

## Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

---

Lleoliad:

**Ystafell Bwyllgora 3 – Senedd**

---

Dyddiad:

**Dydd Iau, 18 Medi 2014**

---

Amser:

**09.15**

---

Cynulliad  
Cenedlaethol  
Cymru

National  
Assembly for  
Wales



I gael rhagor o wybodaeth, cysylltwch â:

**Llinos Madeley**

Clerc y Pwyllgor

029 2089 8403

[PwyllgorIGC@cymru.gov.uk](mailto:PwyllgorIGC@cymru.gov.uk)

---

### Agenda

---

Yn y cyfarfod ar 16 Gorffennaf 2014, penderfynodd y Pwyllgor o dan Reol Sefydlog 17.42 (vi) wahardd y cyhoedd ar gyfer eitem 1 yn y cyfarfod ar 18 Medi 2014.

**1 Ymchwiliad i'r cynnydd a wnaed hyd yma ar weithredu Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru: trafod yr adroddiad drafft (09.15–10.00) (Tudalennau 1 – 63)**

**2 Cyflwyniad, ymddiheuriadau a dirprwyon (10.00)**

**3 Papurau i'w nodi (10.00) (Tudalennau 64 – 87)**

**4 Ymchwiliad i fynediad at dechnolegau meddygol yng Nghymru: sesiwn dystiolaeth 17 (10.00 – 10.45) (Tudalennau 88 – 112)**

Dr Anna Kuczynska, Cyfarwyddwr Ardal Meddygon Teulu, Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro

Charlotte Moar, Cyfarwyddwr Cyllid, Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro

Anthony Tracey, Cyfarwyddwr Cynorthwyol Gwybodeg, Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda

Egwyl (10.45 – 10.50)

**5 Ymchwiliad i fynediad at dechnolegau meddygol yng Nghymru:  
sesiwn dystiolaeth 18 (10.50 – 11.35) (Tudalennau 113 – 121)**

Dr Mark Vaughan, Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru

Dr Nazia Hussain, Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol

Dr Peter Horvath-Howard, Cymdeithas Feddygol Prydain Cymru

Dr Charles Allanby, Cymdeithas Feddygol Prydain Cymru

**6 Ymchwiliad i fynediad at dechnolegau meddygol yng Nghymru:  
sesiwn dystiolaeth 19 (11.35 – 12.20) (Tudalennau 122 – 138)**

Andrew Bell, Yr Asiantaeth Gwella Gwasanaethau Cymdeithasol

Sue Evans, Cymdeithas Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru

David Williams, Cymdeithas Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru

**7 Cynnig o dan Reolau Sefydlog 17.42 (vi) a (ix) i benderfynu gwahardd  
y cyhoedd o'r cyfarfod ar gyfer eitemau 8, 10 ac 11 (12.20)**

**8 Ymchwiliad i fynediad at dechnolegau meddygol yng Nghymru: trafod  
y dystiolaeth a gafwyd (12.20 – 12.30)**

Cinio (12.30 – 13.30)

**9 Craffu ar waith y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol a'r  
Dirprwy Weinidog Iechyd: craffu cyffredinol ac ariannol (13.30 – 15.00)  
(Tudalennau 139 – 211)**

Mark Drakeford AC, y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol

Vaughan Gething AC, y Dirprwy Weinidog Iechyd

Andrew Goodall, Cyfarwyddwr Cyffredinol Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol

Albert Heaney, Cyfarwyddwr Gwasanaethau Cymdeithasol ac Integreiddio

Ruth Hussey, Prif Swyddog Meddygol

Martin Sollis, Cyfarwyddwr Cyllid

**10 Memorandwm Cydsyniad Deddfwriaethol Atodol – Bil Cyfiawnder Troseddol a'r Llysoedd: trafod yr adroddiad drafft (15.00 – 15.20)**  
(Tudalennau 212 – 219)

**11 Ymchwiliad i sylweddau seicoweithredol newydd ("cyffuriau penfeddwol cyfreithlon"): ystyried amserlen ar gyfer gweithgarwch ymgysylltu (15.20 – 15.30)** (Tudalennau 220 – 225)

Mae cyfyngiadau ar y ddogfen hon

Mae cyfyngiadau ar y ddogfen hon

# Eitem 3

## Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

---

Lleoliad: **Ystafell Bwyllgora 1 a 2 – Y Senedd**

---

Dyddiad: **Dydd Mercher, 16 Gorffennaf 2014**

---

Amser: **08.45 – 13.00**

---

Cynulliad  
Cenedlaethol  
Cymru

National  
Assembly for  
Wales



Gellir gwyllo'r cyfarfod ar Senedd TV yn:

<http://www.senedd.tv/archiveplayer.jsf>

---

### Cofnodion Cryno:

---

#### Aelodau'r Cynulliad:

**David Rees AC (Cadeirydd)**  
**Leighton Andrews AC**  
**Andrew RT Davies AC**  
**Ann Jones AC**  
**Elin Jones AC**  
**Darren Millar AC**  
**Lynne Neagle AC**  
**Gwyn R Price AC**  
**Lindsay Whittle AC**  
**Kirsty Williams AC**

---

#### Tystion:

**Keith Evans**  
**Y Gwir Anrhydeddus Ann Clwyd AS, cyd-Gadeirydd yr Adolygiad o System Gwyno Ysbytai'r GIG (GIG Lloegr).**  
**Mr Phil Banfield, BMA Cymru**  
**Tina Donnelly, Goleg Brenhinol y Nyrsys**  
**Rory Farrelly, Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg**  
**Dr Chris Jones, Bwrdd Iechyd Cwm Taf (Saesneg yn unig)**  
**Carol Shillabeer, Bwrdd Iechyd Addysgu Powys (Saesneg yn unig)**  
**Nicola Williams, Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg**

---

---

---

Staff y Pwyllgor:

Llinos Madeley (Clerc)  
Helen Finlayson (Ail Clerc)  
Sarah Sargent (Dirprwy Glerc)  
Rhys Morgan (Dirprwy Glerc)  
Victoria Paris (Ymchwilydd)  
Philippa Watkins (Ymchwilydd)

---

## **1 Cyflwyniadau, ymddiheuriadau a dirprwyon**

**1.1 Cafwyd ymddiheuriadau gan Rebecca Evans a Janet Finch-Saunders. Roedd Ann Jones yno fel dirprwy i Rebecca Evans ac Andrew RT Davies yn ddirprwy i Janet Finch-Saunders.**

## **2 Cynnig o dan Reol Sefydlog 17.42(vi) i benderfynu gwahardd y cyhoedd o'r cyfarfod ar gyfer y busnes a ganlyn:**

**2.1 Derbyniwyd y cynnig.**

## **3 Ymchwiliad i'r cynnydd a wnaed hyd yma ar weithredu Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru: trafod y materion allweddol**

**3.1 Bu'r Pwyllgor yn trafod y materion allweddol sydd wedi codi o'r ymchwiliad.**

**3.2 Cytunodd y Pwyllgor i ysgrifennu at y Weinyddiaeth Gyfiawnder mewn perthynas â'r Rheoliadau Diogelu Data Ewropeaidd.**

## **4 Ymchwiliad i broses gwyno'r GIG: sesiwn dystiolaeth 1**

**4.1 Ymatebodd y tystion i gwestiynau gan Aelodau.**

## **5 Ymchwiliad i broses gwyno'r GIG: sesiwn dystiolaeth 2**

**5.1 Ymatebodd y tystion i gwestiynau gan Aelodau.**

## **6 Ymchwiliad i broses gwyno'r GIG: sesiwn dystiolaeth 3**

**6.1 Ymatebodd y tystion i gwestiynau gan Aelodau.**

**6.2 Cytunodd y tystion i ddarparu rhagor o wybodaeth am y canlynol:**

- gyfanswm y cwynion a dderbyniwyd, y gyfran sy'n ymwneud â gofal sylfaenol a'r gyfran sy'n ymwneud â gofal eilaidd yn y GIG yng Nghymru am bob bwrdd iechyd lleol; a
- rhagor o wybodaeth am y dulliau a fabwysiadwyd gan fyrddau iechyd lleol i fesur profiad y claf, gan gynnwys adborth gan gleifion a'u barn am y broses gwyno.

## **7 Ymchwiliad i broses gwyno'r GIG: sesiwn dystiolaeth 4**

### **7.1 Ymatebodd y tystion i gwestiynau gan Aelodau.**

## **8 Papurau i'w nodi**

### **8.1a Nododd y Pwyllgor gofnodion y cyfarfodydd a gynhaliwyd ar 26 Mehefin a'r 2 Gorfennaf.**

8.1 Blaenraglen waith y Pwyllgor: Medi – Rhagfyr 2014

8.2 Nododd y Pwyllgor y flaenraglen waith ar gyfer mis Medi i fis Rhagfyr 2014

## **9 Cynnig o dan Reol Sefydlog 17.42(vi) i benderfynu gwahardd y cyhoedd o weddill y cyfarfod ac o eitem 1 y cyfarfod ar 18 Medi 2014**

9.1 Derbyniwyd y cynnig.

## **10 Ymchwiliad i broses gwyno'r GIG: trafod y dystiolaeth mewn sesiwn breifat**

10.1 Trafododd y Pwyllgor y dystiolaeth a gafwyd ar gyfer yr ymchwiliad.



Mark Drakeford AC / AM  
Y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol  
Minister for Health and Social Services



Llywodraeth Cymru  
Welsh Government

Ein cyf/Our ref SF MD 2136 14

David Rees AC  
Cadeirydd y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

12 Gorffennaf 2014

*Annwyl David,*

Pan drafodwyd adroddiad y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol ar waith Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru yn y cyfarfod llawn ar 4 Mehefin, fe gofiwch imi sôn am fy mwriad i gomisiynu adolygiad o Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru. Cyhoeddais fod Ruth Marks, cyn-Gomisiynydd Pobl Hŷn Cymru, wedi cytuno i arwain y gwaith hwn.

Rwyf bellach wedi cytuno ar gylich gorchwyl yr adolygiad, ac amgaeaf gopi er gwybodaeth.

Bydd Mrs Marks yn cyflwyno adroddiad ar ei chanfyddiadau a'i chynigion adeg yr hydref, 2014.

*In gywir,  
Mark.*

Mark Drakeford AC / AM  
Y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol  
Minister for Health and Social Services

cc  
Elin Jones AC  
Darren Millar AC  
Kirsty Williams AC

Bae Caerdydd • Cardiff Bay  
Caerdydd • Cardiff  
CF99 1NA

Wedi'i argraffu ar bapur wedi'i ailgylchu (100%)  
Tudalen y pecyn 67

English Enquiry Line 0845 010 3300  
Llinell Ymholiadau Cymraeg 0845 010 4400  
Gohebiaeth.Mark.Drakeford@cymru.gsi.gov.uk  
Printed on 100% recycled paper

## Llywodraeth Cymru

### Adolygiad o Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru

#### Cylch Gorchwyl

#### Y cefndir

Ym mis Gorffennaf 2013 cyhoeddodd y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol ei fod wedi penderfynu cynnal ymchwiliad byr i waith Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru (AGIC). Cafodd yr adroddiad ei gyhoeddi ar 21 Mawrth 2014. Argymhellodd y Pwyllgor y dylai Llywodraeth Cymru gynnal adolygiad sylfaenol o AGIC, er mwyn diwygio, datblygu a gwella ei swyddogaethau rheoleiddio ac arolygu. Ddeng mlynedd ar ôl sefydlu AGIC - a'r Cynulliad Cenedlaethol bellach yn meddu ar gyfres o bwerau deddfu gwahanol iawn - cytunodd Llywodraeth Cymru mai dyma'r adeg iawn i gynnal adolygiad o'r fath. Yn ystod y degawd ers ei sefydlu mae AGIC, yn ddiamau, wedi cael cyfres o gyfrifoldebau ychwanegol. Bydd yr adolygiad yn ystyried a yw cylch gwaith AGIC bellach yn ddigon ystyrlon, gan ystyried sut y gellid ei symleiddio a'i gryfhau. Bydd yr adolygiad hefyd yn ystyried pwerau deddfu Gweinidogion Cymru sy'n cael eu harfer gan AGIC.

#### Diben

Bydd yr adolygiad annibynnol hwn felly'n ymdrin â'r meysydd canlynol:

- Adolygu swyddogaethau a chyfrifoldebau presennol AGIC. Bydd hyn yn cynnwys amlinellu hanes AGIC a disgrifio'r cyfrifoldebau ychwanegol a drosglwyddwyd iddi yn ystod y 10 mlynedd ers ei sefydlu, er mwyn pennu: a fyddai unrhyw rai ohonynt yn cael eu cyflawni'n well gan gorff arall; neu a oes unrhyw fylchau yn y gwasanaethau gofal iechyd y mae angen mynd i'r afael â nhw.
- Ystyried cylch gwaith AGIC o ran y GIG a'r sector gofal iechyd annibynnol, er mwyn pennu a oes digon o gydweithredu ar draws y sectorau sy'n sicrhau eu bod yn cydymffurfio â'r un safonau. Dylai hyn gynnwys yr elfen arolygu a'r elfen reoleiddio sy'n rhan o'i chylch gwaith.
- Elwa ar brofiadau arolygiaethau eraill, er enghraifft, y gwersi y gallai Cymru eu dysgu gan y methodolegau sy'n cael eu datblygu yn yr Alban, yng Ngogledd Iwerddon, ac yn Lloegr.
- Edrych ar batrwm cymhleth y ddeddfwriaeth sy'n sail i waith AGIC, a phenderfynu sut y gellid ei chydgrynhoi, ei symleiddio a/neu ei chryfhau, gan ystyried y newid sy'n digwydd ym maes gwasanaethau gofal iechyd a'r symud tuag at ddarparu mwy o ofal yn y gymuned.
- Rhoi ystyriaeth i waith ehangach, gan gynnwys yr Adolygiad Arolygu, Archwilio a Rheoleiddio, y Bil Rheoleiddio ac Arolygu, diwygio'r Cynghorau Iechyd Cymuned, a'r camau gweithredu perthnasol sy'n codi yn sgil Comisiwn Williams, er mwyn ystyried goblygiadau posibl y gwaith hwn mewn perthynas â gweithredu AGIC.
- Ymgymryd â chyfnod o feithrin perthynas â rhanddeiliaid allweddol er mwyn ceisio barn ehangach am ddyfodol swyddogaethau a chyfrifoldebau AGIC.

