

## Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

HSC(4)-23-12 papur 1b

### Ystyried gohebiaeth a gyhoeddwyd yn ddiweddar rhwng swyddogion Llywodraeth Cymru a'r Athro Marcus Longley

Wedi'i atodi i'r papur hwn mae crynodeb o adroddiad yr Athro Marcus Longley, *Y Trefniant Gorau ar gyfer Gwasanaethau Ysbytai Cymru: Adolygiad o'r Dystiolaeth*.

Hefyd wedi'u hatodi mae'r lincs i dair dogfen - sy'n ymwneud â mynediad, y gweithlu ac ansawdd a diogelwch - a gyhoeddwyd i ategu'r adroddiad:

- [Dogfen ar fynediad](#) (Saesneg yn unig)
- [Dogfen ar y gweithlu](#) (Saesneg yn unig)
- [Dogfen ar ansawdd a diogelwch](#) (Saesneg yn unig)

---

**Y TREFNIANT GORAU AR GYFER GWASANAETHAU YSBYTAI CYMRU:  
ADOLYGIAD O'R DYSTIOLAETH**

**CRYNODEB**

---

Yr Athro Marcus Longley

Sefydliad Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru · Prifysgol Morgannwg

Ebrill 2012

**wihsc**



Welsh Institute for Health and Social Care  
Sefydliad Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru

## DIOLCHIADAU

Seilir y crynodeb hwn ar dri adolygiad manylach o'r dystiolaeth ar Ansawdd a Diogelwch, Y Gweithlu a Mynediad a ymchwiliwyd ac ysgrifennwyd gan fy nghydweithwyr Mike Ponton a Katie Norton, gyda chymorth Amy Simpson a Susan Kimani. Rydyn ni i gyd yn ddiolchgar iawn i staff Llywodraeth Cymru, GIG Cymru a Deoniaeth Cymru a ddarparodd ddata ar agweddau allweddol o'r gwaith hwn ar ein cyfer, ac i gydweithwyr eraill y buon ni'n trafod y dystiolaeth gyda nhw ac a adolygodd fersiynau drafft cynharach o'r papurau. Comisiynwyd y gwaith gan Fyrddau Iechyd Lleol Cymru.

### Yr awdur

Mae'r Athro Marcus Longley MA (Oxon), MSc Econ, PhD, FFPH, AHSM yn Gyfarwyddwr Sefydliad Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru ac Athro Polisi Iechyd Gymhwysol ym Mhrifysgol Morgannwg. [mlongley@glam.ac.uk](mailto:mlongley@glam.ac.uk) <http://wihsc.glam.ac.uk/>

## CYNNWYS

CRYNODEB	3
1. CYFLWYNIAD	4
I. Pwrpas y papur hwn	
II. Atebion ar eu pen i gwestiynau syml	
2. Y CYD-DESTUN	5
I. Mae ysbytai o safon byd eang yn dibynnu ar...	
II. 50 mlwydd oed ond yn newid yn barhaus	
3. YSBYTAI O SAFON BYD EANG	7
I. Ansawdd a Diogelwch	7
A. Canlyniadau clinigol	
B. Modelau gwasanaeth	
C. Penderfynyddion eraill am ansawdd a diogelwch	
D. Casgliadau	
II. Y Gweithlu	17
A. Staffio meddygol: Y storom berffaith	
B. Arbenigeddau dan bwysau	
C. Staff anfeddygol	
D. Casgliadau	
III. Mynediad	22
A. Beth ydyn ni'n ei olygu wrth sôn am 'fynediad'?	
B. Ydy amseroedd teithio hirach yn golygu canlyniadau gwaeth?	
C. Beth a ellir ei wneud i leihau effaith gwasanaethau mwy anghysbell?	
D. Casgliadau	
IV. Cost	25
4. CASGLIADAU	25

## CRYNODEB

Mae'r papur hwn yn adolygu'r hyn y mae'r dystiolaeth yn ei awgrymu am y nifer optimaidd o wasanaethau ysbytai, eu maint a'u dosbarthiad yng Nghymru. Fe'i ysgrifennwyd ar gyfer cynulleidfa anfeddygol: dinasyddion Cymru sy'n dymuno penderfynu drostyn nhw eu hunain sut dylai eu hysbytai gael eu trefnu. Ceir gwybodaeth bellach am dair rhan y drafodaeth hon – ansawdd a diogelwch, y gweithlu a mynediad – mewn tri phapur cysylltiedig.

Bwriad y papur hwn ydy helpu'r darllenydd i ateb pedwar cwestiwn:

- C: Ar Ddiogelwch ac Ansawdd: **Beth sydd o'i le ar batrwm presennol ein gwasanaethau ysbytai?**
- A: Mae corff cynyddol o dystiolaeth sy'n awgrymu nad ydy cleifion yng Nghymru bob amser yn cael y canlyniadau gorau posibl o'u gofal ysbyty, ac nad ydy'r modd y trefnir gwasanaethau mewn rhai meysydd arbenigol allweddol yng Nghymru– megis prif drawma, trawma cyffredinol a gofal brys, gofal strôc, gofal mamolaeth a'r newydd anedig a phediatreg – y gorau posibl o bell ffordd yn ôl y dystiolaeth.
- C: Ar y Gweithlu: **Mae mwy o staff nag erioed gyda ni, felly beth ydy'r broblem?**
- A: Erbyn hyn mae pwysau dybryd ar staffio meddygol ym maes pediatreg, meddygaeth argyfwng, hyfforddiant llawfeddygol craidd a seiciatreg, ac yn fwy cyffredinol yn rhai o'r manau mwyaf anghysbell o Gymru. Mae 'storom berffaith' wedi datblygu, gyda mwy o feddygon yn ein hysbytai, ond mewn gwirionedd llai ar gael o'i gymharu â'r galw am eu gwasanaeth.
- C: Ar Fynediad: **Ydy gwaeth mynediad yn anochel er mwyn sicrhau ansawdd a diogelwch da?**
- A: Mae canoli gwasanaethau yn anorfod yn golygu bod rhaid i rai pobl deithio ymhellach. Fodd bynnag gellir gwneud llawer i liniaru effaith canoli rhai gwasanaethau. Yn arbennig, gellid gostwng y risgiau sy'n gysylltiedig â theithio ymhellach yn sylweddol petai gwasanaethau argyfwng cyn mynd i ysbyty hefyd yn cael eu hail-drefnu.
- C: Ac o roi'r elfennau at ei glydd: **Beth ydy'r ddadl dros newid?**
- A: Erbyn hyn mae dadl gref dros ail-drefnu rhai gwasanaethau ysbytai, yng Nghymru fel mewn manau eraill yn y DU. Mae agwedd bositif i hyn o beth - gellid gwella canlyniadau i gleifion – ac agwedd negyddol – bydd rhai gwasanaethau yn chwalu oherwydd prinder staff allweddol, os na wneir y newidiadau'n rhagweithiol. Er bod y problemau hyn wedi bod yn datblygu tros gyfnod, bellach mae'r angen i newid yn un dirfawr mewn rhai meysydd allweddol arbenigol, wrth i lefelau staffio meddygol fynd yn fwy difrifol.

Mae'n naturiol i'r dystiolaeth hon weithiau i fod yn rhwystredig o aneglur, yn amhendiant, yn gwrthddweud ei hunan, neu beidio bodoli o gwbl ac heb fod bob amser yn cynnig un ateb penodol. Fodd bynnag, fel y dengys y crynodeb hwn a'r papurau atodol, mae yna bellach dystiolaeth argyhoeddiadol nad ydy gwasanaethau ysbyty yng Nghymru ddim bob amser wedi eu trefnu yn optimaidd, ac y gallai gofal cleifion fod yn dioddef, a bod rhai grwpiau o staff allweddol, mewn rhai ysbytai, yn anghynaliadwy, gyda'r risg o weld y gwasanaeth yn chwalu'n llwyr a hynny'n fuan. Felly rhaid i'r darllenydd bwyso a mesur y dystiolaeth drostyn nhw eu hunain, gan ystyried y dehongliad i'w roi arni a defnyddio'u synnwyr cyffredin. Yn aml, pethau fel hyn ydy penderfyniadau polisi iechyd - yn rhannol ym ymwneud â dyfarniadau gwerth, ac y mae dod i gyfaddawd derbyniol rhwng gwahanol amcanion yn rhywbeth arall y mae'n rhaid i ddarllenydd ei wneud drostyn nhw eu hunain. Dyna pam bod angen trafodaeth gyhoeddus o ddifrif am y materion hyn. Mewn rhai agweddau allweddol, fodd bynnag, mae digon o dystiolaeth i bryderu a ydyn ni wir yn cael y gofal gorau posibl gan yr adnoddau yr ydyn ni'n buddsoddi ynddyn nhw.

*'Here now is the opportunity to build a hospital service equal to any in the world and matched, I would think, by very few... the intention of the Government and of the Hospital Service [is] to rise to that opportunity... This Plan is nothing less than a plan for the modernisation of our hospital system... to make clear the sort and size of hospitals which we ought to have if we are to make the best use of the specialist techniques of our time, together with the general practitioner services and the domiciliary services.'*

Yr Arglwydd Newton, yn cyflwyno *Cynllun Ysbytai ar gyfer Lloegr a Chymru* i Dŷ'r Arglwyddi yn 1962

## 1. CYFLWYNIAD

### I. PWRPAS Y PAPUR HWN

Gofynnwyd am farn pobl ar draws Cymru ar sut y dylid newid eu gwasanaethau iechyd. Lluniwyd y papur hwn i helpu pobl i benderfynu drostyn nhw eu hunain. Mae'n adolygu'r dystiolaeth am yr hyn ydy'r ffordd 'orau' ar gyfer darpariaeth ysbytai, ac asesu cryfderau a goblygiadau'r dystiolaeth. Mae'n canolbwyntio ar yr hyn y mae'r dystiolaeth yn ei awgrymu am y **nifer optimaidd o wasanaethau ysbytai, eu maint a'u dosbarthiad yng Nghymru**. Mae'n ddi-duedd, yn seiliedig yn unig ar y dystiolaeth a adolygwyd ac mae unrhyw ddyfarniad a wneir ar sail y dystiolaeth yn eglur a phendant. Ysgrifennwyd y papur yn bennaf ar gyfer cynulleidfa leyg: pobl sydd yn poeni am ddyfodol eu gwasanaethau iechyd, ac yn dymuno penderfynu drostyn nhw eu hunain rhwng y gwahanol safbwyntiau sydd weithiau'n groes i'w gilydd a gyflwynir ar y cyfryngau a mannau eraill.

Dydy'r papur ddim yn ystyried cynlluniau *lleol*: ond yn hytrach mae'n adolygu'r hyn y mae'r dystiolaeth yn ei ddweud yn *gyffredinol* am newidiadau i'r patrwm o wasanaethau ysbytai. Mae'n canolbwyntio'n bennaf ar ysbytai aciwt, ond mae'n gwneud y pwynt mai rhan yn unig ydy'r ysbytai hyn o rwydwaith cymhleth o wasanaethau GIG Cymru, a'u bod yn dibynnu ar y gwasanaethau o'u cwmpas. Mae hefyd yn gweithio ar y sail y gall y dystiolaeth *helpu* pobl ddod i benderfyniad, *ond ddim yn rhoi'r ateb i chi*. Wrth wraidd y materion anodd hyn mae set o ddyfarniadau gwerth: mae angen i bobl benderfynu drostyn nhw eu hunain ar yr hyn sydd o fwyaf bwys yn eu tyb nhw mewn gofal iechyd a pha gyfaddawdu y maen nhw'n barod i'w dderbyn.

Mae'r papur hwn yn seiliedig ar dair dogfen 'dechnegol' gysylltiedig sy'n disgrifio'r dystiolaeth yn fwy manwl:

- I. Ansawdd a Diogelwch
- II. Y Gweithlu
- III. Mynediad

Os ydy'r darlennydd am gael rhagor o wybodaeth ar unrhyw fater arbennig, gall droi at y dogfennau technegol hyn.

### II. ATEBION AR EU PEN I GWESTIYNAU SYML

Mae llawer o'r dadlau ynglyn ag unrhyw ddarpar aildrefnu gwasanaethau iechyd unrhywle yn y DU yn deillio o gynigion i newid yr hyn y mae ysbytai yn ei gynnig, ac yn enwedig i dynnu gwasanaethau oddiar

ysbytai lleol. Yn llawer rhy aml, mae'n ymdangos, dydy'r ddadl ddim wedi'i seilio ar y dystiolaeth ac mae hyn yn drysu pobl (neu'n eu gwneud yn amheus) am yr hyn sy'n digwydd. Rydyn ni wedi seilio'r adolygiad hwn o'r dystiolaeth ar rai o'r cwestiynau syml - ond dwys – y mae pobl yn eu gofyn dro ar ôl tro am ddyfodol eu hysbytai ac yn cael trafferth weithiau i gael atebion sy'n eu hargyhoeddi:

- Ar Ddiogelwch ac Ansawdd: **Beth sydd o'i le ar batrwm presennol ein gwasanaethau ysbytai?**
- Ar y Gweithlu: **Mae mwy o staff nag erioed gyda ni, felly beth ydy'r broblem**
- Ar Fynediad: **Ydy gwaeth mynediad yn anochel er mwyn sicrhau ansawdd a diogelwch da**

Ac o roi'r elfennau at ei gilydd: **Beth ydy'r ddadl dros newid?**

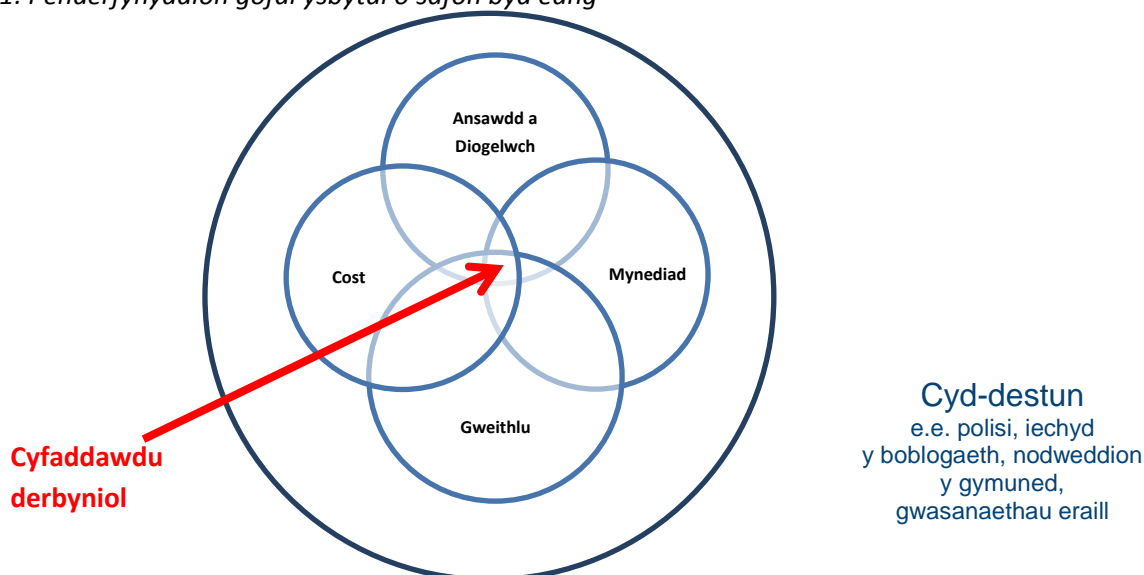
Mater arall sy'n codi'n aml yn y trafodaethau hyn ydy arian: **Allwn ni fforddio gwella'r gwasanaeth?** Dydyn ni ddim yn adolygu'r dystiolaeth ar hyn yn y fan yma ond ceir trafodaeth am yr hyn allai'r cwestiwn ei olygu.

