

MR 14

Ymchwiliad i recriwtio meddygol

Inquiry into medical recruitment

Ymateb gan: Coleg Brenhinol y Meddygon

Response from: Royal College of Physicians

### **Inquiry into medical recruitment**

RCP Wales response

#### **We need to show vision and national leadership**

- Develop an ambitious long-term vision for the NHS in Wales.
- Increase investment in new models of integrated health and social care.
- Develop a national medical workforce and training strategy.
- Show national leadership on the balance between service and training.
- Work with physicians to redesign acute and specialist medical services.
- Ensure that hospitals work within formal, structured alliances to deliver integrated care.
- Establish the role of chief of medicine, supported by a chief registrar.
- Publicly support and promote the patient-centred Future Hospital model of care.
- Increase health spending and invest in clinically led innovation and prevention.

#### **We need to invest in the medical workforce**

- Take a strategic approach to workforce planning.
- Ensure that the acute admissions workload is more evenly distributed between all specialties.
- Train a greater proportion of doctors in the skills of general medicine.
- Support physicians working in non-training jobs to develop their careers.
- Invest in data collection to provide a robust evidence base for medical recruitment planning.
- Make staff health and wellbeing a national priority.

### **We need to support the clinical leaders of the future**

- Promote Wales as an excellent place to live and work as a doctor.
- Focus on addressing recruitment and training challenges.
- Increase the number of undergraduate and postgraduate training posts in Wales.
- Develop training pathways specialising in rural and remote healthcare in Wales.
- Increase the number of medical school places offered to Welsh domiciled students.
- Improve the support available to junior doctors in rural areas.
- Invest in clinical leadership and training programmes.
- Appoint chief registrars in every health board to give trainees a voice.

### **We need to develop a new way of working**

- Encourage health boards to implement the RCP Future Hospital workforce model.
- Deliver more specialist medical care in the community.
- Invest in new innovative ways of working across the entire health and social care sector.
- Lead the way by developing new integrated workforce models in rural communities.
- Develop the role of community physician.
- Address nurse shortages and develop other clinical roles in the NHS workforce.
- Further embed telemedicine into everyday practice.

### **Inquiry into medical recruitment**

1. Thank you for the opportunity to respond to the Health, Social Care and Sport Committee inquiry into medical recruitment. Following the recent launch of a new RCP Wales report on the medical workforce, *Physicians on the front line* (published on 17 November 2016) we would be extremely keen to give oral evidence on this inquiry to the Health, Social Care and Sport Committee. We would be very happy to organise evidence from consultants, trainee doctors or members of our patient carer network.

2. The Royal College of Physicians (RCP) aims to improve patient care and reduce illness, in the UK and across the globe. We are patient centred and clinically led. Our 33,000 members worldwide, including 1,200 in Wales, work in hospitals and the community across 30 different medical specialties, diagnosing and treating millions of patients with a huge range of medical conditions.

### **The capacity of the medical workforce to meet future population needs**

3. The NHS in Wales is facing a number of urgent challenges. Hospitals are struggling to cope with the combination of an ageing population and increasing hospital admissions. All too often, our most vulnerable patients – including those who are old, who are frail or who have dementia – are failed by a system that is ill equipped and seemingly unwilling to meet their needs. Furthermore, levels of ill health increase with levels of area deprivation. In general, those in the most deprived areas report the worst health. The rural geography of much of Wales means that some medical services are spread very thinly. This is having a negative effect on the quality of training and on workforce recruitment in some specialties. In addition, patient expectations are increasing as financial constraints grow tighter and, while advances in technology can save lives, the cost of providing specialist acute care continues to rise.

4. Legislative changes to working hours mean that we need more junior doctors to cover hospital rotas. This has happened at the same time as a reduction in training time due to the modernising medical careers programme, and a fall in international medical graduates coming to the UK. In 2011, almost half of the higher specialty trainee physicians told us that since the introduction of the European Working Time Directive, the quality of both training and patient care was worse or much worse.

5. As the population grows older, and an increasing number of people develop complex chronic conditions, there is an increased need for consultants with qualifications in general internal medicine so that patients can be managed holistically. However, in Wales, only 43.7% of consultant physicians contribute to the acute rota while 52% participate in the general medical rota. There is also a great deal of variation between RCP specialties.

For example, almost all consultants working in stroke, respiratory or acute internal medicine in Wales participate in the acute take. However, the figures for renal medicine (36.4%) and cardiology (36.8%) are much lower, and in some specialties, there are no consultants at all who participate in the acute take in Wales. In the future, the acute admissions workload will need to be more evenly distributed between all specialties in order to allow more flexibility and prevent the unmanageable workload of acute medicine falling on the few.

6. At the same time, the composition of the workforce is also changing. More consultants are working flexibly or part time. To some extent, this is because there are now more women in the medical workforce – between 2007 and 2012, the number of female doctors under 30 years old increased by 18%, and in 2012, 61% of doctors under 30 years old were women. The 2015 census of consultant physicians found that 33.3% of female consultants in Wales work part time, compared with 8.8% of male consultants. This trend in changing working patterns raises issues about the total number of doctors that will be required in the future if the proportion of those working part time continues to grow. If a consultant works part time, their relative contribution to the acute medical take can vary hugely. We will need to see an increase in training posts to allow for an increase in less-than-full-time working in the future.

7. Trainee rota gaps are reported by 42.9% of respondents in the 2015–16 RCP census of consultants in Wales as ‘frequently causing significant problems in patient safety’ and by a further 45.8% as ‘often [causing problems] but there is usually a work-around solution so patient safety is not usually compromised’. Only 11.3% of respondents told us that rota gaps infrequently or never cause a problem. More than a third of higher specialty trainees told us that they regularly or occasionally act down to cover gaps in the core medical trainee rota. Almost two-thirds of these specialty trainees told us that they feel as though they are sometimes, often or always working under excessive pressure, with 63.2% telling us that this was down to insufficient trainee numbers.

## **The implications of Brexit for the medical workforce**

8. The RCP is keen to engage with both the UK and Welsh governments on the implications of Brexit, especially its effect on the medical workforce. Above all, patients must be the first priority. The UK government must guarantee that EU nationals working in the NHS will be able to stay in the UK and continue to deliver excellent care for patients. Non-UK doctors must not be restricted from working in the NHS. Both governments should engage with health and social care employers, royal colleges, professional bodies and trade unions, as Brexit negotiations continue.

9. Furthermore, the UK's withdrawal from the EU must not affect patients' ability to participate in high quality research and clinical trials. Patients must continue to have access to innovative new technologies, and the UK must continue to be a world leader in medical research through the ability to access Framework 9 (FP9) funding as well as regional development funds and bursaries. The UK should also retain the ability to influence EU legislation that affects medical research. Finally, those EU frameworks that underpin the protection of public health must be protected. If replaced, these should be strengthened and enshrined in UK or Welsh legislation.

### **The factors that influence the recruitment and retention of doctors, including any particular issues in certain specialties or geographic areas**

10. It is worth noting that there are difficulties recruiting for many specialties in most parts of the UK, not just in Wales, and 72.7% of higher specialty trainees would still choose to train in Wales if they could turn back time. However, there are trainee vacancies in every acute hospital rota in Wales, and last year, the NHS in Wales was unable to fill 39.8% of the consultant physician posts it advertised. In a majority of cases, health boards were unable to appoint because there were simply no applicants.

### **What can we do to recruit doctors in the short-term?**

- NHS Wales should adopt a more joined-up, nationally coordinated approach to recruitment.
- Health boards should invest in physician associate roles which can free up trainee time for education.

- Health boards should reinvest unspent trainee money in new roles, eg clinical fellowships.
- Community placements for medical students and trainees should be further developed.
- Graduate entry into medical school should be encouraged, especially for Welsh domiciled students.
- Both undergraduate and postgraduate medical training should focus on long-term conditions.
- Accreditation and structured support for teaching hospitals should be considered.
- Using technology in a more innovative way, especially in rural areas, should be encouraged.
- Rural medicine, especially in mid-Wales, should be developed as an advanced medical specialty.
- Structured CESR conversion courses with structured mentoring and support for SAS doctors.

### **The development and delivery of medical recruitment campaigns**

11. Wales currently struggles to recruit enough trainees to fill hospital rotas; 33% of core medical trainee places were unfilled in 2016. The 2015-16 census found that 16.7% of higher specialty trainees have considered leaving the medical profession entirely in the past year, and only 31.7% think that they are finding an appropriate balance between training in general medicine and in their main specialty. Even worse, 11.6% of higher specialty trainees told us that they rarely enjoy their job, and 62.8% said their job sometimes, often or always gets them down.

### **What could we offer junior doctors in Wales?**

- Structured mentoring and support programmes
- More clinical leadership and quality improvement opportunities
- More innovation and academic research opportunities
- Taught MSc and MD degree opportunities
- More flexible working patterns and training pathways
- One-off grants to ease the financial burden of professional exams

12. This problem must be tackled head on; the Welsh government and NHS Wales must take action to promote Wales as an excellent place to live and work as a doctor. However, we are concerned that medical recruitment campaigns are not involving all relevant stakeholders or learning from good practice elsewhere. We are worried that the Welsh government has previously taken a narrow approach to the problems in medical recruitment by focusing on one area of the medical workforce without considering how we might build resilience in other areas at the same time. We would welcome more innovative thinking about how we develop the future NHS workforce, especially how we might support our GP colleagues – by developing specialist physician roles in the community, for example. We have a real opportunity in Wales to drive this agenda and show real vision, but it will need an open and inclusive conversation with a wide range of stakeholders, including all the royal colleges.

**The extent to which recruitment processes/practices are joined-up, deliver value for money and ensure a sustainable medical workforce**

13. It is important that future investment into the health service does not go towards propping up the old, broken system. Spending money on the existing system will not change anything in the long term; health boards must invest in the prevention and treatment of chronic conditions and allow clinicians to innovate. Those living in rural and remote areas must not be forgotten either; it is these areas where the crisis in primary care is hitting hardest, and where a new ambitious model of care has the most potential.

14. A clear, refreshed strategic vision for NHS Wales should be developed, based on rigorous data collection that provides a robust evidence base. This must put clinicians at the very centre of change and should be developed bottom-up through patient and professional groups. Successive reviews in the past few years have repeated this call to action (including the health professional education investment review and the Jenkins review of the NHS workforce) yet it is still not clear how the Welsh government intends to work with patients and clinicians to do this.

15. We need to move away from a workforce model in which we invest in either primary or secondary care, and towards more integrated team working

– the hospital without walls – where specialists hold more of their clinics in the community, and GPs spend part of their time working with colleagues at the front door of the hospital.

16. The Welsh government must now lead the development of a long-term plan for the future of the Welsh health service. Ministers must show national leadership to create stability and support the long-term transformation of the health service. This will require better communication and real investment, especially in clinical delivery plans. All spending decisions should be underpinned by a long-term objective to increase investment in new models of integrated health and social care. Above all, we need a clear vision of how the service will look in the future in order to plan effective medical training.

17. All of this will need a drastic change in mindset. The RCP has long called for more clinical leadership and engagement, and more joined-up thinking between service planning and training needs. Now it is time to rethink how the future NHS workforce will train, develop their skills and practise medicine – and health professionals, including doctors, must be involved and genuinely engaged from the very start.

### **More information**

18. We would like to submit the recent RCP Wales report, *Physicians on the front line*, as an appendix to this consultation response. All the statistics in this evidence are referenced in this report. It provides a great deal more detail about our research, the 2015–16 RCP census results and the case studies we have gathered about the future of the NHS workforce in Wales.

19. More information about our policy and research work in Wales can be found on our website. **We would be delighted to provide oral evidence to the Committee or further written evidence if that would be helpful.** For more information, please contact Lowri Jackson, RCP senior policy and public affairs adviser for Wales, at [REDACTED].





Royal College  
of Physicians

Coleg Brenhinol  
y Meddygon (Cymru)



# Meddygon ar y rheng flaen

Y gweithlu meddygol  
yng Nghymru yn 2016

Prosiect:  
Iechyd

## Rhagair

Yn ddiweddar, rhybuddiodd llywydd Coleg Brenhinol y Meddygon (RCP), yr Athro Jane Dacre, fod GIG heddiw 'heb ddigon o ddoctoriaid, heb ddigon o arian ac wedi'i orymestyn'.<sup>1</sup> Mae'r arsylwadau hyn yr un mor berthnasol i Gymru â gweddill y DU. Er mwyn i GIG Cymru gyflawni ei botensial llawn i wasanaethu pobl Cymru, mae angen digon o adnoddau a gweithlu gofal iechyd ymroddedig, hollol weithredol ac integredig, ynghyd â morâl da a boddhad proffesiynol.

Mae Cymru yn dioddef gan faterion sy'n ymwneud â recriwtio a chadw ymhlith y gweithlu meddygol, ar lefelau uwch ac is. Mae'r materion sydd wrth wraidd y problemau hyn yn amrywiol a chymhleth, ac yn cynnwys daearyddiaeth, canfyddiadau negyddol a diffyg cymhellion i annog doctoriaid i ddilyn gyrfa yng Nghymru. Mae'r RCP yng Nghymru yn credu bod llawer o fentrau y gallem eu mabwysiadu i oresgyn y materion hyn, a dylem eu mabwysiadu. Rwy'n gobeithio y bydd y syniadau hyn yn ysgogi dadl a thrafodaeth ac yn arwain at weithredu.

## Cyflawni newid yng Nghymru

Yn 2014, cyhoeddodd y RCP *Mynd i'r afael â'r her: Gwella gofal aciwt, bodloni anghenion cleifion yng Nghymru*, sy'n dehongli gweledigaeth Ysbyty'r Dyfodol ar gyfer y gwasanaeth iechyd yng Nghymru.<sup>2</sup> Trwy ein hymweladau 'sgwrs leol' ag ysbytai ar draws Cymru, rydym wedi casglu nifer o astudiaethau achos lle mae cymrodyr ac aelodau'n hyrwyddo gweledigaeth Ysbytai'r Dyfodol a gwella gofal cleifion.

Cyn etholiad Cynulliad Cenedlaethol Cymru yn 2016, gwnaeth y RCP hefyd lansio *Ffocws ar y dyfodol: Ein cynllun gweithredu ar gyfer llywodraeth nesaf Cymru*, lle gwnaethom ddadlau bod yr achos dros newid yn glir.<sup>3</sup> Mae gan y rheiny sy'n gweithio yn y GIG gyfrifoldeb i arwain y newid hwn, gyda chefnoogaeth y sefydliadau sy'n eu cynrychioli ac wedi'u grymuso gan lunwyr polisi cenedlaethol. Mae'n rhaid i sefydliadau a gweithwyr proffesiynol sy'n gysylltiedig ag iechyd a gofal cymdeithasol – gan gynnwys doctoriaid, nyrsys, gwleidyddion, ysbytai a chyrrff cenedlaethol – fod yn barod i wneud penderfyniadau anodd a gweithredu newid radical lle bydd hyn yn gwella gofal cleifion.

**Dr Alan Rees MD FRCP**

Is-lywydd ymadawol RCP ar gyfer Cymru

## Trosolwg

- > Mae'r sector iechyd yn cyflogi oddeutu 129,000 o weithwyr. Mae hyn yn cyfateb i 8% o'r swyddi yng Nghymru.<sup>4</sup>
- > Mae gweithlu GIG Cymru yn cyfrif am 62% o wariant byrddau iechyd, neu bron i £3 biliwn y flwyddyn.<sup>5</sup>
- > Y gweithlu meddygol yw 8.5% o gyfanswm gweithlu'r GIG yng Nghymru.
- > Mae'r GIG yng Nghymru yn gwario oddeutu £350 miliwn i gefnogi oddeutu 15,000 o fyfyrwyr a hyfforddeion sy'n ymgymryd â rhaglenni addysg sy'n ymwneud ag iechyd.<sup>6</sup>
- > Ni chafodd traean o leoedd hyfforddiant meddygol craidd (CMT) eu llenwi yng Nghymru yn 2016.<sup>7</sup>
- > 30% yn unig o israddedigion ysgol feddygol Cymreig sy'n hanu o Gymru. Mae hyn yn cymharu ag 85% yng Ngogledd Iwerddon, 80% yn Lloegr a 55% yn yr Alban.<sup>8</sup>
- > 39.5% yn unig o feddygon dan hyfforddiant yng Nghymru fyddai'n argymhell meddygaeth i ddisgybl sy'n gadael ysgol.<sup>9</sup>
- > Yn 2015, nid oedd yn bosibl gwneud 39.8% o benodiadau meddyg ymgynghorol yng Nghymru.<sup>9</sup>
- > 43.7% yn unig o feddygon ymgynghorol sy'n cyfrannu at y rota aciwt yng Nghymru.<sup>9</sup>
- > Mae bron i hanner y meddygon ymgynghorol yng Nghymru yn dweud bod adegau pan maent yn teimlo eu bod yn gweithio o dan bwysau gormodol.<sup>9</sup>
- > Mae 76.7% yn unig o feddygon dan hyfforddiant yng Nghymru yn dweud eu bod yn fodlon â'u dewis o yrfa.<sup>9</sup>
- > Mae gwariant GIG Cymru ar staff meddygol asiantaeth wedi codi gan 64% ers 2014–15 a rhagwelir y bydd yn fwy nag £8 miliwn erbyn diwedd 2016.<sup>10</sup>

# Amser i weithredu

Mae'r GIG yng Nghymru yn wynebu nifer o heriau brys. Mae ysbytai'n cael trafferth i ymdopi â'r cyfuniad o boblogaeth sy'n heneiddio a mwy o dderbyniadau i ysbyty. Rhwng 2005 a 2014, cynyddodd poblogaeth Cymru o oddeutu 2.97 miliwn i 3.09 miliwn, a rhagwelir y bydd yn cynyddu i dros 3.3 miliwn yn 2036.<sup>11</sup> Yn 2014, roedd un mewn pump o drigolion Cymru dros 65 oed ac mae gan Gymru gyfran uwch o bobl 85 oed neu hŷn na gweddill y DU.<sup>12</sup>

Yn rhy aml, mae ein cleifion mwyaf agored i niwed – gan gynnwys y rheiny sy'n hen, sy'n eiddil neu sydd â dementia – yn cael eu methu gan system sy'n anghyflawn ac ymddengys ei bod yn amharod i ddiwallu eu hanghenion. At hynny, mae lefelau o afiechyd yn cynyddu â lefelau o amddifadedd ardal. Yn gyffredinol, mae'r rheiny yn yr ardaloedd mwyaf difreintiedig yn adrodd yr iechyd gwaethaf.<sup>13</sup> Yng Nghymru mae'r cyfraddau uchaf o salwch cyfyngus hirdymor yn y DU, ac mae hyn yn cyfrif am gyfran fawr o dderbyniadau brys diangen i ysbyty. Mae oddeutu hanner yr oedolion yng Nghymru'n cael eu trin ar gyfer salwch neu gyflwr fel pwysedd gwaed uchel, clefyd y galon, arthritis, salwch resbiradol, salwch meddwl neu ddiabetes ac mae traean yn adrodd cyfyngiad yn eu gweithgareddau bob dydd oherwydd problem iechyd neu anabled.<sup>14</sup> Mae un oedolyn mewn pump yn adrodd iechyd cyffredinol gweddol neu wael ac mae'r ganran sy'n adrodd eu bod yn cael eu trin ar gyfer salwch penodol yn gyffredinol yn cynyddu gydag oed.<sup>13</sup>

Mae daearyddiaeth wledig llawer o Gymru yn golygu bod rhai gwasanaethau meddygol wedi'u lleadaenu'n denau iawn. Mae hyn yn cael effaith negyddol ar ansawdd hyfforddiant ac ar recriwtio gweithlu mewn rhai arbenigeddau. Yn ogystal, mae disgygliadau cleifion yn cynyddu wrth i gyfyngiadau ariannol dynhau fwyfwy ac, er y gall datblygiadau mewn technoleg achub bywydau, mae cost darparu gofal aciwt arbenigol yn parhau i gynyddu.