- Datblygu cynigion a fydd yn sail i ran o'r papur gwyrdd a fydd yn pennu cwmpas Bil ar gyfer Sicrhau Ansawdd yn y GIG, a gwneud argymhellion ar gyfer unrhyw gamau y gellid eu rhoi ar waith cyn i unrhyw newid deddfwriaethol ddigwydd.

Bydd yr adolygiad yn dechrau ym mis Gorffennaf 2014, a bydd adroddiad ar y canfyddiadau ar gael yn ystod yr hydref, 2014.



Ein cyf/Our ref SF-MD-2016-14

Kirsty Williams AM  
Darren Millar AM  
Elin Jones AM

14 Gorffennaf 2014

*Annwyl Aelod,*

### Adolygiad o Fuddsoddi mewn Addysg i Weithwyr Iechyd Proffesiynol

Mae Llywodraeth Cymru'n buddsoddi mwy na £350m bob blwyddyn ar gefnogi dros 15,000 o fyfyrwyr a hyfforddeion ledled Cymru sy'n ymgymryd â rhaglenni ym maes iechyd. Mae hyn yn cynnwys addysg i israddedigion, ôl-raddedigion yn ogystal ag addysg broffesiynol barhaus. Rwyf am sicrhau bod y trefniadau sy'n sail i'r buddsoddi hwn yn helpu i gyflawni'r newidiadau y mae eu hangen yn y gweithlu er mwyn darparu gwasanaethau cynaliadwy yn y dyfodol. Rwyf, felly, wedi penodi panel i adolygu buddsoddiad Cymru mewn addysg i weithwyr iechyd proffesiynol.

Caiff yr adolygiad ei arwain gan Mel Evans, Cadeirydd Bwrdd Addysgu Iechyd Powys. Aelodau eraill y Panel fydd Dr David Salter, cyn Ddirprwy Brif Swyddog Meddygol Cymru, yr Athro Ceri Phillips, Athro Economeg Iechyd yng Nghanolfan Economeg Iechyd Abertawe a Mr Dick Roberts CBE, Dirprwy Ganghellor ym Mhrifysgol Caerdydd a chyn Gyngorydd Optometrig Cymru.

Bydd yr adolygiad yn ystyried nifer o faterion gan gynnwys:

- Natur y buddsoddiad presennol mewn addysg i weithwyr iechyd proffesiynol - yr hyn yr ydym yn ei ariannu ac a yw hyn yn darparu'r cymorth angenrheidiol i'r gweithlu gofal iechyd yng Nghymru;
- Sut y mae'r buddsoddiad hwn yn dwyn ffrwyth;
- Y trefniadau presennol sydd wedi'u sefydlu ar gyfer cynllunio canolraddol a thymor hwy yn y GIG ac a yw'r rhain yn hwyluso gweithio amlbroffesiynol;
- I ba raddau y byddai cymhellion a/neu amodau yn hybu addysgu, hyfforddi a chadw gweithwyr iechyd proffesiynol ledled Cymru;
- Sut y mae anghenion a safonau gofal iechyd yn llywio cynllunio, dylunio rolau a chomisiynu addysg.

Amgaeir Cylch Gorchwyl yr adolygiad hwn ynghyd â gwybodaeth bellach am aelodau'r panel.

Rwyf yn disgwyl i'r panel gyflwyno ei ganfyddiadau erbyn diwedd y flwyddyn.

Rwyf yn angof copi o'r llythyr hwn at Gadeirydd y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol ac yn wyneb materion trawsbynciol yr adolygiad rwyf hefyd yn anfon copi at Gadeirydd y Pwyllgor Plant, Pobl Ifanc ac Addysg.

In gywir,

Mark.

**Mark Drakeford AC / AM**

Y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol  
Minister for Health and Social Services

## Adolygiad o Fuddsoddi mewn Addysg i Weithwyr Iechyd Proffesiynol

### Cylch Gorchwyl

#### Diben yr Adolygiad

Prif swyddogaeth y Panel fydd cynnal adolygiad ffurfiol o'r ffordd y mae Llywodraeth Cymru'n buddsoddi mewn cynllunio, datblygu a chomisiynu'r Gweithlu Iechyd yng Nghymru.

#### Meysydd allweddol

Wrth gynnal yr adolygiad hwn bydd y panel yn:

- ymchwilio i'r trefniadau sy'n bodoli ar hyn o bryd ac yn nodi cryfderau a gwendidau'r system.
- dadansoddi'r buddsoddiad sydd wedi'i wneud mewn addysg Iechyd yng Nghymru; asesu i ba raddau y mae'r buddsoddiad yn dwyn ffrwyth ac a yw ar lefel briodol.
- ystyried y model presennol sef y 'model a reolir' ar gyfer comisiynu addysg sy'n cael ei fabwysiadu yng Nghymru ochr yn ochr â dulliau gweithredu eraill yn y DU / gwledydd eraill a darparu argymhellion am ddull gweithredu i'w fabwysiadu yn y dyfodol.
- ystyried a fyddai sefydlu un corff sy'n dod â'r swyddogaethau hyn ynghyd o fudd i Gymru ac os felly pa swyddogaethau y dylai eu cynnwys
- ystyried i ba raddau y gallai trefniadau sy'n seiliedig ar gymhellion fod o fudd i'r agenda addysg a hyfforddiant yng Nghymru.
- ystyried y dull gweithredu polisi ehangach mewn perthynas â gofal Iechyd darbodus a beth y mae hyn yn ei olygu i addysg a hyfforddiant gweithwyr gofal Iechyd proffesiynol a grwpiau staff.

#### Amserlen

Bydd y Panel yn adrodd ar ei ganfyddiadau trwy gyfrwng adroddiad ffurfiol i'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol erbyn diwedd Rhagfyr 2014.

#### Dull gweithredu

Y panel yn cyfarfod i gytuno ar ddull gweithredu ar gyfer yr adolygiad.

#### Ymgysylltu

Bydd y panel yn nodi rhanddeiliaid allweddol ac yn penderfynu ar fyrdde priodol o ymgysylltu ag unigolion / cyrff i ganiatáu i gasgliadau ac argymhellion gael eu seilio ar dystiolaeth briodol.

#### Cymorth

Caiff yr adolygiad ei gynorthwyo gan Reolwr Adolygiad yng Nghyfarwyddiaeth y Gweithlu a Datblygu Sefydliadol yn Llywodraeth Cymru.

## Cadeirydd ac Aelodau'r Panel

### **Mel Evans - Cadeirydd**

Ar hyn o bryd Mr Evans yw Cadeirydd Bwrdd Addysgu Iechyd Powys. Ac yntau wedi cael ei addysg yn Ysgol Ramadeg Ferndale a Phrifysgol Lerpwl mae Mr Evans yn gyfrifydd cymwysedig a bu ganddo yrfa ym maes cyllid yn y sector cyhoeddus ehangach a'r GIG.

Ymhlith ei swyddi blaenorol mae Cyfarwyddwr Cyllid Awdurdodau Gwasanaethau Iechyd ac Iechyd y Teulu, Morgannwg Ganol; Cyfarwyddwr Cyllid a Cyfarwyddwr Contractio yn Awdurdod Iechyd Bro Taf a Rheolwr Cyffredinol Grŵp Iechyd Lleol Rhondda Cynon Taf, tan 31 Mawrth 2003. Bryd hynny penodwyd Mr Evans yn Brif Weithredwr y corff a'i holynodd – sef Bwrdd Addysgu Iechyd Lleol Rhondda Cynon Taf tan 2009, yr un pryd â'r swydd hon, rhwng 2007 a 2009, a bu hefyd yn Brif Weithredwr Bwrdd Iechyd Lleol Merthyr Tudful.

### **Yr Athro Ceri Phillips – Aelod o'r Panel**

Yr Athro Ceri Phillips yw Athro Economeg Iechyd a Dirprwy Bennaeth Ysgol (Ymchwil) ym Mhrifysgol Abertawe ac mae wedi meithrin cysylltiadau agos â'r Uned Gwella Clwyfau a'r Ganolfan Ymchwil i Anabledd ym Mhrifysgol Caerdydd a'r Uned Ymchwil i Boen yn Ysbyty'r Radcliffe yn Rhydychen. Mae'r Athro Phillips wedi ymgymryd â gwaith ymchwil ar ran ystod o sefydliadau, gan gynnwys Mudiad Iechyd y Byd, Llywodraeth Cymru, yr Adran Iechyd, yr Adran Gwaith a Phensiynau ac ystod o awdurdodau iechyd a chwmnïau fferyllol.

Mae'r Athro Phillips yn aelod o ystod eang o grwpiau a byrddau gan gynnwys Comisiwn Bevan, Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan (AWMSG), Is-gadeirydd ei Grŵp Meddyginiaethau Newydd a bu'n aelod o Grwpiau Datblygu Rhaglenni NICE ar ystod o faterion iechyd y cyhoedd.

Mae'r Athro Phillips wedi cyhoeddi dros 130 o lyfrau ac erthyglau mewn cyfnodolion ym maes economeg iechyd a pholisi iechyd.

### **Dr David Salter – Aelod o'r Panel**

Ac yntau wedi ymddeol bellach, Dr David Salter yw cyn Ddirprwy Brif Swyddog Meddygol (CMO) Cymru. Fel Dirprwy CMO, roedd Dr Salter yn rhoi cyngor a chanllawiau proffesiynol annibynnol i'r Prif Weinidog, Gweinidogion Llywodraeth Cymru a Chynulliad Cenedlaethol Cymru. Yn rhinwedd ei swydd fel Dirprwy CMO, bu Dr Salter yn arwain ar lawer o faterion sy'n effeithio ar iechyd pobl Cymru. Roedd y gwaith hwn yn cynnwys adolygiad o'r achosion o E Coli yn 2006. Gwnaeth yr adolygiad argymhellion i leihau'r risg y byddai achosion fel hyn yn digwydd eto.

Fel rhan o Banel Craffu yn 2013, lluniodd Dr Salter adroddiad ar gynigion ar gyfer newid mewn gwasanaethau mewn perthynas â gwasanaethau newyddenedigol yn Ysbyty Glangwili, Caerfyrddin ac Ysbyty Llwynhelyg, Hwlfordd.

### **Mr Dick Roberts CBE – Aelod o'r Panel**

Ar hyn o bryd Mr Roberts yw Dirprwy Ganghellor Prifysgol Caerdydd. Ac yntau'n gyn Brif Gynghorydd Optometrig Cymru bu Mr Roberts yn gyfrifol am Archwiliad Iechyd Llygaid Cymru ac am sefydlu Gwasanaeth Golwg Gwan Cymru. Fe lwyddodd i argyhoeddi'r proffesiwn i ymgymryd â hyfforddiant ac achrediad pellach er mwyn sefydlu lefelau cymwyseddau sydd hyd yn oed un uwch na'r rhai y mae eu hangen yn wladol.

Ac yntau'n Aelod o'r Cyngor Optegol Cyffredinol rhwng 1981 a-2006, bu'n gadeirydd ar y Pwyllgor Ymchwilio am 20 mlynedd. Yn rhinwedd ei rôl fel ymwelydd ar ran y Cyngor Optegol Cyffredinol bu'n ymweld â phob un o'r prifysgolion a oedd yn gyfrifol am addysg

optometrig i israddedigion ac fe luniodd Adroddiad Roberts ar brosesau disgyblu'r Cyngor a mabwysiadu newid.

Mae Mr Roberts wedi bod yn ddarlithydd gwadd yn yr Ysgol Optometreg a Gwyddorau'r Llygaid ym Mhrifysgol Caerdydd ac mae wedi bod yn uwch arholwr gyda Chymdeithas Optegol Prydain a Choleg Brenhinol yr Optometryddion.







Ein cyf/Our ref: MB/MD/2595/14

David Rees AC  
Cadeirydd  
Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol  
Cynulliad Cenedlaethol Cymru  
Bae Caerdydd

HSCCommittee@wales.gov.uk

17 Gorffennaf 2014

Annwyl David,

**Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol 26 Mehefin – Sesiwn Ymchwiliad y  
Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser**

Yn y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol ar 26 Mehefin cytunais i roi gwybodaeth i  
Aelodau am y canlynol:

1. nodyn ar ddarparu triniaeth a gwasanaethau i gleifion sydd â thiwmorau niwroendocrin ar lefel Cymru gyfan, fel enghraifft o wasanaethau sy'n cael eu darparu ar gyfer canserau llai cyffredin;
2. cadarnhad bod y dechnoleg yn ei lle i gefnogi'r gwaith o adrodd yn amserol ar yr adolygiadau o'r achosion o ganser yr ysgyfaint a chanser gastroberfeddol yr ymdrinnir â hwy gan bob meddyg teulu yng Nghymru yn 2014 ar lefel meddyg teulu, lefel clwstwr meddygon teulu a'r lefel genedlaethol;
3. nodyn i roi'r wybodaeth ddiweddaraf i'r Pwyllgor ar y trafodaethau tairochrog ar reoliadau drafft yr Undeb Ewropeaidd ar ddiogelu data, a'r effaith bosibl ar ymchwil canser yng Nghymru;
4. y papur a gyflwynwyd gan Iechyd Cyhoeddus Cymru i ymchwiliad Pwyllgor Gwyddoniaeth a Thechnoleg Tŷ'r Cyffredin i Sgrinio Iechyd Cenedlaethol;
5. nodyn i egluro a oes adnoddau a chapasiti ar gael ar gyfer sgrinio coluddion yng Nghymru;
6. darparu eich sylwadau am y pryderon a fynegwyd mewn perthynas ag arolygon iWantGreatCare;
7. nodi'r camau rydych yn eu cymryd i wneud yn siŵr bod gan bawb wasanaethau teg a mynediad i ofal diwedd oes.