## 2. Y CYD-DESTUN

### I. MAE YSBYTAI O SAFON BYD EANG YN DIBYNNU AR...

Argymhellodd Comisiwn Bevan i Lywodraeth Cymru y dylai gofal iechyd yng Nghymru '*fod yn addas i anghenion Cymru ac yn un cyffelyb i'r gorau unrhywle*'. Sef: 'safon byd eang'. Mae diffiniadau o'r hyn yw gofal ysbyty o 'safon byd eang' yn amrywio o le i le, o berson i berson, ond ceir mesur o gytundeb ar y pedwar set o faterion penodol sydd wrth wraidd llwyddiant cyffredinol: ansawdd a diogelwch y gofal a ddarperir yn yr ysbyty; pa mor hygyrch ydy'r gofal; a ydy'r gweithlu'n ddigonol o ran ansawdd, eu nifer a'u dosbarthiad; ac a ellir fforddio'r system. Mae rhaid i bob un o'r rhain fod yn gynaliadwy i'r dyfodol. Does dim un system yn y byd wedi gallu cyflawni pob un o'r meysydd hyn yn berffaith, na chwaith fyth yn gallu: mae 'safon byd eang' yn golygu canfod set o gyfaddawadau sy'n dderbyniol i ddinasyddion a'r gweithredwyr proffesiynol (Ffigur 1):

Ffigur 1: Penderfynyddion gofal ysbytai o safon byd eang



Mae'r papur hwn yn cyfeirio at wasanaethau ysbytai aciwt ac mae ffocws cul i'r dystiolaeth a adolygwyd yma. Ond mae'r ffactorau yn eu cyd-destun yn hanfodol i lwyddiant ysbytai. Maen nhw'n troi'n gyfres o amcanion sy'n gyffredin i fwyafrif o systemau gofal iechyd y byd datblygedig, gan gynnwys Cymru ac eisoes yn destun amrywiaeth o fentrau eraill:

- Helpu pobl a chymunedau i ofalu amdany'n nhw eu hunain – i atal afiechyd a chadw pobl yn iach
- Rheoli'r baich cynyddol o glefydau cronig - er mwyn lleihau effaith cyflyrrau hirdymor sydd eisoes yn cyfrif am fwyafrif y gofal iechyd yng Nghymru
- Rhagor o gapasiti GIG a chydgyssylltu tu allan i'r ysbyty – er mwyn symud cydbwysedd yr adnoddau tuag at y gymuned
- Atal derbyniadau diangen i'r ysbyty – i sicrhau mai dim ond cael eu derbyn i'r ysbyty y bydd pobl pan fo hwnnw'r dewis gorau iddyn
- Gwell cydlynu rhwng holl ddarparwyr gwasanaethau – er mwyn darparu gwaith tîm effeithiol ar draws ystod cymhleth o wasanaethau sydd eu hangen ar bobl
- Mabwysiadu mesurau effeithiolrwydd o safon fyd eang - er mwyn parhau â'r dasg ddiwedd o wneud y system i weithio mor effeithlon â phosibl
- Dilyn yr arferion clinigol gorau – er mwyn sicrhau bod pob gwasanaeth yn dilyn arferion da cydnabyddedig
- Osgoi oedi rhag ryddhau o'r ysbyty – er mwyn sicrhau bod pobl yn gadael yr ysbyty i fynd i'r manau priodol heb unrhyw oedi
- Gwasanaethau a gynlluniwyd ar gyfer gwahanol gymunedau – er mwyn sicrhau bod gwasanaethau'n cael eu trefnu'n briodol a'u cymhwyso i'w hardal
- Partneriaeth rhwng gwasanaethau a chleifion – er mwyn sicrhau bod yr holl gleifion yn cymryd rhan yn eu gofal eu hun, yn gwneud penderfyniadau a derbyn y gofal sy'n addas ar eu cyfer
- Adnoddau digonol – er mwyn sicrhau bod gwasanaethau'n gweithio'n effeithlon ac yn derbyn yr arian a'r adnoddau sydd eu hangen arny'n nhw.

Mae cyflawni gwasanaethau ysbytai o safon fyd eang yn golygu cyflawni darpariaeth o safon fyd eang ar gyfer pob un o'r agweddau hyn yn ogystal â threfnu gwasanaethau ysbytai eu hunain i'r safon gorau posibl. Yng Nghymru, mae cyflawni'r trydydd nod – sef gwella gwasanaethau iechyd a gwasanaethau cysylltiedig yn ddramatig *tu allan i* ysbytai – yn arbennig o bwysig i ddyfodol gwasanaethau ysbytai. Mae wedi bod yn amlwg ers cryn amser bod gan Gymru fwy o welyau ysbyty na Lloegr – 3.90 o welyau am bob 1,000 o boblogaeth yng Nghymru o'i gymharu â 2.64 o welyau am bob 1,000 o boblogaeth yn Lloegr (Rhagfyr 2011). Rhaid i gynnydd yn y maes hwn (a amlinellir yn *Gosod y Cyfeiriad*, polisi Llywodraeth Cymru) gydsymud yn union â datblygiad gwasanaethau ysbytai os nad ydy hwnnw'n cael ei adael i lenwi bylchau yn y ddarpariaeth ar gyfer y gymuned a derbyn pobl y dylid gofalu amdany'n nhw yn y gymuned.

## II. 50 MLWYDD OED OND YN NEWID YN BARHAUS

Sefydlwyd patrwm cyfredol gwasanaethau ysbytai yn Lloegr a Chymru 50 mlynedd yn ôl yn *The Hospital Plan for England and Wales*, cynllun Enoch Powell, AS, y Gweinidog Iechyd bryd hynny. Mae ei nod yn hynod o fodern: creu gofal ysbyty o safon fyd eang drwy ddatblygu system gydlynol o fewn yr ysbyty a thu allan, gan ddefnyddio'r dechnoleg ddiweddaraf ac ystod llawn o sgiliau ac arbenigedd y staff. Gallai



geiriau'r Arglwydd Newton a ddyfynwyd ar ddechrau'r papur hwn fod yn eiriau fyddai Gweinidog Cymru yn eu llefaru yn y Senedd wythnos yn ôl!

Esgrodd *The Hospital Plan* ar rwydwaith o 'Ysbytai Cyffredinol Dosbarth' yn cynnwys rhwng 600 ac 800 o welyau i wasanaethau poblogaethau rhwng 100,000 a 150,000. Mae'r sylfeini allweddol hyn yn dal i fodoli ar draws Cymru 50 mlynedd yn ddiweddarach, ond mae'r gofal maen nhw'n ei ddarparu wedi newid a'i addasu i gwrdd ag amgylchiadau sydd wedi newid:

*Er enghraifft...*

*... sy'n golygu*

<b>Mae gofal sylfaenol yn canfod cleifion sydd mewn perygl ac yn eu rheoli'n rhagweithiol</b>	Roedd cleifion â chlefyd siwgr yn arfer mynd i mewn i'r ysbyty i gychwyn ar eu hinsiwlin... nawr caiff ei wneud yn y gymuned
---	--

<b>Mae hyd arhosiad mewn ysbyty yn fyrrach o lawer</b>	Mae llawer o lawdriniaethau'n cael eu gwneud fel achosion dydd
--	--

<b>Mae technoleg yn caniatâu i gleifion gael gofal arbenigol yn nes adref</b>	Mae llawer o ofal canser a mwyafrif o wasanaethau iechyd meddwl nawr yn digwydd yn y gymuned
---	--

<b>Mae staff wedi datblygu rolau newydd</b>	Llawer o wasanaethau nawr yn cael eu harwain gan staff anfeddygol
---	---

Rhaid i newidiadau yn y meysydd hyn a meysydd eraill barhau ar y cyd ag unrhyw newidiadau yng nhrefniant gwasanaethau ysbytai.

### 3. YSBYTAI O SAFON FYD EANG

#### I. DIOGELWCH AC ANSAWDD

Mae nifer o ffyrdd y gellir diffinio diogelwch ac ansawdd gwasanaethau ysbytai. Ystyrir tystiolaeth dau o'r ffyrdd pwysicaf yma. Canlyniadau clinigol ydy'r mesurau gwrthrychol llwyddiant hynny sydd bwysicaf i gleifion, megis marwolaeth ac anabledd y mae modd eu hosgoi. Mae modelau gwasanaeth yn disgrifio'r modd y darperir rhannau o'r gwasanaeth – er enghraifft, mathau o lawdriniaethau, gofal strôc, genedigaeth. Mae ystyried y ddau yn ein helpu i ateb y cwestiwn: **Beth sydd o'i le ar batrwm presennol ein gwasanaethau ysbytai?**

Ceir gwybodaeth bellach ar y data a grynhoir yn y ddogfen hon yn y papur cysylltiedig, Ansawdd a Diogelwch. Dylid darllen y drafodaeth hon ar ddiogelwch ac ansawdd ar y cyd â'r adran nesaf, sef y Gweithlu, sy'n ystyried a all prinder grwpiau penodol ynddo'i hun fod yn fygythiad i ansawdd a diogelwch.

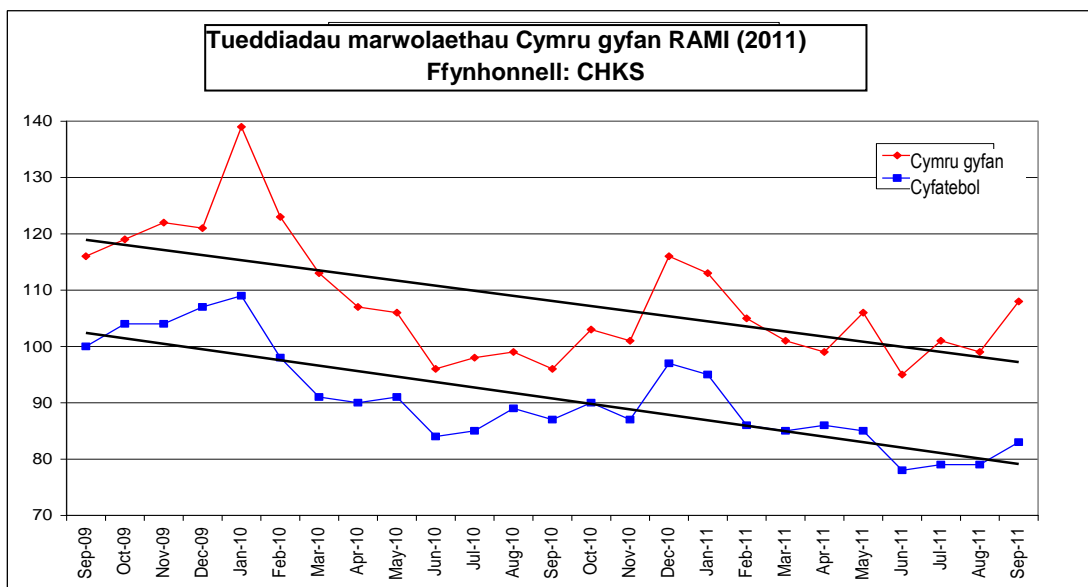
#### A. Canlyniadau clinigol

Defnyddir data ar farwolaethau yn ysbytai Cymru i lunio Mynegai Marwolaethau wedi'u haddasu yn ôl Risg (RAMI). Mae hwn yn ceisio addasu cyfraddau 'syml' marwolaethau ar gyfer y gwahaniaethau rhwng cleifion sydd ddim o ganlyniad i ofal mewn ysbyty – er enghraifft, oed, rhyw, neu ddifrifoldeb cyflwr wrth fynd i mewn i ysbyty. Mae'r rhain wedyn yn cael eu cymharu'n fras â grŵp tebyg o ysbytai Lloegr i sefydlu a oes gwahaniaeth rhwng y canlyniadau a allai fod o achos y gofal ysbyty ei hun. Yn union fel unrhyw

dechneg ystadegol, dydy'r broses o asesiad risg ddim yn berffaith, ac mae'n bosibl bod o leiaf rhai o'r gwahaniaethau a welwyd yn ganlyniad i ffactorau dieithr megis y gwahaniaethau yn y mathau o ysbytai a gymharwyd, neu argaeledd gofal hospis yn lleol. Felly, dylid defnyddio'r data a gyflwynir yma yn ofalus. Mae'r data hwn hefyd yn cuddio'r gwahaniaethau rhwng y rhanbarthau yn Lloegr.