Mae newidiadau deddfwriaethol i oriau gwaith yn golygu bod angen mwy o ddoctoriaid iau arnom i gyflenwi rotâu ysbyty. Mae hyn wedi digwydd ar yr un pryd â gostyngiad mewn amser hyfforddiant oherwydd y rhaglen Moderneiddio Gyrfaoedd Meddygol, a gostyngiad yn nifer y graddedigion meddygol rhyngwladol sy'n dod i'r DU. Yn 2011, dywedodd bron i hanner y meddygon dan hyfforddiant arbenigol iawn wrthym, ers cyflwyno'r Gyfarwydddeb Oriau Gwaith Ewropeaidd, mae ansawdd hyfforddiant a gofal cleifion yn waeth neu lawer yn waeth.<sup>15</sup>

Wrth i'r boblogaeth heneiddio, ac wrth i nifer gynyddol o bobl ddatblygu cyflyrau cronig cymhleth gynyddu, ceir mwy o angen am ymgynghorwyr â chymwysterau mewn meddygaeth fewnl gyffredinol er mwyn gallu rheoli cleifion yn hollataidd. Fodd bynnag, yng Nghymru, dim ond 43.7% o feddygon ymgynghorol sy'n cyfrannu at y rota aciwt ac mae 52% yn cyfrannu at y rota meddygol cyffredinol.<sup>9</sup> Hefyd ceir llawer o amrywiad rhwng arbenigeddau'r RCP. Er enghraifft, mae bron iawn pob ymgynghorydd sy'n gweithio yn meddygaeth strôc, resbiradol neu fewnl aciwt yng Nghymru yn cyfrannu at y broses dderbyn aciwt. Fodd bynnag, mae'r ffigyrau ar gyfer meddygaeth arennol (36.4%) a chardioleg (36.8%) llawer

yn is, ac mewn rhai arbenigeddau, nid oes unrhyw ymgynghorwyr o gwbl sy'n cymryd rhan yn y broses dderbyn aciwt yng Nghymru.<sup>9</sup> Yn y dyfodol, bydd angen i'r llwyth gwaith derbyn aciwt gael ei ddsbarthu'n fwy cyfartal rhwng yr holl arbenigeddau er mwyn caniatáu mwy o hyblygrwydd ac atal bod llwyth gwaith anhydriin meddygaeth aciwt ar ysgwyddau nifer fach yn unig.

Ar yr un adeg, mae cyfansoddiad y gweithlu'n newid hefyd. Mae mwy o ymgynghorwyr yn gweithio'n hyblyg neu'n rhan amser. I ryw raddau, mae hyn oherwydd bod mwy o ferched yn y gweithlu meddygol bellach – rhwng 2007 a 2012, cynyddodd nifer y doctoriaid benywaidd o dan 30 oed gan 18%, ac yn 2012, roedd 61% o ddoctoriaid o dan 30 oed yn ferched.<sup>16</sup> Darganfu cyfrifiad RCP 2015 o feddygon ymgynghorol bod 33.3% o ymgynghorwyr benywaidd yng Nghymru'n gweithio'n rhan amser, o'u cymharu ag 8.8% o ymgynghorwyr gwrywaidd. Mae'r duedd hon mewn patrymau gwaith sy'n newid yn codi materion ynglyn â chyfanswm nifer y doctoriaid a fydd yn ofynnol yn y dyfodol os bydd cyfran y rheiny sy'n gweithio'n rhan amser yn parhau i dyfu. Os yw ymgynghorydd yn gweithio'n rhan amser, gall ei gyfraniad cymharol at y broses dderbyn feddygol aciwt amrywio'n fawr. Bydd angen i ni weld cynnydd mewn swyddi hyfforddiant i ganiatáu ar gyfer cynnydd mewn gweithio llai nag amser llawn yn y dyfodol.

Mae'n werth nodi bod anawsterau recriwtio ar gyfer llawer o arbenigeddau yn y rhan fwyaf o rannau o'r DU, nid yng Nghymru'n unig, a byddai 72.7% o hyfforddeion arbenigol iawn yn parhau i ddewis i hyfforddi yng Nghymru petaent yn gallu troi amser yn ôl.<sup>9</sup> Fodd bynnag, ceir swyddi gwag i hyfforddeion ar rota pob ysbyty aciwt yng Nghymru, a llynedd, nid oedd y GIG yng Nghymru, yn gallu llenwi 39.8% o'r swyddi meddyg ymgynghorol roedd yn eu hysbysebu.<sup>17</sup> Yn y rhan fwyaf o achosion, nid oedd byrddau iechyd yn gallu penodi oherwydd nid oedd unrhyw ymgeiswyr yn syml.

## Mae cymhlethdod yr her

**Roedd adroddiad RCP *Hospitals on the edge*<sup>718</sup> yn manylu ar faint a chymhlethdod yr heriau sy'n wynebu staff gofal iechyd ar draws y DU, a'r effaith y gall hyn ei chael ar ofal cleifion. Disgrifiodd:**

- > **system iechyd sy'n anghyflawn i ymdopi ag anghenion poblogaeth sy'n heneiddio ag anghenion fwyfwy cymhleth clinigol, gofal a chymorth**
- > **ysbytai sy'n cael trafferth i ymdopi â chynnydd mewn galwadau clinigol**
- > **methiant systematig i ddarparu gofal cydgysylltiedig, sy'n canolbwyntio ar y claf, â chleifion yn gorfod symud rhwng gwelyau, timau a lleoliadau gofal heb lawer o gyfathrebu neu rannu gwybodaeth**
- > **gwasanaethau iechyd, gan gynnwys ysbytai, sy'n cael anhawster i ddarparu gwasanaethau o ansawdd uchel ar draws 7 diwrnod, yn enwedig ar benwythnosau**
- > **argyfwng sy'n dod i'r amlwg yn y gweithlu meddygol, ag ymgynghorwyr a doctoriaid dan hyfforddiant o dan bwysau cynyddol. ■**

## Heb ddigon o arian, heb ddigon o ddoctoriaid ac wedi'i orymestyn

Mae'r GIG yn cynnig rhywfaint o'r gofal iechyd o'r ansawdd uchaf, mwyaf effeithlon a mwyaf hygyrch yn y byd, ar y brig ar restr Cronfa'r Gymanwlad o systemau iechyd y byd.<sup>19</sup> Mae gan y DU draddodiad hir o arloesi meddygol,<sup>20</sup> ac mae doctoriaid sy'n gweithio ar draws y GIG yn parhau i wneud darganfyddiadau meddygol arloesol sy'n newid y ffordd rydym yn trin clefydau ac yn gofalu am gleifion. Mae ein canllawiau clinigol yn cael eu hallforio o amgylch y byd, ac rydym yn denu doctoriaid rhyngwladol â'n rhaglenni o hyfforddiant ac addysg feddygol sy'n enwog yn fyd eang.

Mae hynny'n llawer i ymfalchio ynddo. Fodd bynnag, nid yw'n esgus i fod yn hunanfodlon. Mae'r RCP wedi dadlau ers tro bod angen i ni ail-feddwl y ffordd rydym yn darparu gofal iechyd: chwalu rhwystrau rhwng ysbytai a'r gymuned, a gweithio mewn partneriaeth â chleifion i ddarparu gofal di-dor.<sup>21</sup> I gyflawni hyn, mae angen gwasanaeth iechyd arnom sy'n cael ei ariannu i fodloni'r gofynion arno gan ein poblogaeth sy'n tyfu.

Nid yw cyllideb y GIG wedi cadw i fyny â galw cynyddol am wasanaethau. Nid ydym yn hyfforddi digon o ddoctoriaid chwaith. Mae nifer y myfyrwyr meddygol wedi gostwng a cheir diffyg doctoriaid sy'n hyfforddi i ddod yn arbenigwyr meddygol. Mae mwy na thraean o hyfforddeion arbenigol uwch yng Nghymru yn gweithredu i lawr yn rheolaidd neu'n achlysurol i lenwi bylchau ar rota.<sup>9</sup> Mae'r argyfwng gweithlu hwn wedi cael effaith ddilynol ar swyddi ymgynghorwyr, â byrddau iechyd Cymru yn methu â llenwi dwy mewn pump o'r swyddi maent yn eu hysbysebu.<sup>9</sup>

Mae staff y GIG yn teimlo fwyfwy fel difrod ystlysol yn y frwydr rhwng galw sy'n cynyddu a chyllidebau sy'n cael eu gwasgu – a phan fydd lles staff y GIG yn dioddef, bydd profiad a diogelwch cleifion yn dioddef hefyd. Mae 95% o ddoctoriaid dan hyfforddiant RCP yn y DU yn adrodd bod morâl staff gwael yn cael effaith negyddol ar ddiogelwch cleifion yn eu hysbyty.<sup>22</sup>

Mae GIG Cymru angen gweledigaeth tymor hir newydd – dim mwy o atebion cyflym neu ddatrysiadau dros dro. Mae angen i ni weithredu ar frys i fynd i'r afael ag effaith uniongyrchol GIG heb ddigon o arian, heb ddigon o ddoctoriaid ac wedi'i orymestyn. Cred y RCP bod cleifion yn haeddu GIG sydd â digon o arian a staff i ddiwallu eu hanghenion, yn awr ac yn y dyfodol.

## Argymhellion allweddol

Mae'r RCP wedi nodi'r blaenoriaethau allweddol canlynol:

### Dangos gweledigaeth ac arweinyddiaeth genedlaethol

- > Datblygu gweledigaeth dymor hir uchelgeisiol i'r GIG yng Nghymru.
- > Cynyddu buddsoddiad mewn modelau newydd o ofal cymdeithasol ac iechyd integredig.
- > Datblygu strategaeth hyfforddiant a gweithlu meddygol genedlaethol.
- > Dangos arweinyddiaeth genedlaethol ar y cydbwysedd rhwng gwasanaeth a hyfforddiant.
- > Gweithio gyda meddygon i ail-ddylunio gwasanaethau meddygol aciwt ac arbenigol.
- > Sicrhau bod ysbytai'n gweithio mewn cynghreiriau ffurfiol, â strwythur, i ddarparu gofal integredig.
- > Sefydlu rôl pennaeth meddygaeth, wedi'i gefnogi gan brif gofrestrydd.
- > Cefnogi a hyrwyddo yn gyhoeddus model gofal Ysbyty'r Dyfodol sy'n canolbwyntio ar y claf.
- > Cynyddu gwariant ar iechyd a buddsoddi mewn arloesi ac atal dan arweiniad clinigol.

### Buddsoddi yn y gweithlu meddygol

- > Dilyn dull strategol o ymdrin â chynllunio gweithlu.
- > Sicrhau bod y llwyth gwaith derbyniadau aciwt gael ei ddsbarthu'n fwy cyfartal rhwng yr holl arbenigeddau.
- > Hyfforddi cyfran fwy o ddoctoriaid yn sgiliau meddygaeth gyffredinol.
- > Cefnogi meddygon sy'n gweithio mewn swyddi nad ydynt yn swyddi hyfforddiant i ddatblygu eu gyrfaedd.
- > Buddsoddi mewn casglu data i ddarparu sylfaen dystiolaeth gadarn ar gyfer cynllunio recriwtio meddygol.
- > Gwneud lles ac iechyd staff yn flaenoriaeth genedlaethol.

## Cefnogi arweinwyr clinigol y dyfodol

- > Hyrwyddo Cymru fel lle gwych i fyw a gweithio fel doctor.
- > Canolbwyntio ar fynd i'r afael â heriau recriwtio a hyfforddi.
- > Cynyddu nifer y swyddi hyfforddi israddedig ac ôl-raddedig yng Nghymru.
- > Datblygu llwybrau hyfforddi sy'n arbennig mewn gofal iechyd gwledig ac anghysbell yng Nghymru.
- > Cynyddu nifer y lleoedd ysgol feddygol sy'n cael eu cynnig i fyfyrwyr sy'n hanu o Gymru.
- > Gwella'r gefnogaeth sydd ar gael i ddoctoriaid iau mewn ardaloedd gwledig.
- > Buddsoddi mewn rhaglenni hyfforddiant ac arweinyddiaeth glinigol.
- > Penodi prif gofrestryddion ym mhob bwrdd iechyd i roi llai i hyfforddeion.

## Datblygu ffordd newydd o weithio

- > Annog byrddau iechyd i roi model gweithlu Ysbyty'r Dyfodol RCP ar waith.
- > Darparu mwy o ofal meddygol arbenigol yn y gymuned.
- > Buddsoddi mewn ffyrdd newydd arloesol o weithio ar draws yr holl sector gofal cymdeithasol ac iechyd.
- > Arwain y ffordd trwy ddatblygu modelau gweithlu integredig newydd mewn cymunedau gwledig.
- > Datblygu rôl meddyg cymunedol.
- > Mynd i'r afael â phrinder nyrsys a datblygu rolau clinigol eraill yng ngweithlu'r GIG.
- > Sicrhau ymhellach bod telefeddygaeth yn rhan annatod o ymarfer bob dydd.

## Yr angen am arweinyddiaeth genedlaethol

Mae cleifion yn haeddu mynediad at ofal ansawdd uchel oddi wrth weithlu cymwysedig. Yn yr un modd, mae doctoriaid a gweithwyr iechyd proffesiynol eraill yn haeddu gweithio mewn amgylcheddau â chefnogaeth dda, â lefelau staffio sy'n hyrwyddo gofal effeithiol, ansawdd uchel, diogel ac yn galluogi iddynt wneud cynnydd yn eu gyrfaoedd.

Mae storm berffaith yn prysur agosáu: i fynd i'r afael â'r argyfwng recriwtio meddygol sy'n tyfu, costau locwm ac asiantaeth sy'n cynyddu a gorddibyniaeth ar ddoctoriaid dan hyfforddiant, mae'n rhaid i'r GIG yng Nghymru gael y pŵer a'r adnoddau i ddatblygu datrysiadau radical a chymryd camau ar y cyd, chefnogaeth ymrwymiad cryf gan lywodraeth ac arweinyddiaeth genedlaethol.

## Gweledigaeth i'r dyfodol

Dylid datblygu strategaeth glir, wedi'i diweddarau ar gyfer GIG Cymru. Mae adolygiadau olynol yn yr ychydig flynyddoedd diwethaf wedi ailadrodd yr un alwad hon i weithredu (gan gynnwys yr Adolygiad o Fuddsoddiad mewn Addysg Gweithwyr Iechyd Proffesiynol<sup>23</sup> ac adolygiad Jenkins o weithlu'r GIG yng Nghymru<sup>24</sup>) ac eto nid yw eto'n glir sut mae llywodraeth Cymru yn bwriadu gweithio gyda chleifion a chlinigwyr i wneud hyn.

Bellach mae'n rhaid i Lywodraeth Cymru arwain datblygiad cynllun tymor hir ar gyfer dyfodol y gwasanaeth iechyd yng Nghymru. Mae'n rhaid i weinidogion ddangos arweinyddiaeth genedlaethol i greu sefydlogrwydd a chefnogi trawsnewidiad tymor hir y gwasanaeth iechyd. Bydd hyn yn gofyn am gyfathrebu gwell a buddsoddiad go iawn, yn enwedig mewn cynlluniau cyflawni clinigol. Dylai amcan tymor hir i gynyddu buddsoddiad mewn modelau newydd o ofal cymdeithasol ac iechyd integredig fod wrth wraidd pob penderfyniad gwario. Yn anad dim, mae angen gweledigaeth glir arnom o sut y bydd y gwasanaeth yn edrych yn y dyfodol er mwyn cynllunio hyfforddiant meddygol effeithiol.

**Gweithlu cynaliadwy yw'r her fwyaf sy'n wynebu GIG Cymru yn y blynyddoedd i ddod ... Ceir pryderon hysbys ynglyn â phrinder staff mewn rhai ardaloedd, ac a yw'r niferoedd a rolau cywir o staff meddygol a gofal iechyd yn cael eu recriwtio a'u cadw i ddarparu gofal yn y dyfodol.<sup>25</sup>**



## Cynllunio'r gweithlu meddygol

Yn fwy penodol, nid oes unrhyw wir ddull strategol genedlaethol o ymdrin â chynllunio gweithlu meddygol yng Nghymru. Dros y blynyddoedd, mae hyn wedi cyfrannu at heriau recriwtio a chadw yn y gweithlu meddygol, yn enwedig ymhlith doctoriaid dan hyfforddiant. Fel mater o frys, mae'n rhaid i Lywodraeth Cymru weithio gyda'r GIG a chyrrff addysg feddygol i ddatblygu strategaeth hyfforddiant a gweithlu meddygol genedlaethol, o dan arweiniad clinigol, sy'n sicrhau bod staff yn cael eu defnyddio a'u hyfforddi yn effeithiol, yn awr ac yn y dyfodol. Mae gan Gymru gyfle gwirioneddol i ddatblygu model arloesol, ac anogwn roi arweinyddiaeth glinigol wrth galon y broses honno.