**1.** Mae Tiwmorau Niwrodocrin (NETs) yn gyflwr prin (4 fesul 100,000) ac yn arbennig o anodd i'w ddiagnosisio gan fod y symptomau yn aml yn cael eu hadnabod fel cyflyrau eraill. Er mai dim ond un ganolfan arbenigol sydd yng Nghymru, mae'r Tîm Amlddisgyblaeth ar gyfer Tiwmorau Niwrodocrin, a leolir yng Nghaerdydd, yn cefnogi diagnosis a chyngor ar opsiynau triniaeth i gleifion ledled Cymru. Er mwyn cael triniaeth caiff cleifion eu hatgyfeirio i amrywiol ganolfannau arbenigol ar draws y DU, tra bydd cleifion yn ardal Bwrdd Iechyd Lleol Caerdydd a'r Fro yn cael eu trin yn y ganolfan yng Nghaerdydd. O ran canserau mwy prin, lle nad oes modd i Fyrddau Iechyd Lleol unigol ddarparu'r gwasanaethau, Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru (WHSSC) neu'r Rhwydweithiau Canser fydd yn gyfrifol am sicrhau y caiff gwasanaethau eu darparu ar draws y Byrddau Iechyd Lleol.

**2.** Mae'r dechnoleg gyfredol yn golygu bod modd cofnodi atgyfeiriadau gan Feddygon Teulu mewn amser real. Hyd yn hyn, nid yw'r dechnoleg yn gallu cadw'r dadansoddiad o'r llwybrau gofal, er mai dyma yw uchelgais y gwaith Clwstwr. Yn 2014/15, bydd meddygfeydd yn adolygu'r gofal am gleifion sydd newydd gael diagnosis o ganser yr ysgyfaint neu ganser y system dreulio. Bydd hyn yn canolbwyntio'n benodol ar y broses ddiagnostig, pa mor briodol a chyflym yw'r diagnosis a'r pwyntiau dysgu i'w defnyddio mewn trafodaethau gan glystyrau meddygon teulu er mwyn gwella'r ddealltwriaeth o brofiad y claf, nodi pwyntiau dysgu a gweithredu ar y dysgu hwnnw.

Mae gweithdy wedi'i drefnu ar gyfer Hydref 2014 i gasglu'r blaenoriaethau a nodir gan rwydweithiau Clwstwr - bydd hyn yn cynnwys blaenoriaethau o ran datblygu gwybodaeth a thechnoleg fel y gall swyddogion eu trafod ymhellach â Gwasanaeth Gwybodeg GIG Cymru (NWIS) a rhanddeiliaid. Fel rhan o hyn, bydd swyddogion yn gweithio gyda'r Rhwydwaith Canser i weld pa ddata sy'n ofynnol ar bob lefel i sicrhau datblygiad gwasanaeth a dysgu parhaus. Bydd Arweinwyr Clinigol Gofal Sylfaenol hefyd yn casglu enghreifftiau o arferion da er mwyn llywio'r gwaith o ddadansoddi ac adrodd ar ddata yn y dyfodol. Mae hyn yn adeiladu ar waith meddygfeydd unigol a Choleg Brenhinol Meddygon Teulu a Chynghorwyr Meddygon Teulu MacMillan sy'n cefnogi meddygfeydd a rhwydweithiau lleol i wella diagnosis cynnar a chanlyniadau canser.

Bydd themâu a chymau gweithredu allweddol clystyrau meddygon teulu yn rhan o Adroddiad Blynyddol y Rhwydwaith Clwstwr Meddygon Teulu.

**3.** Mae Llywodraeth Cymru yn pryderu ynghylch effaith bosibl Rheoliad arfaethedig yr UE ar Ddiogelu Data ar y defnydd o ddata i gefnogi darpariaeth gwasanaeth y GIG, ac yn benodol y niwed potensial i'r ymchwil i iechyd ac ymchwil wyddonol.

Mae ymchwil wyddonol yn golygu llawer o fanteision arwyddocaol sy'n gwella ein dealltwriaeth o gymdeithas, iechyd a chlefydau. Fodd bynnag, yn ddiweddar mae Senedd yr UE wedi derbyn y gwelliannau i Erthyglau 81 ac 83 y Rheoliad arfaethedig ar Ddiogelu Data fel rhan o bleidlais floc, gan gefnogi'r holl welliannau arfaethedig. Mae'r Erthyglau hyn fel ag y maent yn fygythiad sylweddol i ymchwil iechyd a wyddonol - gan wneud llawer o'r ymchwil sy'n ymwneud â data personol ar ei waethaf yn anghyfreithlon, ac ar ei orau'n anymarferol.

Roedd y Rheoliad drafft gwreiddiol yn nodi mecanwaith cymesur ar gyfer diogelu preifatrwydd, gan alluogi'r parhad o ran ymchwil i iechyd ac ymchwil wyddonol. Roedd yn cynnwys gofyn am gydsyniad penodol a chlir i ddefnyddio a storio data personol, ond yn darparu eithriad ar gyfer ymchwil. Roedd gwneud hyn yn cydnabod bod modd amddiffyn diddordebau unigolion drwy gamau diogelu llywodraethu a moesegol cadarn, fel cymeradwyaeth gan bwyllgor moeseg ymchwil. Mae fersiynau diwygiedig Erthygl 81 ac 83 yn lleihau'n sylweddol sgôp yr eithriad hwn ar gyfer ymchwil. Byddai defnyddio data personol mewn ymchwil heb ganiatâd penodol yn cael ei wahardd, er gwaethaf y ffaith bod yr ymchwil yn amodol ar gymeradwyaeth foesegol a champau llym i ddiogelu cyfrinachedd.

Os daw i rym, byddai'r drafft presennol o'r Rheoliad UE yn peryglu buddsoddiadau o Gymru, y DU ac Ewrop mewn ymchwil, gan gynnwys geneteg, astudiaethau carfan, biofanciau, cofrestrfeydd clefydau a'r defnydd o ddata a gesglir fel mater o drefn i gefnogi ymchwil.

Er enghraifft, mae Llywodraeth Cymru wedi buddsoddi mwy na £7 miliwn ym manc data Cysylltu Gwybodaeth Ddiennw Ddiogel (SAIL) hyd yn hyn, gan gynnwys £3.9 miliwn gan y Sefydliad Cenedlaethol ar gyfer Ymchwil Gofal Cymdeithasol ac Iechyd (NISCHR). Mae'r dulliau newydd a ddefnyddir gan SAIL yn caniatáu i ddata a gesglir fel mater o drefn fod yn ddiennw a'i gysylltu fel y gellir ei ddefnyddio ar gyfer ymchwil mewn modd diogel a sicr. Bydd y capasiti a'r arbenigedd a ddatblygwyd i gefnogi a gwella sut y cynhelir ymchwil iechyd a gofal cymdeithasol yn cael eu tanseilio'n ddifrifol, a bydd cyflawniadau arwyddocaol yn segur os caiff Erthyglau 81 ac 83 o'r Rheoliad drafft cyfredol eu mabwysiadu.

Mae'r Weinyddiaeth Gyfiawnder yn arwain trafodaethau â'r UE ar ran y DU er mwyn dod o hyd i ffordd o sicrhau y gall y Rheoliad ddiogelu ymchwil werthfawr wrth ddiogelu preifatrwydd. Mae swyddogion Llywodraeth Cymru yn NISCHR wedi darparu briff, ynghyd ag adrannau iechyd eraill y DU, Cynghorau Ymchwil ac elusennau ymchwil feddygol, i gefnogi'r Weinyddiaeth Gyfiawnder i lobïo am newid i reoliad diogelu data arfaethedig yr UE.

Bydd swyddogion Llywodraeth Cymru yn dal i gefnogi cydweithwyr yn y Weinyddiaeth Gyfiawnder i godi mater y goblygiadau niweidiol ac i ddylanwadu ar newid i'r Rheoliad arfaethedig cyfredol wrth i'r ddeddfwriaeth basio drwy Gyngor yr UE a'r prosesau tairochrog.

Mae Cyngor Cyfiawnder a Materion Cartref yr UE wrthi'n gweithio tuag at gytuno ar safbwynt Cyngor yr UE ar y Rheoliad drafft, a bydd cyfarfod nesaf y Cyngor yn cael ei gynnal fis Hydref 2014. Unwaith y bydd Cyngor yr UE wedi cytuno'n ffurfiol ar safbwynt ar y Rheoliad drafft, bydd trafodaethau teirffordd rhwng y Senedd, y Cyngor a'r Comisiwn yn cychwyn.

Gallai fod o fantais pe bai'r Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol yn ysgrifennu at y Gweinidog dros Gyfiawnder i annog ymdrechion i lobïo yn erbyn y gwelliannau i Erthyglau 81 ac 83 o Reoliad Diogelu Data drafft yr UE.

Cynigir bod y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol yn anfon llythyr at y Gweinidog Cyfiawnder i hybu'r ymdrechion i lobïo yn erbyn y gwelliannau i Erthyglau 81 a 83 o Reoliad Diogelu Data drafft yr UE.

4. Atodir copi o Bapur Iechyd Cyhoeddus Cymru i ymchwiliad Pwyllgor Gwyddoniaeth a Thechnoleg Tŷ'r Cyffredin i Sgrinio Iechyd Cenedlaethol yn Atodiad A.

5. Ym mis Mawrth 2010, argymhellodd Pwyllgor Sgrinio Cenedlaethol y DU (UK NSC) y dylid cyflwyno sigmoidosgopi hyblyg (FS) i'r rhaglen sgrinio bresennol am ganser y coluddyn. Dilynwyd yr argymhelliad hwn gan ymrwymiad yr Adran Iechyd i fuddsoddi £60m i ddatblygu gwasanaeth sgrinio FS yn Lloegr. Dechreuodd y rhaglen beilot ar gyfer sgrinio FS i rai 55 oed yn Lloegr ym mis Mawrth 2013 ac mae'n cael ei gyflwyno fesul cam gyda'r nod o sicrhau darpariaeth genedlaethol erbyn diwedd 2016.

Dechreuwyd rhaglen beilot yn yr Alban ym mis Ionawr 2013 mewn 4 bwrdd iechyd ac ar hyn o bryd mae'n gwahodd pobl rhwng 59 a 61 oed. Bydd cyfyngiad amser ar y peilot a chaiff ei werthuso'n ffurfiol cyn gwneud penderfyniad ar y ffordd ymlaen. Nid oes unrhyw gynlluniau i weithredu FS yng Ngogledd Iwerddon.

Nid oes penderfyniad wedi'i wneud eto i gyflwyno FS fel rhaglen sgrinio yng Nghymru. Ar hyn o bryd, mae Iechyd Cyhoeddus Cymru yn gweithio gyda'r Athro Wendy Atkin, a arweiniodd y treialu gwreiddiol yn 2010, i sicrhau effaith potensial rhaglen sgrinio FS ar boblogaeth Cymru. Bydd y gwaith hwn yn edrych i weld pa mor ymarferol byddai cael rhaglen sy'n ategu rhaglen sgrinio bresennol canser y coluddyn.

Mae sigmoidosgopi hyblyg yn edrych ar ochr chwith y coluddyn yn unig, lle mae'r rhan fwyaf o ganserau'r polypau a'r coluddyn yn dechrau, felly mae angen sgrinio drwy Brawf Imiwnocemegol Ysgathrol (FOB) o hyd ar gyfer canserau sy'n dechrau ar ochr dde'r coluddyn.

Trafododd Pwyllgor Sgrinio Cymru FS yn ei gyfarfod ym mis Mehefin. Cydnabuwyd manteision yr ymyriad sgrinio hwn, ond cytunwyd y byddai gweithredu gwasanaeth o'r fath yng Nghymru yn dipyn o her o ystyried y nifer fach iawn sy'n manteisio ar sgrinio'r coluddyn drwy FOB ar hyn o bryd, ac o fewn y ddarpariaeth endosgopi gyfredol.

6. Rydym yn cydnabod pwysigrwydd llais y claf ar gyfer gwella gwasanaethau, yn enwedig ar ddiwedd oes pan mae deall anghenion yr unigolyn yn hanfodol er mwyn darparu gwasanaethau effeithiol. Fel y dywed adroddiad Marie Curie, 'Gwrando ar Bobl sy'n Marw yng Nghymru', mae ein Cynllun Darparu Gofal Diwedd Oes yn pwysleisio'r rôl gref sydd gan adborth y claf a theluoedd mewn gwella gwasanaethau.