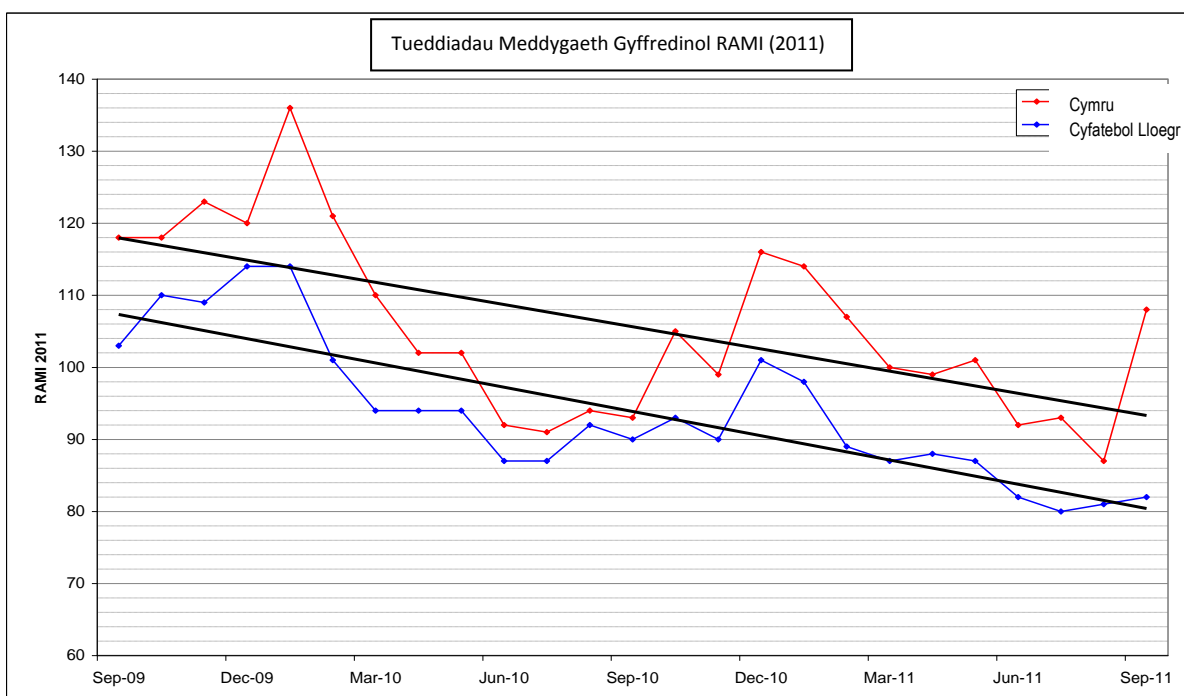
Mae Ffigur 2 yn dangos y gymhariaeth gyffredinol rhwng ysbytai Cymru a Lloegr, a gwelwn fod patrwm hynod o debyg (gwelliant) rhwng y ddwy wlad, ond bod perfformiad Cymru yn gyson waeth:

Ffigur 2: Tueddiadau marwolaethau a addaswyd yn ôl risg 2009-11, Cymru a Lloegr



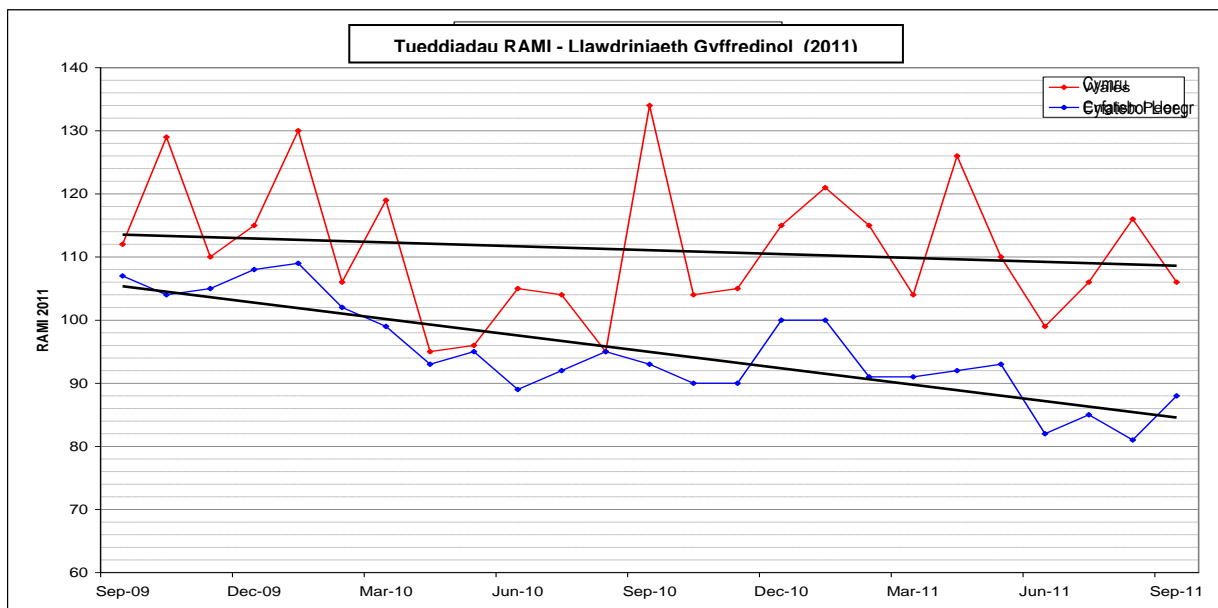
O ystyried yn fwy gofalus yr arbenigeddau ehangach o fewn y darlun cyffredinol, mae'n ymddangos bod meddygaeth gyffredinol yn dilyn patrwm tebyg (Ffigur 3):

Ffigur 3: Tueddiadau marwolaethau Meddygaeth Gyffredinol a addaswyd yn ôl risg, 2009-11, Cymru a Lloegr



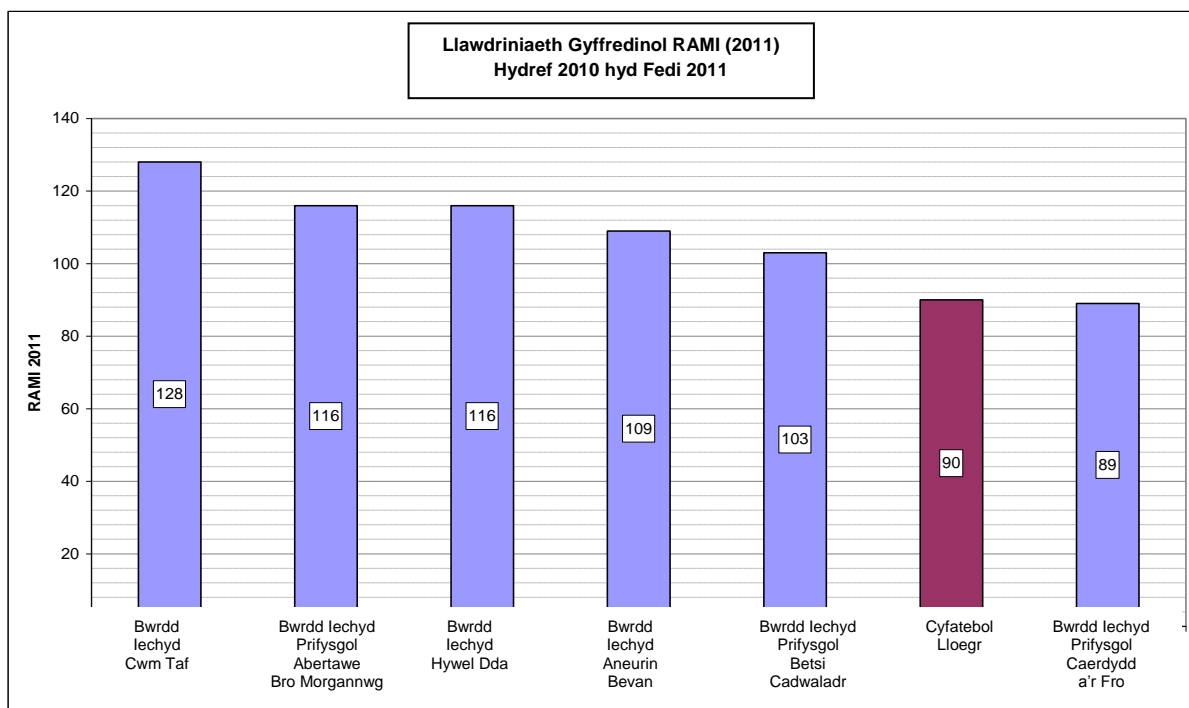
Ym maes llawdriniaeth gyffredinol, mae'r bwloch rhwng Lloegr a Chymru i'w weld yn ehangu (Ffigur 4):

Ffigur 4: Tueddiadau marwolaethau Meddygaeth Gyffredinol a addaswyd yn ôl risg, 2009-11, Cymru a Lloegr



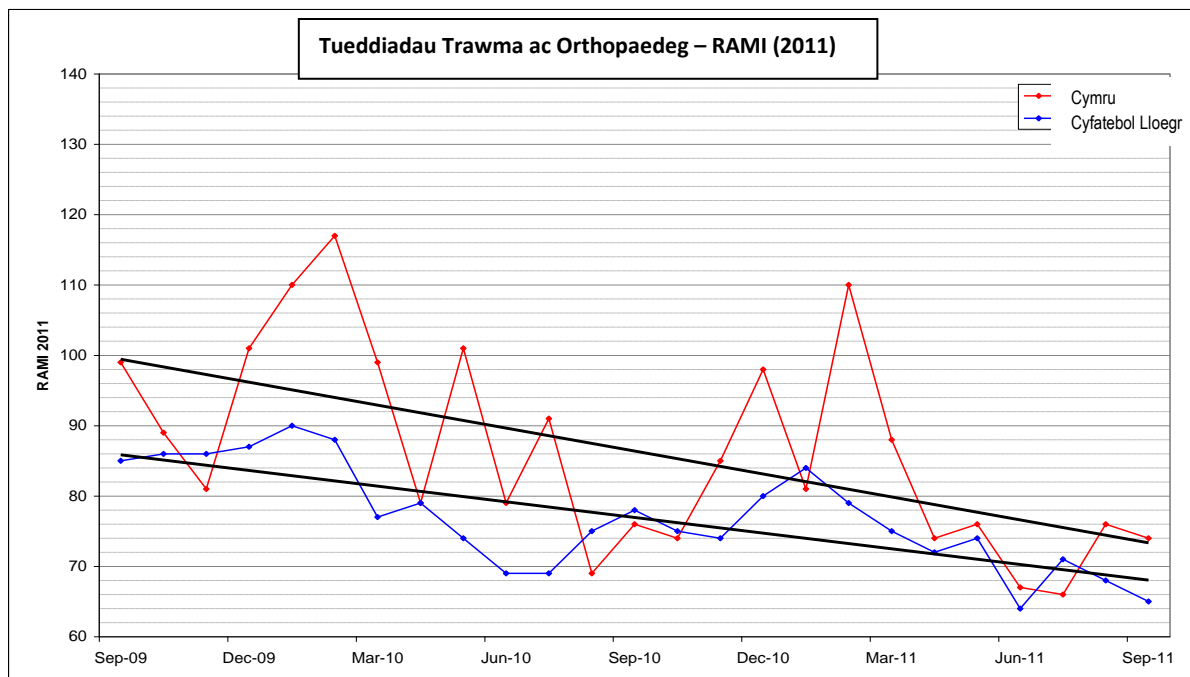
Ac y mae amrywiaethau sylweddol rhwng gwahanol Fyrddau Iechyd Cymru (Ffigur 5):

Ffigur 5: Marwolaethau a Addaswyd yn ôl Risg, Llawdriniaeth Gyffredinol, Byrddau Iechyd Cymru a hefyd Lloegr, 2010/11



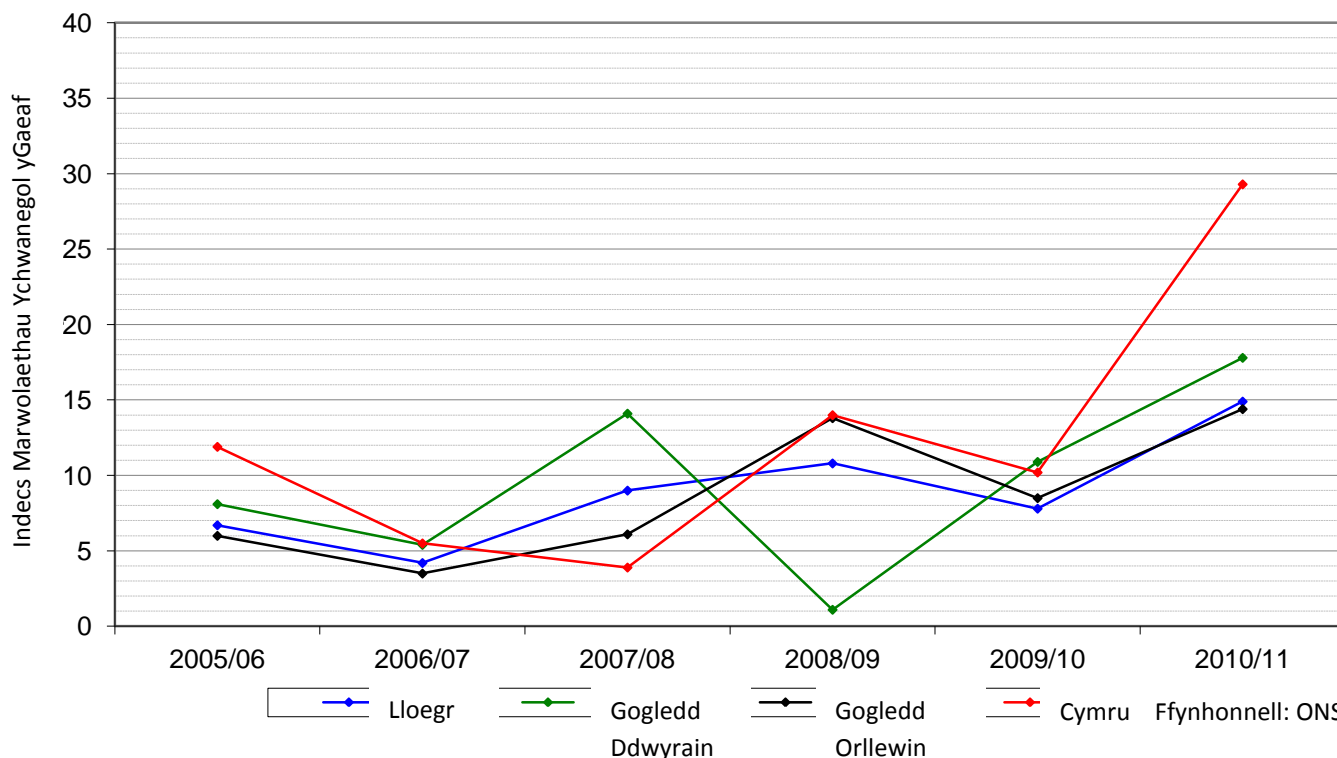
Ym maes trauma ac orthopaedeg, mae'r bwlch rhwng y ddwy wlad yn ymddangos ei fod yn culhau (Ffigur 6). Fodd bynnag, mae'n ymddangos bod Cymru'n cael anhawster i gynnal safonau diogel pan fydd galwadau tymhorol ar eu hanterth:

Ffigur 6: Tueddiadau marwolaethau Trawma ac Orthopaedeg a addaswyd yn ôl risg, 2009-11, Cymru a Lloegr