Mae'r rhaid i Lywodraeth Cymru, byrddau iechyd a darparwyr addysg feddygol gydnabod y cydbwysedd bregus rhwng anghenion gwasanaeth a materion hyfforddiant a datblygu modelau gweithlu arloesol. Mae pob ystyby yng Nghymru yn dibynnu ar ei hyfforddeion a cheir goblygiadau enfawr pan fydd uned yn colli ei statws hyfforddi. Dylai meddygon sy'n gweithio mewn ystybtai gwledig ac anghysbell gael eu cefnogi gan gydweithwyr sy'n gweithio mewn ystybtai eraill, nid yn unig o ran darpariaeth gwasanaeth, ond hefyd ag amser addysgu. Dylai ystybtai ar draws Cymru weithio fel casgliad o gynghreiriau ffurfiol, â strwythur sy'n gweithredu fel rhwydweithiau gofal integredig neu brif ganolfan a lloerennau. Mae'n rhaid i wleidyddion ddangos arweinyddiaeth genedlaethol a chefnogi datrysiadau arloesol i gadw'r unedau hyn yn gynaliadwy.

## Newid mewn gwasanaeth sy'n canolbwyntio ar y claf

Mae'n rhaid i ad-drefnu ganolbwyntio ar y claf, gael ei arwain yn glinigol a bod yn seiliedig ar dystiolaeth. Mae'n rhaid i hyn beidio ag ymwneud â thorri costau'n unig. Mae'n rhaid ail-ddylunio gwasanaethau ystyby gan ddefnyddio dull system gyfan o weithredu a dylai clinigwyr gofal eilaidd fod yng nghanol y cynllunio gwasanaeth hwn. Dylai ystybtai a byrddau iechyd sefydlu rôl pennaeth meddygaeth, â chefnogaeth prif gofrestrdydd, sy'n darparu cyswllt clinigol uniongyrchol rhwng rheolwyr, meddygon a hyfforddeion.

Dylai gweinidogion gefnogi a hyrwyddo'r model Ystyby'r Dyfodol sy'n canolbwyntio ar gleifion fel templed ar gyfer ail-ddylunio gwasanaeth dan arweiniad clinigol. Dylai llywodraeth Cymru siarad â gwasanaethau gofal cymdeithasol ac iechyd lleol am sut maent yn ymgorffori egwyddorion Ystyby'r Dyfodol. Dylai cynllunwyr iechyd gefnogi clinigwyr trwy gael gwared ar rwystrau i gyflawni ystyby'r dyfodol. Bydd y RCP yn parhau i weithio'n uniongyrchol â byrddau iechyd a chlinigwyr trwy rannu ymarfer da oddi wrth bartneriaid Ystyby'r Dyfodol ar draws y DU.

Bydd hyn i gyd angen newid drastig mewn meddylfryd. Ers tro, mae'r RCP wedi galw am fwy o ymgysylltu ac arweinyddiaeth glinigol, a mwy o feddwl cydgysylltiedig rhwng cynllunio gwasanaeth ac anghenion hyfforddiant. Nawr yw'r amser i ailfeddwl am sut bydd gweithlu'r GIG yn y dyfodol yn hyfforddi, yn datblygu eu sgiliau ac yn ymarfer meddygaeth.

## Ar y rheng flaen: Beth mae meddygon ymgynghorol yn ei wneud?

Doctor uwch sy'n ymarfer mewn un o'r arbenigeddau meddygol yw meddyg ymgynghorol. Ar ôl cwblhau hyfforddiant arbenigol, mae doctoriaid yn gallu gwneud cais am swyddi ymgynghorydd. Efallai y bydd amser meddyg ymgynghorol nodweddiadol yn cael ei rannu rhwng gweithio gyda thimau cleifion mewnol, mewn clinigau cleifion allanol, ymgymryd â rhestrau gweithdrefnol a gweld cleifion newydd eu derbyn.

- > **Cyfrifoldebau i gleifion mewnol.** Bydd gan feddyg ymgynghorol gyfrifoldeb terfynol ar gyfer unrhyw gleifion mewnol sy'n cael eu neilltuo i'w ofal. Bydd yn arwain y tîm cleifion mewnol, ac yn helpu i ddatrys materion parhaus mewn perthynas â phenderfyniadau diagnosis, triniaeth a rhyddhau.
- > **Clinigau cleifion allanol.** Bydd cleifion sy'n cael eu hatgyfeirio, o ofal sylfaenol yn nodweddiadol, yn cael eu gweld gan feddygon ymgynghorol ar gyfer cyngor arbenigol. Gallai'r clinigau hyn fod ar gyfer cyngor cyffredinol neu mewn perthynas â chyflwr neu anhwylder penodol.
- > **Rhestrau gweithdrefnol.** Mae gan lawer o arbenigeddau restrau gweithdrefnol y mae disgwyl i feddygon ymgynghorol ymgymryd â hwy, fel colonosgopi (gastroenteroleg) neu froncosgopi (resbiradol).
- > **Y broses dderbyn aciwt.** Bydd gan lawer o ymgynghorwyr gyfrifoldeb dros yr holl gleifion sy'n cael eu derbyn i ystyby dros gyfnod penodol o amser. Bydd y cleifion hyn yn cael eu gweld a bydd y meddyg yn sicrhau y cytunir ar ddiagnosis a chynllun rheolipriodol.

Mae'r rôl yn amrywio'n fawr rhwng arbenigeddau oherwydd natur y gwaith. Er enghraifft, nid oes gan rai meddygon ymgynghorwyr unrhyw gleifion mewnol wedi'u neilltuo i'w gofal ac yn treulio'r rhan fwyaf o'u hamser mewn clinigau cleifion allanol. Yn aml maent ar gael ar gyfer cyngor ac ymgynghori.

Mae gwaith yr ymgynghorydd yn mynd y tu hwnt i ofal uniongyrchol am gleifion. Hefyd disgwylir i feddygol ymgynghorol gymryd rhan mewn addysgu a hyfforddi myfyrwyr a doctoriaid iau a goruchwylio datblygiad clinigol ac addysgol meddygon dan hyfforddiant.

Hefyd mae'n rhaid iddynt sicrhau bod eu dysgu eu hunain yn gyfoes trwy ymgymryd â datblygiad proffesiynol a pharhau i ddysgu sgiliau a gweithdrefnau newydd. Efallai y byddant yn cyfrannu at y ddealltwriaeth o'u harbenigedd trwy ymchwil.

Mae'n arferol i feddygol ymgynghorol gymryd cyfrifoldebau arweinyddiaeth, fel cydlynu rota i'r tîm neu ddatblygu polisïau i'r adran. Efallai y byddant hefyd yn ymgymryd â rôl fwy ffurfiol â'r bwrdd iechyd, fel cyfarwyddwr clinigol; â'r RCP fel tiwtor coleg brenhinol; neu â'r ddeoniaeth, fel cyfarwyddwr rhaglen hyfforddi. ■

**Dr Richard Gilpin a Dr Charlotte Williams**  
Meddygon dan hyfforddiant, GIG Cymru

**Mae problemau â recriwtio staff meddygol yn bygwth bodolaeth llawer o ysbytai a meddygfeydd yng Nghymru. Mae angen i ni hyfforddi mwy o ddoctoriaid a nyrsys yng Nghymru â'r nod o'u cadw i weithio yng Nghymru. Mae angen mynd i'r afael â'r tensiwn rhwng anghenion hyfforddi ac anghenion gwasanaeth trwy ddatblygu strategaeth gweithlu genedlaethol.**

### **Meddyg ymgynghorol yng Nghymru**

Mae angen i ni symud i ffwrdd o fodel gweithlu lle rydym yn buddsoddi mewn naill ai gofal sylfaenol ynteu ofal eilaidd, a thuag at fwy o weithio tîm integredig – yr ysbyty heb waliau – lle mae arbenigwyr yn cynnal mwy o'u clinigau yn y gymuned, ac mae meddygon teulu yn treulio rhan o'u hamser yn gweithio gyda chydweithiwr wrth ddrws ffrynt yr ysbyty. Mae hefyd yn bwysig cofio bod 80% o'r gweithwyr iechyd proffesiynol a fydd yn darparu gofal ymhen 10 mlynedd eisoes yn gweithio yn y GIG heddiw.<sup>5</sup> Mae angen i ni adeiladu ar set sgiliau ein gweithlu presennol i gyflawni modelau gofal newydd yn y dyfodol.

### **Buddsoddi mewn ffordd newydd o weithio**

Mae lefel y cyllid i'r gwasanaeth iechyd yn ddewis gwleidyddol. Ar sail amcangyfrifon yr Ymddiriedolaeth Nuffield y gallai fod bwlch cyllido digynsail o £2.5 biliwn erbyn 2025/26 yng Nghymru,<sup>12</sup> bydd angen i Lywodraeth Cymru gynyddu gwariant ar iechyd. Fodd bynnag, mae'n hanfodol nad yw'r arian hwn yn mynd tuag at gynnal yr hen system sydd wedi torri. Mae'n rhaid i weinidogion hyrwyddo modelau arloesol o integreiddio a chyflwyno cyllidebau y rennir sy'n sefydlu deilliannau a rennir ar draws y sector gofal ac iechyd lleol. Ni fydd gwario arian ar y system sydd eisoes yn bodoli yn newid unrhyw beth yn y tymor hir; mae'n rhaid i fyrddau iechyd fuddsoddi mewn atal a thrin cyflyrau cronig a chaniatáu clinigwyr i arloesi.

Mae'n rhaid i Lywodraeth Cymru hyrwyddo dadl gyhoeddus ddeallus ar ail-ddylunio gwasanaeth iechyd lleol, yn genedlaethol ac yn lleol. Mae gan wleidyddion ym mhob plaid gyfrifoldeb gwirioneddol i gefnogi newid dan arweiniad clinigol, sy'n seiliedig ar dystiolaeth, a fydd yn darparu gwell gofal i gleifion. Mae'n rhaid i fyrddau iechyd a llywodraeth Cymru sicrhau bod newid yn cael ei arwain gan gleifion a chlinigwyr yn wirioneddol, ac nid yw'n cael ei gyflwyno fel 'penderfyniad terfynol' yn hwy'r yn y broses gynllunio.

## **Buddsoddi yn y gweithlu meddygol**

Mae'n rhaid i gynllunio'r gweithlu fod yn flaenoriaeth allweddol. Mae'n rhaid gwerthfawrogi meddygaeth gyffredinol a chymryd camau brys i sicrhau bod mwy o feddygon yn cyfrannu at y broses dderbyn aciwt.

Mae'n rhaid i Lywodraeth Cymru weithio gyda chydweithwyr yn y GIG, ysgolion meddygol israddedig ac ôl-raddedig, a'r colegau brenhinol i asesu sut mae angen i'r gweithlu meddygol presennol addasu i ddarparu'r model gofal yn y dyfodol y mae cleifion ei angen. Bydd angen i'r gweithlu meddygol addasu i ddarparu parhad gofal ac integreiddio gofal ysbyty a chymunedol mewn modd cynaliadwy. Mae'n rhaid diffinio siâp a set sgiliau'r gweithlu sy'n ofynnol ar lefel genedlaethol a lleol.

### **Dilyn dull strategol o weithredu**

Mae gan y DU lai o ddoctoriaid y pen nag unrhyw wlad fawr arall yn y DU bron iawn.<sup>1</sup> Ynghyd â phrinder nyrsys,<sup>26</sup> mae hyn wedi gadael ein hysbytai'n brin o staff yn gronig, sy'n rhoi mwy o bwysau ar staff y GIG sy'n gweithio'n galed, yn rhoi cleifion mewn perygl ac yn bygwth dyfodol y GIG. Mae angen i ni weithredu ar unwaith i leddfu'r pwysau presennol ar weithlu'r GIG, a chynllunio dewr a chydgyssylltiedig i sicrhau bod gan y GIG staff ac yn gynaliadwy yn y tymor hir.

Mae angen i'r GIG yng Nghymru ddechrau cynllunio yn awr i sicrhau gweithlu meddygol cryf i'r dyfodol. Dros y blynyddoedd nesaf, bydd angen mwy o feddygon cyffredinol arnom, yn enwedig wrth i ni weithio tuag at ddarparu mwy o ofal arbenigol yn y gymuned.

Mae'n hanfodol ein bod yn ymuno cynllunio'r gweithlu ag ad-drefnu gwasanaethau. Dylid alinio strategaeth hyfforddiant ac addysg â chynlluniau integredig tymor canolig GIG Cymru 2017–18.<sup>25</sup> Mae angen i ni edrych yn genedlaethol ar ddyfodol ein gwasanaeth iechyd: mae'n debygol, mewn Cymru ôl ad-drefnu, y bydd gennym nifer lai o brif ysbytai aciwt sy'n darparu gofal arbenigol, â safleoedd eraill llai yn darparu gofal eilaidd parhaus, yn ogystal â mwy o ddarpariaeth o ofal yn y gymuned.

### **Lledaenu'r llwyth**

Mae ymgynghorwyr a hyfforddeion RCP yn rheoli'r rhan fwyaf o dderbyniadau meddygol brys i'n hysbytai yng Nghymru ac yn darparu'r holl wasanaeth y tu allan i oriau ar gyfer wardiau oedolion bron iawn. Mae llawer yn cyfuno meddygaeth gyffredinol ag arbenigedd arall fel cardioleg, strôc neu feddygaeth resbiradol. Mae meddygon yn gofalu am amrywiaeth eang o gleifion a allai fod yn dioddef gan unrhyw un o blith nifer o anhwylderau cyffredin, efallai bod ganddynt nifer o gyflyrau neu anghenion cymhleth, neu'n cynrychioli pos diagnostig; cyfrifoldeb y meddyg yw cydlyn gofal parhaus y cleifion hyn.

**Mae'r sector hefyd yn parhau i godi pryderon ynglŷn â chynaliadwyedd y gweithlu meddygol mewn gwasanaethau (ysbyty) aciwt. Mae byrddau iechyd lleol yn adrodd ei bod yn anodd recriwtio i rai arbenigeddau ... Mae'r prinder staff meddygol wedi arwain at ystyried bod rhai gwasanaethau'n anniogel.<sup>28</sup>**

Fodd bynnag, mae mwy a mwy o ymgynghorwyr yn dewis ymeithrio o'r broses dderbyn aciwt. Yn 2012, roedd meddygon yn ymarfer mewn dim ond chwech allan o deg ar hunain arbenigedd y RCP yn darparu'r rhan fwyaf o ofal meddygaeth gyffredinol a gofal aciwt heb ei ddethol yng Nghymru.<sup>27</sup> At hynny, mae cyfrifiad diweddaraf yn dangos na fyddai 58.5% o hyfforddeion arbenigedd uwch yng Nghymru yn dewis hyfforddi mewn meddygaeth gyffredinol petaent yn gallu troi amser yn ôl.<sup>9</sup> Canfyddir yn gynyddol bod meddygaeth fewnol gyffredinol yn arbenigedd straen uchel â llwyth gwaith uchel iawn. Yng Nghymru, mae 48.5% y meddygon ymgynghorol yn dweud bod adegau pan maent yn teimlo eu bod yn gweithio o dan bwysau gormodol, â 35.4% yn dweud bod hyn yn digwydd yn aml. Yn fwy

pryderus, mae 92.3% o feddygon ymgynghorol yn dweud wrthym eu bod weithiau, yn aml, neu bob amser yn canfod eu hunain yn gwneud gwaith y byddai doctor is wedi'i wneud yn y gorffennol.<sup>9</sup> Mae'r sector hefyd yn parhau i godi pryderon ynglŷn â chynaliadwyedd y gweithlu meddygol mewn gwasanaethau (ysbyty) aciwt. Mae byrddau iechyd lleol yn adrodd ei bod yn anodd recriwtio i rai arbenigeddau ... Mae'r prinder staff meddygol wedi arwain at ystyried bod rhai gwasanaethau'n anniogel.<sup>28</sup> Yn 2016, nid oedd y GIG yng Nghymru yn gallu llenwi 39.8% o'r swyddi meddyg ymgynghorol a hysbysebwyd.<sup>29</sup> Mae'r methiant hwn i benodi hyd yn oed yn uwch ar gyfer rolau â galw uchel amdanynt sy'n canolbwyntio ar ofalu am bobl hwn a phobl sâl iawn.<sup>30</sup> Er gwaethaf y cynnydd parhaus mewn galw am arbenigwyr mewn meddygaeth yr henoed, gostyngodd nifer y lleoedd hyfforddi ar gyfer yr arbenigedd hwn yn 2015.<sup>30</sup>

Dylai'r llwyth gwaith derbyniadau aciwt gael ei ddosbarthu'n fwy cyfartal rhwng yr holl arbenigeddau. Dylid cydnabod meddygaeth fewnol gyffredinol fel un o'r agweddau pwysicaf a mwyaf heriol mewn gofal aciwt, ac mae'n rhaid gweithredu ar frys i'w drawsnewid yn swydd statws uchel. Bydd nifer fwy o feddygon yn gweithio mewn meddygaeth fewnol gyffredinol yn caniatáu mwy o hyblygrwydd ac yn atal bod llwyth gwaith anhadrin meddygaeth aciwt ar ysgwyddau nifer fach yn unig. Byddai hyn hefyd yn darparu'r gofal cleifion gorau ar gyfer y nifer gynyddol o gleifion â chyflyrau tymor hir lluosog, ac mae'n allweddol i lwyddiant y symud arfaethedig o ofal ysbyty i ofal yn y gymuned.

## Aildrefnu'r gweithlu gofal heb ei drefnu

**Yn y blynyddoedd diweddar, mae Ysbyty Treforys yn Abertawe wedi profi heriau mawr wrth ddarparu gwasanaethau gofal heb eu trefnu. Roedd doctoriaid yn wynebu cyfradd defnydd gwelyau 100% mewn meddygaeth, cyfran uchel o gleifion sy'n ffit yn feddygol yn defnyddio gwelyau meddygol aciwt a rhwystrau yn y system yn arwain at oedi wrth drosglwyddo gofal. Penderfynodd y tîm meddygol fynd i'r afael â'r problemau hyn trwy aildrefnu eu gweithlu meddygol a gwasanaeth meddygol aciwt gan ddefnyddio egwyddorion gweithlu Ysbyty'r Dyfodol.**

Bellach mae'r ysbyty wedi ailstrwythuro ei batrymau gwaith i sicrhau mwy o ymwneud wrth ddrws ffrynt yr ysbyty yn ystod yr wythnos ac ar benwythnosau, â mynediad ar unwaith at yr holl arbenigeddau meddygol, gan gynnwys gwasanaethau i'r oedrannus ac eiddil, a sefydlu gwasanaeth gofal dydd. Mae hyn wedi arwain at well llif cleifion, gwasanaeth cleifion mewnol y mae ymgynghorwyr yn ei ddarparu, a doctor uwch yn adolygu cleifion ar ddyddiau'r wythnos, gan weithio tuag at wasanaeth 7 diwrnod.