Cynhaliodd Canolfan Ymchwil Gofal Lliniarol Marie Curie (CNPCRCP), Prifysgol Caerdydd, astudiaeth *iwantgreatcare* yn ddiweddar er mwyn:

o Sefydlu a yw'r holiadur yn ddealladwy o ran ei gynnwys a strwythur yr eirfa a'r brawddegau;

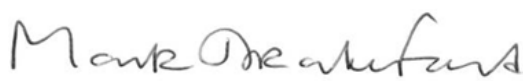
o Edrych i weld a yw'r cwestiynau'n berthnasol i'r cyfranogwyr;

O ganlyniad i'r astudiaeth hon mae nifer o newidiadau'n cael eu gwneud i gynyddu nifer y rhai sy'n cymryd rhan ac i wneud yr arolwg yn haws i'w ddefnyddio. Mae hyn yn cynnwys symleiddio'r rhyngwyneb i ddefnyddwyr a chael gwared ar eiriau cymhleth o'r ddogfen. Mae'r arolwg yn dal i fod yn adnodd da ar gyfer dal mewn amser real safbwyntiau cleifion o ran y gwasanaeth, a bydd y newidiadau a wnaed yn dilyn yr adolygiad yn gwella'r cyfranogiad.

7. Mae'r camau ar gyfer sicrhau gwasanaethau gofal cyfartal ar ddiwedd oes wedi'u nodi yn y Cynllun Darparu Gofal Diwedd Oes. Ymhlith y cyflawniadau yn y maes hwn mae:

- Sefydlu trefn o weithio saith diwrnod gan nyrsys clinigol arbenigol a mynediad i gyngor Ymgynghorydd 24/7 ledled Cymru.
- Cyllid ar gyfer gwelyau arbenigol a gwelyau seibiant mewn hosbisau ac ar gyfer datblygu gwasanaethau Hosbis yn y Cartref.
- Gwella mynediad i gyffuriau brys y tu allan i oriau arferol ac i raglen presgripsiynu ymlaen llaw, drwy flychau 'Rhag Ofn'.
- Fformiwla gyllido ar gyfer gwasanaethau gofal lliniarol arbenigol, gan sicrhau lefel benodol o wasanaeth arbenigol ar draws Cymru (£6.4m - a ddosbarthwyd gan Lywodraeth Cymru i gefnogi gwasanaethau).
- Gweithwyr cymorth gofal iechyd a benodwyd i dimau aciwt arbenigol i helpu i fodloni blaenoriaethau cleifion ar Ddiwedd Oes drwy gefnogi teuluoedd, cynnal urddas a pharch i gleifion yn y cyfnod terfynol, yn arbennig mewn sefydliadau aciwt prysur.
- Cysylltiadau ffurfiol ar draws Cymru rhwng nyrsys clinigol arbenigol a chartrefi nyrsio i gefnogi staff sy'n gofalu am breswylwyr ag anghenion gofal diwedd oes.
- Datblygu system gwybodaeth glinigol ar gyfer gofal lliniarol.
- Rhaglen werthuso genedlaethol i gleifion (*Iwantgreatcare*).
- Gwefan gofal lliniarol i Gymru lle mae mynediad agored i wybodaeth ar bob agwedd ar ofal clinigol a rhaglenni gwaith strategol.
- Datblygu cwrs byr ar ofal lliniarol i feddygon teulu.

Yn gywir,



**Mark Drakeford AC / AM**

Y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol  
Minister for Health and Social Services



**GIG**  
CYMRU  
**NHS**  
WALES

Iechyd Cyhoeddus  
Cymru  
Public Health  
Wales

# **Evidence to Commons Science and Technology Select Committee Enquiry into National Screening Programmes**

**Author:** Dr Rosemary Fox Director Screening Division Public Health Wales

**Date:** 08.04.14

**Version:**

**Purpose and Summary of Document:**

**This paper is to provide the Commons Science and Technology Select Committee with written evidence on national screening programmes, with particular emphasis on the Welsh experience.**

## **1 Executive Summary**

- This submission is prepared for the Committee by Public Health Wales.
- The process by which the UK National Screening Committee examines the evidence for non-cancer screening programmes is thorough, systematic and robust.
- Evaluation of evidence regarding cancer screening is less systematic, with the trigger being a decision taken on a case by case basis by the Director of the UK National Screening Committee.
- Evidence regarding risks of screening is less systematically collected than evidence of benefit
- The balance of benefit and harm is poorly understood by public and professionals alike
- Communication of benefits and harms is complex. Information developed to allow individuals to make an informed choice about participation may need further refinement to meet the needs of people with low levels of health literacy.

## **2 Public Health Wales**

Public Health Wales was established as an NHS Trust on 1 October 2009.

### **Public Health Wales has four statutory functions:**

- To provide and manage a range of public health, health protection, healthcare improvement, health advisory, child protection and microbiological laboratory services and services relating to the surveillance, prevention and control of communicable diseases;
- To develop and maintain arrangements for making information about matters related to the protection and improvement of health in Wales available to the public; to undertake and commission research into such matters and to contribute to the provision and development of training in such matters;
- To undertake the systematic collection, analysis and dissemination of information about the health of the people of Wales in particular including cancer incidence, mortality and survival; and prevalence of congenital anomalies; and
- To provide, manage, monitor, evaluate and conduct research into screening of health conditions and screening of health related matters.



The Screening Division of Public Health Wales provides the following population screening programmes in Wales:

- Breast Test Wales, screening approximately 100,000 women aged 50-70 each year
- Cervical Screening Wales, screening approximately 220,000 women aged 25-64 each year
- Bowel Screening Wales, screening approximately 350,000 men and women aged 60-74 each year
- The Wales Abdominal Aortic Aneurysm Screening Programme, screening approximately 16,000 men aged 65 each year
- Newborn Hearing Screening Wales, screening approximately 35,000 babies each year.

Public Health Wales will shortly take responsibility for Newborn Bloodspot Screening Wales.

Public Health Wales also hosts the managed clinical network for Antenatal Screening in Wales, although the delivery of antenatal screening remains a Health Board responsibility.

### **3 What evidence are the NHS Screening Programmes based on and how often is it reviewed?**

Screening policy in Wales is set by Welsh Government, which has established the Wales Screening Committee to advise the Minister for Health & Social Services. The committee has members drawn from Government, Public Health Wales, Welsh Health Boards and Community Health Councils.

The Wales Screening Committee considers the recommendations of the UK National Screening Committee (UKNSC). The UKNSC advises Ministers and the NHS in the four UK countries about screening. It evaluates the evidence for proposed and existing screening programmes against a set of internationally recognised criteria covering the condition, the test, and the programme. Evidence is reviewed regularly, and the schedule for review is published on the UKNSC website: <http://www.screening.nhs.uk/about>.

The evidence reviews carried out on behalf of the UKNSC are of a very high standard, and are made publically available as part of the public consultation involved in review process. Two UKNSC members are from Wales, including the Director of the Screening Division of Public Health Wales.

The UKNSC is responsible for making recommendations for screening across all clinical areas, and is the source of advice for Welsh Government, and therefore for screening in Wales.

However, in the case of cancer screening the Director of the UKNSC takes a view on a case by case basis on whether a proposal by the English cancer screening programmes constitutes a major change. When such a proposal is deemed to warrant a UKNSC policy, the arguments put to the English Advisory Structure are sought and presented to the UKNSC, in the form of a review against the UKNSC criteria. Thus the trigger for reviews of the evidence for cancer and non-cancer screening evidence differs, with non-cancer screening evidence being reviewed regularly according to a published timetable, and evidence relating to cancer screening being reviewed in a more 'ad hoc' basis.

As Welsh Government Policy is based on UKNSC advice, this can lead to uncertainty about the timescales for decisions about new evidence regarding cancer screening. For example the UKNSC did not examine the evidence for the age range and frequency of cervical screening until 2012, nine years after the English NHSCSP had changed its policy.

#### **4 Could the evidence base and sources of scientific advice to government on health screening be improved?**

The UKNSC is currently reviewing its role, terms of reference and membership. It is consulting on proposals to strengthen the lay membership and ethical representation on the Committee. In the opinion of Public Health Wales this would be a positive step.

A literature review undertaken as part of the review process suggests that the criteria used by the UKNSC in its appraisal of the evidence are robust. Public Health Wales agrees with this.

Public Health Wales would like to see a systematic approach to regular evidence review applied to cancer screening as it is to non-cancer screening.

#### **5 How effectively are the potential risks and benefits of health screening communicated and understood by the public?**

Public Health Wales believes that risks and benefits of screening are poorly understood by both professionals and the public, with benefits typically being over-estimated, and risks under-estimated. This is reinforced by a tendency to focus on levels of participation in screening as a measure of programme success.

The UKNSC explicitly considers harms of screening as well as benefits when considering evidence. However, much of the quantitative evidence considered by the committee relates to benefits- mortality reduction is a common end-point, for example. Risks are rarely as well quantified. Without robust estimates of the magnitudes of harms, it is difficult to give

a definitive estimate of the precise balance of good and harm resulting from screening. This is borne out by the recent review of the evidence for breast screening led by Prof Michael Marmot's team.

The breast screening leaflet developed by the DH Advisory Committee on Informed Choice in Cancer Screening will be launched in bilingual format in Wales in the near future. Communication of benefit and risk is complex even when the estimates are robust. Focus Group work carried out by Public Health Wales' Screening Engagement Team has found a resistance amongst volunteers to information regarding risks of screening, and provision of meaningful information balancing risks and benefits to groups with low levels of health literacy will remain very challenging.

## **6 How does health screening provided in the UK through the NHS compare with that offered by other countries?**

Public Health Wales has little evidence on the organisation of, or effectiveness of screening programmes beyond the UK.

Mark Drakeford AC / AM  
Y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol  
Minister for Health and Social Services



Llywodraeth Cymru  
Welsh Government

Ein cyf/Our ref: MB/MD/3616/14

Elin Jones AC  
Kirsty Williams AC  
Darren Millar AC

Cynulliad Cenedlaethol Cymru

27 Awst 2014

*Annwyl Aelod,*

Ysgrifennaf i'ch hysbysu fel llefarwyr y gwrthbleidiau ar lechyd fod Dr Philip Jones wedi cael ei benodi yn Arweinydd Clinigol Cenedlaethol ar gyfer Gwasanaethau Strôc yn dilyn cystadleuaeth agored.

Swydd Dr Jones fydd goruchwyllo'r gwaith parhaus o weithredu'r Cynllun Cyflawni ar gyfer Strôc. Mae'n Feddyg Ymgynghorol sydd â diddordeb mewn gofal ar gyfer yr henoed a diddordeb is-arbenigedd mewn niwroleg ac adsefydlu. Mae'n gweithio yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais, Aberystwyth.

Anfonaf gopi o'r llythyr hwn at David Rees AC, Cadeirydd y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol.

*In gywir  
Mark.*

**Mark Drakeford AC / AM**  
Y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol  
Minister for Health and Social Services

Mark Drakeford AC / AM  
Y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol  
Minister for Health and Social Services



Llywodraeth Cymru  
Welsh Government

Ein cyf/Our ref: MB/MD/3616/14

Elin Jones AM  
Kirsty Williams AM  
Darren Millar AM

National Assembly for Wales

27 August 2014

*Dear colleague,*

I am writing to inform you as opposition spokespeople for Health that, after an open competition exercise, Dr Philip Jones has been appointed as the National Clinical Lead for Stroke Services.

Dr Jones's role will be to oversee the continued implementation of the Stroke Delivery Plan. He is a Consultant Physician with an interest in care of the elderly and sub-speciality interests in neurology and rehabilitation. He works at Bronglais General Hospital, Aberystwyth.

I am copying this letter to David Rees AM, Chair of the Health and Social Care Committee.

*Best wishes,  
Mark.*

**Mark Drakeford AC / AM**  
Y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol  
Minister for Health and Social Services

# Eitem 4

Yn rhinwedd paragraff(au) vi o Reol Sefydlog 17.42

Mae cyfyngiadau ar y ddogfen hon

## **Cardiff and Vale University Health Board response to the National Assembly for Wales Health and Social Care Committee inquiry into access to medical technologies within primary care.**

### **Introduction**

1. Cardiff and Vale University Health Board (UHB) is well positioned to realise the potential of medical technology in primary care. The UHB is fortunate to have good quality primary care (across all contractors) and a real interest and engagement from practices to trial new technologies and champion successes. Consequently, there are pockets of the use of medical technology supporting good clinical practice and this paper refers to some of examples.
2. However, the potential is far greater if both the spread and the ambition extends. Cardiff and Vale are not only well placed in terms of good quality primary care with real enthusiasts to champion developments but also with the UHB's information platform. In Cardiff and Vale, PARIS is our information system of choice for community and mental health services. This is well received by primary care and can provide linkages to secondary and tertiary care. The system is widely used by staff at clinical bases and on a mobile basis. Information on care joined up at patient level and visible is essential to maximising the benefits of an integrated organisation, an opportunity that is unique to Wales.
3. This paper sets out the vision within Cardiff and Vale that would build upon the solid foundation of good quality primary care and a solid information platform for the use of medical technologies within a whole system.

### **Cardiff & Vale – Current Situation**

4. Cardiff & Vale UHB are the only Health Board in Wales to have an information system (PARIS) that supports the full electronic patient record for mental health and community services (including Local Authority delivered elements) and which can 'talk' to the hospital systems and share information both ways. Previously these services had manual systems or, at best, poor IT infrastructure that did not 'join up' across services.
5. The design and implementation of the PARIS system has been service user led from the start which the UHB regards as critical to the successful implementation. With over 4000 users across approximately 150 clinical teams, there are 700 clinical assessments recorded each day and 7000 case notes recorded.
6. To build upon this initiative and to remove the need for staff to return to their bases to collect and update records, a mobile-working solution was sought. Following pump priming funding via Welsh Government Invest to Save, mobile working was comprehensively rolled out in April 2011.
7. This is a solid foundation for supporting integrated working across primary care, social care and hospital care.
8. The following provides some examples of the current use of technology in primary care. It should be noted that the technology support changes in pathway (shifting care in the

community from hospital services) and also requires a change management to ensure they are fully embedding into everyday new ways of working.