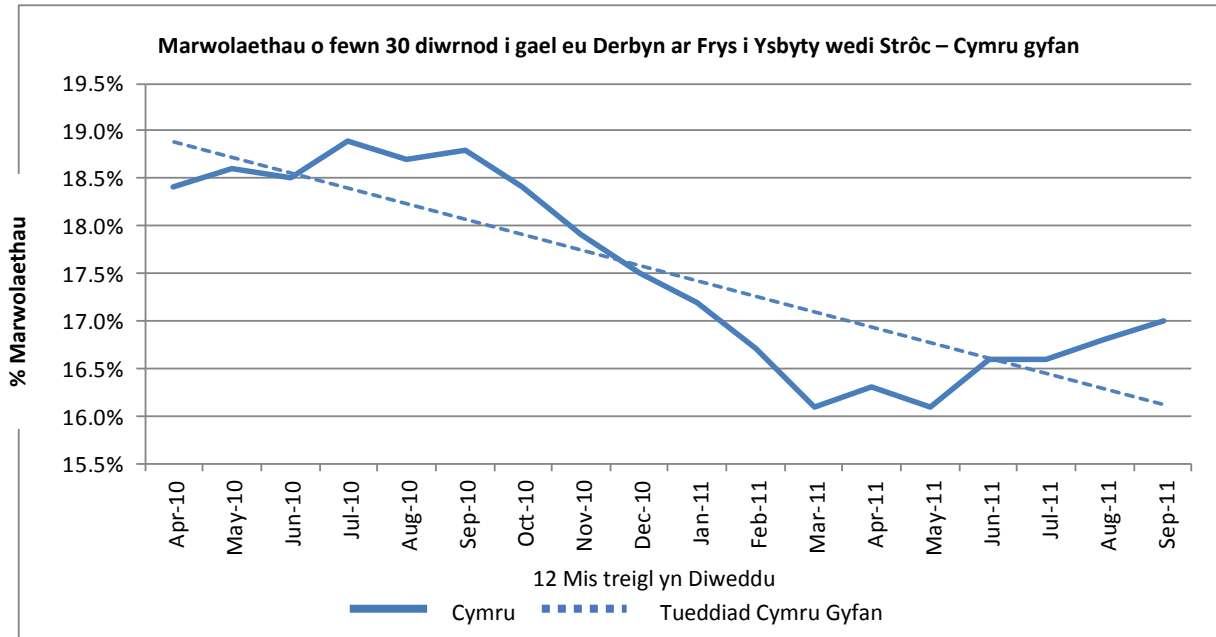
Mae hyn hefyd yn cael ei adlewyrchu yn amcangyfrifiad ‘mynegai marwolaethau ychwanegol y gaeaf’, sy’n dangos bod Cymru’n aml yn perfformio’n waeth nag ardaloedd tebyg yn Lloegr (Ffigur 7):

Ffigur 7: Mynegai marwolaethau ychwanegol y gaeaf, oed 0-64, yn ôl ardal, o 2005/6 at 2010/11



Ym maes gofal strôc, cafwyd gwelliant amlwg yn y canlyniadau ers i Goleg Brenhinol y Meddygon gynnal archwiliad seminaidd (Ffigur 8):

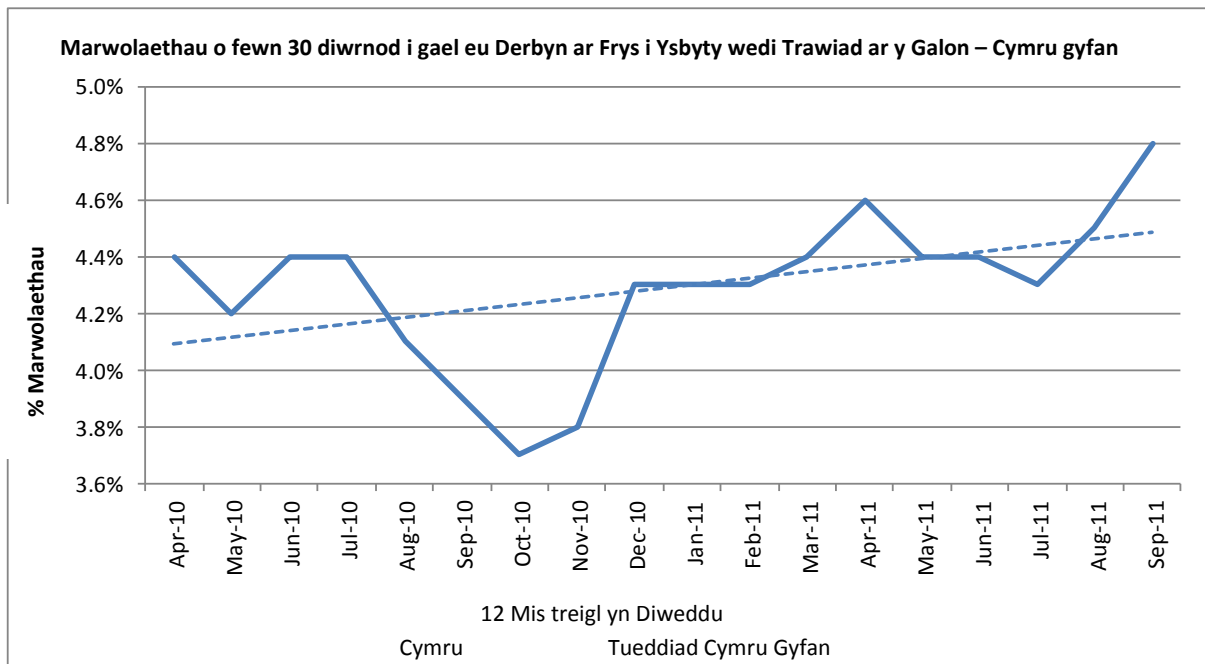
Ffigur 8: Marwolaethau mewn ysbytai o fewn 30 diwrnod i dderbyn brys ar gyfer Strôc, Cymru, 2010-11



Fodd bynnag, mae data mis Rhagfyr 2011 yn dangos amrywiaeth eang mewn perfformiad rhwng ysbytai o ran cydymffurfio â'r safonau y cytunwyd arnyn nhw ar gyfer diwrnod cyntaf hollbwysig ôl ofal strôc. Mae'r rhain yn amrywio o dros 95% o gydymffurfiaid mewn pedair o'r pymtheg ysbyty sy'n darparu gofal strôc yng Nghymru hyd at o dan 50% o gydymffurfiaid mewn dwy ysbyty.

Mae'n ymddangos bod marwolaethau ar ôl derbyn ar frys ar ôl trawiad yng Nghymru (Ffigur 9):

Ffigur 9: Marwolaethau mewn ysbyty o fewn 30 diwrnod i gael eu derbyn ar frys oherwydd trawiad, Cymru, 2010-11



Seilir ffurf arall o ddata canlyniadau ar archwilio adrannau unigol a chymharu'r hyn y maen nhw wedi'i gyflawni gydag unedau tebyg mewn rhywle arall. Un o'r mwyaf ydy bas data Rhwydwaith Ymchwil

Archwiliad Trawma (TARN) sy'n darparu gwybodaeth fanwl am berfformiad a chanlyniadau ar gyfer adrannau Damweiniau ac Achosion Brys. Yn anffodus, dim ond chwech o'r 13 Adran Ddamweiniau ac Achosion Brys a ddarparodd ddata ar gyfer Bas data TARN. Mae Ffigwr 10 yn darparu crynodeb o fesur y rhai a orosodd yn annisgwyl neu farwolaethau rhwng 2008 a 2011 lle mae 0 yn awgrymu perfformiad cyfartalog a nifer positif yn well na'r cyfartaledd. Mae'r data hyn yn gyffredinol dda, ond yn anffodus does dim data ar gael ar gyfer dros hanner unedau Cymru:

Ffigwr 10: Canlyniadau cymharol Adrannau Damweiniau ac Achosion Brys, Cymru, 2008-11

Bwrdd Iechyd Lleol	Ysbyty	Cyfradd Goroesi
Caerdydd a'r Fro	Ysbyty Prifysgol Cymru	2.9 ychwanegol a orosodd/100 o gleifion
Betsi Cadwaladr	Glan Clwyd	0.2 ychwanegol a orosodd/100
	Wrecsam Maelor	1.6 ychwanegol a orosodd/100
	Ysbyty Gwynedd	2.7 ychwanegol a orosodd/100
Abertawe Bro Morgannwg	Treforys	1.7 ychwanegol a orosodd/100
	Tywysoges Cymru	0.7 mwy o farwolaethau/100
Aneurin Bevan	Nevill Hall	Dim data
	Brenhinol Gwent	
Cwm Taf	Brenhinol Morgannwg	
	Tywysog Cymru	
Hywel Dda	Bronglais	
	Ysbyty Cyffredinol Gorllewin Cymru	
	Llwynhelyg	

Dimensiwn arall a gafodd lawer o sylw yn Lloegr a Chymru fel ei gilydd yn ddiweddar ydy effaith pa ddiwrnod o'r wythnos y derbynnir cleifion. Yn y ddwy wlad, mae tystiolaeth sy'n peri pryder bod cleifion sy'n cael eu derbyn yn ystod y penwythnos – ac yn enwedig ar Ddydd Sul – yn fwy tebygol o farw na'r rhai a dderbyniwyd rhwng Ddydd Llun a Dydd Gwener (Ffigwr 11):

Ffigwr 11: Marwolaethau mewn ysbyty fesul dydd y derbyn, Cymru, 2010-11

Tabl 3: Graddfa Marwolaethau heb gyfri Peditreg, Obstetreg a Bydwreigiaeth yn ol Dydd Derbyn ac Ysbyty

Ysbyty Derbyn	Llun	Mawrth	Mercher	Iau	Gwener	Sadwrn	Sul	Cymhareb Perygl
Ysbyty Bronglais	4.99%	5.59%	4.41%	7.86%	6.53%	6.72%	4.15%	1.89
Ysbyty Glan Clwyd	6.13%	6.10%	6.26%	5.87%	5.30%	6.03%	6.39%	1.21
Ysbyty Gyffredinol Gorllewin Cymru	5.63%	5.15%	5.67%	4.92%	5.75%	6.94%	6.00%	1.41
Ysbyty Treforys	4.62%	5.13%	5.41%	4.93%	5.93%	5.23%	6.00%	1.30
Ysbyty Nevill Hall	4.76%	4.51%	4.32%	5.15%	5.73%	5.00%	6.86%	1.59
Ysbyty Tywysog Siarl	5.50%	4.69%	4.97%	4.58%	5.36%	5.24%	6.48%	1.42
Ysbyty Tywysoges Cymru	7.60%	7.06%	6.82%	8.06%	7.18%	8.41%	8.06%	1.23
Ysbyty Frenhinol Morgannwg	6.00%	6.32%	5.94%	6.75%	5.41%	7.21%	7.68%	1.42
Ysbyty Frenhinol Gwent	3.97%	4.50%	4.82%	4.85%	4.36%	5.56%	5.65%	1.42
Ysbyty Prifysgol Cymru	5.56%	5.56%	5.21%	5.55%	6.13%	5.02%	5.90%	1.22
Ysbyty Llwynhelyg	5.63%	5.88%	5.19%	6.66%	5.56%	7.25%	6.63%	1.40
Ysbyty Maelor Wrecsam	4.71%	5.28%	5.15%	5.53%	5.37%	5.86%	6.01%	1.28
Ysbyty Gwynedd	6.44%	5.59%	5.29%	4.79%	4.86%	4.97%	4.80%	1.34
<b>Cyfanswm</b>	<b>5.35%</b>	<b>5.36%</b>	<b>5.32%</b>	<b>5.54%</b>	<b>5.49%</b>	<b>5.90%</b>	<b>6.22%</b>	<b>1.17</b>

Nodiadau: Mae'r data'n cyfeirio at ryddhau o'r ysbyty rhwng Medi 2010 ac Awst 2011 yn gynwysedig

Ffynhonnell : NWIS

Mae'r data yn ymwed â derbyn ar frys i'r ysbyty yn unig

Mae'r data yn ymdrin â chleifion oedd angen triniaeth arbenigol ac eithrio Peditreg, Obstetreg a Bydwreigiaeth

Mae 'Ysbyty Frenhinol Morgannwg' yn cynnwys marwolaethau ym maes 'Gwasanaethau Iechyd meddwl yn Ysbyty Frenhinol Morgannwg'

Mae Ysbyty Gwynedd yn cynnwys marwolaethau yn 'Ysbyty Gwynedd (seiciatrig)'

Mae'r dydd o'r wythnos lle gwelir y raddfa uchaf o farwolaethau ym mhob ysbyty yn cael eu nodi mewn llwyd tywyll a'r dydd â'r raddfa isaf mewn glas golau

Cymhareb Perygl ydy cymhareb graddfa uchaf o farwolaethau ar y diwrnod gyda'r raddfa isaf o farwolaethau ar y diwrnod

Mae'r patrwm yn amrywio o arbenigedd i arbenigedd, ond prin ydy'r rhai sy'n sicrhau cysondeb drwy'r wythnos. Mae'n amrywio mewn mewn rhai arbenigeddau a hyd yn oed yn fwy amlwg na'r darlun cyffredinol – er enghraifft, marwolaethau cleifion sydd wedi torri pen y glun yn ardal asgwrn eu morddwyd yn seiliedig ar y diwrnod y cafodd y claf ei dderbyn (Ffigur 12):

Ffigur 12 Marwolaethau cleifion sydd wedi torri pen y glun yn ardal asgwrn eu morddwyd yn seiliedig ar y diwrnod y cafodd y claf ei dderbyn, Cymru, Medi 2010-Hydref 2011

Graddfa marwolaethau	Sul	Llun	Maw	Merch	Iau	Gwen	Sad	Cyfan	Cymhareb Perygl
Betsi Cadwaladr	6.0%	6.6%	5.9%	4.0%	7.9%	8.3%	4.9%	6.2%	2.1
Hywel Dda	2.4%	4.3%	4.4%	6.1%	5.9%	8.5%	5.7%	5.4%	3.6
Abertawe Bro Morgannwg	13.4%	4.0%	13.6%	6.2%	10.4%	10.9%	7.5%	9.2%	3.4
Caerdydd a'r Fro	14.9%	15.1%	9.1%	6.4%	5.5%	13.5%	7.8%	10.3%	2.7
Cwm Taf	5.7%	8.0%	9.4%	4.1%	8.8%	3.2%	13.2%	7.7%	4.1
Aneurin Bevan	7.9%	9.0%	3.8%	10.1%	4.3%	6.7%	9.0%	7.2%	2.6
Powys	0.0%	20.0%	3.7%	3.6%	4.0%	0.0%	0.0%	4.5%	
Cymru gyfan	8.0%	7.7%	7.0%	6.0%	7.2%	8.6%	7.5%	7.4%	1.4

Noder: i ddeall effaith y niferoedd foliwm dylid ystyried y graddfeydd marwolaethau ynghyd â nifer y marwolaethau/nifer y rhai dderbynnir i'r ysbyty.

Yn dynodi'r dydd â'r raddfa uchaf o farwolaethau

Yn dynodi'r dydd â'r raddfa isaf o farwolaethau

\* Mae'r Cymhareb Perygl yn cymharu'r dydd gwaethaf gyda'r dydd gorau – e.e. mae cleifion Cwm Taf bedair gwaith yn fwy tebygol o farw ar y Sadwrn o'i gymharu â'r dydd Gwener.

Mae materion diffinio ac ansawdd yn peryglu'r holl ddata hwn a dylid eu trin i gyd gyda gofal. Fodd bynnag, maen nhw'n awgrymu bod yna achos i bryderu am ganlyniadau clinigol mewn arbenigeddau allweddol, ac yn ôl y diwrnod derbyn i'r ysbyty.