Mae ymgynghorwyr Treforys wedi cytuno ar yr egwyddorion canlynol: bydd gan bob claf ymgynghorydd a enwyd, bydd doctoriaid yn cymryd arweiniad clinigol am ddiogelwch, canlyniadau clinigol a phrofiad y claf, bydd gan bob claf gynllun rheoli clinigol manwl a seiliwyd ar barhad gofal. Bydd gan feddygon rôl gynyddol mewn gofal cyffredinol a gofal heb ei drefnu. Bydd meddyg ymgynghorol yn bresennol yn yr ysbyty 12 awr y dydd, 7 diwrnod yr wythnos, ag ail ymgynghorydd yn bresennol ar benwythnosau.

I gyflawni hyn, sefydlwyd timau ward sy'n seiliedig ar arbenigedd.

Cafodd yr holl arbenigeddau eu cynllunio ar sail grwp gwaith a gofynnwyd iddynt gyflawni'r safonau hyn â ffocws penodol ar ofal heb ei drefnu â gwaith â chleifion mewnol. Roedd hyn yn golygu bod yn rhaid iddynt rannu'r gwaith rhwng eu hunain ac mae gan y rhan fwyaf rotâu ag un neu ddau ymgynghorydd yn gwneud gwaith â chleifion mewnol yn bennaf am 1 mis ar y tro. Roedd yr ailddylunio angen buddsoddiad sylweddol a chytunodd y bwrdd iechyd i benodi nifer o feddygon ychwanegol i ddarparu meddygaeth gyffredinol â ffocws ar gleifion eiddil ac oedrannus.

Hyd yma mae'r tîm yn Nhreforys yn gallu rhestru nifer o lwyddiannau. Bellach ceir rowndiau ward ymgynghorydd 5 diwrnod yr wythnos ac mae'r safonau penodol a restrwyd uchod wedi cael eu cyflawni i raddau helaeth. Mae meddygaeth henoed yn darparu gwasanaeth mewngymorth i'r uned derbyniadau meddygol aciwt (AMAU). Hefyd mae arbenigwyr strôc, gastroenteroleg a resbiradol yn cynnal ymweliadau adalw dyddiol â'r AMAU. Bydd dau ymgynghorydd ar alw ar benwythnosau, gostyngiad yn hyd yr arhosiad, ac mae nifer yr allgleifion ar wardiau llawfeddygol i lawr i ffigyrau sengl. Mae mynediad at yr uned strôc wedi gwella.

Fodd bynnag, recriwtio meddygol yw'r un her fwyaf rydym yn ei hwynebu. Rydym wedi methu â llenwi pedair swydd ymgynghorydd eleni. O 26 swydd hyfforddi meddygol craidd, roedd 13 heb eu llenwi ym mis Awst 2016. Mae cynnydd yn y dyfodol yn ansicr oni bai y gellir gwella recriwtio meddygol yng Nghymru. ■

### Dr David Price

Cyfarwyddwr clinigol meddygaeth, Ysbyty Treforys  
Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg



## Heb ddigon o ddoctoriaid: Beth allwn ni ei wneud yn y tymor byr?

- > Dylai GIG Cymru ddefnyddio dull mwy cydgysylltiedig, wedi'u gydlynw'r genedlaethol o ymddrin â recriwtio.
- > Dylai byrddau iechyd fuddsoddi mewn rolau meddyg cyswllt sy'n gallu rhyddhau amser hyfforddeion ar gyfer addysg.
- > Dylai byrddau iechyd ail-fuddsoddi arian hyfforddeion heb ei wario mewn rolau newydd, ee cymrodoriaethau clinigol.
- > Dylid datblygu lleoliadau ar gyfer myfyrwyr a hyfforddeion meddygol ymhellach.
- > Dylid annog graddedigion i gychwyn mewn ysgolion meddygol, yn enwedig myfyrwyr sy'n hanu o Gymru.
- > Dylai hyfforddiant meddygol israddedig ac ôl-raddedig ganolbwyntio ar gyflyrau tymor hir.
- > Dylid ystyried achredu a chefnogaeth â strwythur ar gyfer ysbytai addysgu.
- > Dylid annog defnyddio technoleg mewn ffordd fwy arloesol, yn enwedig mewn ardaloedd gwledig.
- > Dylid datblygu meddygaeth wledig, yn enwedig yng Nghanolbarth Cymru, fel uwch arbenigedd meddygol.
- > Dylid datblygu cyrsiau Tystysgrif Cymhwysedd ar gyfer Cofrestru Arbenigwyr (CESR) â strwythur sy'n cynnwys cymorth a mentora â strwythur ar gyfer doctoriaid arbenigwr staff a chyswllt.

Dylai bod yn ofynnol gan gyflogwyr bod ymgynghorwyr yn cwblhau DPP mewn meddygaeth fewnol yn ogystal â'u harbenigedd a dylai'r rhan fwyaf o hyfforddeion meddygon hyfforddi'n ddeuol mewn meddygaeth fewnol a'u harbenigedd, gyda chefnogaeth adborth a goruchwyliaeth ymgynghorydd.<sup>30</sup> Hefyd dylai meddygon sy'n gweithio mewn swyddi gradd ganol, heb hyfforddiant, gael eu cefnogi i ddatblygu eu gyrfaedd a gwella'u sgiliau proffesiynol. Mae'n rhaid i fyrddau iechyd gymryd camau cyflym i flaenoriaethu'r broses dderbyn aciwt a gwasanaeth i'r ward mewn cynlluniau swydd ymgynghorydd, ond bydd angen cynllunio ofalus ar hyn i sicrhau nad yw'n dod ar draul ymrwymadau arbenigedd. Hefyd mae'n rhaid i fyrddau iechyd gydnabod y risg i'r gwasanaeth o golli'r ymgynghorwyr hynny sy'n agosáu at ymddeol, a gweithredu i gadw'r uwch feddygon hyn a'u gwybodaeth a phrofiad am gyhyd â phosibl, yn enwedig mewn ysbytai mwy anghysbell.

## Adeiladu'r sylfaen dystiolaeth

Dylai llywodraeth Cymru, GIG Cymru, Deoniaeth Cymru, y colegau brenhinol a'r prifysgolion gydweithio i fuddsoddi mewn casglu data a fyddai'n darparu sylfaen dystiolaeth gadarn ar gyfer ymgyrchoedd a strategaethau recriwtio meddygol. Mae angen i ni gael gwell dealltwriaeth o'r sbardunau ar gyfer recriwtio a chadw. Ni wnaethpwyd digon o ymchwil hyd yma, ac mae gormod o benderfyniadau wedi'u seilio ar dystiolaeth anecdotaidd yn unig ynglyn â pham na allwn recriwtio doctoriaid i weithio yn GIG Cymru.

## Gweithlu GIG iach

Dylai llywodraeth Cymru fuddsoddi yn iechyd a lles ei gweithlu GIG trwy weithredu canllawiau iechyd y cyhoedd ar gyfer cyflogwyr y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal (NICE) ar ordewdra, rhoi'r gorau i ysmegu, gweithgarwch corfforol, lles meddyliol a rheoli salwch tymor hir. Mae lles ac ymgysylltu staff yn gysylltiedig â gwell gofal cleifion a gwell profiad y claf. Dylai llywodraeth Cymru ystyried lles ac iechyd staff fel rhan o'i strategaeth hyfforddi a gweithlu meddygol, buddsoddi mewn cynlluniau mentora a hyfforddi, a hyrwyddo rhannu ymarfer da. Hefyd dylai byrddau iechyd gymryd mwy o ddiddordeb mewn lles ymgynghorwyr a hyfforddeion. Yn aml bydd hyfforddeion sy'n symud rhwng gwahanol gyflogwyr bwrdd iechyd yn rheolaidd yn adrodd ar broblemau aml, gan gynnwys rotâu afresymol, dim llawer o rybudd o ddyrannu sifft, patrymau gweithio anhyblyg, gwllau cyfloges a thaliadau cyflog wedi'u methu, ac anhawster wrth gael mynediad at gyfrineiriau a manylion mewngofnodi wrth newid rhwng ysbytai. Mae'r profiadau hyn yn gallu cael effaith negyddol sylweddol ar forâl y gweithlu. Gallai cael un cyflogwr – GIG Cymru – yn hytrach na chyflogwyr bwrdd iechyd ac ymddiriedolaeth ar wahân helpu i sicrhau bod yr holl ddoctoriaid iau'n cael eu trin a'u gwerthfawrogi fel gweithwyr GIG tymor hir drwy gydol eu cylchdroadau hyfforddiant.

## Model gweithlu newydd ar gyfer drws ffrynt yr ysbyty

**Ysbyty cyffredinol dosbarth yw Ysbyty Brenhinol Morgannwg ag oddeutu 61,400 o dderbyniadau i'r adran achosion brys bob blwyddyn. Mae tua 30% yn cael eu derbyn. Mae'r bwrdd iechyd yn gwasanaethu poblogaeth â chyfraddau uchel iawn o amddifadedd ac mae'n wynebu heriau recriwtio mawr. Roedd 15% yn unig o'r derbyniadau meddygol yn cael ei reoli fel achosion dydd, ac yn aml roedd cleifion meddygol yn cael eu rheoli ar wardiau heb fod yn rhai meddygol. Gwnaethom benderfynu creu un adran feddygol, yn cyfuno gofal meddygol a gofal brys.**

**Gwnaethom ddiffinio'r sgiliau a'r cymwyseddau sy'n ofynnol ar gyfer pob cam o brofiad y claf, ac yna dylunio'r gweithlu o amgylch y cymwyseddau hyn. Gwnaethom sicrhau bod parafeddygon yn gallu atgyfeirio'n uniongyrchol at feddygaeth, cynyddu nifer y staff ar y rota, a datblygu'r tîm meddygol mewnol. Gwnaethom hefyd aildrefnu'r timau nyrsys a datblygu rôl y cynorthwydd y tîm meddygol. Mae'r model gweithlu newydd wedi ei gwneud yn haws recriwtio, wedi cynyddu gofal dydd i 25% o achosion ac wedi gwella boddhad cleifion. Mae wedi gostwng yr amser rhwng cyrhaeddiad 999 i adolygiad gan feddyg ymgynghorol, a cheir llai o gleifion meddygol mewn gwelyau heb fod yn feddygol. ■**

### Dr Ruth Alcolado

Arweinydd clinigol ar gyfer ailfodelu meddygol Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf

## Cefnogi arweinwyr clinigol y dyfodol

Mae gofal da yn y dyfodol yn dibynnu ar hyfforddiant da yn awr. Mae'n rhaid blaenoriaethu hyfforddiant ac addysg feddygol wrth ddylunio gwasanaethau iechyd. Mae cleifion yn haeddu cael gofal gan feddygon arbenigol.

Mae'n rhaid cynyddu nifer yr hyfforddeion a myfyrwyr meddygol israddedig. Mae'n rhaid cefnogi ac annog doctoriaid iau a myfyrwyr meddygol i aros yng Nghymru trwy gynnig llwybrau hyfforddi newydd arloesol, gwell llwyth gwaith, a mwy o gyfleoedd i gymryd rhan mewn rhaglenni arweinyddiaeth glinigol a gwella ansawdd.

### Heb ddigon o ddoctoriaid ac wedi'i orymestyn

Nid yw'r DU yn hyfforddi digon o ddoctoriaid i ateb y galw. Ceir llai o fyfyrwyr meddygol yn nawr nag yn 2010,<sup>31</sup> er gwaethaf nifer gynyddol o gleifion. Mae nifer y doctoriaid cymwys sy'n hyfforddi i fod yn arbenigwyr meddygol hefyd wedi gostwng,<sup>29</sup> ac yn y blynyddoedd diwethaf bu anawsterau wrth lenwi niferoedd sylweddol o swyddi hyfforddi arbenigol.<sup>32</sup> Mae prinder y cofrestryddion meddygol yn cynyddu'r pwysau ar ddoctoriaid sy'n hyfforddi sydd eisoes yn bodoli, yn annog CMTs i beidio â symud i'r rolau hyn ac yn cyfaddawdu gofal cleifion.

Ar hyn o bryd mae Cymru yn cael trafferth i recriwtio digon o hyfforddeion i lenwi rotâu ysbyty; roedd 33% o leoedd hyfforddai meddygol craidd heb eu llenwi yn 2016.<sup>7</sup> Mae'n rhaid mynd ati i ymdrin â'r broblem hon; mae'n rhaid i Lywodraeth Cymru a GIG Cymru weithredu i hyrwyddo Cymru fel lle ardderchog i fyw a gweithio fel doctor.

Darganfu cyfrifiad 2015–16 fod 16.7% o hyfforddeion arbenigedd uwch wedi ystyried gadael y proffesiwn meddygol yn llwyr yn y flwyddyn ddiwethaf, a bod 31.7% yn unig yn meddwl eu bod yn dod o hyd i gydbwysedd priodol rhwng hyfforddiant mewn meddygaeth gyffredinol ac yn eu prif arbenigedd.<sup>9</sup> Hyd yn oed yn waeth, dywedodd 11.6% o hyfforddeion arbenigedd uwch wrthym nad ydynt yn mwynhau eu gwaith yn aml, a dywedodd 62.8% fod y swydd yn gwneud iddynt deimlo'n isel weithiau, yn aml neu bob amser.<sup>9</sup>

**Mae problemau â recriwtio meddygol yn bygwth bodolaeth llawer o ysbytai a meddygfeydd yng Nghymru. Mae angen i ni hyfforddi mwy o ddoctoriaid a nirsys yng Nghymru â'r nod o'u cadw i weithio yma.**

**Meddyg ymgynghorol yng Nghymru**

**Mae'r argyfwng recriwtio hyfforddeion yn teimlo feltrên sy'n dod tuag atoch ar hyn o bryd ... mae'n anodd cael rheolaeth ysbyty, sy'n gyfrifol am ein gwaith o ddydd i ddydd, i gydnabod hyn.**

**Meddyg dan hyfforddiant yng Nghymru**

### Dim mor 'ifanc': Y daith o fyfyrwr meddygol i ymgynghorydd

- > **5 mlynedd mewn ysgol feddygol.** Ar ôl i fyfyrwr meddygol gwblhau eu gradd feddygol israddedig, byddant yn cychwyn ar hyfforddiant meddygol ôl-raddedig.
- > **2 flynedd o hyfforddiant sylfaenol.** Dyma gam cyntaf hyfforddiant ôl-raddedig. Cyfeirir atynt fel doctoriaid iau, doctoriaid mewn hyfforddiant neu hyfforddeion, maent yn gweithio ar gylchroadau ar draws y GIG, gan gynnwys mewn ysbytai a meddygfeydd.
- > **2 flynedd o hyfforddiant meddygol craidd (CMT).** Mae hyfforddeion wedi gwneud y dewis i ddod yn feddyg (yn hytrach na meddyg teulu, llawfeddyg neu fath arall o ddoctor). Byddant yn gwneud pedwar i chwech cylchdro mewn gwahanol arbenigeddau meddygol. Mae rhai hyfforddeion meddygol yn dilyn gwahanol lwybr ac yn cychwyn ar goes cyffredin gofal aciwt (ACCS), sy'n cyfuno 3 blynedd o feddygaeth aciwt, gofal critigol, anaestheteg a meddygaeth frys.
- > **4 blynedd o hyfforddiant arbenigol (ST).** Bellach mae hyfforddeion wedi penderfynu pa fath o arbenigwr ysbyty maent eisiau bod, yn dewis o oddeutu 30 arbenigedd meddygol gan gynnwys cardioleg a meddygaeth henoed. Byddant yn cymryd rolau fwyfwy uwch, gan gynnwys fel y cofrestrydd meddygol. Ar ddiwedd yr hyfforddiant arbenigol, gall doctoriaid gwneud cais am swydd ymgynghorydd. Mae'n werth cofio bod llawer o hyfforddeion yn treulio blynyddoedd ychwanegol gwerthfawr yn gwneud ymchwil academaidd, yn cymryd rhan mewn rhaglenni arweinyddiaeth, neu'n ennill profiad mewn gwledydd eraill. Mae hyn yn cynyddu hyd cyffredinol yr amser hyfforddi. ■

### Beth y gallem ei gynnig i ddoctoriaid iau yng Nghymru?

- > rhaglenni cefnogi a mentora â strwythur
- > mwy o gyfleoedd gwella ansawdd ac arweinyddiaeth glinigol
- > mwy o gyfleoedd ymchwil academaidd ac arloesi
- > cyfleoedd gradd MSc a MD a addysgir
- > mwy o lwybrau dysgu a phatrymau gwaith hyblyg
- > grantiau untro i leddfu baich ariannol arholiadau proffesiynol ■

## Ar y rheng flaen: Beth mae meddygon dan hyfforddiant yn ei wneud?

Mae doctoriaid mewn hyfforddiant, yn aml yn cael eu galw'n hyfforddeion neu ddoctoriaid iau, yn darparu gofal cleifion mewn amrywiaeth o leoliadau yn ogystal â bodloni amcanion blynyddol i wneud cynnydd â'u hyfforddiant. Mae'r termau hyn yn cwmpasu doctoriaid ag amrywiaeth o sgiliau a phrofiad o'r rheiny sydd wedi graddio o ysgol feddygol yn y flwyddyn ddiwethaf i'r rheiny sydd wedi bod yn ymarfer meddygaeth am fwy na degawd ac sy'n paratol i gwblhau eu hyfforddiant a dod yn ymgynghorwyr.

Maent yn gyfrifol am asesu a derbyn y rhan fwyaf o gleifion sâl sy'n mynychu ysbyty trwy adrannau brys neu DacAB a'r tu allan i oriau gwaith arferol, yn ogystal ag edrych ar ôl cleifion mewnol ar y ward. Mae diwrnod nodweddiadol yn cynnwys nodi pob claf y mae eu tîm yn gyfrifol amdanynt a sicrhau eu bod yn cael eu gweld a'u hadolygu ar rownd ward; trefnu ac adolygu profion a diagnosteg; cyfathrebu â chleifion, perthnasau a thimau meddygol eraill; a gwneud trefniadau i ryddhau cleifion. Efallai y byddant hefyd yn gweld cleifion sy'n cael eu hatgyfeirio o'r gymuned mewn clinig cleifion allanol i benderfynu ar gymorth a thriniaeth barhaus ac ymgymryd â rhestrau gweithdrefn fel mater o drefn.