### ***Teledermatology***

9. The teledermatology service focuses on bridging the gap between hospital based specialists and doctors in primary care. The teledermatology service links specialist dermatologists with patients and doctors in approximately 40 GP practices throughout Cardiff and the Vale of Glamorgan saving an estimated 700 out patient appointments per year. Benefits include much faster access to specialist dermatology advice, helping to develop doctors' experience and skills, and also cutting down waiting times for patients and referrals to hospitals.

### ***ECG***

10. Electrocardiograms (ECGs) are regularly used in primary care both for diagnostic and screening purposes, and to support referral to specialist services. Approximately 80% - 90% of GP practices have purchased ECG for use in Primary Care. It is difficult to estimate the number of patients who undergo ECG monitoring in primary care however the benefits are great. Early detection leads to early action and treatment moving diagnosis for some conditions such as stable AF from the acute hospital setting in to primary care allowing GP's to develop and provide a more proactive and preventable model of care.

### ***Level 4 INR***

11. Level 4 INR monitoring was introduced in Cardiff & Vale Primary Care in 2007. Initially only a small number of practices were commissioned to provide this service however over time this has increased to a total of 41 practices providing this service. INR level 4 provides point of care testing for INR monitoring within the primary care environment. This allows 'One stop' care to be provided within the GP practices: testing, analysing, dosing and prescribing in one visit which improves quality & safety for patients, improves patient experience and reduces diagnostic lab test requests within secondary care. Approximately 2450 patients are monitored using INR level 4.

### ***Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM)***

12. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) are recommending ambulatory monitoring part of routine practice for the diagnosis of hypertension in primary care. Use of ABPM may rule out 25% of patients currently misdiagnosed and treated for high BP. The use of ABPM within primary care is relatively recent with only approximately 25-30% of practices across C&V approximately investing in ABPM monitoring equipment for the diagnosis of hypertension since 2011. The benefits of using ABPM in the diagnosis of hypertension are clear; the use of ABPM has been shown to improve accurate diagnosis of hypertension whilst reducing workload in practice releasing significant savings in time for the practice as well as inappropriate prescribing whilst also reducing the incidence of TIA/Stroke.

### ***Spirometry***

13. Spirometry is a type of pulmonary function test that measures the amount of air taken in (volume) and exhaled as a function of time. This is a core function of GP's in primary care for the treatment and management of patients with COPD as well as some asthma patients and is in place within all C&V practices. Approximately 7000 COPD patients undergo spirometry within primary care in Cardiff and Vale per year. The benefits of using spirometry in primary care include the early identification, treatment and management of COPD allowing GP's to develop and provide a more proactive and preventable model of care managing and maintaining patients within primary & community care avoiding exacerbation and unscheduled care attendances.



## **Vision for the Future**

14. Unlocking the potential of an integrated system is challenging when the history of the system is made up of different organisations with different priorities and different cultures. However, the potential is significant and therefore the challenge must be met. One of our first successes in Cardiff and Vale is within diabetes. With up to one in five medical patients having diabetes, and diabetes becoming commoner still, it is essential that clinicians across all care settings (in primary, community, secondary and tertiary care) are competent in managing diabetes.
15. A new model of diabetes care started in Cardiff and Vale in the autumn of 2012. The model arose from the observation that more care could be provided in the community setting for diabetes, further engaging local people and patients, and enabling experts to work closely with general practitioners and practice nurses. Through this approach, it helps increase professional knowledge, awareness and engagement in diabetes care among primary care practitioners, and has the potential to reduce the need for hospital-based services.
16. A shift within the model of care has been agreed so that medical consultants specialising in diabetes care now spend time working with local GPs, in their surgeries, to discuss the care and management of their patients with type 2 diabetes. The benefits of this new approach are clear. Patients seen in the outpatient department can potentially be discharged back to routine GP care more quickly, as specialist input will continue through the practice. More people with newly diagnosed diabetes can now be started on their medication in the community without needing an outpatient attendance, which is beneficial for both the patient and the NHS. GPs can use their enhanced knowledge and experience of dealing with cases of diabetes on other patients under their care and in their practice.
17. In the first six months of the model, referrals to secondary care outpatient appointments dropped by one third. It is projected that the new pathway will free up consultant time; this freed up resource could be used for increasing training to medical and allied staff, or for patient and carer education. Taking things a step further, this resource could be reallocated to preventing diabetes altogether, for example through individual or population-based interventions on known risk factors for the condition.
18. Whilst many benefits can be realised through the above model these could further enhanced with the implementation of system-wide multi-disciplinary team (MDT) tele-conferencing. Such systems bring professionals and organisations close together building a virtual team around the patient. At its most basic this would be access to secondary care opinion on patient cases at a set time but could facilitate the following:
  - a) Full MDTs across primary and secondary;
  - b) 'Hot access' to a secondary care opinion for patients starting to fail in the community (ie urgent assessment services in the community);
  - c) Training and educational opportunities;
  - d) MDTs to include wider partners such as Social Services and the Third Sector;
  - e) Facilities in nursing homes to support maintaining patients in their own homes; and
  - f) Transition clinics eg adolescent diabetes.
19. There is still more to be done in fully implementing the diabetes model and technology is an important enabler to this. However, lessons can be learnt from the early implementation of the diabetes model of care which can provide a blueprint for the

management of chronic conditions as pathways are remodelled to support patients in the community as opposed to within hospital services whenever possible. The implementation of system-wide teleconferencing facilities joins us services and partners in a virtual setting with the following benefits:

- a) Continuity of care with an impact on quality and safety and effective use of resources (eg avoidance of duplication/gaps of referrals/services, travel expenses);
- b) Impact on RTT waiting times as referrals may be avoided or care provided in an alternative setting (close to home); and
- c) Support to patients to self-care.

20. Whilst this model could be rolled out to manage chronic conditions, elements of this model could also support the management of the elderly frail population. The principles of 'team around the patient' through system-wide teleconferencing could support the step-up care provided to patients to avoid admission and support maintenance in the community and also the pull from hospital.

21. Chronic conditions management and the care of the elderly are key areas of focus for both scheduled and unscheduled care and such a model would have an integral role in supporting these patients to live as independently as possible in the community.

22. Considering further opportunities where medical technology could support new ways of working, is the use of technology to communicate with patients and obtain data on patients whilst maintaining them in the community. This could support the following:

- a) How patients book appointments, access prescriptions or even hold their own health record;
- b) Mandating e-referrals;
- c) Receive health data from direct from patients;
- d) Ensure alerts in place where health data is outside of expected parameters;
- e) Manage patients whose health data indicate a decline remotely; and
- f) Share information with all relevant parties

23. The benefits that the PARIS (mental health and community information system) has had within Cardiff and Vale UHB can be extended with the All Wales procurement of a joint health and social care system. In a modern care system this would seem as essential to maximising the benefits in Wales of integrated health systems and the join up with social care.

### **Making it Happen**

24. The technology is rapidly improving and there are plenty of options available.

25. *Webex* is a teleconference/meeting piece of software which allows HD video, voice (via computer or traditional telephone), text chat and screen sharing through a single piece of software. Currently, up to 8 people can be on a single call, although early applications have usually been between a single patient and either one or two clinicians. The UHB are trialling MDTs where staff may be located across the region – the host of the meeting is able to share documents from their screen, and all of the attendees are able to see each other as well as the shared documents. Where *Webex* is superior to the likes of *skype* or *facetime* is in its security – the connections between individuals are made securely

through webex's servers and as such it is appropriate for use in our environment unlike skype and facetime.

26. Webex will probably not be the long-term tool of choice. NHS Wales Informatics Services are implementing Microsoft *Lync* infrastructure (*Lync* is essentially the same as Webex, but is a Microsoft-branded product) on behalf of health boards in Wales – the UHB would be keen to move to this infrastructure as an early adopter. Having staff using webex now will allow us to capitalise on this infrastructure once it is in place. The UHB has also configured a mobile working device to use webex, and it has proved to have a reliable, stable connection.
27. Such a system would support real-time communication and decision-making, avoid hand-offs and reduce travel (thereby reducing time and expenses).
28. *Florence Simple Telehealth* uses text messaging (SMS) to communicate information to patients and to receive health data from them. The received data is presented cleanly and simply to the responsible clinician. The system has a level of built-in intelligence so that if readings are too high or too low, the patient can be asked to re-submit their reading or, ultimately, contact the relevant clinician. Because the responsibility for action remains with the patient, clinicians are not expected to respond to alerts (although these can be configured). *Florence* is not meant to be a patient record system – received data can be exported to the patient record if it needs to be kept, and the only patient information held on the system is their name, NHS number (optional) and mobile phone number. Because of this, set-up for new patients is very quick.

### **Commissioning and funding position**

29. The UHB has limited funding available to support capital investment in this area, however desirable as the physical infrastructure in which the UHB works in terms of estate, core IT and medical equipment is very old and subject to frequent failure. Capital is prioritised towards statutory compliance and essential backlog maintenance and there is currently a significant backlog of expenditure required to enable the environment in which we care for patients to be fit for purpose. Revenue investment opportunities are similarly tight given the challenging financial position of the UHB.
30. The UHB believes that pump priming investment in technology would deliver short-term and long-term benefits which are quantifiable both in terms of patient quality of care, access to services and financial savings in terms of administrative staff and would welcome an approach by Welsh Government which supported this.

### **Conclusion**

31. Given the experience in Cardiff & Vale of PARIS and specific one-off developments achieved to date, the UHB believes that it is ideally placed to maximise the benefits of an integrated organisation.
  - a) The UHB has a good foundation on which to build – good quality and engaged primary care and a well-developed information management platform which integrates primary care, community, mental health, acute and tertiary patient information.
  - b) Technology is pivotal to delivering our vision of safe and effective care as close to home as possible within an integrated organisation.
  - c) Benefit for population is clear plus the impact on scheduled and unscheduled care.
  - d) Investment is required to pump-prime medical technology and should be targeted against expected benefits.

**Sue Morgan: Head of Operations and Delivery, Primary, Community and Integrated Care**

**Charlotte Moar: Director of Finance and Performance**

**6 August 2014**

	National Assembly for Wales Health and Social Care Committee.
<b>Purpose:</b>	The Welsh NHS Confederation’s response to the inquiry into access to medical technologies within primary care.
<b>Contact:</b>	Nesta Lloyd – Jones, Policy and Public Affairs Officer, Welsh NHS Confederation <a href="mailto:Nesta.lloyd-jones@welshconfed.org">Nesta.lloyd-jones@welshconfed.org</a> Tel: 02920 349857
<b>Date created:</b>	14 August 2014.

**Introduction**

1. The Welsh NHS Confederation, on behalf of its members, welcomes the opportunity to respond to the inquiry into access to medical technologies within primary care. We are pleased that the Committee is providing a more detailed consideration to access to medical technologies - a multi-faceted issue that has significant future potential.
2. By representing the seven Health Boards and three NHS Trusts in Wales, the Welsh NHS Confederation brings together the full range of organisations that make up the modern health service in Wales. Our aim is to reflect the different perspectives as well as the common views of the organisations we represent.
3. The Welsh NHS Confederation supports our members to improve health and well-being by working with them to deliver high standards of care for patients and best value for taxpayers’ money. We act as a driving force for positive change through strong representation and our policy, influencing and engagement work. Members’ involvement underpins all our various activities and we are pleased to have all Local Health Boards and NHS Trusts in Wales as our members.
4. The Welsh NHS Confederation and its members are committed to working with the Welsh Government and its partners to ensure there is a strong NHS which delivers high quality services to the people of Wales.
5. The Welsh NHS Confederation previously responded to the Committee’s inquiry into access to medical technologies in November 2013. In this additional response we highlight the ways in which medical technology is already being used within primary care, the barriers that may prevent the timely adoption of effective new medical technologies and make recommendations on how some of these barriers can be overcome.
6. Medical technology is a priority for the NHS in Wales. As the Welsh NHS Confederation’s discussion paper ‘From Rhetoric to Reality - NHS Wales in 10 years’<sup>1</sup> time’ highlights: ‘*With the public adopting new technologies at such a rapid rate, the NHS in Wales must move beyond the 20th century, and make the most of technologies that are user friendly, and with which patients already have experience*’. While there are already examples of good practice in this area, it is important we address the inconsistencies of provision and roll out technology across Wales. While the clear thrust of the debate on technology is that the NHS cannot stand still,

expectations of how much technology we can adopt must be realistic and the debate must remain considered and evidence-based.

### **The terms of reference**

**i) To examine how the NHS assesses the potential benefits of new or alternative medical technologies;**

7. Overall there is currently a lack of integration of primary, secondary, community and social care systems in Wales. It is important that there is further development in integrating IT systems because currently hospital systems are often bespoke and do not fit well with GP systems. Although increasing efforts have been made to develop portals to access medical results, there is no way to access actual imaging and other information for example.
8. The ability for primary care contractors to share data, images and other information electronically and securely is vital. This speeds up the pathway for patients and opens up the potential for alternative ways of working and delivering care. An example of this exists within the primary care environment, where GPs are restricted to only seeing patient pathology/radiology results for the Local Health Board area that they belong to. This presents a significant issue for border patients who receive care from neighbouring Local Health Boards because the GP is unable to view the pathology/radiology result.