Nawr, ystyriwn y dystiolaeth sy'n cysylltu'r modelau gwasanaeth â chanlyniadau clinigol.

## B. Modelau Gwasanaeth

Er bod data canlyniadau yn werthfawr i amlygu problemau, dydyn nhw ddim o anghenrheid yn dangos achosion y problemau hyn, a gellir dehongli faint o ddylanwad mae trefniant yr ysbytai wedi cael arny'n nhw (o'u cyferbynnu â ffactorau eraill a adolygir yn Adran 3.1.C isod). Dull arall o fynd ati ydy ystyried sut mae gwasanaethau'n cael eu trefnu a gofyn cwestiynau: ydy modelau gwasanaeth ysbytai Cymru yn dilyn dystiolaeth am arferion da?

Neges fwyaf amlwg y dystiolaeth am fodelau gwasanaeth ydy ei bod yn amhosibl i gyffredinoli ar draws gwahanol arbenigeddau gofal iechyd cyfoes: mae'r materion yn aml yn wahanol, felly mae angen ystyried pob un yn unigol.

Yr ail ganlyniad, a'r un mwyaf rhwystredig, ydy nad oes gennym ddigon o dystiolaeth yn aml, i fod yn sicr am y trefniant perffaith. Mae gwneud ymchwil yn y maes hwn – sefydlu cyswllt argyhoeddiadol rhwng y modd y mae gwasanaethau yn cael eu darparu a chanlyniadau - yn wirioneddol anodd, yn bennaf oherwydd bod cymaint o elfennau mewn model gwasanaeth, a bod cymaint o ffactorau eraill a allai ddylanwadu ar ganlyniadau. Mae ystod o dystiolaeth o amryfal o hapdreialon graddfa fawr wedi'u rheoli (y dystiolaeth gryfaf), os ydy ymchwilwyr wedi ceisio ystyried yr holl newidynnau hyd at gonsensws barn arbenigwyr yn seiliedig ar dystiolaeth a fyddai'n amhendant. Yr un cyntaf ydy'r agosaf at 'brawf' a allwn ei

gael, ond yn eitha prin; mae'r un olaf yn llawer mwy cyffredin ac yn sicr yn werthfawr, ond dydy arbenigwyr ddim bob amser yn gywir a dylid trin eu barn yn ofalus. Yn y canol, mae corff cynyddol o astudiaethau sy'n chwilio am gysylltiadau ystadegol rhwng modelau a chanlyniadau, gan wneud ymgais i reoli newidynnau dryslyd.

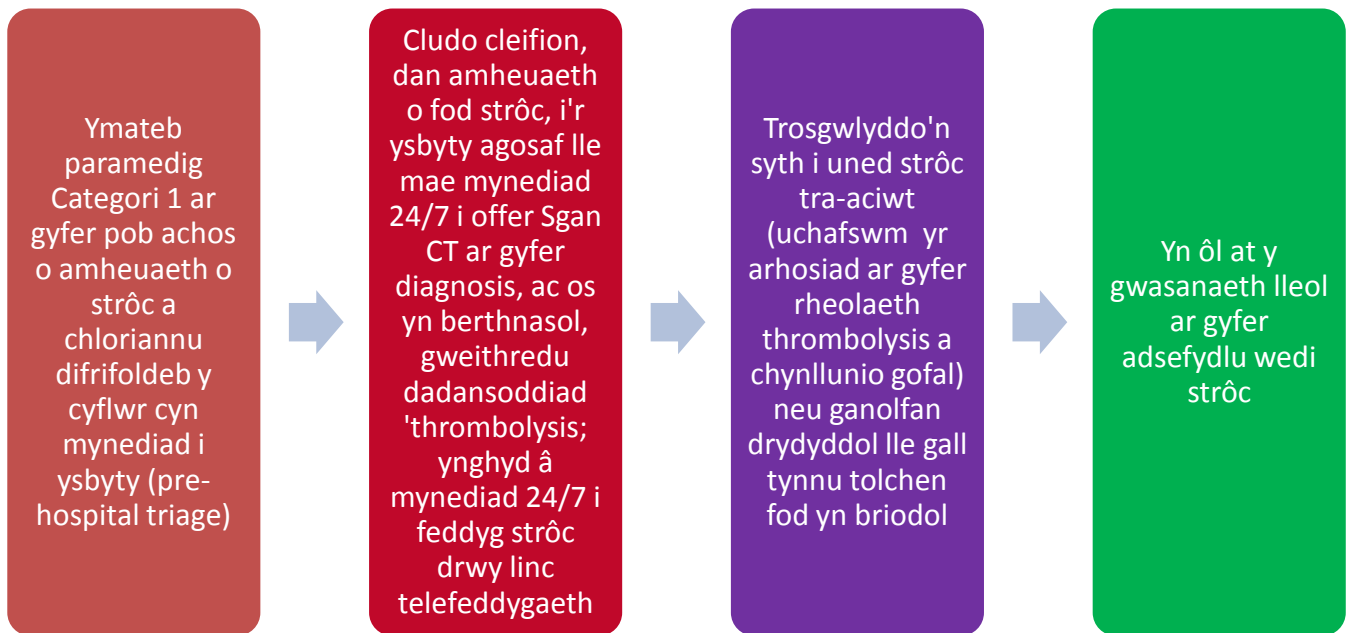
Mae '*caveat*' arall: dydy prinder tystiolaeth am niwed ddim yn dystiolaeth bod prinder niwed. Mewn geiriau eraill, oherwydd na allwn 'brofi' bod model yn niweidiol, dydy hynny ddim yn golygu y dylwn gymryd yn ganiataol ei fod yn ddiogel. Mae angen rhagor o ymchwil bob amser!

Ar sail y dystiolaeth sydd ar gael fodd bynnag, mae nifer o arbenigeddau lle gallwn fod yn rhesymol sicr eim bod yn gwybod sut i drefnu gwasanaethau:

- 1. Gwasanaethau Trawma Difrifol** (h.y. anafiadau niferus i wahanol feinweoedd a systemau organau sy'n peryglu bywyd neu a allai beryglu bywyd). Mae tystiolaeth o ganlyniadau buddiol pan gaiff cleifion trawma difrifol eu trin mewn canolfan sy'n arbenigo mewn trawma difrifol. Mewn blwyddyn arferol mae tua 1000 o gleifion yng Nghymru yn dioddef trawma difrifol:
  - Mae datganoli'r gofal i ganolfannau trawma arbenigol rhanbarthol yn gostwng cyfradd y marwolaethau o 25% a hyd yr arhosiad o 4 diwrnod
  - Mae canolfannau sy'n delio â swmp mawr o drawma yn gostwng cyfradd marwolaethau o anafiadau difrifol hyd at 50%
  - Yn anad dim, yr amser a gymer rhwng yr anaf yn digwydd a chael y llawdriniaeth derfynol sy'n penderfynu'r canlyniad mewn trawma difrifol (nid yr amser i gyrraedd yr adran argyfwng agosaf)
  - Mae cleifion trawma difrifol a gafodd eu trin yn y lle cyntaf mewn ysbytai lleol yn 1.5 hyd at 5 gwaith mwy tebygol o farw na chleifion a gafodd eu cludo'n uniongyrchol i ganolfannau trawma.
  - Gallai un ganolfan fel arfer wasanaethau poblogaeth o 3-4 miliwn.
- 2. Trawma Cyffredinol a Gofal Mewn Argyfwng** – mae tystiolaeth ar gael ar gyfer rhai cleifion (megis cleifion yn dioddef o ymlediad toredig aortaidd yn yr abdomen) o ganlyniadau'n gwella wrth i faint yr uned gynyddu, ond nid yw'n ystadegol arwyddocaol. Yr hyn sy'n gwneud y mwyaf o wahaniaeth ydy gwasanaethau sy'n cwrdd â safonau clinigol ac yn dilyn llwybrau argymelledig yn gyson, waeth beth fo maint yr uned. Mae mwy a mwy o dystiolaeth bod canlyniadau'n well pan fo uwch feddygon yn bresennol 24/7 ac mae hyn yn mynd yn fwyfwy anodd i'w gyflawni mewn unedau llai:
  - Ceir canlyniadau gwell pan fo uwch feddyg ar gael ac wrth law 24/7
  - Ychydig o dystiolaeth (gwan) bod canlyniadau'n gwella ar gyfer rhai llawdriniaethau (e.e. ymlediad toredig aortaidd yn yr abdomen) yn ôl maint yr uned.
  - Mae cydymffurfio â safonau a llwybrau clinigol yn bwysicach na maint (yn aml mae ysbytai llai yn cydymffurfio'n well)
  - Gellir gostwng yr amser cyn i'r claf gael ei drin drwy ddarpariaeth symudol mewn rhai achosion.
- 3. Gofal Strôc** – Mae'r dystiolaeth yn awgrymu bod cleifion sy'n dod i mewn i adran 'uned strôc tra-aciwt') sy'n cydymffurfio â safonau gofal strôc aciwt yn fwy tebygol o gael gwell canlyniadau. Mae'n bwysig sicrhau mynediad diymdroi i ganolfan niwro lawdriniaethol ar gyfer nifer fechan iawn o gleifion a aseswyd eu bod yn addas ar gyfer tynnu clot. Byddai'r trefniant perffaith yn sicrhau'r canlynol (Ffigur 13):



Ffigwr 13 Llwybr Strôc



- Gwasanaethau Gofal Mamolaeth a'r Newydd anedig** – Does dim tystiolaeth o gysylltiad cyson rhwng canlyniadau a maint uned ac fel y cyfryw, ni ellir dod i unrhyw gasgliad o'r ymchwil sydd wedi'i gyhoeddi. I ferched a aseswyd eu bod yn isel eu risg, mae unedau bydwreigiaeth yn ymddangos yn ddiogel i'r babi ac yn cynnig manteision i'r fam ac mae'r un peth yn wir am eni yn eu cartref i ferched sy'n cael eu hail neu eu trydydd plentyn. Y cyngor proffesiynol y mae Canllawiau Coleg Brenhinol yr Obstetryddion a Gynaecolegwyr yn ei gynnig ydy y dylai unedau sy'n cynnig gofal obstetreg sicrhau lleiafswm oriau o bresenoldeb obstetryddion ymgynghorol pwrpasol ar y wardiau obstetreg bob wythnos. Byddai cwrdd â'r safon hwn yn debygol o arwain at lai o unedau obstetreg yng Nghymru o gofio'r nifer o obstetryddion sy'n ymarfer yng Nghymru.
- Gwasanaethau Pediatreg** – Does dim tystiolaeth o gysylltiad cyson rhwng canlyniadau a maint uned, ac fel y cyfryw, ni ellir dod i unrhyw gasgliad o'r ymchwil sydd wedi'i gyhoeddi. Mae'r cyfarwyddyd a geir yn Safonau Coleg Brenhinol Pediatreg ac Iechyd Plant yn argymhell na ddylai unedau pediatreg bychan sy'n derbyn llai na 1800 o blant bob blwyddyn barhau i fodoli, onibai eu bod mewn lleoedd anghysbell. Byddai cwrdd â'r safon hwn yn arwain at lai o unedau pediatreg ar gyfer cleifion preswyl yng Nghymru er bod yr hyn mae'n ei olygu i wasanaethau pediatreg mewn ysbytai heb uned bediatreg breswyl yn llai eglur.

O ran arbenigeddau eraill, mae'r cyswllt rhwng maint uned/niferoedd cleifion ac ansawdd y gofal yn llai eglur. Er enghraifft, yn achos arbenigeddau llawdriniaethol, ceir tystiolaeth dda sy'n cysylltu canlyniadau cleifion â foliwm y *llawfeddyg unigol* yn hytrach na foliwm yr *ysbyty*. Daeth Gweithgor Ail-drefnu o Goleg Brenhinol Llawfeddygon Lloegr 2006 i'r casgliad y gellid, yn achos llawer o lawdriniaeth gyffredinol gyflawni'r cyfansymiau hyn drwy rwydweithio clinigol yn hytrach na thrwy ganolbwyntio ar safleodd ysbytai unigol.

Mewn achosion eraill, cysylltir canoli gyda gwelliant dramatig yn y canlyniadau. Yng Ngogledd Cymru, er enghraifft, yn flaenorol, cynhaliwyd rhai llawdriniaethau arbenigol ar y llwnc a'r stumog ('oesophagectomi')

a 'gastrectomi') mewn pedair Ysbyty Cyffredinol Dosbarth, ond bum mlynedd yn ôl, fe'u canolwyd mewn un ysbyty a chafwyd gwelliant sylweddol ym maes y llwnc - 'oesophagectomi':

- erbyn hyn mae ffigyrau goroesi pedair mlynedd yn dangos bod marwolaethau yn yr ysbyty yn 3% o'u cymharu â chyfartaledd y DU o 4.5%
- mae cyfraddau ail-lawdriniaeth yn 6% o'u cymharu â chyfartaledd y DU o 10%

ac ar gyfer maes gastrectomi:

- roedd marwolaethau yn yr ysbyty yn 5% o'i gymharu â chyfartaledd y DU o 6%
- mae cyfraddau ail-lawdriniaeth nawr yn 1% o'u cymharu â chyfartaledd y DU o 7%

Mae teuluoedd cleifion yn cael cynnig llety mewn gwesty os ydyn nhw wedi teithio o bell, yn enwedig yn ystod y dyddiau cynnar ar ôl llawdriniaeth.

Fodd bynnag, mae'r ffaith bod rhai o'r arbenigeddau yn dibynnu ar ei gilydd yn cymhlethu pethau ymhellach. Y syniad oedd wrth wraidd ysbytai Dosbarth yn 1962 oedd ceisio sefydlu clwstwr o arbenigeddau yn dibynnol ar ei gilydd mewn un lle. Yn y 50 mlynedd canlynol, mae'r manylion wedi newid, ond mae'r egwyddor yn parhau. Er enghraifft, yn achos gofal mewn argyfwng, nawr derbynnir yn gyffredinol bod angen lleiafswm set o wasanaethau aciwt ar y safle i ddarparu adran gwasanaeth diogel ar gyfer argyfwng. (Ffigwr 14):

*Ffigwr 14 Gwasanaethau sydd eu hangen i gynorthwyo adran argyfwng*

---

#### **Cymorth Ar y Safle drwy Fynediad 24 Awr ar gyfer:**

Meddygaeth Aciwt

Gofal Critigol Lefel Dau

Uned Gofal Coronari Heb fod yn Driniaeth drwy'r Croen

Labordy Gwasanaethau Hanfodol (biocemeg, haematoleg, trallwysiad gwaed, rheoli haint a gwasanaethau mortiwari)

Radioleg Diagnostig (Pelydr-X, uwchsain a Sgan CT)

---

#### **Cymorth Mynediad Rhwydwaith 24 Awr i Drefn o Ysbytai Lleol sy'n Cyd-rannu Gwasanaethau (ddim o anghenraid ar y safle) ar gyfer:**

Llawdriniaeth Frys

Trawma & Orthopaedeg

Pediatreg

Obstetreg & Gynaecoleg

Iecyd Meddwl

Llawdriniaeth a Oruchwylir

Radioleg sy'n golygu triniaeth drwy'r croen

---

Felly, hwyrach bydd rhaid i rai arbenigeddau newid neu ail-leoli, nid oherwydd bod eu model gofal yn annigonol ond er mwyn dilyn arbenigeddau eraill sy'n ddibynnol arnyn nhw.