Fel arfer nhw yw'r cyntaf i weld claf sy'n sâl neu'n dirywio ac nid oes ganddynt opsiwn i optio allan o waith penwythnos, dros nos neu sifft. Bydd swyddi'n cael eu cylchdroi bob 4 i 6 mis, a bydd swyddi hirach o hyd at 1 flwyddyn yn cael eu cynnig i hyfforddeion uwch. Mae'r rhain yn sicrhau bod hyfforddeion yn cael profiad o amrywiaeth o sgiliau ac amgylcheddau dysgu, a gall hyn fod mewn nifer o wahanol ysbytai neu ardaloedd.

Maent hefyd yn gyfrifol am eu datblygiad proffesiynol eu hunain. Mae'n rhaid iddynt ymgymryd â nifer benodol o weithdrefnau o dan oruchwyliaeth i sicrhau cymhwysedd. Mae'n rhaid i ddoctoriaid mewn hyfforddiant gwblhau arholiadau proffesiynol, ac ar gyfer meddygon dan hyfforddiant mae hyn yn cynnwys y MRCP tair rhan ac arholiadau arbenigol ag elfennau ysgrifenedig ac ymarferol. Hefyd mae'n rhaid iddynt sicrhau bod eu dysgu yn ddiweddar trwy ddarllen cyfnodolion a mynychu cyrsiau a chynadleddau. ■

**Dr Richard Gilpin a Dr Charlotte Williams**  
Meddygon dan hyfforddiant, GIG Cymru

**Yn fy marn bersonol, mae hyfforddiant pwrpasol, hyblygrwydd a mentoriaeth ynghyd â chyfleoedd eang i ddatblygu addysg feddygol, arweinyddiaeth neu sgiliau ymchwil o gyfnod cynnar yn allweddol i hyfforddiant ffantastig.**

**Meddyg dan hyfforddiant yng Nghymru**

**Table 1 Nifer y swyddi hyfforddai meddygol craidd (CMT) heb eu llenwi yng Nghymru, Awst 2016<sup>7</sup>**

Safle	Cyfanswm	Swyddi gwag
Ysbyty Wrecsam	14	5
Ysbyty Glan Clwyd	18	11
Ysbyty Gwynedd	16	6
Ysbyty Bronglais	4	4
Ysbyty Wyllyfach	10	8
Ysbyty Glangwili	7	3
Ysbyty Tywysog Philip	5	3
Ysbyty Morriston	29	13
Ysbyty Singleton	10	1
Ysbyty Princess of Wales	9	5
Ysbyty Brenhinol Morgan-nwg	10	3
Ysbyty'r Tywysog Siarl	13	2
Felindre	4	0
Holme Towers	2	0
Ysbyty Nevill Hall	11	1
Ysbyty Brenhinol Gwent	24	6
Ysbyty Athrofaol Cymru	26	3
Ysbyty Athrofaol Llandochoau	6	0
<b>Cyfanswm</b>	<b>218</b>	<b>74</b>

## Llenwi'r bylchau

Yng nghyfrifiad o ymgynghorwyr yng Nghymru, mae 42.9% o'r ymatebwyr yn adrodd bod bylchau mewn rotâu hyfforddeion 'yn aml yn achosi problemau sylweddol o ran diogelwch cleifion' ac yn ôl 45.8% pellach 'yn aml [yn achosi problemau] ond fel arfer ceir datrysiad amgen felly nid yw diogelwch cleifion yn cael ei gyfaddawdu fel arfer'. Dywedodd 11.3% yn unig o'r ymatebwyr wrthym fod bylchau mewn rotâu yn achosi problem yn anaml neu byth<sup>9</sup> (gweler Tabl 1).

Dywedodd fwy na thraean yr hyfforddeion arbenigedd uwch wrthym eu bod yn gweithredu i lawr yn rheolaidd neu'n achlysurol i lenwi bylchau yn y rota hyfforddeion meddygol craidd.<sup>9</sup> Dywedodd bron i ddwy ran o dair o'r hyfforddeion arbenigol hyn eu bod yn teimlo eu bod weithiau, yn aml, neu bob amser yn gweithio o dan bwysau gormodol, â 63.2% yn dweud wrthym fod hyn oherwydd nifer annigonol o hyfforddeion.<sup>9</sup>

Dylid cynyddu nifer y swyddi israddedig meddygol a CMT yng Nghymru. Dylai newidiadau i rota ganiatáu hyfforddeion i weithio gyda'r un timau am floc o amser, i wella parhad gofal a gwella hyfforddi a dysgu yn y gwaith. Dylid amserlennu rolau CMT i sicrhau amser clinig ac amser addysgu. Dylai ysbytai ag adborth gwael gan hyfforddeion gynhyrchu cynlluniau sy'n manylu ar sut byddant yn newid ar newaith neu byddant mewn perygl o golli'r hyfforddeion hynny.

## Mae llawer o hyfforddeion mewn anhawster ariannol ac mae hyn yn cyfrannu at apêl gweithio i asiantaeth, gweithio dramor neu newid gyrfa ... rwy'n pryderu'n aml ynglyn â ph'un a byddaf yn gallu fforddio i gwblhau agweddau gorfodol ar fy hyfforddiant – fel y mae llawer o hyfforddeion eraill yn pryderu. Meddyg dan hyfforddiant yng Nghymru

Efallai y bydd y GIG yng Nghymru'n dymuno cynnig cymorth ariannol â ffioedd gorfodol fel rhan o becyn i recriwtio doctoriaid dan hyfforddiant a'u cadw. Darganfu'r Gymdeithas Hyfforddeion Meddygaeth Brys (Emergency Medicine Trainee Association) mai cost anochel hyfforddiant yw £15,286.<sup>33</sup> Mae hyn yn rhoi baich enfawr ar hyfforddeion, â gwahanol symiau o ddarpariaeth absenoldeb astudio mewn gwahanol ardaloedd. Nid yw Deoniaeth Cymru neu fyrdau iechyd yn cwmpasu arholiadau proffesiynol gorfodol, a gellir eu hychwanegu at ffioedd aelodaeth undebau a chyrrff proffesiynol, ffioedd hyfforddi, Cyngor Meddygol Cyffredinol (GMC) a ffioedd indemniad meddygol, mae nifer fach ohonynt yn osgoadwy. Gallai lleddfu'r straen ariannol hwn fynd yn bell i helpu recriwtio a chadw..

### Datblygu gweithlu o Gymru

Yn amlwg mae cynyddu niferoedd hyfforddiant yn ddatrysiad tymor hir, fel y mae creu ysgol feddygol yng ngogledd Cymru a pharhau i ddatblygu'r ysgol ôl-raddedig yn Abertawe. Fodd bynnag, mae'r sefyllfa'n argyfyngus. Nid oedd yn bosibl gwneud 39.8% o benodiadau ymgynghorydd yng Nghymru yn 2015.<sup>9</sup> Mewn mwy na hanner yr achosion, roedd hyn oherwydd nid oedd unrhyw ymgeisywyr o gwbl. Yn syml, nid oes digon o ddoctoriaid ar gael.

Mae'n hanfodol bod Cymru'n gwneud mwy o ymdrech i ddenu ei myfyrwyr ei hun i ysgol feddygol yng Nghaerdydd ac Abertawe. Efallai y bydd y myfyrwyr hyn yn fwy tebygol o aros yng Nghymru ar gyfer eu hyfforddiant ôl-raddedig, ac os byddant yn gadael, maent yn fwy tebygol o ddychwelyd adref yn ddiweddarach. Mae 30% yn unig o fyfyrwyr yn ysgolion meddygol Cymru yn huanu o Gymru. Mae hyn yn cymharu â 55% yn yr Alban, 80% yn Lloegr ac 85% yng Ngogledd Iwerddon.<sup>8</sup> Mae hyn yn erbyn gostyngiad pryderus yn nifer y myfyrwyr sy'n huanu o Gymru sy'n gwneud cais i astudio meddygaeth yn y lle cyntaf; yn ôl UCAS, mae'r nifer hon wedi gostwng gan 15% yn y 5 mlynedd ddiwethaf, gostyngiad mwy serth yng Nghymru nag ar draws gweddill y DU.<sup>34</sup> Mae'n rhaid i ysgolion meddygol gynnig mwy o leoedd israddedig i fyfyrwyr sy'n huanu o Gymru er mwyn tyfu a chadw gweithlu o Gymru, a dylent fuddsoddi mewn rhaglenni allgymorth sy'n annog ceisiadau oddi wrth gymunedau gwledig, anghysbell a Chymraeg eu hiaith.

Gall y bylchau rota mewn llawer o ysbtyai llai, gwledig yng Nghymru arwain at weithio unig i lawer i ddoctoriaid iau. Maent hefyd yn golygu nad oes digon o amser addysgu ymgynghorydd wyneb-yn-wyneb i rai hyfforddeion. Dylid datblygu llwybrau hyfforddi sy'n arbenigo mewn gofal iechyd gwledig ac anghysbell yng Nghymru a hysbysebu ar draws y DU i annog yr hyfforddeion gorau i wneud cais.

I gydnabod sut bydd gofal iechyd yn newid dros y blynyddoedd i ddod, dylid adeiladu'r swyddi hyfforddiant gwledig hyn o amgylch taith integredig y claf, a'u gwneud yn fwy deniadol trwy gyfleoedd newydd i ennill cymwysterau ôl-raddedig neu brofiad ffurfiol mewn rolau arweinyddiaeth neu wella gwasanaeth. Os gall Cymru arloesi i ddiwallu ei rhaglenni hyfforddiant ei hun, gallai hyn ddenu hyfforddeion o bob rhan o'r DU a allai fod â diddordeb mewn datblygu sgiliau newydd.

### Dull cenedlaethol o ymdrin ag arloesi

Unwaith eto, mae'n amser am strategaeth hyfforddiant a gweithlu meddygol genedlaethol. Heb ddull strategol o weithredu, mae cynllunio gweithlu yng Nghymru wedi mynd yn anghyson a digyswllt. Mae'r GIG yng Nghymru angen gweledigaeth ar gyfer y dyfodol, ac mae'n rhaid i'r weledigaeth hon ddarparu ar gyfer cynllunio gweithlu cenedlaethol – mae'n rhaid i nifer y swyddi hyfforddiant, o ysgol feddygol ymlaen, gael ei chynllunio ar draws y system. Mae cyhoeddi buddsoddiad mewn gofal sylfaenol i'w groesawu, ond mae'n rhaid iddo beidio ag arwain at brinder mewn gofal meddygol arbenigol. Gellir mynd i'r afael â hyn dim ond os oes cynllun cydlynol i gynyddu nifer gyffredinol y lleoedd hyfforddiant ar draws meddygaeth, o ysgol feddygol ymlaen.

Mae'n rhaid i Lywodraeth Cymru a GIG Cymru ganolbwyntio ar fynd i'r afael â heriau recriwtio a hyfforddi, yn enwedig yng ngogledd a gorllewin Cymru. Bellach mae'n rhaid cynllunio niferoedd arbenigedd ac isarbenigedd yn genedlaethol â mewnbwn clinigol uniongyrchol, ac mae'n rhaid cael ymgais o'r newydd i fynd i'r afael â phryderon am gylchdro hyfforddiant: mae cofrestrdyddion meddygol yn adrodd bod symud rhwng gogledd Cymru a de Cymru yn amhoblogaidd iawn, yn enwedig pan mae hyn yn golygu symud teuluoedd.

Dylid sefydlu cylchdroadau trawsffiniol ag ysbtyai yn Lloegr, a dylai bwrdd iechyd gyfathrebu'n fwy effeithiol â'u hyfforddeion: dylai doctoriaid sy'n dechrau ar gylchdroadau wybod eu hamserlen llawer yn gynt nag y maent ar hyn o bryd. Mae angen i Gymru gymryd yr awenau ac arloesi ar faterion fel hyfforddiant eang, meddygaeth arbenigol yn y gymuned a llwybrau hyfforddiant gwledig.

### Mae angen mwy o hyfforddeion

Y rhwystr allweddol i recriwtio hyfforddeion gradd iau a chanolig yw llwyth gwaith trwm y rheiny sy'n gweithio mewn arbenigeddau meddygol. Oherwydd poblogaeth sy'n heneiddio a chynnydd mewn cleifion sy'n byw gyda chyflyrau cronig, tymor hir, yn y dyfodol bydd y GIG angen mwy o ddoctoriaid sy'n gymwys mewn meddygaeth gyffredinol – ond ar hyn o bryd nid oes digon o hyfforddeion i ddoli â'r llwyth gwaith sydd eisoes yn bodoli.

Darganfu un arolwg RCP o hyfforddeion meddygol yn y DU y canfyddir bod llwyth gwaith y cofrestrdydd meddygol gradd ganolig yn fwy na'u cyfoedion mewn arbenigeddau eraill: dywedodd 59% o ddoctoriaid iau eu bod yn meddwl bod gan gofrestrdyddion meddygol llwyth gwaith trwm ac roedd 37% yn meddwl bod eu llwyth gwaith yn 'anhydri', ac roedd 69% o gofrestrdyddion meddygol yn meddwl bod cydbwysedd gwaith-bywyd cofrestrdyddion yn wael.<sup>18</sup> Mewn cymhariaeth, dywedodd 2% yn unig o hyfforddeion llawfeddygol - a dim meddygon teulu dan hyfforddiant - eu bod yn meddwl bod llwyth gwaith eu cofrestrdyddion yn anhydri.



Mae'r canfyddiadau hyn yn mynd ati i annog doctoriaid iau i beidio â mynd i mewn i arbenigeddau meddygol: mae cyfraddau ymgeisio ar gyfer cynlluniau hyfforddiant sy'n cynnwys meddygaeth gyffredinol yn gostwng.<sup>18</sup> Mae bylchau rheolaidd wedi dechrau ymddangos mewn rhaglenni hyfforddiant meddygol – bylchau y mae'n rhaid eu llenwi gan staff locwm drud. Pan ofynnwyd a fyddai cymhellion ariannol, gwell defnydd o dechnoleg, neu ostyngiad mewn llwyth gwaith yn gwneud doctoriaid iau yn fwy tebygol i ddod yn gofrestryddion meddygol, dywedodd bron pob ymatebydd mai gostwng llwyth gwaith yw'r ffactor pwysicaf.<sup>35</sup> Dyma reswm arall pam na ddylid lleihau nifer yr hyfforddwyr meddygol; bydd rotâu fwyfwy anhydrin yn gwaethygu problemau â recriwtio.

Er ein bod yn hyfforddi mwy o ddoctoriaid nag erioed, oherwydd bod llawer yn dewis gweithio'n hyblyg, neu'n rhan amser ac mae eraill yn gadael y proffesiwn, ceir colled net yn gyffredinol. Nid oes digon o swyddi CMT yn y DU i lenwi'r swyddi hyfforddiant arbenigedd uwch sydd ar gael, diffyg sy'n cael ei waethygu gan nifer fawr o hyfforddeion meddygol craidd yn gadael meddygaeth gyffredinol am arbenigeddau fel meddygaeth teulu neu oncoleg glinigol. Dylai hyfforddeion yng Nghymru gael eu dilyn trwy'r system a dylid gofyn iddynt pam eu bod yn gadael a beth fyddai'n eu darbwyllo i ddychwelyd.

## Arweinwyr clinigol yfory

Dylid cynnig mwy o gefnogaeth ar gyfer ymchwil academiaidd a llwybrau hyfforddiant addysg, gan gynnwys darparu cysiau ôl-raddedig angenrheidiol. Dylai cyfleoedd ymchwil fod ar gael i'r holl hyfforddeion. Dylai Cymru barhau i fuddsoddi mewn rhaglenni hyfforddiant ac arweinyddiaeth glinigol fel cynllun Cymrodoriaeth Hyfforddiant Arweinyddiaeth Glinigol Cymru.

Mae'r RCP yn gweithio gyda Deoniaeth Cymru i benodi tiwtoriaid coleg ym mhob ysybyty yng Nghymru. Mae'r meddygon ymgynghorol hyn yn cefnogi addysg a datblygiad meddygon dan hyfforddiant. Fodd bynnag, datblygiad mwy diweddar yw penodi tiwtoriaid coleg cyswllt, rôl arweinyddiaeth y mae o leiaf un hyfforddai meddygol craidd yn ymgymryd â hi ym mhob ysybyty yng Nghymru. Anogir tiwtoriaid coleg cyswllt i ddatblygu sgiliau i wella gofal cleifion a hyfforddiant meddygol a chynrychioli eu cydweithwyr ar lefel cyfarwyddiaeth. Dyma enghraifft gref o sut mae Deoniaeth Cymru a'r RCP yn cefnogi hyfforddeion yn gynnar yn eu gyrfaedd i ddechrau paratoi ar gyfer rolau arweinyddiaeth uwch.

**Mae gormod o bwysau ar staff y rheng flaen felly mae pobl yn gadael. Ar hyn o bryd mae galw sy'n cynyddu yn gwaethygu hyn – twf yn y boblogaeth, pobl yn heneiddio. Y brif broblem arall yw llai o staff, oherwydd swyddi wag ni allwn eu llenwi. Nid diffyg cyllid mo hyn yn union – nid oes gennym ddigon o bobl yn dod allan o hyfforddiant y gallem eu cyflogi**

**Meddyg ymgynghorol yng Nghymru**

## Paratoi myfyrwyr meddygol i weithio ar reng flaen y GIG

Yn ystod 2010, cyhoeddodd Ysgol Meddygaeth Prifysgol Caerdydd adolygiad mawr o'i gwricwlwm. Roedd hyn yn dilyn yr Arolwg Cenedlaethol o Fyfyrwyr a data Rhaglen Sylfaen y DU a ddangosodd bod myfyrwyr Caerdydd yn adrodd ar lefelau is o barodrwydd ar gyfer ymarfer a bod yn gyfarwydd â gweithdrefnau ymarferol. Mewn ymateb, lansiodd Prifysgol Caerdydd y Rhaglen Cysoni, a ddyluniwyd i wella'r pontio rhwng addysg israddedig ac ôl-raddedig i baratoi graddedigion Caerdydd ar gyfer ymarfer yn y GIG modern. Mae myfyrwyr meddygol yn rhan annatod o dimau clinigol o amgylch Cymru ac yn cymryd cyfrifoldeb am ofal cleifion mewn amgylchedd dysgu diogel ac o dan oruchwyliaeth. Mae'r prosiect arloesol hwn yn caniatáu oddeutu 350 o fyfyrwyr israddedig y flwyddyn i brofi byd go iawn doctor iau.