**Examples of how new technologies have benefited primary care services.**

9. There are many good examples of how new technologies, and the health technology fund investment, has benefited primary care services.
10. The new primary care GP clinical systems under the Welsh GP IT framework contract have the potential to share access with the wider health community, but this is not being driven at a national level. When introducing new national applications consideration needs to be given towards full integration with GP clinical systems rather than the current piecemeal approach.
11. There are good examples within Hywel Dda University Health Board (UHB) in relation to how new technology is benefiting primary care services.
  - a. The health technology fund investment to connect optometric practices to NHS net and access Open Eyes is welcome. Furthermore, the health technology fund has been prioritised for the development of a web-based IT system in community pharmacy that will be able to transfer data to GP clinical systems. This will open up opportunities for innovation and prudent healthcare.
  - b. In relation to telehealth, Hywel Dda UHB is the Welsh partner in a multi-national (European) EU funded research project. The project is not assessing the clinical effectiveness of telehealth but the factors affecting the large scale implementation of the technology. The evidence base, while not being totally unequivocal, does strongly suggest that telehealth is clinically effective for a range of chronic conditions that are generally managed in primary and community care. Telehealth could be clinically effective to treat diabetes, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and hypertension. At present what is not as clear from the evidence is how telehealth systems should be implemented on a large scale.
  - c. Hywel Dda UHB is working with Pfizer to develop Chronic Conditions Dashboards in order to better utilise data and develop service change based on peer review and analysis of unwarranted variation. It is working with NHS Wales Informatics Service (NWIS) to pilot the use of Audit + to answer audit and evaluation queries. The primary care division at NWIS has

been a key factor in the organised development of IT systems in general practice. It is important that this continues to ensure the systematic and integrated development of technology.

- 12.** Cardiff and Vale UHB has realised the potential of medical technology in primary care. Cardiff UHB is fortunate to have good quality primary care (across all contractors) and a real interest and engagement from practices to trial new technologies and champion successes. Consequently, there are pockets where the use of medical technology is supporting good clinical practice. The following provides some examples of the current use of technology in primary care. The technology supports changes in pathways (shifting care in the community from hospital services) and requires a change management to ensure they are fully embedding it into everyday new ways of working.
- a.** Cardiff and Vale UHB is the only Health Board in Wales to have an information system (PARIS) that supports the full electronic patient record for mental health and community services (including Local Authority delivered elements) and which can ‘talk’ to the hospital systems and share information both ways. Previously these services had manual systems or, at best, poor IT infrastructure that did not ‘join up’ across services. This is well received by primary care and can provide linkages to secondary and tertiary care. The system is widely used by staff at clinical bases and on a mobile basis. Information on care which is joined up at patient level and is visible is essential to maximising the benefits of an integrated organisation - an opportunity that is unique to Wales. The design and implementation of the PARIS system has been service user led from the start which the UHB regards as critical to the successful implementation. With more than 4,000 users across approximately 150 clinical teams, there are 700 clinical assessments recorded each day and 7,000 case notes recorded.
  - b.** The teledermatology service focuses on bridging the gap between hospital-based specialists and doctors in primary care. The teledermatology service links specialist dermatologists with patients and doctors in approximately 40 GP practices throughout Cardiff and the Vale of Glamorgan saving an estimated 700 outpatient appointments per year. Benefits include much faster access to specialist dermatology advice, helping to develop doctors’ experience and skills and cutting down waiting times for patients and referrals to hospitals.
  - c.** Spirometry is a type of pulmonary function test that measures the amount of air taken in (volume) and exhaled as a function of time. This is a core function of GPs in primary care for the treatment and management of patients with COPD as well as some asthma patients and is in place within all Cardiff and Vale practices. Approximately 7,000 COPD patients undergo spirometry within primary care in Cardiff and Vale per year. The benefits of using spirometry in primary care include the early identification, treatment and management of COPD allowing GPs to develop and provide a more proactive and preventable model of care managing and maintaining patients within primary and community care and avoiding exacerbation and unscheduled care attendances.
  - d.** Webex is a teleconference/meeting piece of software which allows HD video, voice (via computer or traditional telephone), text chat and screen sharing through a single piece of software. Currently, up to 8 people can be on a single call, although early applications have usually been between a single patient and either one or two clinicians. Cardiff and Vale UHB is trialling MDTs where staff may be located across the region. The host of the meeting is able to share documents from their screen, and all of the attendees are able to see each other as well as the shared documents. Where Webex is superior to the likes of Skype or Facetime is in its security – the connections between individuals are made securely through

Webex's servers which makes it more appropriate for use in our environment. Webex will probably not be the long-term tool of choice as NHS Wales Informatics Services are implementing Microsoft Lync infrastructure on behalf of Health Boards in Wales. Cardiff and Vale UHB has also configured a mobile working device to use Webex, and it has proved to have a reliable, stable connection. Such a system would support real-time communication and decision-making, avoid hand-offs and reduce travel (thereby reducing time and expenses).

**ii) To examine the need for, and feasibility of, a more joined up approach to commissioning in this area.**

- 13.** With the development of shared services, notably procurement, this may be possible. However, for medical technologies, this may prove problematic as increasing the number of stakeholders, where their requirements are due to clinical service provision, may be different and this could prove difficult.
- 14.** One company may not be able to provide technologies where 'one size fits all'. This can result in the purchasing of equipment that does not meet the needs of each organisation fully as a compromise. There is increasing evidence that recent large procurements of clinical services and equipment across the UK have failed or have over-run considerably, due to the complexity and the resources required to implement and manage on a large scale, often negating the perceived benefits of large commissioning projects.
- 15.** Large commissioning projects could lead to the monopolisation of the provision of a device and its associated consumables. This may have financial benefits but increases the clinical risk considerably as the scale of any failure in the continuation of service provision would be much larger and more difficult to rectify quickly.
- 16.** However, any commissioning needs to be done jointly, linking initially with localities to understand the needs of the population and the plans to address these. New forms of technology need to be introduced at an early stage to address need, rather than develop an implementation plan for an existing technology which may not fit as well.
- 17.** Stronger coordination and collaboration is required both between Health Boards across Wales, but also between providers of telehealth and telecare.

**iii) To examine the ways in which NHS Wales engages with those involved in the development/ manufacture of new medical technologies.**

- 18.** As previously highlighted, there are several ways in which this can be, and is being achieved.
  - a.** The development and launch of Health Research Wales (HRW) in May 2013 will facilitate the engagement of the NHS, Higher Education Institutions (HEI) and industry partners.
  - b.** Development of strong partnerships between the NHS and academia facilitates the engagement between suitable partners and scientific / clinical specialties. This has been enhanced through the development of University Health Board status and the development of South East Wales Academic Health Science Partnership (SEWAHSP) and its industry working group.



- c. One area that could be developed is ‘patient led’ device development. Developing devices that the patients consider would be helpful to them, their condition and quality of life, at the ‘idea stage’, rather than having NHS professionals and academics assuming the position on making the decisions and developing devices on their behalf.
19. In addition, on a practical level, the NHS in Wales would seek to draw on experts when initially presented with a problem to allow the development and commissioning of technologies which are fit for purpose.
- iv) **To examine the financial barriers that may prevent the timely adoption of effective new medical technologies, and innovative mechanisms by which these might be overcome.**
20. There is always a limited budget to enable new equipment and software to be invested in, however it would be helpful to have clarity around what is prioritised. The main financial barriers can be divided into two areas:
- a. Funding resources required to support the validation / evaluation of new technologies and the safe and effective delivery / implementation and future monitoring of new technologies.
  - b. Purchasing the medical technologies is often a barrier, even when the case for the clinical and financial benefits is clearly made. This is particularly the case when capital is required and replacing equipment takes priority over new technologies.
21. Health Boards generally have limited funding available to support capital investment in this area, however desirable, as the physical infrastructure in which the UHB works in terms of estate, core IT and medical equipment is very old and subject to frequent failure. Capital is prioritised towards statutory compliance and essential backlog maintenance and there is currently a significant backlog of expenditure required to enable the environment in which the NHS care for patients to be fit for purpose.
22. The Welsh NHS Confederation believes that pump priming investment in technology would deliver short-term and long-term benefits which are quantifiable both in terms of patient quality of care, access to services and financial savings in terms of administrative staff. We would welcome a strategic approach by Welsh Government which supported this.
23. For many primary care contractors the purchase of all equipment and technology is the responsibility of the contractor (with limited exception of some IT for general medical services and community practice). This leads to great variation in the age, quality and consistency of medical devices and technology. There would be greater consistency if it was centrally funded because there has been some significant investment by some contractors and not others.

#### **Other barriers**

24. As well as financial, there are other barriers that may prevent the timely adoption of effective new medical technologies.
- a) Public engagement can be a barrier to accessing and developing medical technology. As the Welsh NHS Confederation’s discussion paper ‘From Rhetoric to Reality - NHS Wales in 10 years’ time<sup>ii</sup> highlighted: *‘The most important consideration in the debate around technology must be the patient, and their willingness to engage with any technology that is introduced. While we constantly consider the challenges of broadband and mobile coverage*

*in facilitating new technologies, we must ask if everyone is able to engage with the new technologies we seek to adapt, or indeed ask whether they want to do so'.*

- b)** Training and backfill time is a critical factor. Taking clinical staff away from front line service delivery, without the opportunity to backfill, usually results in time delay or added cost.
- c)** The increased information governance requirements when dealing with patient identifiable information results in some technology being implemented more slowly into the health sector (e.g. mobile devices).
- d)** Rurality adds complexity as wireless or mobile signal does not uniformly cover the whole geography. This impacts on remote working and use of technology which, in a more urban or connected environment, might be easier.
- e)** Inter-connection is critical. We still have multiple systems which do not talk to each other. Although these have been rationalised somewhat, this continues to limit the sharing and use of information systems and technology.
- f)** Care homes essentially function like micro hospitals, with some in excess of 100 beds, yet there is a lack of NHS network access. Despite this, it is expected that NHS staff enter and operate services without access to the patient's electronic medical record. Priority needs to be given to all care homes having NHS network access.

### **Recommendations**

- 25.** A potential and ground-breaking, yet affordable, solution to the problems highlighted above is to transfer the ownership of the record to the patient using online records. This would allow patients to have access to their health and social care record online, granting access to any health or social care professional as required. This could be developed before the end of the current GP IT framework contract. Examples of this already exist and are available in prestigious US Healthcare Institutions (<http://www.myopennotes.org/>) where 3 million patients can see their online health records which is shared with clinicians. Another example is Malta where they have invested in health information technology to the benefit of patients where good managerial and technological support systems can ease healthcare delivery pressures. Maltese patients are able to read all hospital letters and test results online.
- 26.** Mobile Healthcare (mHealth) technology needs to be explored more to empower patients to take proactive action in their own health monitoring. An ever-increasing ageing population and rising numbers of people suffering from long-term conditions, such as diabetes, are creating significant pressures for primary care healthcare delivery. mHealth devices now proliferate the market and can be linked to powerful mobile phone technology, these devices have the ability to assist with addressing the provision of primary healthcare due to the number of health apps that are available and will enable patients to interact with their GPs in a better, faster, less expensive and more accessible way. In addition, there could be the ability for GPs to video call patients on their mobile phone if there is a need to medically intervene. Currently a significant amount of the healthcare budget is spent on treating chronic conditions which require constant care and reduces the availability of the GP workforce. The investment in mHealth may be funded through the potential reduced costs for chronic disease management and freeing up GP time with better access to patient data.
- 27.** NICE guidelines on hypertension, which advise using a 24-hour Blood Pressure recorder for diagnosis, have not only produced fewer and more accurate diagnoses [by 25%], but are cost-effective after 2 years of use. This reduced cost is through the reduction in use of unnecessary

anti-hypertensive drugs. Although many practices have taken up these medical technologies, their adoption across the whole of primary care has not occurred and a national initiative to fund the purchase and provide training is required. This would be funded through reduced drug budgets and savings.

- 28.** Mobile Echo Cardiogram and ultrasound technology is available. However training for its use in primary care would need to be widely available and realistic in terms of time commitments for health care professionals, alongside the establishment of clinical governance arrangements for diagnostic services in primary care.
- 29.** New technology should only be introduced where there is a direct benefit to patient care, and not just cost. Further opportunities where medical technology could support new ways of working include the use of technology to communicate with patients and obtain data on patients while supporting and treating them in the community. This could support the following:
  - a.** How patients book appointments, access prescriptions or even hold their own health record;
  - b.** Mandating e-referrals;
  - c.** Receiving health data from direct from patients;
  - d.** Ensuring alerts in place where health data is outside of expected parameters;
  - e.** Managing patients whose health data indicate a decline remotely; and
  - f.** Sharing information with all relevant parties.
- 30.** The benefits that the PARIS (mental health and community information system) scheme has had within Cardiff and Vale UHB can be extended with the all Wales procurement of a joint health and social care system. In a modern care system this would seem essential to maximising the benefits in Wales of integrated health systems and the join up with social care.

### **Conclusion**

- 31.** Unlocking the potential of an integrated system is challenging when the history of the system is made up of different organisations with different priorities and different cultures. However, the potential is significant and therefore the challenge must be met. Technology is pivotal to delivering our vision of safe and effective care as close to home as possible.
- 32.** As our discussion paper 'From Rhetoric to Reality - NHS Wales in 10 years' time'<sup>iii</sup> highlights, we should *'showcase the good work we're doing, by all means, but where Wales finds itself behind the curve, we must demand more. With other countries much further down the line of technology adoption, more capital investment is required in Wales. Indications are that this is available, despite the austere times. Together with the right leadership and direction, this will facilitate the implementation of exciting and potentially transformational changes'*.