### **C. Penderfynyddion eraill ar ansawdd a diogelwch**

Mae'r drafodaeth hyd yn hyn wedi canolbwyntio ar y cysylltiad posibl rhwng foliwm ac ansawdd/diogelwch y gofal, oherwydd profwyd taw hwn ydy un o'r elfennau lle ceir mwyaf o ddadlau yn ei gylch wrth aildrefnu gwasanaethau iechyd ar daws y DU. Ond ceir nifer o benderfynyddion eraill am ansawdd a diogelwch gwasanaethau ysbytai, sydd o leiaf wedi'u seilio yr un mor gryf ar dystiolaeth.

O fewn yr ysbytai eu hunain , rydyn ni'n gwybod er enghraifft bod y canlynol yn bwysig:

- Lefelau, cymhwysterau, hyfforddiant a'r defnydd o staff – mae llawer o waith wedi'i wneud ar staffio nyrsio, er enghraifft
- Yr adnoddau sydd ar gael ar gyfer elfennau allweddol y system
- Cadw at y canllawiau a llwybrau gofal yn seiliedig ar dystiolaeth
- Cymhwyso dystiolaeth ymchwil

ac mae ansawdd a diogelwch y gofal mewn ysbyty yn cael ei effeithio'n uniongyrchol gan yr hyn sy'n digwydd tu allan, er enghraifft:

- Maint, ansawdd a threfniant gwasanaethau sylfaenol a chymunedol
- Yr adnoddau sydd ar gael yn y gymuned leol i ofalu am ei iechyd a'i les ei hun.

Mae llawer o'r ffactorau hyn yn amherthnasol i faint ysbyty; gellir sefydlu cydberthynas rhwng ffactorau eraill â maint ysbyty, weithiau'n gwbl groes. Yn fyr, gallai trefnu ysbytai fod yn elfen anghenrheidiol i sicrhau ansawdd a diogelwch, fydd e byth yn ddigonol ynddo'i hun.

## D. Casgliadau

Er gwaetha'r holl 'caveats' angenrheidiol am y dystiolaeth, mae'n eglur:

- Na all cleifion mewn ysbytai yng Nghymru fod yn hyderus y bydd eu canlyniadau bob amser yn rhai 'cystal â'r goreuon yn unrhyw le', fel yr awgrymodd Comisiwn Bevan y dylai pethau fod
- Nad ydy rhannau allweddol o'r gwasanaeth ysbyty wedi eu trefnu fel dylen nhw fod

Bydd angen i'r GIG ystyried sawl math o ysbytai o wahanol fathau y gallan nhw eu cynnal os ydyw am sicrhau bod y canlyniadau i'r cleifion i fod y gorau posibl, ym mhob ysbyty, ar bob adeg yn ystod yr wythnos.

## II. Y GWEITHLU

Mae'r adran hon yn adolygu lefelau staffio cyfredol elfennau allweddol o wasanaeth ysbytai Cymru, ar hyn o bryd a chyhyd i'r dyfodol ac y gellir ei ragweld, i weld os ydyn nhw'n creu unrhyw fygythiad i ansawdd a diogelwch y gwasanaethau. Yn y broses, y nod ydy helpu i ateb y cwestiwn: **Mae ganddon ni fwy o staff nag erioed, felly beth ydy'r broblem?** Mae'r ffocws yn bennaf ar y staff meddygol, oherwydd mai yno, yn ôl yr honiad, mae'r problemau mwyaf i'w cael, ond caiff rhai o'r materion allweddol sy'n effeithio ar staff eraill yn y sector ysbytai hefyd eu hadolygu'n fras. Ceir rhagor o wybodaeth yn y papur atodol ar Y Gweithlu.

### A. Staffio Meddygol: Y Storom Berffaith

Wrth ystyried lefelau staffio meddygol mewn ysbytai yng Nghymru, yn syth y mae yna baradocs: mae gennym fwy o feddygon ysbytai yng Nghymru nag erioed o'r blaen (yn y deng mlynedd diwethaf, mae niferoedd meddygon ysbytai yng Nghymru wedi cynyddu 49% (+1,807 o swyddi llawn amser cyfwerth), yn

cynnwys cynnydd o 66% o ymgynghorwyr (+836)), ac eto mae llawer o sôn am brinder difrifol mewn ardaloedd allweddol. Sut gall y ddau beth fod yn wir?

Erys yr ateb yn y 'storom berffaith' lle gostyngir argaeledd a chynyddir y galw:

- Gostyngiad yn y mewnbwn meddygol sydd ar gael: er bod cyfanswm y niferoedd wedi cynyddu, mae'r amser clinigol a ddarperir gan bob meddyg wedi gostwng wrth i effaith y canlynol gael ei weithredu:
  - Y Gyfarwydddeb Oriau Gwaith Ewropeaidd: rhwng 2007 a 2011, cynyddodd nifer y doctoriaid oedd yn hyfforddi yng Nghymru o 2748 hyd at 2810, ond gostyngodd nifer yr oriau gwaith wythnosol o 134,206 i 126,651; a
  - newidiadau i'r contract i feddygon ymgynghorol: yn 2004, ar gyfartaledd roedd ymgynghorwyr yn gweithio cyfanswm o 11.5 sesiwn yr wythnos, gyda 9.3 yn rhai clinigol; erbyn 2010 roedd hyn wedi gostwng i fod yn 10.4, gyda 7.9 yn rhai clinigol.

Cymhlethir hyn fwy-fwy gan fod

- meddygon dan hyfforddiant (yn arbennig merched) yn gynyddol yn dewis gweithio llai o oriau er mwyn sefydlu gwell cydbwysedd rhwng gwaith a bywyd: ar hyn o bryd mae 7.5% (203) o feddygon dan hyfforddiant yn gweithio llai na llawn amser.
- Cynnydd yn y lleiafswm sy'n ddisgwyliedig ar gyfer meddygon:
  - O ganlyniad i'r newidiadau nodwyd uchod, bu adolygiad yn nifer yr ymgynghorwyr sydd eu hangen ar gyfer rotas y staff: mewn meysydd arbenigedd mawr, megis trawma a llawdriniaeth cyffredinol, bellach mae angen 8 ymgynghorydd i gynnal rota weithredol.
  - Mae'r dystiolaeth a nodir yn yr adran flaenorol am effaith niweidiol prinder staff hyn i weithredu 24/7 wedi cynyddu rhagor yn y galw am uwch staff.
- Problemau recriwtio mewn rhai meysydd arbenigedd, yn aml drwy'r holl DU, wedi ei gymhlethu weithiau gan batrymau hyfforddi annymunol, (e.e. lle mae meddygon iau yn teimlo nad ydyn nhw'n cael digon o oruchwyliaeth) a thrwy gyflenwad cyfnewidiol o ddoctoriaid tramor.
- Tuedd tymor hir i gael rhagor o is-arbenigedd – ar un adeg, disgwyliid i arbenigwyr wneud llawdriniaethau ar amrywiaeth o rannau o'r corff – i drin pob math o gyflyrau. Dros gyfnod, fodd bynnag, daeth nifer o feysydd arbenigol i'r amlwg. Er enghraifft, ar hyn o bryd, dyma rai o'r meysydd arbenigol sydd heb fod yn rhai llawfeddygol: Cardiothorasig; Llawfeddygaeth Niwro; Llawfeddygaeth y genau a'r wyneb; Otolaryngoleg (ENT); Llawfeddygaeth Pediatrig; Llawfeddygaeth Blastig; Trawma ac Orthopaedeg (T&O); Wroleg; Llawfeddygaeth Gyffredinol. O fewn Llawfeddygaeth Gyffredinol mae nifer o 'Feysydd o Ddiddordeb Cyffredinol', gan gynnwys Gastroberfeddol Uchaf; Colorectal; Fasgiwlar; Brest ac Oncoplastig; Trawsblaniadau; Endocrin. gwelir patrwm tebyg ym maes meddygaeth. Mae hyn yn gwneud ysbytai bach yn llai deniadol i lawer o ddarpar ymgynghorwyr, ac yn cynyddu'r galw cyffredinol am ymgynghorwyr.

Gwelir effaith y newidiadau cydamserol hyn yn y trafferthion recriwtio ar hyd a lled Cymru. Dengys ffigur 15 y meysydd arbenigol lle mae Byrddau Iechyd Lleol yn cael trafferthion recriwtio. Nid yr oedi sy'n aml yn dod yn sgil prosesau biwrocraidd penodi mo'r rhain: Mae'r rhain yn broblemau parhaus, lle bydd adrannau'n ceisio llanw bylchau gyda staff dros-dro, ac yn aml yn cael prinderau staff difrifol a llawn stres – ac weithiau'n llawn risg:

Ffigwr 15: Problemau recriwtio staff meddygol yn ôl Arbenigedd: Cymru

Arbenigedd	Nifer Byrddau Iechyd â thrafferthion recriwtio	Prinder Cenedlaethol?
Damweiniau&Argyfwng (A&E)	6	Oes
Pediatreg	6	Oes
Iechyd Meddwl/CAMHS	6	Oes
Radioleg Clinigol	4	Na
Meddygol/Geriatreg*	4	?
Anaestheteg	3	Oes
Microbioleg	3	Oes
Obstetreg a Gynaecoleg	3	Oes

Ffynhonnell: Cynlluniau gweithlu Byrddau Iechyd Lleol 2010/11 \*Yr is-arbenigedd heb fod yn eglur

Mae hefyd effaith ariannol ar y prinderau hyn. Mae costau staff meddygol o asiantiaethau, er enghraifft, yn uchel ac yn cynyddu yng Nghymru (Ffigwr 16):

Ffigwr 16 Dadansoddiad Asiantaethau yn y 6<sup>ed</sup> mis 2011/12

	Blwyddyn Lawn 2010/11	2011/12 hyd at fis Medi
Abertawe Bro Morgannwg	£3.282 m	£2.023 m
Aneurin Bevan	£2.031 m	£1.027 m
Betsi Cadwaladr	£13.351 m	£7.083 m
Caerdydd a'r Fro	£2.67 m	£1.296 m
Cwm Taf	£3.977 m	£2.085 m
Hywel Dda	£5.275 m	£3.357 m
Powys	£0.217 m	£0.062 m
Iechyd Cyhoeddus	£0.017 m	£0 m
Felindre	£0.146 m	£0.003 m
Ambiwlans Cymru	£0 m	£0 m

**Cyfanswm** **£30.966 miliwn** **£16.936 miliwn**

Rhagfynegiad i ddiwedd y flwyddyn **£33.872 miliwn**

## B. Arbenigedd dan bwysau

Gyda'r cefndir hwn o'r 'storom berffaith', mae rhai meysydd arbenigedd a hyfforddiant wedi eu heffeithio'n arw iawn, ynghyd â rhai o'r manau mwy diarffordd o Gymru. Gall tensiynau godi rhwng anghenion i GIG i feddygon dan hyfforddiant i gadw'r gwasanaethau i fod yn hyfyw, ac oblygiadau'r Ddeoniaeth Ôl-radd, Y Cyngor Meddygol Cyffredinol, y Colegau Brenhinol ac eraill i sicrhau lefelau digonol o hyfforddiant a phrofiad perthnasol a dilyniant proffesiynol. Mewn marchnad recriwtio sy'n agored i'r DU, gall dymuniadau'r hyfforddai eu hunain fod yn arf pwerus i newid pethau. Mae'r pedwar maes isod yn dangos ble mae'r pwysau yn ei anterth yng Nghymru:

- Pediatreg** – Mae recriwtio ym maes Pediatreg wedi bod yn isel dros y 2-3 blynedd diwethaf, a does dim argoelion yng Nghymru na thrwy'r DU y bydd y sefyllfa'n cael ei datrys yn y tymor byr na chanolig. Fel dengys Ffigwr 15, mae pob un o Fyrddau Iechyd Cymru yn cael trafferthion recriwtio parhaus yn y maes arbenigol hwn. Mae hyn yn creu problemau penodol gan fod yna ormod o unedau pediatrig i gleifion preswyl, ac felly gormod o rotas staff meddygol, ar gyfer y niferoedd o ddoctoriaid sydd ar gael. Mae nifer o rotas na ellir bellach eu staffio mewn modd sy'n cydymffurfio a dyma'r broblem sydd ar y funud yn gorfod cael ei hwynebu mewn tri o'r byrddau iechyd. Yn y rownd recriwtio ddiweddaraf penodwyd 11 lle roedd 20 swydd wag. Mae arolwg y GMC yn dangos bod baich gwaith hyfforddai Pediatrig yng Nghymru ymhlith yr uchaf yn y DU, ac yng Nghymru mae'r esiamplau isaf a'r ail isaf yn y DU o gydymffurfio â'r Gyfarwyddeb Oriau Gwaith. Mae hyn i gyd wedi arwain i'r Coleg Brenhinol Pediatreg ac Iechyd Plant yng Nghymru i ddatgan *'nad oes modd i'r ddarpariaeth pediatrig i gleifion preswyl yng Nghymru fod yn gynaliadwy drwy lawn weithredu'r Gyfarwyddeb Oriau Gwaith yn 2009. Mae gan Gymru ormod o unedau pediatreg cleifion preswyl gyda gormod o rotas graddfeydd canolig. Mae dirfawr angen gostwng nifer yr unedau pediatreg cleifion preswyl a chynyddu'n sylweddol y nifer o Ymgynghorwyr yng Nghymru'*.
- Meddygaeth argyfwng** – mae hyn yn broblem drwy'r DU i gyd. Mae'r GMC ar y funud yn cynnal adolygiad o'r 'cover' ym maes Meddygaeth Argyfwng ym mhob adran ar hyd a lled y DU. Mae gofid penodol am arolygaeth Doctoriaid Sylfaen dros nos yn yr adrannau Damwain ac Argyfwng. Mae'r Ddeoniaeth wedi ceisio lleihau hyn yng Nghymru, ond bod angen adolygiad ar fyrder o'r manau lle gosodir yr hyfforddiant, gan ei fod wedi ei daenu'n rhy denau rhwng gormod o adrannau. Mae pob un o Fyrddau Iechyd Cymru yn cael trafferthion recriwtio parhaus yn yr arbenigedd hwn (Ffigwr 15). Dengys arolwg y GMC bod baich gwaith Damweiniau ac Argyfwng (A&E) yng Nghymru yr uchaf yn y DU. Dydy hyn ddim yn help i'r broses recriwtio. Mae Cymru tua'r hanner isaf o ran cydymffurfio â'r Gyfarwyddeb Oriau Gwaith. Eleni mae hanner y nifer o ddoctoriaid graddfa ganol yn y broses benodi a dim ond 11 penodiad a wnaed lle roedd 20 swydd wag.
- Hyfforddiant Llawfeddygol Craidd** yng Nghymru - mae hyn wedi bod yn broblem ers amser maith. Yn wahanol i faes pediatreg, mae gormodedd o Hyfforddai Llawfeddygol Craidd heb obaith o fynd ymlaen i hyfforddiant uwch gan nad oes yna ddigon o swyddi ymgynghorol ar eu cyfer. Caiff hyn effaith ar y recriwtio i'r swyddi hynny, ond mae'r gwasanaeth yn ymddangos yn ddibynnol ar eu presenoldeb. Mae canlyniadau'r arholiadau ym maes Hyfforddiant Llawfeddygol Craidd ac mae cymhareb y gystadleuaeth ymhlith y rhai sy'n ceisio mynd ymlaen am hyfforddiant uwch ymhlith y rhai uchaf yn y DU. Dengys arolwg y GMC mai Cymru ydy'r gwaethaf yn y DU am foddhad cyffredinol ac ymhlith yr isaf o ran profiad digonol. Mae'r Ddeoniaeth yn gostwng niferoedd yr Hyfforddai Llawfeddygol Craidd dros y ddwy flynedd nesaf er mwyn lleihau'r gymhareb gystadleuol, gwella ansawdd yr ymgeiswyr a lleihau nifer y manau y gall yr Hyfforddai Craidd weithio. Fodd bynnag, fydd y Ddeoniaeth ddim yn gostwng niferoedd yr hyfforddai uwch felly bydd Cymru'r parhau i gynhyrchu'r un nifer o lawfeddygon cymwysedig.
- Seiciatreg** – Mae hyfforddiant seiciatrig yn ofid arall drwy'r cyfan o'r DU gyda'r niferoedd wedi gostwng drwy'r DU, ac yn arbennig o argyfyngus yng Nghymru. Unwaith eto, gyda'r arbenigedd hwn, mae gormod o leoliadau lle gwelir Meddygon Iau'n gweithredu heb oruchwyliaeth 'allan o oriau'. Bydd y Ddeoniaeth yn adolygu'r rhain yn y misoedd nesaf ac yn tynnu Meddygon Iau o'r gwasanaeth 'allan o