Mae'r tîm wedi gweithio'n agos ag Ysgol Meddygol Prifysgol Abertawe a Deoniaeth Cymru i ddatblygu amserlen o leoliadau clinigol. Trwy baru myfyrwyr meddygol â doctoriaid ôl-raddedig ar gyfer yr isddarlithyddiaeth myfyriwr iau 8 wythnos, rydym yn gallu darparu lleoliad clinigol o dan oruchwyliaeth sy'n canolbwyntio ar ofal uniongyrchol cleifion mewn lleoliadau aciwt. Mae'r myfyrwyr blwyddyn olaf yn cymryd cyfrifoldeb am ofal cleifion mewn amgylchedd dan oruchwyliaeth. Mae myfyrwyr yn cylchdroi rhwng yr ysybyty a'r gymuned i sicrhau barn gytbwys ar ofal sylfaenol/eilaidd.

Mae myfyrwyr meddygol yn cysgodi eu cydweithwyr ôl-raddedig am 2 fis, ac mae'r myfyrwyr hynny â chynnig swydd yng Nghymru yn cael treulio eu lleoliad olaf – sef isddarlithyddiaeth myfyriwr uwch – yn yr ysybyty lle byddant yn gweithio fel doctoriaid iau ar ôl graddio. Mae hyn yn caniatáu i fyfyrwyr ddod i adnabod cydweithwyr yn eu gweithle yn y dyfodol, ymglyfarwyddo eu hunain â systemau a phrotocolau, a'u paratoi ar gyfer rheng flaen ysybyty prysur y GIG. Mae oddeutu hanner myfyrwyr meddygol Cymru yn aros yng Nghymru ar gyfer eu swydd gyntaf, a chredwn fod y system yn cael effaith grymus ar eu hunanhyder. Mae'r lleoliad olaf hwn yn caniatáu iddynt reoli cleifion yn uniongyrchol o dan oruchwyliaeth timau ysybyty, ac roedd 93% o fyfyrwyr yn credu bod yr addysgu ar leoliad yn dda neu'n dda iawn ac roedd 91% yn credu bod ansawdd yr oruchwyliaeth glinigol yn dda neu'n dda iawn.

Mae'r rhaglen wedi cyflawni'r hyn mae wedi ceisio ei gyflawni ac roedd 80% o raddedigion Prifysgol Caerdydd yn dweud eu bod yn teimlo eu bod wedi cael eu paratoi ar gyfer eu swydd gyntaf mewn ysybyty. Yr her nesaf yw arddangos sut y bydd y gwaith hwn yn gwella gofal, profiad a diogelwch cleifion. Mae'r strwythur newydd yn sicrhau bod myfyrwyr yn barod ar gyfer eu gyrfa yn meddygaeth, ac yn arddangos ymrwymiad GIG Cymru i hyfforddi'r genhedlaeth nesaf o ddoctoriaid. ■

**Dr Stephen Riley**

Cyfarwyddwr y Rhaglen C21

Ysgol Meddygaeth Prifysgol Caerdydd

## Rhoi llais i hyfforddeion

Ym mis Awst 2016, penododd dau fwrdd iechyd yng Nghymru brif gofrestrydd, doctor dan hyfforddiant sy'n gweithredu mewn rôl gyswilt rhwng hyfforddeion meddygol ac uwch reolwyr clinigol. Mae gan y swydd datblygu arweinyddiaeth rôl allweddol i'w chwarae wrth gefnogi hyfforddeion, rhaglenni addysg feddygol a mentrau gwella ansawdd. Mae'r ddwy swydd hyn yn rhan o raglen beilot prif gofrestrydd Ysbyty'r Dyfodol y RCP. Mae'n rhaid cyflwyno'r fenter hon ar draws pob bwrdd iechyd yng Nghymru i annog uwch hyfforddeion i ddatblygu sgiliau arweinyddiaeth ac addysg.

## Prif gofrestrydd: Rôl arweinyddiaeth dan hyfforddiant

Fel y prif gofrestrydd cyntaf erioed yng Nghymru, cefais y cyfle i gymryd rhan mewn penderfynu ar lefel cyfarwyddiaeth, gan gynnig barn ac adborth hyfforddeion yn rheolaidd. Roeddwn yn gallu bod yn eiriolwr ar gyfer doctoriaid iau a mynychais gyfarfodydd ar eu rhan i drafod telerau newidiadau i'r rota ar alwad. Roedd hyn yn llwyddiannus iawn a gwnaethom lwyddo i ddod i gyfaddawd y mae pob parti yn hapus ag ef.

Hefyd bûm yn trafod telerau'r taliad a gynigiwyd i ddoctoriaid meddygol sy'n cymryd sifftiau locwm ychwanegol i sicrhau bod cydnabyddiaeth ariannol ar gyfer oriau ychwanegol a phan fydd sifftiau'n newid ar fyr budd. Mae hyn wedi cael canmoliaeth oddi wrth y corff doctoriaid iau. Bu sefyllfaoedd lle mae hyfforddeion wedi teimlo eu bod yn cael eu tanseilio gan reolwyr ac yn pryderu am berfformiad eu cyfoedion, ac yn y rôl prif gofrestrydd rwy'n gallu eu cynghori a chymryd eu pryderon ymlaen yn gyfrinachol.

Mae doctoriaid iau mewn sefyllfa unigryw. Maent yn gweld enghreifftiau o ymarfer da a drwg mewn gwahanol ysbytai yn ystod eu cylchroadau. Trwy'r prif gofrestrydd, roedd doctoriaid iau yn gallu awgrymu newidiadau ar sail ymarferion gwaith eraill, gan gynnwys gwella ansawdd a diwygio gwasanaeth. Yn fy amser fel prif gofrestrydd, gwnaethom wella prosesau trosglwyddo a rhyddhau a datblygu protocolau ysgrifenedig ar lif cleifion. Credaf fod y profiad wedi bod yn arbennig o gadarnhaol i mi, yn ogystal â'r doctoriaid iau eraill a'r gwasanaeth ehangach. ■

### Dr Robin Clwyd Martin

Cyn prif gofrestrydd  
Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro

## Ffordd newydd o weithio

Dylai ysbytai ddarparu gofal arbenigol ymhell y tu hwnt i waliau'r adeilad – mae'r adeilad yn rhan o'r gymuned, yn hytrach na bod ar wahân iddi. Mae'n rhaid i gleifion gael mynediad at y gofal arbenigol sydd ei angen arnynt, pan mae ei angen arnynt.

Mae'r heriau presennol sy'n wynebu GIG Cymru yn golygu y bydd angen i ni ddod o hyd i ffyrdd i leihau derbyniadau i ysbyty a gwella gofal cleifion yn y gymuned. Mae llawer o feddygon eisoes yn gweithio rhwng ysbytai cymunedol ac ysbyty, ond mae gwybodaeth electronig a systemau cyfathrebu yn hanfodol. I sicrhau gwasanaeth diogel, mae angen i ni wneud yn siwr bod cyfleusterau cymunedol yn addas i'r diben, a bod gan y gweithlu'r sgiliau gofynnol. Mae angen cael cydnabyddiaeth wleidyddol ni fydd ad-drefnu gwasanaethau'n arbed amser yn y tymor byr; yn wir, bydd y broses bontio'n gofyn am fuddsoddiad sylweddol.

Dylai byrddau iechyd weithredu model gweithlu Ysbyty'r Dyfodol, â mwy o ofal meddygol arbenigol yn cael ei ddarparu yn y gymuned.<sup>21</sup> Dylai gweithio integredig a deiliannau a rennir â phartneriaid gofal cymdeithasol ac iechyd fod y norm; dylai meddygon a thimau meddygol dreulio rhan o'u hamser yn gweithio yn y gymuned er mwyn darparu mwy o ofal arbenigol yng nghartref y claf, neu'n agos ato.

Byd cydweithredu rhwng gwahanol rannau o weithlu'r GIG yn helpu gwasanaethau i ddod yn gynaliadwy ar gyfer y dyfodol. Dylai rôl yr ysbyty fod yn ganolfan technoleg ac arbenigedd clinigol ar gyfer y boblogaeth leol, yn enwedig ar gyfer diagnosteg a thriniaeth. Dylid canolbwyntio ar ddatblygu ffyrdd o weithio sy'n galluogi cleifion i adael ysbyty yn ddiogel cyn gynted ag y bydd eu hanghenion clinigol yn caniatáu.

**Yn wyneb galw cynyddol am ofal iechyd ynghyd â phrinder staff mewn rhai arbenigeddau ar draws y DU, rydym wedi tueddu galw'n syml am fwy o bobl i gael eu hyfforddi mewn proffesiynau a rolau traddodiadol. Fodd bynnag ... nid yw twf parhaus y gweithlu cyffredinol ar sail modelau darpariaeth gwasanaeth sydd eisoes yn bodoli yn gynaliadwy.<sup>5</sup>**

## Gweithio mewn partneriaeth i wella gofal i bobl hyn

Yn Ysbyty Brenhinol Gwent yng Nghasnewydd, mae prosiect diweddar wedi datblygu gwaith integredig newydd rhwng y bwrdd iechyd, yr awdurdod lleol a'r trydydd sector. Efallai bod gan lawer o bobl hwn sy'n cael eu derbyn i ysbyty mewn angen gofal meddygol brys broblemau cymdeithasol, yn hytrach na meddygol, sy'n cyfrannu at eu sefyllfa. Gellir atal hyn trwy wella 'gwydnwch cymdeithasol' pobl hwn - hynny yw, gallu pobl hwn i aros yn ddiogel ac yn annibynnol yn eu cartrefi eu hunain.

Nod y prosiect yw ceisio cadw pobl hwn yn ddiogel ac yn annibynnol yn eu cartrefi eu hunain a lleihau derbyniadau i ysbyty. Mae hwyluswyr gofal hyfforddedig yn trafod â phobl hwn pa ymyraethau syml sy'n gallu gwella eu gwydnwch, ac yn cynhyrchu Cynllun Cadw'n Iach. Mae'r bobl hwn yn cael eu nodi gan ddefnyddio haenu risg – algorithm cyfrifiadurol sy'n nodi pa mor debygol yw y bydd rhywun yn mynychu ysbyty dros y flwyddyn nesaf. Mae'r rheiny mewn risg uchel yn cael cynnig y Cynllun Cadw'n Iach. Gallai'r ymyraethau mae'r Cynllun yn manylu arnynt gynnwys ymyraethau fel cymhorthion symudedd a gwiriadau budd-dal. Mae'r hwylusydd gofal hefyd yn trafod cymorth i ofalwyr a gwydnwch argyfwng, felly mae cofnod ysgrifenedig yn cael ei gadw i'r unigolyn hwn, ei deulu a gweithwyr iechyd proffesiynol.

Dyma enghraifft ardderchog o sut dylai gweithlu'r dyfodol newid i ddarparu gofal holistaidd fel rhan o dîm integredig, â chlinigwyr yn gweithio'n agos ag awdurdodau lleol a'r trydydd sector. Dylai modelau gofal yn y dyfodol ddibynnu'n fwy ar nodi cleifion yn rhagweithiol ar sail risg yn hytrach na systemau ar sail atgyfeiriadau. Dylai gweithlu'r dyfodol ddefnyddio algorithmau ystadegol i nodi pobl a fyddai'n cael budd o ymyrraeth yn hytrach nag aros am ddirywiad yn eu hiechyd i sbarduno atgyfeiriad. Yn olaf, bydd gwasanaethau'n cael eu cyd-gynhyrchu â chleifion. Mae'n rhaid i bobl sy'n defnyddio gwasanaeth fod yn bartneriaid cyfartal wrth gynllunio'r gwasanaeth hwnnw. Yn y prosiect hwn, cafodd fformat a dyluniad y Cynllun Cadw'n Iach ei ddatblygu gan ddefnyddio gwybodaeth fewnol, arbenigedd a phrofiad y bobl hwn a'u teuluoedd.

Hyd yma mae'r prosiect wedi cysylltu â mwy nag 800 o bobl hwn, a'i nod yw cysylltu â 4,000 i gyd dros y 2 flynedd nesaf. ■

**Dr Richard Gilpin a Dr Charlotte Williams**  
Meddygon dan hyfforddiant, GIG Cymru

## Heb ddigon o arian ac wedi'i orymestyn

Bydd angen datblygu ffyrdd newydd o weithio. Bydd hyn angen buddsoddiad. Bellach mae angen dull system gyfan o ymdrin ag effaith gofal heb ei drefnu ar draws gofal sylfaenol, cymunedol, eilaidd a chymdeithasol. Mae'r GIG heb ddigon o arian, heb ddigon o ddoctoriaid ac wedi'i orymestyn. Yn ein hysbytai, rydym yn gweld effaith toriadau i ofal cymdeithasol, â phobl agored i niwed yn cael eu bownsio o amgylch system ddarniog yn rhy aml. Mae angen i ni symud i ffwrdd o wasanaethau sy'n cael eu cynllunio mewn seilios ac yn edrych ar un rhan fach o driniaeth claf, i gynllunio di-dor ar draws iechyd a gofal. Mae angen i ni roi'r amser a'r lle i arloesi i glinigwyr y rheng flaen a'u partneriaid mewn gofal cymdeithasol, a'r rhyddid a'r gefnogaeth i gamu y tu hwnt i waliau eu sefydliad.

Dylai Cymru arwain y ffordd trwy ddatblygu modelau gweithlu integredig newydd mewn cymunedau gwledig. Dylai hyfforddiant ac addysg feddygol darparu'r arbenigedd i ddoctoriaid reoli cleifion hwn ag anghenion cymhleth, gan gynnwys eiddilwch a dementia, ac arwain a chydlynu 'gofal cyfan' cleifion yn yr ysbyty ac yn y gymuned. Mae llawer o feddygon eisoes yn gweithio rhwng clinigau yn y gymuned a'r ysbyty; dylai'r GIG yng Nghymru adeiladu ar y pocedi hyn o ymarfer da a dilyn dull a gynlluniwyd o ymdrin â sefydlu gofal arbenigol yn y gymuned. Mae'r Comisiwn ar Gyffredinol wedi nodi bod 'gan gyffredinol rôl fwy eithaf i'w chwarae mewn cymunedau anghysbell a chymunedau â phoblogaeth wasgaredig [yn y DU]'.<sup>16</sup>

## Amser i arwain y ffordd

Dylid datblygu rôl y meddyg cymunedol. Dylai Cymru hyrwyddo ei hun fel lle i ddatblygu sgiliau arbenigol iawn mewn meddygaeth wledig a chymunedol. At hynny, mae daearyddiaeth yn bwysig i hyfforddeion, a gwyddom yr hoffai'r rhan fwyaf o hyfforddeion ennill swydd ymgynghorydd lle maent wedi ymgymryd â hyfforddiant arbenigol. Gallai hyn roi hwb i geisiadau i swyddi ymgynghorydd yng Nghymru ym mlynnyddoedd y dyfodol. Mae gwaith Grwp Cydweithredol Gofal Iechyd y Canolbarth yn cynnig potensial enfawr yn y maes hwn a bydd y RCP yn parhau i fynd ati i ymgysylltu â'i waith. Mae gan Gymru gyfle go iawn i arwain y ffordd o ran dylunio gwasanaeth iechyd cymunedol arloesol.

**Dyluniwyd y gweithlu presennol i ddarparu gwasanaethau i fodolau a phatrymau gofal hanesyddol. Mae'r ffordd yr ydym yn darparu gofal wedi esblygu, ac felly mae'n rhaid i'r gweithlu wneud.<sup>6</sup>**

## Cefnogi rolau clinigol eraill

Mae gofal rhagorol i gleifion yn dibynnu ar weithio mewn tîm cydlynol, trefnus ag adnoddau da a dylai'r GIG ddatblygu a sefydlu rolau clinigol eraill mewn gweithlu ysbyty'r dyfodol yng Nghymru. Dylid annog doctoriaid gradd staff ac arbenigol cyswllt mewn ysbytai yng Nghymru, a'u cefnogi yn nilyniant eu gyrfaoedd.

Mae lefelau staffio priodol ar draws y tîm yn hanfodol ac yn galluogi ysbytai i ddarparu gofal mwy effeithiol, effeithlon sy'n canolbwyntio ar gleifion. Dylid mynd i'r afael â phrinder nyrsys, a dylid hyrwyddo modelau arloesol o staffio sy'n cynnwys gweithwyr proffesiynol perthynol i iechyd fel therapyddion galwedigaethol a ffisiotherapyddion. Dylid datblygu rolau'r uwch ymarferydd nyrsio a'r meddyg cyswllt fel aelodau craidd y tîm clinigol. Gan weithio ochr wrth ochr â doctoriaid, gall meddygon cyswllt ddarparu cefnogaeth hanfodol, yn enwedig mewn gofal eilaidd, fel cofnodi hanes cleifion neu archebu a dehongli profion diagnostig.

Fodd bynnag, ni ddylai unrhyw gynnydd mewn niferoedd staffio ar gyfer y swyddi hyn fod ar draul ehangiad ymgynghorwyr, ac ni ellir cael unrhyw ostyngiad yn y gyllideb addysg feddygol yng Nghymru. Mae gwneud y niferoedd trwy recriwtio graddau heb fod yn hyfforddi neu weithwyr gofal iechyd proffesiynol eraill yn unig i lenwi bylchau mewn rotâu yn ateb tymor byr i broblem amlweddol, llawer

mwy. Os tynnir y rhaniad ariannol rhwng addysg feddygol ac addysg heb fod yn feddygol, ceir risg sylweddol y bydd ariannu ar gyfer pynciau cost uwch yn cael ei ailgyfeirio i hyfforddiant ac addysg ar gyfer proffesiynau gofal iechyd eraill. Er y gallai hyfforddiant meddygol fod yn ddruod, mae'n fuddsoddiad tymor hir mewn diogelwch cleifion a gofal ansawdd uchel.

## Defnyddio technoleg i wella profiad y claf

Dylai byrddau iechyd groesawu arloesi er mwyn gwella cyfathrebu â chleifion a rhwng gweithiwr gofal iechyd proffesiynol ac i wella ansawdd gofal a phrofiad y claf. Mae disgwyliad cynyddol i bobl ryngweithio â gwasanaethau iechyd gan ddefnyddio technoleg bersonol fel ffonau deallus a llechi; lle bo hynny'n briodol, dylai cleifion a chlinigwyr fod yn gallu defnyddio teleiechyd a thelefeddygaeth, yn enwedig mewn ardaloedd anghysbell a gwledig.

Mae angen i defeddygaeth ddod yn rhan fwy annatod o ymarfer bob dydd. Mae'n rhaid i glinigwyr barhau i herio gwrthwynebiad i newid. Mae safle datblygu Ysbyty'r Dyfodol RCP yng Ngogledd Cymru, CARTREF, yn brosiect telefeddygaeth sy'n ceisio gwella mynediad at ofal i gleifion eiddil yng Nghymru wledig. Mae'r prosiect yn caniatáu cleifion i gael apwyntiadau ysbyty dilynol trwy glinigau

## Darparu gofal diabetes arbenigol yn y gymuned

Mae rheoli cyflwr cronig fel diabetes math 2 angen mewnbwn tîm amlddisgyblaethol ar draws gofal sylfaenol ac eilaidd. Mae modelau gofal hanesyddol ar gyfer diabetes wedi gwahanu elfennau gofal sylfaenol a gofal eilaidd ac wedi arwain at ddarnio gofal, dyblygu llwyth gwaith ac aros yn hir am gyngor arbenigwyr uwch.