---

<sup>i</sup> The Welsh NHS Confederation, January 2014, From Rhetoric to Reality – NHS Wales in 10 years' time

<sup>ii</sup> The Welsh NHS Confederation, January 2014, From Rhetoric to Reality – NHS Wales in 10 years' time

<sup>iii</sup> The Welsh NHS Confederation, January 2014, From Rhetoric to Reality – NHS Wales in 10 years' time



## **RCGP Wales**

### **Evidence submission to inquiry into access to medical technologies**

The Royal College of General Practitioners is the largest membership organisation in the United Kingdom solely for GPs. It aims to encourage and maintain the highest standards of general medical practice and to act as the 'voice' of GPs on issues concerned with education, training, research, and clinical standards. Founded in 1952, the RCGP has over 47,000 members, 1,884 in Wales, who are committed to improving patient care, developing their own skills and promoting general practice as a discipline.

RCGP Wales welcomes the opportunity to participate further in this inquiry.

### **New Technologies**

New technologies are having an increasing effect on the delivery of health care worldwide especially in primary health care settings. General practice in the UK was quick to adopt IT solutions. There is a strong underlying architecture to the IT systems used in practices in Wales and NWIS has been an important agency supporting the rollout, standardisation and upgrading of IT systems in Wales.

This supplementary paper concentrates on novel new technologies that are becoming available in primary care.

Increasingly, medical devices are becoming cheaper, more reliable, more portable, more durable and easier to use. The pace of technological change makes it hard to predict the type, price and availability of devices in the future.

Many practices now have devices that would have been hard to imagine in general practice a decade ago. These include low-cost defibrillators, sophisticated ECG machines, sophisticated lung function testing devices, pulse oximeters and ambulatory monitoring devices such as ambulatory 24-hour blood pressure monitors and ambulatory ECG monitors. These are in addition to point-of-care testing devices using reagent strips - blood glucose, ketones, INR.

Ultrasound is a potential application in primary care both for general examination and cardiac examination. The World Health Organisation recommends ultrasound as a primary diagnostic tool in low cost environments. So far these devices have only been used in pilot projects and by enthusiasts in the United Kingdom.

More and more devices are becoming available which can do blood tests at the point of care. Low-cost devices are now available to test for troponins and D-dimer for example. Many of these tests were previously only available in a hospital laboratory. Many current clinical algorithms do not allow

for the availability of some of these new tests and will need to be rethought in the face of rapid technological change.

Smart phones can be used increasingly for patient monitoring and data sharing but it may be too early to distinguish fitness gimmicks from genuine healthcare applications.

New technologies pose new challenges in healthcare with the promise of timely point-of-care information leading to more convenient services and earlier diagnosis but there are dangers in the rapid pace of change without both sufficient flexibility and clinical governance.

Many new technologies have been introduced without difficulty but the debate over ultrasound illustrates some of the tensions.

Requests for imaging in secondary care are outstripping resources UK wide. A recent paper in the BMJ suggested that this is related to a lack of facilities and trained radiologists and radiographers. In Wales, in the first month of 2014, 31% patients had been waiting for more than 8 weeks for non-obstetric ultrasound. The dilemma is whether to move the point of care using cheaper technology to primary care or invest in more centralised expert care. A mixed solution with strong clinical governance is a credible alternative. Less reliance on experts and moving the locus of care will require considerable training and refocusing of investment. Ultrasound in primary care however has been shown to be timely, accurate, easy to use at the bedside or in the surgery and capable of providing rapid diagnosis in an emergency. Apart from training issues, diagnostic error, false positives and false negatives, difficulty in storing images and data; calibration, safety and maintenance also need to be considered.

For commissioners it will be important to judge how best to support the introduction of new technologies in primary care. Substitution, duplication and governance are likely to be the main issues but commissioners will need to be bold and above all flexible to avoid stifling innovation. Commissioners will need to recognise the need to pilot and often pump-prime new activities.

The pace of change is also important. With all new technologies the diffusion of ideas suggests that there are early adopters and enthusiasts, the majority and laggards. Clinical change cannot occur without ownership.

RCGP Wales welcomes the challenge that the introduction of new technologies poses for primary care and in particular the advantages for patients, especially timely and convenient point-of-care diagnosis.

Y Gymdeithas Feddygol Brydeinig

British Medical Association

0300 123 1233 [bma.org.uk](http://bma.org.uk)

Fifth Floor, 2 Caspian Point, Caspian Way, Cardiff Bay, Cardiff CF10 4DQ

Pumed Llawr, 2 Pentir Caspian, Ffordd Caspian, Bae Caerdydd, Caerdydd CF10 4DQ

☎ 029 2047 4646 📠 029 2047 4600



**National Office**  
**Swyddfa Genedlaethol**

## **ACCESS TO MEDICAL TECHNOLOGIES – CALL FOR FURTHER EVIDENCE ON ACCESS WITHIN PRIMARY CARE**

29 August 2014

### **Inquiry by National Assembly for Wales' Health and Social Care Committee**

#### **Response from BMA Cymru Wales**

##### INTRODUCTION

BMA Cymru Wales is pleased to provide a further response to the inquiry by the National Assembly for Wales' Health and Social Care Committee into access to medical technologies, focusing on this occasion on access to such technologies within primary care.

The British Medical Association represents doctors from all branches of medicine all over the UK; and has a total membership of over 150,000 including more than 3,000 members overseas and over 19,000 medical student members.

The BMA is the largest voluntary professional association of doctors in the UK, which speaks for doctors at home and abroad. It is also an independent trade union.

BMA Cymru Wales represents some 7,000 members in Wales from every branch of the medical profession.

##### RESPONSE

BMA Cymru Wales is aware that there are a number of positive examples across Wales of new medical technologies being used effectively in primary care settings. We are also pleased to note the leading role in the use of ICT that has been undertaken by primary care within the NHS in Wales. However, in relation to the use of new technologies, we also know that there is much variation in application, and concern amongst our members regarding barriers to accessing such technologies. We recognise that technology has enormous potential to make significant and cost-effective contributions to healthcare (both mental and physical), especially where it can assist in preventing the need for patients to access secondary care services. Such an approach is entirely in accord with the principles of prudent healthcare as recently advocated by the Bevan Commission<sup>1</sup> and also has the potential to enhance self-management by patients of certain chronic conditions.

For these reasons we welcome the Committee's inquiry in this area and are delighted to have the opportunity to contribute this further response on behalf of General Practitioners in Wales, which focuses specifically upon access to medical technologies within primary care.

In gathering evidence to inform this submission, we canvassed views from BMA members across Wales. Amongst the responses we received, the following examples of medical technologies being used effectively within a primary care setting were highlighted:

<sup>1</sup> <http://www.bevancommission.org/sitesplus/documents/1101/Bevan%20Commission%20Simply%20Prudent%20Healthcare%20v1%2004122013.pdf>

Ysgrifennydd Cymreig/Welsh Secretary:

Dr Richard JP Lewis, CSU MB ChB MRCP Dip IMC RCS (Ed) PGDip FLM

Cofrestrwyd yn Gwmni Cyfyngedig trwy Warant. Rhif Cofrestredig: 8848 Lloegr

Swyddfa gofrestredig: BMA House, Tavistock Square, Llundain, WC1H 9JP

Rhestrwyd yn Undeb Llafur o dan Ddeddf Undebau Llafur a Chysylltu 1974

Registered as a Company Limited by Guarantee. Registered No. 8848 England

Registered office: BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JP

Listed as a Trade Union under the Trade Union and Labour Relations Act 1974.

Tudalen y pecyn 115



- Oxygen saturation monitoring (e.g. for patients with COPD).
- 24-hour monitoring of blood pressure.
- Heart monitoring using ECG (electrocardiogram) machines and hand held ultrasound machines.
- Hand-held dopplers for management of chronic ulcers.
- Telephone consultations (e.g. for patients living in remote areas, for patients who may have a high domiciliary care need or for giving test results).
- Some GPs find it useful for patients to text pictures to them – e.g. of skin rashes.
- Electronic transmission of video or still images for consultant opinion (e.g. dermatology).

### Areas and suggestions for progress

#### **ICT systems**

Within the NHS in Wales, we would consider that primary care has taken a leading role in driving forward ICT development. We note that a national programme is underway to centralise systems and data storage, refining the software options for practices down to two clinical packages.

BMA Cymru Wales also notes, however, that the level of development that has taken place in primary care ICT has not been matched within secondary care settings. As such, we would consider that Wales is still a long way from achieving a single health record that can, where agreed, be accessible across primary and secondary care using systems which operate effectively and robustly.

In our view, additional investment is greatly required in secondary care ICT systems to bring them up to the standard that exists within primary care so as to enable an effective electronic interface to be created between the two. We note for instance that the current systems in place do not allow electronic data sharing in ways which many people would consider basic, such as accessing images electronically (e.g. x-rays). The Welsh Clinical Communications Gateway (WCCG) for instance does not permit the sending of files greater than 8 MB in size, thereby preventing many images being sent electronically at sufficient quality. Such limitations need to be addressed. We further believe that investment also needs to be made to enable an effective ICT interface between health and social care, which we observe is almost non-existent at present.

We believe that an integrated and effective ICT system, with capability to operate across primary and secondary care, would offer the single most effective solution to improving the patient pathway in NHS Wales. Developments such as the Welsh Clinical Portal are seeking to address this. It aims, for instance, to overcome the problem of different systems not 'talking to each other' e.g. systems handling information such as test results, discharge letters, secondary care referrals or general administrative details. At present because different systems used within the NHS are not integrated, valuable time may be wasted by clinical teams, such as district nurses, having to spend time duplicating clinical entries on more than one system.

In addition to helping facilitate electronic referrals and the management of test results and requests, greater use of software systems that are accessed online also provides the advantage of centralised upgrading and maintenance. Disadvantages may result from a reliance on central servers as well as difficulties for GP practices and healthcare providers in the border areas of Wales as they aren't currently able to use these systems effectively for cross-border referrals. Indeed thought needs to be given to how cross-border communications can be improved. At present GPs on the Welsh side of the border for instance can't straightforwardly email consultants across the border for advice as they are not within the Welsh NHS systems. Nor are Welsh practices presently able to use WCCG for cross-border referrals to secondary care, and there is a lack of a connection from Wales into the *Choose and Book* system which operates within the NHS in England.

A further consideration which needs to be borne in mind, particularly in relation to more rural parts of Wales, is the variability that still exists in terms of access to sufficiently fast broadband and cellular networks which may preclude access to some ICT solutions in certain localities.

As we have already indicated, there may be benefits for patients in certain circumstances in being able to undertake telephone consultations with GPs. This might be of particular benefit to patients living in remote areas or to those patients who may, because of their medical condition, have difficulty in travelling to a GP's surgery. A further development of such an approach might be the use of video conferencing using software such as Skype which can be readily accessed using smart phones or tablet computers. One note of caution that may need to be considered, however, is the outcome of a recent study by researchers at Exeter Medical School<sup>2</sup> which concluded that consultations undertaken over the phone do not reduce workload pressure in busy GP surgeries because patients who receive such a consultation are then more likely to require a follow-up appointment. Other concerns on the use of telephone consultations include a loss of access to non-verbal cues which can otherwise aid diagnosis, potential issues around other parties being unknowingly present and how such consultations are recorded.

### **Commissioning**

We recognise that technological solutions need to be integrated into existing and future care models. A more joined up approach to the commissioning of new technologies would certainly be very much welcomed by GPs. A clinically-led approach to commissioning would, in our view, make a huge difference to effective service delivery.

We do not consider that the use of local commissioning expertise is currently well facilitated in Wales. We would note, for instance, that GPs are rarely involved in the local management of the NHS. At present, GP cluster networks are not supported adequately and are also vastly variable across Wales. We believe that they do, however, offer considerable potential to improve local commissioning – provided they are used for more than just administering the Quality Outcomes Framework (QOF) as is currently the case in some parts of Wales.

A major barrier that our members identify in adopting or investing in some of the more expensive medical technologies is uncertainty about the longer-term commissioning commitments and priorities of local health boards. For instance a practice may determine to invest in an effective new medical and diagnostic technology only for the local health board to then change its priorities months later, potentially rendering the technology useless in that practice and hence a waste of investment.

We would therefore recommend that key to overcoming such financial barriers would be the identification of specific dedicated funding streams that could cover the introduction of new technologies within primary care.

It has to be recognised that the funding GP practices receive is allocated to cover the existing costs of the services they provide and, like other parts of the NHS in Wales and other Welsh public services, GP practices are already under considerable financial pressure after a number of years of below inflation funding increases.

This also needs to be taken in context with the fact that the NHS in the UK as a whole already provides considerable value for money in comparison to the healthcare systems of comparable industrialised nations, as evidenced by the most recent report on this issue published by the Commonwealth Fund<sup>3</sup>. That report ranked the UK's NHS as first overall, including for the quality of the care provided and its overall level of

---

<sup>2</sup> <http://www.bbc.co.uk/news/health-28602156>

<sup>3</sup> [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755\\_davis\\_mirror\\_mirror\\_2014.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf)



efficiency, despite it costing less per head than all but one of the other ten national healthcare systems assessed.

The challenge for both Welsh Government and local health boards in this current financial climate is therefore to determine how resources might be freed up from elsewhere to cover the costs of introducing new technology solutions, particularly if the use of such technology solutions might reduce costs overall in addition to providing other potential benefits, such as improving the self-management by patients of chronic conditions and furthering the principles of prudent healthcare.

