioneddol a sylweddol yn y gweithlu a seilwaith
- Ceisio gwneud popeth yn hytrach na'r hyn yr ydym yn wirioneddol dda yn ei wneud

Nododd DS beth allwn ni ei wneud i newid diagnosis hwyr o ran cancer UGI:

- Defnyddio'r genhedlaeth nesaf - addysgu ein plant i addysgu eu rhieni
- Dathlu llwyddiant a goroesiad - o lygad y ffynnon
- Bod yn feiddgar a manteisio ar dechnoleg ac offer sgrinio newydd
- Cymryd ein gwasanaethau i'r claf - rhowch fws i mi ac fe wnafe i deithio
- Buddsoddi - heb adnoddau, ehangu a buddsoddiad sylweddol (dim mwy o gynlluniau blwyddyn yn lleol ar lefel bwrdd iechyd prifysgol) ni fyddwn byth yn cyflawni mawredd. Mae tîm amlddisgyblaethol HCC yn enghraifft dda o hyn fel y mae tîm amlddisgyblaethol rhanbarthol y pancreas
- Mabwysiadu arfer gorau - dim angen ailddyfeisio unrhyw beth. Yr unig beth yw bod angen i ni brynu mwy o bethau
- Rhwydweithio a chydweithio yn well; llai o adeiladu ymerodraeth ac ofn

Trafodaeth banel

I gloi

Diolchodd y Cadeirydd i'r holl siaradwyr a'r holl gyfranogwyr am eu cyfraniadau.

Daeth y cyfarfod i ben am 15:30

Yn bresennol

1. Alaw Davies
2. Natalie Lewis (gwestai)
3. David Rees
4. Joan Jeyes (Sefydliad Old Mill)
5. Judi Rhys
6. Anna Jewell
7. Katie Till
8. Kate Roberts
9. Stephanie Grimshaw
10. Mike Hedges (gwestai)
11. Sarah Gwynne (Bwrdd Iechyd Prifysgol Bae Abertawe - oncoleg)

12. Noor (ysgrifenyddiaeth y Tasglu Canserau Llai Goroeadwy)
(gwestai)
13. Eleanor Mellor
14. Peter Henley (Felindre - CRW)
15. Sophie Baxter
16. Jane Cox (gwestai)
17. Madelaine Phillips
18. Sarah Beard
19. Thomas Davies
20. Greg Pycroft
21. Chris Rowland
22. Joseph Woolcott
23. Ryland Doyle
24. Tracey Burke
25. Dawn Casey (Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf Morgannwg -
Gofal Cleifion a Diogelwch)
26. Sian Morgan² (Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro -
AWMGS)
27. Sarah Clark (Sefydliad Old Mill)
28. Emily Waller
29. Amy Case (Bwrdd Iechyd Prifysgol Bae Abertawe - oncoleg
glinigol)
30. Richard Daniels
31. Robert Jones (Felindre - ymgynghorydd)
32. Angie Contestabile
33. Craig Lawton
34. Sara Bale
35. Heledd Roberts
36. Bethan Hawkes (Cydweithrediad Iechyd GIG Cymru)
37. Tom Crosby (Felindre - ymgynghorydd)
38. Richard Pugh
39. David Samuel (Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf Morgannwg -
gastroenteroleg)
40. Borrowes, Maisie
41. Samantha Holliday
42. Martin Rolles (Bwrdd Iechyd Prifysgol Bae Abertawe -
Oncoleg)
43. Natalie Lewis
44. Amy Louise Smith (Cydweithrediad Iechyd GIG Cymru)
45. Andy Glyde