Yng Nghaerdydd, lle ceir ychydig dros 23,000 o bobl i gyd wedi cofrestru â diabetes, rydym wedi symud tuag at wasanaeth diabetes mwy di-dor. Gwnaethom ddechrau ag astudiaeth beilot fach a dechrau gweithredu'r model gofal cyfan yn 2010. Mae ymgynghorydd diabetes wedi'i neilltuo i bob un o'r 69 meddygfa yn y bwrdd iechyd sy'n ymweld â'r practis dwywaith y flwyddyn i adolygu nodiadau achos, lle daenu canllawiau ymarfer gorau a chael dialog wyneb yn wyneb â meddygon teulu a'u nyrs practis.

Ceir ymgynghorwyr diabetes sy'n gyfwerth ag wyth amser llawn a dau ymgynghorydd diabetes academaidd. Mae pob ymgynghorydd yn mentora 6-8 o bractisau gan ddibynnu ar faint y rhestr. Yn ogystal, gall meddygon teulu ofyn am gyngor oddi wrth eu hymgyngorydd sy'n cefnogi trwy system electronig (yn debyg i e-bost ond ag archwiliad cadarn) ag uchafswm amser ymateb 5 diwrnod ar gyfer ymholiadau o ran meddyginiaeth a rheolaeth. Bydd ceisiadau am gyngor yn cael eu cyfeirio'n awtomatig at yr ymgynghorydd priodol. Mae hyn yn sicrhau bod gan feddygon teulu fynediad at gyngor uwch amserol a datblygu perthynas â'u hymgyngorydd heb i'r claf

gorfod aros i gael ei weld mewn clinig cleifion allanol. Mae atgyfeiriadau cleifion allanol gofal eilaidd yn cael eu brysbennu'n electronig i'r ymgynghorydd priodol trwy Borth Cyfathrebu Clinigol Cymru (WCCG). Gall yr ymgynghorydd gymeradwyo a threfnu'r atgyfeiriad i glinig neu ofyn am wybodaeth ychwanegol. Mae'r ail opsiwn yn agor dialog a allai ddatrys yr ymholiad. Yn ogystal, rydym wedi datblygu canllawiau presgripsiynu diabetes math 2 lleol sy'n tywys dewis triniaeth ac yn dwyn sylw at wahaniaethau cost rhwng dosbarthiadau o driniaeth. Bwriedir i'r canllawiau gefnogi presgripsiynu gofal sylfaenol a dwyn sylw at bresgripsiynu mwy cost effeithiol lle bo hynny'n bosibl.

Dros y 2 flynedd gyntaf o weithredu, gostyngodd atgyfeiriadau newydd i glinigau gofal eilaidd gan 35%. O ganlyniad, gostyngodd yr amser aros ar gyfer apwyntiadau cleifion allanol o ychydig llai na 6 mis i rhwng 4 a 6 wythnos gan ddibynnu ar y clinig. Darganfu archwiliad o ofal sylfaenol fod mwy o hyder yn gyffredinol wrth reoli diabetes ond yn enwedig wrth gychwyn triniaeth chwistrelladwy heb fod yn inswlin, cyfuno therapiau a thitradiad dos triniaeth trwy'r geg a thrwy chwistrelliad. Darganfu staff y practis bod mynediad electronig at gyngor uwch ymgynghorydd o fewn wythnos waith yn arbennig o ddefnyddiol. Yn aml bydd cyngor a gynigir ar gyfer claf unigol yn cael ei ddefnyddio mewn senarios clinigol eraill sy'n arwain at effaith hyfforddiant sy'n byrlymu. Yn fwy diweddar, rydym wedi arddangos gwel canlyniadau haemoglobin wedi glycadeiddio (HbA1c) mewn cleifion sydd wedi cael eu trafod naill ai yn ystod ymweliadau



fideo ac mae'n golygu bod cleifion a pherthnasau'n gallu gweld arbenigwyr heb deithio. Gall y tîm arddangos cyfraddau boddhad cleifion o 80%. Dyma un enghraifft o blith nifer o defleddygaeth glinigol arloesol a gweithlu ysybyt'r dyfodol yng Nghymru; mae'n rhaid rhannu ymarfer gorau yn fwy cyson a'i gyflwyno mewn ffordd â strwythur.

## Rwy'n gweld meddygon cyswllt fel rhan o'r datrysiad ar gyfer prinder yn y gweithlu meddygol – wrth gwrs ni fyddant yn cymryd lle doctoriaid ond yn sicr i helpu â rhai o'r tasgau sy'n cymryd y rhan fwyaf o'n diwrnod gwaith.

### Meddyg ymgynghorol yng Nghymru

neu'n electronig, ac rydym yn gobeithio y bydd hyn yn arwain at ostyngiad o ran HbA1c ar draws gofal cychwynnol oherwydd mwy o hyder a gallu i reoli diabetes. Rydym hefyd wedi gweld presgripsiynau newydd ar gyfer inswlin analog yn cyrraedd man gwastad ac yn dechrau gostwng, wrth i bresgripsiynau inswlin dynol ddechrau codi â'r potensial ar gyfer arbedion cost. Dyma faes yr hoffem ei ddatblygu dros y 2 flynedd nesaf.

Hyd yma, mae'r newidiadau hyn wedi cael eu gwneud mewn amgylchedd cost niwtral trwy ofyn i gydweithwyr gofal sylfaenol ac eilaidd gydweithio mewn gwahanol ffordd. Mae'r model yn parhau i esblygu ac rydym yn recriwtio nyrsys diabetes arbenigol i gefnogi practisau.

Rydym yn gobeithio ariannu'r swyddi'r hyn trwy ddefnydd mwy cost effeithiol o inswlin dynol lle bo hynny'n briodol ac adolygu'r meini prawf stopio ar gyfer meddyginiaethau nad ydynt bellach yn effeithiol. Rydym hefyd yn credu y gallai'r model hwn fod yn ddefnyddiol wrth gefnogi gofal sylfaenol i reoli cyflyrau cronig eraill. Mae ei lwyddiant yn dibynnu ar ddatblygu cysylltiadau agos, cynaliadwy â gofal sylfaenol. Rwy'n ddiolchgar i'm cydweithwyr mewn gofal sylfaenol ac eilaidd am y gwaith caled sydd wedi cyfrannu at sefydlu a chynnal y model hwn o ofal arloesol. ■

#### Dr Lindsay George

Arweinydd clinigol diabetes, Ysbyty Athrofaol Llandochoau Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro

## Y tîm amlddisgyblaethol yn y Gwasanaeth Gwybodaeth Cenedlaethol am Wenwynau

Tîm amlddisgyblaethol yw Gwasanaeth Gwybodaeth Cenedlaethol am Wenwynau (NPIS) yng Nghaerdydd sy'n cynnwys 11 gwyddonydd gwybodaeth am wenwynau sy'n darparu cyngor dros y ffôn i'r GIG, â chefnogaeth pedwar tocsicolegydd a ffarmacolegydd clinigol ymgynghorol a dau gofrestrydd ffarmacoleg clinigol arbenigol.

Yn y DU, bydd dros 140,000 o bobl yn cael eu derbyn i ysybtai bob blwyddyn ar ôl dod i gysylltiad â gwenwynau dan amheuaeth a bydd mwy na 3,000 o bobl yn y DU yn marw o effeithiau gwenwyno. Mae NPIS yn darparu cyngor am reoli'r bobl hyn ledled y DU, ac i Iwerddon dros nos hefyd. Mewn rhai achosion, gellir rhoi sicrwydd ac osgoi derbyn diangen. Mewn rhai eraill, gall cyngor am reoli gwenwynau achub bywyd. Yn rheolaidd mae NPIS (Caerdydd) yn sicrhau'r sgoriau boddhad gwasanaeth uchaf o blith pedair canolfan NPIS y DU. Mae staff hefyd yn cyfrannu at gronfa ddata TOXBASE, sy'n cynnwys mwy na 17,000 o gofnodion cynnyrch. Dyma'r gwasanaeth cyngor ar-lein tocsicoleg rheng flaen yn y GIG a'r llynedd roedd 608,868 sesiwn defnyddiwr TOXBASE ac edrychwyd ar dudalennau unigol cofnodion TOXBASE 1.69 miliwn o weithiau. Trwy gyfnerthu adnoddau arbenigol bu'n bosibl darparu gwasanaeth ansawdd uchel, cost effeithiol, sy'n arbed mwy o amser i'r GIG nag y mae'n costio.

Mae NPIS (Caerdydd) hefyd yn arwain ar Gronfa Ddata Gwybodaeth am Wenwynau'r DU, cronfa ddata unigryw sydd wedi galluogi nodi tueddiadau o ran gwenwyno a chyngor i wella iechyd y cyhoedd ar bobeth o godenni hylif glanedydd i sylweddau seiciatrig newydd. Mae Uned Gwenwynau Cymru yn cynnwys NPIS a ward trin gwenwynau Gwenwyn yn Ysbyty Athrofaol Llandochoau. Er bod NPIS (Caerdydd) yn darparu cyngor yn genedlaethol, mae ward Gwenwyn yn darparu gofal o ansawdd uchel i gleifion wedi'u gwenwyno yn lleol yng Nghaerdydd. Mae'n uned chwe-gwely a adeiladwyd yn bwrsasol sy'n cael ei staffio gan nyrsys, gan gynnwys dwy nyrs seiciatrig sy'n gweithio ar y ward, â chefnogaeth tîm o docsicolegwyr a ffarmacolegwyr clinigol, sy'n galluogi dull hollol holistaidd o weithredu. Mae'r uned bwrsasol hon wedi galluogi rheoli cleifion yn fwy effeithlon ac yn gysylltiedig â hyn bu gostyngiad yn yr hyd arhosiad cyfartalog o 34 i 18 awr, er gwaethaf cynnydd mewn galw, fel nad oedd angen unrhyw welyau ychwanegol. Trwy gydweithio'n agos â Gwasanaeth Ambiwlans Cymru, o'r oddeutu 1,200 i 1,800 o gleifion y mae angen eu derbyn bob blwyddyn, mae mwy nag 80% yn cael eu derbyn yn uniongyrchol, gan osgoi mwy na 1,000 o dderbyniadau diangen yn yr adran achosion bys a darparu gofal diogel ac ansawdd uchel.

Mae datblygu pecyn clericio integredig wedi symleiddio derbyniadau wrth wella cadw cofnodion. Cafodd y dull amlddisgyblaethol hwn o weithredu ei gydnabod â dyfarniad cadeirydd a phrif weithredwr yn 2012. Mae'r tîm yn parhau i ddatblygu, ac yn bwriadu cyflwyno triniaeth newydd byrrach ar gyfer gwenwyno paracetamol. ■

#### Dr John Thompson

Cyfarwyddwr a ffarmacolegydd clinigol ymgynghorol Gwasanaeth Gwybodaeth Cenedlaethol am Wenwynau (Caerdydd)

## Sut y gall y RCP helpu?

### Dylanwadu ar newid yng Nghymru

Mae adroddiad hwn gan y RCP ar y gweithlu meddygol yng Nghymru yn dilyn cyhoeddiad *Ffocws ar y dyfodol*, ein cynllun gweithredu ar gyfer llywodraeth Cymru newydd,<sup>3</sup> a *Mynd i'r afael â'r her*, a manylodd ar y weledigaeth ar gyfer gofal aciwt a model Ysbyty'r Dyfodol yng Nghymru.<sup>2</sup> Trwy ddatblygu ein polisiâu, ein gwaith gyda chleifion a'n hymweliadau sgwrsio ag ysbytai, rydym yn gweithio i gyflawni newid go iawn ar draws ysbytai a'r sector iechyd a gofal cymdeithasol ehangach yng Nghymru.

### Cyfrifiad o feddygon ymgynghorol a chofrestryddion meddygol yn y DU

Ar ran Ffederasiwn Colegau Brenhinol y Meddygon, mae'r RCP yn cynnal cyfrifiad blynyddol sy'n cael ei anfon i bob meddyg ymgynghorol a chofrestrydd meddygol yn y DU yn yr arbenigeddau meddygol cyffredinol. Yn y cyfrifiad rydym yn gofyn am wybodaeth am gynlluniau swyddi, llwydi gwaith a chyfrifoldebau. Ystyriwn hwn i fod y data ansawdd uchaf sydd gennym ar gael yn y DU mewn perthynas â'r gweithlu meddygol.

### Heb ddigon o arian, heb ddigon o ddoctoriaid ac wedi'i orymestyn

Mae bod yn ddoctor yn ddwys, yn werthfawr ac yn heriol. Mae gweithlu sy'n derbyn gofal yn darparu gwell canlyniadau i gleifion. Mae'r RCP wedi ymrwymo i werthfawrogi a chefnogi doctoriaid y GIG. Byddwn yn:

- > gweithio gyda'n doctoriaid sy'n aelodau i ddod o hyd i atebion newydd i bwysau gweithlu
- > gwthio am weithredu ar draws y llywodraeth a'r GIG
- > arddangos y gorau o feddygaeth.

## Amdanom ni

Nod Coleg Brenhinol y Meddygon (RCP) yw gwella gofal cleifion a lleihau salwch, yn y DU ac ar draws y byd. Rydym yn canolbwyntio ar y claf ac yn cael ein harwain yn glinigol.

Mae ein 33,000 o aelodau ledled y byd, gan gynnwys 1,200 yng Nghymru, yn gweithio mewn ysbytai ac yn y gymuned ar draws 30 o wahanol arbenigeddau meddygol, yn gwneud diagnosis ac yn trin miliynau o gleifion ag amrywiaeth enfawr o gyflyrau meddygol.

Yn cynnwys cleifion a gofalwyr ar bob cam, mae'r RCP yn gweithio i sicrhau bod meddygon yn cael eu haddysgu a'u hyfforddi i ddarparu gofal o ansawdd uchel. Rydym yn archwilio ac yn achredu gwasanaethau clinigol, ac yn darparu adnoddau i'n haelodau asesu eu gwasanaethau eu hunain. Rydym yn gweithio gyda sefydliadau iechyd eraill i wella ansawdd gofal meddygol, a hyrwyddo ymchwil ac arloesi. Rydym hefyd yn hyrwyddo polisiâu ar sail tystiolaeth i lywodraeth i annog ffyrdd o fyw iach a lleihau salwch o achosion ataliadwy. Gan weithio mewn partneriaeth â'n cyfadrannau, cymdeithasau arbenigol a cholegau brenhinol meddygol eraill ar faterion sy'n amrywio o hyfforddiant ac addysg glinigol i bolisi iechyd, rydym yn cyflwyno llais pwerus ac unedig i wella iechyd a gofal iechyd.

### Cymryd rhan

Ar wefan RCP, gallwch ddarllen am enghreifftiau sydd eisoes yn bodoli o ymarfer arloesol a gwranddo ar ddoctoriaid sy'n siarad am sut maent wedi cyflawni newid yn eu hysbytai. Gallwch hefyd ddarparu gwybodaeth ar gyfer gwaith RCP yng Nghymru trwy anfon eich sylwadau, syniadau ac enghreifftiau o ymarfer da atom.

I helpu i lunio dyfodol gofal meddygol yng Nghymru, ewch i'n gwefan:

[www.rcplondon.ac.uk/wales](http://www.rcplondon.ac.uk/wales)

I ddweud wrthym beth yw'ch barn – neu i ofyn am fwy o wybodaeth – anfonwch neges e-bost atom:



Trydarwch eich cefnogaeth:

**@RCPWales**

**#MedicineisBrilliant**

**#MeddygaethynWych**

## Cyfeiriadau

- 1 Coleg Brenhinol y Meddygon. *Underdoctored. Underfunded. Overstretched. The NHS in 2016*. Llundain: RCP, 2016
- 2 Coleg Brenhinol y Meddygon. *Mynd i'r afael â'r her: Gwella gofal aciwt, bodloni anghenion cleifion yng Nghymru*. Caerdydd a Llundain: RCP, 2014.
- 3 Coleg Brenhinol y Meddygon. *Ffocws ar y dyfodol: Ein cynllun gweithredu ar gyfer Llywodraeth nesaf Cymru*. Caerdydd a Llundain: RCP, 2015.
- 4 Gwasanaethau'r Gweithlu, Addysg a Datblygu GIG Cymru. *NHS Wales workforce: Key themes and trends*. Ionawr 2015. [Mynediad ar 30 Medi 2016].
- 5 GIG Cymru. *A planned primary care workforce for Wales*. Llywodraeth Cymru, 2015. [Mynediad ar 30 Medi 2016].
- 6 Conffederasiwn GIG Cymru. *The NHS Wales workforce briefing paper*. Ionawr 2016. [Mynediad ar 30 Medi 2016].
- 7 Data Deoniaeth Cymru
- 8 NHS Education for Scotland. *Domicile of UK undergraduate medical students*. Caeredin: NES, Mawrth 2013. [Mynediad ar 30 Medi 2016].
- 9 Ffederasiwn Colegau Brenhinol y Meddygon yn y DU. *Census of consultant physicians and higher specialty trainees in the UK 2015–16*. Llundain: RCP, 2016.
- 10 Costau a ddarparwyd gan Wasanaethau'r Gweithlu, Addysg a Datblygu (WEDS) GIG Cymru
- 11 Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru. *Demograffeg 2016*, Iechyd Cyhoeddus Cymru, 2016.
- 12 Ymddiriedolaeth Nuffield. *A decade of austerity in Wales: The funding pressures facing the NHS in Wales to 2025/26*, Llundain: Ymddiriedolaeth Nuffield, 2014.
- 13 Arolwg Iechyd Cymru 2015: Statws iechyd, salwch, a chyflyrau eraill [Mynediad ar 30 Medi 2016].
- 14 Arolwg Iechyd Cymru 2015: Prif ganlyniadau cychwynnol [Mynediad ar 30 Medi 2016].
- 15 Coleg Brenhinol y Meddygon. *Census of consultant physicians and medical registrars in the UK*. Llundain: RCP, 2011
- 16 Cyngor Meddygol Cyffredinol. *The state of medical education and practice in the UK report: 2013*. Llundain: GMC, 2013.
- 17 Coleg Brenhinol y Meddygon. *Data Pwyllgorau Ymgynghorol ar Benodiadau (AAC) Ionawr–Rhagfyr 2015*.
- 18 Coleg Brenhinol y Meddygon. *Hospitals on the edge? The time for action*. Llundain: RCP, 2012.
- 19 Cronfa'r Gymanwlad. *Mirror, mirror on the wall: How the US health care system compares internationally*. 2014.
- 20 Coleg Brenhinol y Meddygon. *Research for all*. Llundain: RCP, 2016.
- 21 Comisiwn Ysbyty'r Dyfodol. *Future Hospital: Caring for medical patients*. Llundain: RCP, 2013.
- 22 Arolwg Coleg Brenhinol y Meddygon o hyfforddeion meddygol, Ebrill 2016.
- 23 Evans M, Phillips C, Roberts R, Salter D. *Adolygiad o Fuddsoddi mewn Addysg i Weithwyr Iechyd Proffesiynol*, 2015.
- 24 Jenkins D, Phillips C, Cole S, Mansfield M. *NHS Wales workforce review*, February 2016 [Mynediad ar 30 Medi 2016].
- 25 Cynulliad Cenedlaethol Cymru, *Materion o bwys i'r pumed cynulliad*, 2016. [Mynediad ar 30 Medi 2016].
- 26 BBC News. *Wales NHS nurse shortage 'compromises care'*, RCN claims. Mai 2014. [Mynediad ar 30 Medi 2016].
- 27 Coleg Brenhinol y Meddygon. *Census of consultant physicians and medical registrars in the UK, 2012*. Llundain: RCP, 2014
- 28 Cynulliad Cenedlaethol Cymru, *Materion o bwys i'r pumed cynulliad*, 2016. [Mynediad ar 30 Medi 2016].
- 29 Ffederasiwn Colegau Brenhinol y Meddygon yn y DU. *Census of consultant physicians and higher specialty trainees in the UK 2014–15: data ac esboniad*. Llundain: RCP, 2016.
- 30 Greenaway D. *Shape of Training: securing the future of excellent patient care*. Adroddiad terfynol o'r adolygiad annibynnol dan arweiniad Yr Athro David Greenaway. Cyngor Meddygol Cyffredinol 2013.
- 31 UCAS. *End of Cycle 2015 Data Resources DR3\_015\_01 Acceptances by Detailed subject group*. [Mynediad ar 30 Medi 2016].
- 32 Bwrdd Hyfforddi ar y Cyd Colegau Brenhinol y Meddygon. *2015 Annual Specialty Report*. Mawrth 2016.
- 33 Emergency Medicine Training Association. *Costs of Training Survey Gorffennaf 2016*. [Mynediad ar 30 Medi 2016].
- 34 UCAS. *Deadline Applicant Statistics: Hydref 2015*. [Mynediad ar 30 Medi 2016].
- 35 Coleg Brenhinol y Meddygon. *Hospital workforce: Fit for the future?* Llundain: RCP, 2013.

# Meddygon ar y rheng flaen

## Y gweithlu meddygol yng Nghymru yn 2016

Yn ddiweddar, rhybuddiodd llywydd Coleg Brenhinol y Meddygon (RCP), yr Athro Jane Dacre, fod GIG heddiw 'heb ddigon o ddoctoriaid, heb ddigon o arian ac wedi'i orymestyn'.<sup>1</sup> Mae'r arsylwadau hyn yr un mor berthnasol i Gymru â gweddill y DU. Er mwyn i GIG Cymru gyflawni ei botensial llawn i wasanaethu pobl Cymru, mae angen digon o adnoddau a gweithlu gofal iechyd ymroddedig, hollol weithredol ac integredig, ynghyd â morâl da a boddhad proffesiynol.

Mae Cymru yn dioddef gan faterion sy'n ymwneud â recriwtio a chadw ymhlith y gweithlu meddygol, ar lefelau uwch ac is. Mae'r materion sydd wrth wraidd y problemau hyn yn amrywiol a chymhleth, ac yn cynnwys daearyddiaeth, canfyddiadau negyddol a diffyg cymhellion i annog doctoriaid i ddilyn gyrfa yng Nghymru. Mae'r RCP yng Nghymru yn credu bod llawer o fentrau y gallem eu mabwysiadu i oresgyn y materion hyn, a dylem eu mabwysiadu.

Coleg Brenhinol y Meddygon (Cymru)  
Ty Baltic  
Sgwâr Mount Stuart  
Caerdydd CF10 5FH

E-bost [REDACTED]  
Dilynwch ni @RCPWales

[www.rcplondon.ac.uk/wales](http://www.rcplondon.ac.uk/wales)



**Royal College  
of Physicians**

Coleg Brenhinol  
y Meddygon (Cymru)

@RCPWales 



# Consultation on the implications for Wales of Britain exiting the EU

## RCP Wales response


**Key recommendation:** The UK and Welsh governments should prioritise action around the implications of Brexit on the health and social care workforce, medical research, public health and NHS finance.

- EU nationals working in the NHS must be able to stay in the UK and continue to deliver excellent care for patients.
- The current workforce crisis facing the NHS must not be exacerbated by restricting non-UK doctors from working in the NHS.
- Migration rules must not adversely impact on the supply of care workers.
- The UK's withdrawal from the EU must not affect patients' ability to participate in high quality research and clinical trials. Patients must continue to access innovative new technologies.
- Workforce pressures must not be allowed to have a negative effect on the time available to doctors to conduct clinical research. Restrictions on the mobility of researchers and clinicians may add further pressures.
- The UK must retain access to FP9 funding, in addition to regional development funds, facilities and bursaries.
- The UK must retain the ability to influence European legislation on research.
- Frameworks that underpin health protection must be replaced by equivalent or even stronger safeguards.
- The UK must have continued access to European structures and networks that provide effective surveillance of health threats.

**Lowri Jackson**

RCP senior policy and public affairs adviser for Wales





Royal College of Physicians (Wales)  
Baltic House, Mount Stuart Square  
Cardiff CF10 5FH

  
[www.rcplondon.ac.uk/wales](http://www.rcplondon.ac.uk/wales)

External Affairs and Additional Legislation Committee  
National Assembly for Wales  
Cardiff CF99 1NA

From the RCP vice president for Wales  
O'r is-lywydd yr RCP dros Gymru  
**Dr Alan Rees MD FRCP**

[SeneddEAAL@assembly.wales](mailto:SeneddEAAL@assembly.wales)

**28 November 2016**

From the RCP registrar  
O'r cofrestrydd yr RCP  
**Dr Andrew Goddard FRCP**

## Consultation on the implications for Wales of Britain exiting the EU

1. Thank you for the opportunity to respond to your consultation on the implications for Wales of Britain exiting the European Union. This response is based on the views and experiences of our fellows and members who are mainly hospital-based doctors working in 30 medical specialties. We would be very happy to organise oral evidence from consultant physicians, trainee doctors or members of our patient carer network.
2. The Royal College of Physicians (RCP) aims to improve patient care and reduce illness, in the UK and across the globe. We are patient centred and clinically led. Our 33,000 members worldwide, including 1,200 in Wales, work in hospitals and the community across 30 different medical specialties, diagnosing and treating millions of patients with a huge range of medical conditions.

### What should be the top priority for Wales in advance of the UK Government triggering of Article 50?

3. The RCP is keen to engage with both the UK and Welsh governments on the implications of Brexit, especially its effect on the health and social care workforce, medical research, public health and NHS finance. Above all, patients must be the first priority. The UK government must guarantee that EU nationals working in the NHS will be able to stay in the UK and continue to deliver excellent care for patients. Non-UK doctors must not be restricted from working in the NHS. Both governments should engage with health and social care employers, royal colleges, professional bodies and trade unions as Brexit negotiations continue.
4. Furthermore, the UK's withdrawal from the EU must not affect patients' ability to participate in high quality research and clinical trials. Patients must continue to have access to innovative new technologies, and the UK must continue to be a world leader in medical research through the ability to access [Framework 9 \(FP9\) funding](#) as well as regional development funds and bursaries. The UK should also retain the ability to influence EU legislation that affects medical research. Finally, those EU frameworks that underpin the protection of public health must be protected. If replaced, these should be strengthened and enshrined in UK or Welsh legislation.



## NHS workforce and staffing

5. The NHS in Wales is facing a number of urgent challenges. Hospitals are struggling to cope with the combination of an ageing population and increasing hospital admissions. All too often, our most vulnerable patients – including those who are old, who are frail or who have dementia – are failed by a system that is ill equipped and seemingly unwilling to meet their needs. Furthermore, levels of ill health increase with levels of area deprivation. In general, those in the most deprived areas report the worst health. The rural geography of much of Wales means that some medical services are spread very thinly. This is having a negative effect on the quality of training and on workforce recruitment in some specialties. In addition, patient expectations are increasing as financial constraints grow tighter and, while advances in technology can save lives, the cost of providing specialist acute care continues to rise.
6. Legislative changes to working hours mean that we need more junior doctors to cover hospital rotas. This has happened at the same time as a reduction in training time due to the modernising medical careers programme, and a fall in international medical graduates coming to the UK. The recent RCP Wales publication, [Physicians on the front line](#), reported that trainee rota gaps are reported by 42.9% of consultant physicians in Wales as ‘frequently causing significant problems in patient safety’ and by a further 45.8% as ‘often [causing problems] but there is usually a work-around solution so patient safety is not usually compromised’. Only 11.3% told us that rota gaps infrequently or never cause a problem. More than a third of higher specialty trainees told us that they regularly or occasionally act down to cover gaps in the core medical trainee rota. Almost two-thirds of specialty trainees say they feel as though they are sometimes, often or always working under excessive pressure, with 63.2% telling us that this was down to insufficient trainee numbers.
7. Doctors from the EU and across the globe play an important role in the delivery of care and in filling the significant rota gaps outlined above. [Around 10% of doctors working in the NHS come from EU countries](#). The RCP has heard from members and fellows that doctors from EU countries and internationally are feeling increasingly uncertain about their future within the NHS. This is exacerbating the current crisis in morale among the NHS workforce. Therefore, **the most important workforce priority, whatever form Brexit takes, is to ensure those EU nationals already working in the NHS do not leave voluntarily or as a result of changes to migration policy and legislation**. While the RCP strongly welcomes comments supporting the role of EU doctors, the UK and Welsh governments must do whatever is in their power to provide assurances that doctors from the EU will be able to continue to work in the NHS and care for patients.
8. A number of leading care organisations have also highlighted the potential impact of Brexit on the wider health and social care workforce, as [post-Brexit migration restrictions could cause a shortage of care workers](#). This could exacerbate the current financial and workforce challenges facing the social care sector and the knock-on effects on hospitals. **It is unrealistic for the NHS to absorb these pressures and migration restrictions on care workers could worsen the crisis facing the wider health and social care systems.**


### Key asks of government

- EU nationals working in the NHS must be able to stay in the UK and continue to deliver excellent care for patients.
- The current workforce crisis facing the NHS must not be exacerbated by restricting non-UK doctors from working in the NHS.
- Migration rules must not adversely impact on the supply of care workers.

## Medical research

9. Changes to the medical research landscape following Brexit could adversely affect the delivery of care. [Patients in research active institutions have better outcomes than those in other institutions and are more likely to benefit from earlier access to new treatments, technologies and approaches](#). Doctors are uniquely well placed to contribute to research, as they are able to discern patterns and disseminate research findings through regular clinical contact with patients; they also have an [understanding of what is translatable into practice](#). This is an incredible opportunity to drive forward the research capability within the NHS and improve care for patients, but this will only happen with a supportive culture of collaboration, adequate funding and resources and suitable safeguards.
10. Patients must have access to the latest treatments and clinical trials. The EU plays a significant role in terms of researching rare diseases as it is not always possible to conduct research within one population and conducting research across multiple countries ensures that there is a large enough sample size in addition to providing the opportunity for patients across several countries to be involved. **Retaining access to innovative treatments for patients should be an important element of negotiation, to ensure that they are not negatively affected.**
11. The RCP is concerned that mobility will be restricted and seeks to ensure that this does not adversely affect the NHS workforce and medical research taking place in the UK. Many physicians do not have research formally identified in their role, yet contribute in a variety of ways through patient recruitment, quality improvement and clinical trials. Freedom of movement in Europe is essential to collaborate, ensure a skilled and full workforce, in addition to sharing facilities and resources for the advancement of healthcare for patients.
12. Funding is also a significant concern for medical research. Continued involvement and access to Horizon 2020 is essential, but it is unclear how the sector would continue to fund research if the UK is not included in FP9 (the Research, Technological and Development Framework Programme - FP9 - will take place 2021-2027) in addition to [other opportunities such as regional development funds, shared facilities and fellowships](#). In the short term, the reassurance to those seeking to participate in Horizon 2020 through the commitment to underwrite the funding is welcome; however in the long term, further reassurance will be needed. The charities currently funding around a third of non-commercial research in the NHS, [will be unable to fill the funding void](#). The referendum vote also brings opportunities to diversify research funding through commercial and international partnerships which could be pursued.
13. There are concerns over the future of regulatory frameworks, many of which the UK has had the privilege to shape. This has enabled the UK faster access to new technologies, a cost effective approvals and distribution process and is attractive for the pharmaceutical industry, which invests heavily in the UK. The UK currently benefits from the ability to influence the direction of scientific pursuit and shape priorities for funding and regulation but it may need to harmonise with future EU legislation to ensure that it is an attractive place to do research. **It remains unclear how the UK would be able to harmonise legislation. Greater investigation is needed into the feasibility and impact this would have.**
14. There could be opportunities to revisit and refine regulation during Brexit negotiations, developing pragmatic and proportionate approaches that give the UK a competitive advantage. However, there are potential risks in divergence. For example, the UK is a world leader in research using health data. Information from patient records provides the foundation for health





research, and offers significant potential to answer questions about the factors that influence health and disease. The [Data Protection Regulation](#), awaiting implementation in the UK, should provide safeguards to ensure personal information is used appropriately and remains secure when shared across borders. [If the UK's data protection laws were to develop in a way that is incompatible with the EU regulation, it could undermine this research](#). The UK should take this opportunity to maintain its position as a leader in global research and innovation and the potential impact on patients.

#### Key asks of government

- The UK's withdrawal from the EU must not affect patients' ability to participate in high quality research and clinical trials. Patients must continue to access innovative new technologies.
- Clinicians are a vital part of the research community. Workforce and mobility are key concerns for the UK role as a global leader in research. Increasing pressure on the workforce including unfilled positions can decrease the time available to physicians for research purposes. Restrictions on the mobility of researchers and clinicians may add further pressures.
- The UK is a significant recipient of funding from the EU for research purposes. It is unclear how the UK can maintain its position as a world leader in research if it was excluded from accessing FP9 funding, in addition to regional development funds, facilities and bursaries.
- Harmonised legislation across Europe is an important part of the UK research sector and it would be valuable to ensure this continues as much as possible. However, there is the risk that the UK will lose its ability to influence future legislation, which has been a considerable benefit in the past.

#### Public health

15. Leaving the EU will also have important consequences for the public health framework that has been built over the years which helps to protect and improve the health of people in the UK. The UK and Welsh governments must consider the following areas of public health in its approach to Brexit negotiations:

##### a. Environment and consumer protection

- i. The EU has developed wide-ranging frameworks for controlling environmental pollutants, including water and air quality, as well as risks from chemical products, health and safety in the workplace and the safety of consumer products. No less important are the frameworks for control and marketing of pharmaceuticals (based on the European Medicines Agency, currently based in London), and medical devices. In all these areas EU systems and standards underpin health protection in the UK, and it is crucial that either the UK maintains its involvement in them, or that they are replaced by equivalent or stronger national ones.
- ii. [The RCP is particularly concerned](#) that the UK and Welsh governments should maintain strong EU air quality standards against any pressure to weaken them. Air pollution does not recognise national boundaries and [the EU has played a significant role in driving measures to control air pollutants and has provided a vital enforcement regime, allowing the UK to be held to account on meeting air quality targets](#). The [National Emissions Ceiling \(NEC\) Directive](#) sets binding emission ceilings to be achieved by each member state; it covers four air pollutants - sulphur dioxide, nitrogen oxides, non-methane volatile organic compounds and ammonia. Given the important role that trans-boundary sources play in local air pollution, it is essential that the UK continues to work with the EU in responding to the challenges posed by air pollution.

## b. Disease prevention and control

- i. There is a need to provide effective surveillance of health threats, including communicable disease outbreaks and natural disasters. The EU has established several important alert, coordination and response mechanisms, many of which are operated via the European Centre for Disease Prevention and Control. **The UK in isolation cannot effectively tackle what are inherently transnational threats and therefore needs to have continued access to these European structures and networks.**

### Key asks of government

- Frameworks that underpin health protection must be replaced by equivalent or even stronger safeguards.
- The UK must have continued access to European structures and networks that provide effective surveillance of health threats.

### NHS finances

16. The financial challenge facing the NHS is having a real impact on the delivery of patient care. It is widely acknowledged that the amount of funding available for the NHS is highly dependent on the health of the national economy. We cannot know with certainty what the impact of Brexit will be on the national economy as much of this depends on the details of the deal negotiated with the remaining EU members and future trade arrangements with other countries. However, in the run up to the referendum, a number of leading economic organisations including [HM Treasury](#) and the [National Institute of Economic and Social Research](#) (NIESR) published forecasts of the effect on the economy of the UK leaving the EU, based on a number of different scenarios. The overwhelming majority of these forecasts project a negative effect on the economy. The NIESR's analysis suggests that economic growth might slow to around 1.5% a year up to 2019/20. Lower economic growth will result in a bigger public deficit which will have a direct impact on public spending, including the Welsh government's budget, and by default, the health budget in Wales.
17. There is a substantial financial challenge facing the NHS in both the short and long term and a real possibility that the UK's withdrawal from the EU will exacerbate this challenge. The UK and Welsh governments must do all they can to safeguard the NHS from any adverse impact that Brexit could have on the national economy.

### Conclusion

18. The UK and Welsh governments must ensure that safeguarding patient safety and public health remain the overriding priorities during the Brexit negotiations. Any changes to migration policies must consider the impact on the free movement of doctors, nurses, allied health professionals and care workers and should not exacerbate the workforce crises facing the NHS and social care system. Any future negotiations must not neglect key public health issues such as the control of air pollution and climate change. Finally, changes to the research landscape must not adversely affect patients.
19. More information about our policy and research work in Wales can be [found on our website](#). **We would be delighted to provide oral evidence to the Committee or further written evidence if that would be helpful.** For more information, please contact Lowri Jackson, RCP senior policy and public affairs adviser for Wales, at [REDACTED].