oriau'. Bydd hyn, yn anochel, yn effeithio ar ddarpariaeth y gwasanaeth, ond y mae yn gyson â gofynion y GMC. Dengys arolwg y GMC o'r hyfforddai foddhad cyffredinol isel, gyda rhai'n cofnodi diffyg profiad digonol â goruchwyliaeth addysgol wael.

Bydd peidio â datrys y problemau hyn yn achosi bylchau mewn staffio, a bydd hyn, yn ei dro, yn bygwth diogelwch ac ansawdd y gwasanaeth, a'i gynaliadwyedd.

Tu allan i'r ysbytai, mae'r sefyllfa gyda'r meddygon teulu hefyd yn creu trafferthion. Mae llawer o feddygon teulu Cymru'n debygol o ymddeol dros y blynyddoedd nesaf, ac mae recriwtio ar gyfer swyddi hyfforddi meddygon teulu eisoes yn achosi problemau mewn rhannau o Gymru (maes lle bu Cymru unwaith yn gryf ynddo). Bydd hyn hefyd yn achosi her i wasanaethau ysbytai, lle mae'r nod ydy trosglwyddo rhai gwasanaethau i'r gymuned.

### **C. Staff Anfeddygol**

Canolbwyntiwyd hyd yma ar y staff meddygol, gan mai dyma lle gwelir y pwysau ar ei waethaf, ac mewn rhai mannau'n bygwth y dilyniant gofal dros y misoedd nesaf. Ond mae gofal diogel ac o safon uchel hefyd yn dibynnu ar yr holl staff arall – y nyrsus, bydwragedd, y staff proffesiynol gofal iechyd perthynol, gwyddonwyr gofal iechyd, ac eraill – ac y maen nhw hefyd yn wynebu cyfres o sialensiau a chyfleoedd.

Mae'r GIG wedi bod yn brysur yn creu swyddogaethau newydd i lawer o'r grwpiau staff hyn. Er enghraifft, caiff y presgripsiwn ar gyfer rhai cleifion bellach ei roi gan nyrsus a fferyllwyr, tra bo cleifion eraill yn mynychu adrannau mân niweidiau lle mae'r nyrsus yn darparu'r cyfan o'r gofal. Ceir uwch ymarferwyr yn y mwyafrif o broffesiynau gofal iechyd, yn gweithio ar lefelau uchel iawn o ofal arbenigol ac yn cymryd cyfrifoldeb dros yr holl wasanaeth a ddarperir. Wrth i elfennau o'r gwasanaeth gael eu trosglwyddo yn gynyddol o ysbytai i'r gymuned, mae staff ysbytai yn caffael lefel newydd o sgiliau a darparu modelau gofal.

Mae rheolwyr lleol hefyd yn ystyried yn ofalus y gymysgedd fwyaf addas o sgiliau mewn timoedd clinigol. O ganlyniad, mae staff yn cymryd cyfrifoldebau oedd yn flaenorol yn cael eu hysgwyo gan eraill: nyrsus yn cymryd lle meddygon, staff cymorth yn cymryd lle pobl broffesiynol gofrestrdig y gwahanol ddisgyblaethau a staff yn darparu ystod ehangach o wasanaethau ar gyfer eu cleifion er mwyn gostwng nifer y bobl broffesiynol y mae rhaid i bob claf ryngweithio â nhw. Mae potensial i newidiadau o'r fath ddarparu gofal o'r ansawdd flaenaf y mae cleifion yn ei werthfawrogi'n fawr, ond hefyd potensial i liniaru'r broblem o brinder meddygon – er enghraifft mewn unedau mân anafiadau.

Yn gyffredinol, mae gweithlu gofal iechyd yn heneiddio, ac yn fuan bydd hyn yn achosi sialensiau mewn meysydd penodol. Mae rhai o'r meysydd darpariaeth mwy arbenigol yn ei chael hi'n anodd recriwtio ac mae'r gystadleuaeth am staff yn cynyddu o du gwledydd tramor sydd yn cael anhawsterau recriwto eu hunain.

Mae mwyafrif o'r newidiadau hyn â goblygiadau i addysg a hyfforddiant staff anfeddygol, ac mae rhaid i gomisiynu'r mewnbwn addysgol hwn gyd-symud gyda'r newidiadau. Mae'r niferoedd a recriwtiwyd ar gyfer addysg cyn-cofrestru wedi codi a gostwng dros y degawdau diwethaf ac mae hyn yn ei gwneud hi'n

anodd cynllunio gweithlu cyson. Mae cyfran sylweddol o holl addysg broffesiynol yn digwydd ar ôl y cymhwyso cychwynnol ac mae angen cydweithredu agos rhwng y GIG a'r Prifysgolion er mwyn cyflenwi datblygiad proffesiynol parhaus o'r fath – i ryddhau staff ar gyfer rolau newydd tra roedden nhw'n dal dan bwysau yn eu rolau cyfredol ac i ragweld pa sgiliau newydd fydd eu hangen.

Bydd y darpar newidiadau i ail-drefnu ysbytai yn dibynnu ar y broses barhaus hon o addasu a datblygu ymhlith y gweithlu anfeddygol a dull cydgysylltiol o fynd ati i ddelio ag addysg, darparu gwasanaeth a sicrhau ansawdd.

## D Casgliadau

Mae rhai rhannau o'r gwasanaeth ysbytai yng Nghymru'n wynebu prinder difrifol o staff meddygol. Mae hyn yn deilliaw o newidiadau tymor hir mewn patrymau gwaith sy'n gyffredin ar draws y DU, sydd wedi ei waethygu mewn rhai meysydd arbenigedd yng Nghymru oherwydd bod adnoddau meddygol prin yn cael eu taenu rhwng llawer o ysbytai. Gall hyn hefyd olygu nad oes staff ar gael ym mhobman i sicrhau safon uchel o ofal dros 24 y dydd, 7 diwrnod yr wythnos. Gall recriwtio staff ychwanegol helpu mewn rhai ardaloedd, ond o wybod bod yr un pwysau ar ysbytai drwy'r DU, mae'n anhebygol y bydd hyn yn datrys y mater. Gallai sefydlu rol newydd i staff a modelau gwasanaeth newydd liniaru'r mater, ond mae'r broblem bellach yn fater o frys, gan y bydd meddygon dan hyfforddiant yn debygol o gael eu symud o rai adrannau mewn ysbytai yn 2012. Mae sialensiau eraill yn wynebu'r gweithlu ehangach o fewn y GIC, gan gynnwys y ddibyniaeth ar staff sy'n debygol o ymddeol yn y degawd nesaf a'r angen i fatio hyfforddiant i anghenion y gwasanaeth yn y dyfodol.

## III. MYNEDIAD

Bu cryn drafod yr angen i ganoli rhai o agweddau mwy arbenigol gofal ysbyty mewn nifer llai o ysbytai – ac felly i lawer o bobl ysbytai mwy anghysbell. Hyd yn hyn, yn y papur hwn, rydyn ni wedi ystyried cryfder y dystiolaeth ar gyfer hyn, o safbwynt diogelwch/ansawdd ac o safbwynt y pwysau ar weithluoedd. Mae'r adran hon yn ysytired yr hyn mae 'mynediad' yn ei olygu, y risgiau posibl o gael gwasanaethau ymhellach i ffwrdd a'r hyn y gellid ei wneud i leihau effaith ar gleifion drwy gael gwasanaethau mwy anghysbell. Mae'n help i ateb ein trydydd cwestiwn: **Ydy gwaeth mynediad yn anochel er mwyn sicrhau ansawdd a diogelwch da?** Ceir gwybodaeth bellach yn y papur cysylltiedig ar Fynediad.

### A. Beth ydyn ni'n ei olygu wrth 'Fynediad'?

Ar yr olwg gyntaf, mae hwn yn gwestiwn pedantig: ai pa mor *hawdd* a *chyflym* ydy hi i gael y gofal sydd ei angen arnon ni pan fyddwn ni ei angen ydy'r ystyr? Er enghraifft:

- Mae **pa mor hawdd** ydy cael mynediad yn golygu gwahanol bethau mewn gwahanol amgylchiadau: gallai pobl ddisgwyl mynediad gwahanol ar gyfer un ymweliad i weld ymgynghorydd ysbyty o'i gymharu ag ymweliadau misol, cyson dros nifer o flynyddoedd;
- Mae **mynediad cyflym** hefyd yn dibynnu ar amgylchiadau: mae'n gynyddol bosibl i symud gofal argyfwng ar ei union at y bobl, yn hytrach na'u cludo nhw i'r ysbyty.

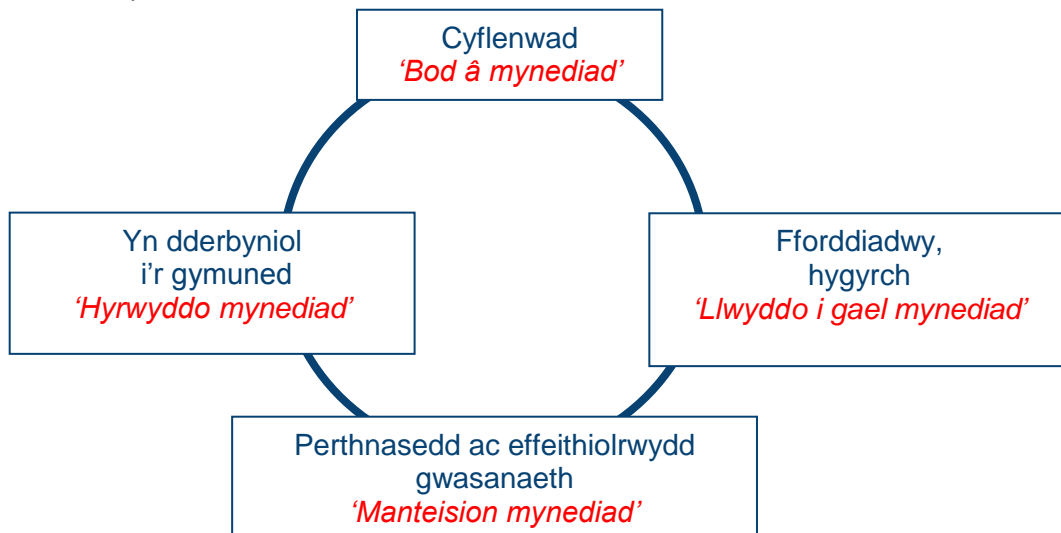


Ac yn bwysicach fyth:

- Mae'r **gofal sydd ei angen arnon ni** yn ddimensiwn critigol – dydy mynediad syth i ofal gwael ddim o werth i neb.

Rydyn ni'n gwybod bod pobl yn disgwyl lefelau gwahanol o fynediad, yn dibynnu ar lefel eu hangen a natur eu cyflwr. Felly, mae angen i wasanaethau sicrhau mynediad yn y modd graddedig hwn, ac mae hyn yn golygu llawer mwy na lleoliad y gwasanaethau ('cael mynediad' yn Ffigur 17):

Ffigur 17: Dimensiwn Mynediad



## B. Ydy amseroedd teithio hirach yn golygu canlyniadau gwaeth?

Mae lleoliad y gwasanaethau – ac felly'r amser teithio – yn bwysig er hynny ac i bobl yn dioddef o gyflyrau sy'n bygwth eu bywyd, gallai fod yn fater o fywyd neu farwolaeth. Mae rhai astudiaethau wedi dangos bod cyswllt rhwng amser teithio a chanlyniadau diffygiol, er enghraifft geni plentyn, problemau anadlu difrifol ac asthma, mae eraill wedi methu â dod o hyd i unrhyw gysylltiad. Mewn rhai achosion y broblem ydy'r pellter i wasanaethau Meddyg Teulu (a hynny'n golygu oedi yn y diagnosis) yn hytrach nag ysbytai; y broblem mewn achosion eraill ydy pa mor anghysbell mae gwasanaethau'r ysbytai eu hunain.

Fodd bynnag, ymhob achos, y broblem ydy'r amser mae'n ei gymryd i gael *mynediad i'r gofal priodol*. Mewn llawer o achosion, oherwydd y dull mae gwasanaethau wedi'u trefnu ar hyn o bryd, mae hyn yr un amser ac mae'n ei gymryd i fynd i'r ysbyty. Ond y rheswm dros hyn yn aml, ydy nad ydy'r gofal cyn mynd i'r ysbyty ddim wedi'i ddatblygu'n dda a'r unig opsiwn ydy rhuthro pobl i'r ysbyty. Mewn gwledydd eraill, sefydlwyd gwasanaethau o ofalu am bobl, yn hytrach na'u symud i ofal, yn aml gan ddefnyddio rhwydwaith ddatblygedig o gyfleusterau symudol ar gyfer triniaeth, ar y ffordd (cyfleusterau clinigol symudol datblygedig) a'r awyr (hofrennydd ac awyren).

Yn yr Alban, er enghraifft, yn y rhan fwyaf o'r wlad – gan gynnwys yr ardaloedd mwyaf anghysbell – gellir cyrraedd pobl yn dioddef o argyfyngau sy'n bygwth eu bywyd o fewn 45 munud ymhob tywydd ar wahân i'r tywydd mwyaf gerwin a darparu dulliau sefydlogi o safon fyd eang a'u trosglwyddo i'r ysbyty yn ôl yr angen. Byddai dibynnu'n unig ar wasanaethau ambiwlans confensiynol yn golygu amser llawer hirach a

chanlyniadau gwaeth. O gymhwyso'r un model i Gymru awgrymir na fyddai'r amser aros am fynediad ddim mwy nag 20-30 munud ar draws y wlad.

I grynhoi, yr hyn sy'n cyfrif ydy'r **amser o gychwyn y driniaeth briodol** yn hytrach na'r amser a gymer i fynd i'r ysbyty. Yn gynyddol, nid yr un peth ydy'r rhain.

### C. Beth a ellir ei wneud i leihau effaith gwasanaeth mwy anghysbell?

Fel yr ydyn ni wedi gweld, mae mynediad yn golygu llawer mwy nag amser teithio. Gall y GIG leihau effaith cael gwasandethau anghysbell mewn nifer o ffyrdd.

Yn gyntaf, gall technoleg fod o help. Rydyn ni'n dechrau ystyried potensial technoleg mewn pedwar maes:

- Cynorthwyo hunan ofal – e.e. telefonitro yn y cartref ar gyfer pobl yn dioddef o gyflyrau hirdymor, mynediad haws i wybodaeth ar hunan ofal
- Cynorthwyo cyflenwi gofal mwy diogel – e.e. cofnodi iechyd electronig a fyddai'n galluogi i ddata ar gleifion gael ei gyfleu rhwng pobl broffesiynol
- Galluogi cyflenwi gwasanaethau yn fwy lleol – e.e. rhith dimoedd gofal iechyd, yn cynnwys pobl broffesiynol gofal iechyd sy'n cydweithio a rhannu gwybodaeth am gleifion yn ddigidol
- Cynorthwyo effeithiolrwydd – e.e. datrys amseroedd apwyntiadau, rheoli data cleifion, gweithio symudol

Yn ail, mae corff sylweddol o dystiolaeth yn dangos gwahanol ffyrdd o leihau'r angen am wasanaethau ysbyty. Ymhlith y rhain mae sicrhau dilyniant gofal sylfaenol, darparu gwasanaethau ysbyty yn y cartref, rheoli achos â phendantrwydd ym maes iechyd meddwl, uwch adolygiad cynnar yn yr Adran Ddamweiniau ac Achosion Brys, ymyriadau aml-ddisgyblaethol a thelemonitro diffyg y galon, integreiddio gofal sylfaenol ac eilradd, cynllunio rhyddhau strwythuredig a rhaglenni gofal iechyd wedi'u personoli.

Yn drydydd, mae'r math o ddatblygiad mewn gofal argyfwng cyn mynd i'r ysbyty a ddisgrifiwyd uchod yn lleihau'r angen i dderbyn cleifion i'r ysbyty mewn rhai achosion.

Yn olaf, y broblem sy'n effeithio fwyaf ar y rhan fwyaf o gleifion ydy pa mor ddigonol ydy cludiant di-frys i'r ysbyty ac o'r ysbyty, ar gyfer cleifion ac (yn achos cleifion preswyl) ar gyfer eu hymwelwyr. Ceir amrywiaeth o fesurau gan gynnwys gwell cyfathrebu, effeithiolrwydd y ddarpariaeth a thargedu cludiant a gomisiynwyd gan y GIG a all wella gwasanaethau – gafodd eu tanlinellu'n ddiweddar yn Adolygiad Griffiths. Ar ben hyn cafwyd nifer o ymdrechion i wella cludiant cyhoeddus a pharcio ceir, weithiau'n llwyddiannus. Gall cynnig llety gwesty i berthnasau cleifion os ydyn nhw'n gorfod teithio'n bell (cyn belled â Gogledd Cymru yn yr enghraifft a ddyfynwyd yn gynharach) liniaru rhai o effeithiau bod yn anghysbell.

### D Casgliadau

Mae cael mynediad rhwydd ac amserol i ofal yn bwysig, i arbed bywydau, ac i leihau'r anhwylystod i gleifion a'u hymwelwyr, yn arbennig y rhai heb fod â defnydd rhwydd o gar. Gall technoleg newydd a dulliau newydd o weithio ostwng effaith gwasanaethau ysbyty sydd ymhell i ffwrdd – drwy wella cludiant argyfwng a di-argyfwng, a thrwy fwy o ddefnydd o ddulliau tele-ofal. Mewn achosion brys, y mater

pwysicaf yn aml ydy'r amser y derbynnir y gofal, sydd yn gynyddol heb fod yr un peth a'r amser i gyrraedd yr ysbyty. Ar gyfer gofal achosion heb fod yn rhai argyfwng, cafodd llawer ei gyflawni – a gellid gwneud rhagor – i symud y gofal o'r ysbytai, ond bydd niferoedd sylweddol o bobl yn parhau i fod angen teithio, ac i'r rhain, gall mynediad fod yn anodd.

#### IV. COST

Mae'r GIG yn hen gyfarwydd â bod dan bwysau ariannol. Mae dau fath o bwysau: effaith hirdymor y cynnydd mewn disgwyliadau a phoblogaeth sy'n heneiddio gyda phroblemau cronig difrifol; a chyfyngiadau cyllidebol tymor byr dros y blynyddoedd nesaf. O ran y cyntaf, mae'r Swyddfa Cyfrifoldeb Cyllidebol yn amcangyfrif y bydd angen i'r GIG, oherwydd goblygiadau poblogaeth sy'n heneiddio, gynyddu ei ran o gynyrrch mewnwladol crynswth o 8.0% yn 2009/10 i 10.2% yn 2039/40 dim ond er mwyn aros yn ei unfan. Mae problem gynyddol o ordewdra ymhlith y boblogaeth ac yng Nghymru amcangyfrifwyd bod problem gordewdra ac alcohol yn costio £140miliwn i'r GIG yn 2008/09. Yn ychwanegol at ymateb i'r ffactorau hyn, mae pwysau'r costau ar yr ochr cyflenwi: cost cynyddol moddion newydd a chost cyflogi staff yn ddwy enghraifft bwysig. Yn y tymor byr, mae goblygiadau cyllidol yr argyfwng bancio wedi treiddio i GIG Cymru erbyn hyn. Mae Swyddfa Archwilio Cymru yn amcangyfrif y bydd bwlch cyllido (h.y. y gwahaniaeth rhwng yr hyn fyddai angen ar GIG Cymru i aros yn ei unfan a'r hyn fydd yn ei dderbyn) o rhwng £252m a £445m erbyn 2013/14.

Ni fu erioed bwysau cyllidol tebyg yn hanes GIG yn y byrdymor na'r hirdymor. Nid yn unig bydd rhaid i'r GIG wella'u effeithiolrwydd drwy wneud i'w wasanaethau cyfredol weithio'n well, ond hefyd bydd rhaid iddo newid y gwasanaethau hynny'n sylweddol os ydyn nhw am fod yn gynaliadwy. Felly ai arbed arian ydy pwrpas ail-drefnu ysbytai?

Dydy'r dystiolaeth ar effaith cost ail-drefnu ysbytai ddim yn derfynol: weithiau mae'n arbed arian, weithiau mae'n niwtral o ran cost, bryd arall mae'n cynyddu'r gost. Mae'r darlun yn aml yn cael ei ddrysau gan oblygiadau cost newid na ellir ei ragweld a gan gyd-ddigwyddiad newidiadau eraill i'r gwasanaeth. Oherwydd y cymhlethdod hwn, mae'n anhebygol y bydd unrhyw ail-drefnu gwasanaeth yn arwain i *gynydd* net mewn costau – yn wahanol i newidiadau blaenorol i'r gwasanaeth – oherwydd y pwysau ariannol y crybwyllwyd uchod.

Yn gyffredinol, mae'r pwysau demograffig a chyllidol yn ail-bwysleisio pwysigrwydd mynd i'r afael â phenderfynyddion gofal iechyd o safon fyd eang a amlinellwyd yn adran 2.1 uchod, gan gynnwys helpu pobl i ofalu amdany'n nhw eu hunain yn well a symud gofal o'r ysbytai a thriniaeth i'r gymuned ac ataliad. I ateb ein cwestiwn gwreiddiol, **A allwn ni fforddio gwella'r gwasanaeth?** mae'r ateb yn amodol: ni allwn ei fforddio, os ydy gwelliant yn golygu gwario llawer mwy o arian. Ar y llaw arall, mae digon o bethau amlwg aneffeithiol yn y gwasanaeth presennol i fod yn optimistaidd. Arhoswn am y costiau manwl.

#### 4. CASGLIADAU

Bwriad y papur hwn oedd ceisio rhoi atebion gonest i rai cwestiynau syml. Ar sail y dystiolaeth a geir yma – sef crynodeb o'r hyn sydd yn y tair ddogfen gysylltiol – pa gasgliadau gallwn ni eu cynnig?

Ar Ddiogelwch ac Ansawdd, y cwestiwn oedd: **Beth sydd o'i le ar batrwm presennol ein gwasanaethau ysbytai?** Yr ateb ydy bod ein canlyniadau, o ran llawer o bethau yn ymddangos yn waeth na manau eraill. Mae'r rhesymau dros y perfformiad hwn yn amrywio, a dydyn nhw ddim bob amser yn eglur. Ar y llaw arall, gallwn fod yn rhesymol sicr nad ydy nifer o'n modelau gwasanaeth (yn arbennig ym maes trauma difrifol, gofal argyfwng cyffredinol, agweddau o ofal strôc, ychydig o lawdriniaethau arbenigol) yn cyrraedd safon fyd eang o bell ffordd a byddai'n rhesymol i ddod i'r casgliad bod pobl felly yn dioddef anabledl diangen a hyd yn oed yn marw o ganlyniad.

Am y Gweithlu, y cwestiwn oedd: **Mae mwy o staff nag erioed gyda ni, felly beth ydy'r broblem?** Yr ateb ydy ein bod wedi cyrraedd sefyllfa beryglus o ran nifer o grwpiau staff meddygol ac mae nawr yn bosibl rhagweld y bydd rhaid i wasanaethau gael eu cau mewn modd heb ei gynllunio yn y dyfodol agos os na weithredir yn ddioed. Does dim digon uwch staff gyda ni, lle mae eu hangen i sicrhau gofal o'r ansawdd uchaf i bawb, ac mae gwasanaethau sydd ddim yn gallu recriwtio staff allweddol o dan bwysau sylweddol ac mewn mwy o berygl. Datblygodd y sefyllfa hon dros amser gan ein bod yn mynnu mwy gan ein meddygon, yn arbennig pan fydd eu hamser clinigol yn lleihau ac yn gynyddol yn mynd yn fwy arbenigol. Mae meddygon dan hyfforddiant yn rhan allweddol o'r gwasanaeth, ond i rai, mae eu hyfforddiant yn annigonol ac ni all barhau. Mae llawer o'r problemau hyn yn gyffredin ar draws y DU ac mae rhaid i wasanaethau ymhob man ymateb mewn modd tebyg.

Ar Fynediad, y cwestiwn oedd: **Ydy gwaeth mynediad yn anochel er mwyn sicrhau ansawdd a diogelwch da?** Yr ateb i hynny ydy ei fod yn anochel mewn rhai achosion. Ond ym mwyafrif o achosion gellir gwneud llawer i liniaru'r broblem hon – gostwng yr angen am ofal ysbyty, defnyddio technolegau newydd, gwella cludiant a mynediad di-argyfwng a thrwy wella capasiti gofal argyfwng cyn cyrraedd yr ysyby. Effaith net yr holl fesurau hyn fyddai gwella mynediad i ofal argyfwng o'r ansawdd uchaf ac i gyfyngu problemau ysbytai anghysbell i nifer fechan o bobl sydd angen gofal arbenigol iawn ac i'r rhan fwyaf aciwt o'u 'llwybr'.

Ac o roi'r elfennau at ei gilydd: **Beth ydy'r ddadl dros newid?** Mewn gwirionedd, mae'r ddadl yn un gref iawn, yng Nghymru fel mewn manau eraill yn y DU dros ail-drefnu gwasanaethau rhai ysbytai aciwt. Mae agweddau positif a negyddol i hyn. Ar yr ochr positif, gallai ysbytai Cymru ddarparu gofal gwell mewn rhai agweddau allweddol, gostwng y risg o anabledl diangen a hyn yn oed marwolaeth. Ar yr ochr fwy negyddol, erbyn hyn gallai'r pwysau ar sicrhau argaeledd staff meddygol allweddol mewn nifer fechan o arbenigeddau mor fawr olygu chwalfa mewn rhai gwasanaethau. Gellir yn aml, liniaru effaith ail-drefnu a hefyd mae potensial i gynyddu'r mynediad i ofal argyfwng i bobl ar draws Cymru, hyd yn oed yn y cymunedau mwyaf anghysbell.

Drwy'r adolygiad hwn, mae dwy thema yn codi'u pen. Yn gyntaf, anaml y mae'r dystiolaeth yn ddigon eglur i arwain at ateb pendant. Felly, mae angen ei dehongli a'i chymhwyso i amgylchiadau arbennig ac mae angen i'w gosod yng nghyd-destun y cyd-ddibyniaethau cymhleth sy'n nodweddiadol o'r maes gofal iechyd modern. Yn ail, fel arfer mae polisi iechyd yn ymwneud â sefydlu cyfaddawdau derbyniol rhwng amcanion sy'n cystadlu yn erbyn ei gilydd – ansawdd a diogelwch, hygyrchedd, cost.

Felly, dyma'r papur hwn i chi – ymgais i gyflwyno crynodeb i ddarllenwyr an-arbenigol o'r hyn mae'r dystiolaeth yn ei gefnogi, fel y gallan nhw benderfynu drostyn nhw eu hunain.



Welsh Institute for Health and Social Care  
Sefydliad Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru

Sefydliad Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru  
Prifysgol Morgannwg  
Campws Glyntaf Isaf  
Trefforest  
Pontypridd  
CF37 1DL

Ffôn: 00 44 (0)1443 483070

Ffacs: 00 44 (0)1443 483079

<http://wihsc.glam.ac.uk/>