We would suggest this might be achieved by looking at creative approaches to resource allocation. For instance, if the introduction of some particular new technology usage within primary care might reduce or eliminate the need for patient referrals to secondary care (e.g. by enabling diagnostic testing or treatment monitoring to be undertaken within primary care far more cost effectively) then anticipated savings from secondary care budgets could be captured in advance. This could enable funding to be transferred to primary care budgets to cover the costs of introducing the new technology in the first place.

If it is not deemed possible to capture such savings in advance, however, then an alternative approach might be to look at an 'invest to save' fund to pump prime the use of new technologies within primary care. This may involve financial benefits being realised over subsequent years, an approach that may be able to be better facilitated by the recent decision to move to a three-year budgetary cycle for local health boards. Such an 'invest to save' approach would also be consistent with the Welsh Government's recent establishment of an intermediate care fund.

It is important that the whole costs of introducing new technologies are fully taken into account. For instance, a fund might be created to facilitate the purchase of new equipment but it may also need to cover the funding of any training needs that might be required to enable the equipment to be used, maintenance costs of the equipment, or the cost of any consumables that may be required for its use on an on-going basis.

Putting financial considerations aside, thought also needs to be given by Welsh Government and local health boards as to how decisions to commission new technological solutions might be driven forward, rather than this just being left to individual practices that are already overstretched to consider in an ad-hoc manner. Individual practices may lack the expertise to be able to identify what technologies could be worthy of investment. We would therefore suggest such commissioning decisions might be driven forward at the level of GP cluster networks. By adopting such an approach, this could enable more effective negotiation of costs with suppliers as well as assisting in the identification of manufacturers. A cluster-led approach to commissioning would also be better tailored to the needs of the particular local population served.

### **Near patient testing**

BMA Cymru Wales believes that the use of new technologies can provide opportunities within a primary care setting to expand on the existing use of near patient (or point-of-care) testing, thereby covering a greater number of conditions and illnesses than is currently the case and reducing the need for patients to be referred on to secondary care for different types of testing or treatment monitoring.

The following examples derived from articles that have been published in the British Journal of General Practice, provide illustration of the sorts of near-patient solutions that might be identified:

#### *Example 1 – May 2012<sup>4</sup>*

*'The D-Dimer test in combination with a decision rule for ruling out deep vein thrombosis in primary care: diagnostic technology update'*: This review looked at studies on the effectiveness of testing for suspected Deep Vein Thrombosis (DVT) by testing for D-dimer – a small protein fragment present in

---

<sup>4</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338064/>

the blood after a clot is degraded by fibrinolysis. It concluded that this test could enable DVT to be ruled out by a point-of-care testing method in about half of patients with suspected lower leg DVT, negating the need for them to be referred to secondary care for an ultrasound scan.

*Example 2 – Nov 2012<sup>5</sup>*

*'Point-of-care INR coagulometers for self-management of oral anticoagulation: primary care diagnostic technology update'*: This review looked at studies undertaken on self-management through use of a home monitoring device for INR (international normalized ratio) as a measure of the effectiveness of oral anticoagulant therapy (e.g. use of warfarin). It concluded that the use of such point-of-care testing is as accurate as tests carried out in a laboratory setting.

*Example 3 – Nov 2013<sup>6</sup>*

*'Association between point-of-care CRP testing and antibiotic prescribing in respiratory tract infections: a systematic review and meta-analysis of primary care studies'*: About 80% of patients with respiratory tract infections (RTIs) are prescribed antibiotics despite the fact RTIs seldom require antibiotics for treatment. Increased use of antibiotics is significantly associated with the development of drug-resistant bacteria. This review demonstrated a clear correlation between the use of point-of-care testing for C-reactive protein (CRP) – an acknowledged biomarker to diagnose bacterial infection – and reduced prescription rates of antibiotics for RTIs.

In relation to *Example 2* above, we would note that this could be of particular benefit to patients who might otherwise need to travel long distances to hospital for monitoring to be carried out (e.g. following transplant surgery).

Near patient testing in GP surgeries offers the potential for delivering more convenient provision of services for patients. We are also aware of a pharmacist-led warfarin/INR service operating in the Abertawe Bro Morgannwg University Health Board area.

One consideration in the use of near patient testing, however, may be the acceptability of such diagnostic testing to patients themselves. Sometimes a patient will want to be referred to a specialist for the sake of their 'peace of mind', so consideration may also need to be given to patients' acceptance of such tests taking place within primary care settings.

### **Sharing best practice/identifying target populations**

We would consider that it is important to facilitate effective communication between GP practices and health boards in order to share best practice, including identifying and reviewing the use of new technologies and better ways of working.

We would wish to highlight two areas where we consider general practice in Wales is making good progress in this regard.

Firstly, we would point to the involvement of general practice in Wales with the SAIL Databank<sup>7</sup>. SAIL (which stands for Secure Anonymised Information Linkage) is an initiative funded by the Welsh Government's National Institute of Social Care and Health Research (NISCHR). It is a Wales-wide research resource which focuses on improving health, well-being and service delivery. It brings together a wide range of routinely collected health-related datasets from different origins in a way that enables the data to be robustly anonymised. Because it holds only anonymised data, it enables researchers using the data it collects to carry out their work without knowing the identities of the individuals represented in the datasets.

---

<sup>5</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3481522/>

<sup>6</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24267862>

<sup>7</sup> <http://www.saildatabank.com/>

Although signing up to SAIL is voluntary, 58% of GP practices in Wales have signed up to date. By health board area, this breaks down as follows:

Aneurin Bevan – 47 %  
Betsi Cadwaladr – 50%  
Cardiff and Vale – 49%  
Cwm Taf – 38%  
Hywel Dda – 70%  
Powys – 47%  
Abertawe Bro Morgannwg – 100%

Secondly, we believe that the recent development of GP cluster networks offers a key potential for the sharing of best practice and experiences of the use of new medical technologies. Cluster networks however need to be fully operational in all parts of Wales in order for this to be effective; currently this is not the case. As we have indicated previously in this response, we believe it is important that cluster networks are properly developed.

#### Future developments

We recognise the potential offered by smart phone apps, especially in areas such as self-health monitoring and management. Tablets, smartphones and even 'non-smart' standard phones can be used to offer diagnostic, monitoring, and therapeutic functions. A recent article in *The Guardian*<sup>8</sup> outlined how mental health care in particular might benefit from the use of such technology:

*"...researchers at Oxford and elsewhere<sup>9</sup> have shown that SMS and voice-calls can be used to assess mental health status, deliver talking therapies (eg cognitive behavioural therapy) and stimulate behavioural change. Higher-spec devices such as smartphones and tablets can perform the same functions in more user-friendly ways, for instance through multimedia apps, and can also draw on a wider range of sensors and capacities – eg accelerometers, GPS and camera – to generate richer data and smarter interventions. The Mobilize! system developed in Chicago<sup>10</sup>, for example, uses 38 smartphone sensor values alongside user input to predict psychological status and deliver tailored therapeutic interventions for unipolar depression. Mobile mental health already has the capacity to revolutionise the way we evaluate, monitor and treat mental illness, especially in poorer countries where mental health workforces barely exist."*

#### Other considerations

The pressure that already exists within general practice at this time of on-going restraint in the financing of public services and increasing difficulties in GP recruitment has to be recognised. Whilst the use of new technologies may bring many benefits, including in certain circumstances avoiding the need for patients to be referred to secondary care for diagnostic testing or treatment, the potential workload implications on already overstretched GPs needs to be fully taken into account. In order for GPs to free up capacity in the working day to take on the use of new technologies, it may therefore need to be accepted that something else would have to give. Creative solutions to this might involve elements of GP's existing workloads being undertaken by others within wider primary care teams, but that in turn will have a resource implication. It is therefore important to ensure that any transfer of workload from secondary to primary care as a result of the use of new technologies is adequately resourced, and properly evaluated in order to avoid any unintended consequences.

---

<sup>8</sup> <http://www.theguardian.com/healthcare-network/2014/aug/12/technology-treat-mental-health-conditions>

<sup>9</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921773/>

<sup>10</sup> <http://www.jmir.org/2011/3/e55/>

### Conclusions and key recommendations

BMA Cymru Wales very much recognises the potential benefits that could be derived from increasing the use of medical technologies within primary care settings, as well as the enthusiasm that exists amongst many of our GP members to drive such initiatives forward. However, in order to develop a less piecemeal approach to the use of such new technologies than exists at present, it is important to overcome the key barriers that GPs face in having sufficient time and funding to develop such approaches.

We would recommend that the Committee gives thought to calling on the Welsh Government and local health boards to look at creative solutions to overcoming these barriers, such as looking at ways in which financial resources might be transferred from secondary to primary care to match the transfer of work from secondary to primary care that the use of a new technology within primary care could facilitate. This might be undertaken through capturing anticipated savings from secondary care budgets in advance, or by looking at the creation of 'invest to save' funding that could pump prime the use of new technologies. Similarly, we believe that thought also needs to be given as to how capacity can be created that could enable GPs and wider practice teams to be able to utilise and realise the benefits of the wider use of medical technologies.

BMA Cymru Wales also believes that GP cluster networks offer significant potential to drive forward the commissioning of new technology solutions within primary care. We recognise, however, that this would require the concept of GP cluster networks to be further developed in many localities than is currently the case.

Ensuring existing ICT systems used within the NHS in Wales can be better integrated should also be regarded as a key priority in our view. We recommend that a clear investment strategy is brought forward to ensure that secondary care ICT systems can be brought up to the standard that already exists within primary care in order to assist in the development of a single health record that can be accessed across both primary and secondary care.

#### **Contact for further information:**

Rodney Berman

E-mail: [RBerman@bma.org.uk](mailto:RBerman@bma.org.uk)

Tel: 029 2047 4620

Fax: 029 2047 4600

Mobile: 07867 356106

# Written Evidence to the National Assembly for Wales, Health and Social Care Committee

## The impact of Assistive Technology within Social Care

August 2014



WLGA • CLILC



Leading Social Services  
in Wales  
Yn arwain  
Gwasanaethau Cymdeithasol  
yng Nghymru



Llywodraeth Cymru  
Welsh Government

## 1. Introduction

The Social Services Improvement Agency (SSIA) welcomes the opportunity to present evidence to the Health and Social Care Committee and share our experience from work in regards to the use of technology to help people remain safe and independent.

The SSIA was officially launched during the Social Services Summit in March 2006. Funded by the Welsh Government we are a bespoke and specialist team dedicated to supporting improvement within social care across Wales. Hosted by the Welsh Local Government Association we work closely with key organisations across the social care sector, which include Association of Directors of Social Services Cymru, Care Council for Wales, Care and Social Services Inspectorate Wales and Wales Council for Voluntary Action. We maintain strong working links with elected members and local authority officers. Working in partnership and sharing our learning from specific work programmes helps drive improvement across Wales.

A key theme within our work over the years has been early intervention and prevention with a focus on ensuring the service user remains safe, independent and where possible within their own home. This was driven by a national review of local authorities' older people's services which focussed on the role of reablement services in supporting people to 'relearn' skills to remain independent. The role of Telecare, Telehealth and Assistive Technology can all be seen to play a key role in enabling people to keep their independence and remain safe and closely links to the reablement agenda. This paper broadens the focus from medical technology to the work on Telecare and Assistive Technology which has shown a real positive impact on the delivery of social care. Telecare can be seen as a service that enables people, especially older and vulnerable people, to live independently in their own home. It is a way of enabling them to call for assistance, at any time of the day or night. Depending on the equipment installed, it may also be able to summon help automatically when sensors in the home are triggered by unusual behaviour patterns,

or lack of them. Key to any Telecare system is a response centre whose trained staff respond to all calls.

Assistive technology is 'any device or system that allows an individual to perform a task that they would otherwise be unable to do, or increases the ease and safety with which the task can be performed' (Royal Commission on Long Term Care, 1999). This umbrella term includes rehabilitation technologies, Telecare, Telehealth and electronic technology. Products range from 'low-tech' items such as walking sticks and grab rails, through mechanical and electrical equipment such as manual and powered wheelchairs, to electronic and information and communication technology (ICT) systems such as Telecare.



**Emily Warren**  
**Head of SSIA**



**Andrew Bell**  
**SSIA Knowledge**  
**Manager**

## **2. SSIA – Supporting the role of Assistive Technology in social care**

The SSIA current work programme includes a specific commitment to explore and support the role of assistive technology in social care and understand the key aspects of such an approach in supporting people to remain safe and independent. Working in partnership with the Welsh Government, Directors of Social Services and the Care Council for Wales we are supporting a national network of key individuals from across social care and health to share learning and look to explore consistency in approaches. Through a multi sector workshop we have explored the key challenges and barriers and areas identified further consideration by this group were:

- Mapping of current provision of service to gain a national understanding and look at opportunities to learn from each other
- Staff training, and sharing and identifying good practice including outside of Wales
- Engagement with commissioners and understanding the needs of users and also needs of other services such as health and housing
- Connection to professional groups such as GP's, rehabilitation staff, therapists
- Use of task groups to look at specific aspects such as charging, mapping provision, develop a strategy, innovation and research
- Keeping up to date with new technology and the testing of products

Further work will be carried out to explore how this important service can become more mainstreamed in the way services are delivered with an all Wales event on the 18 September 2014. All resources developed by this work as they are published will be made available on the SSIA website at [www.ssiacymru.org.uk](http://www.ssiacymru.org.uk).



As we can see within the case studies that follow the range of equipment is broad ranging from sensors, intruder alarms and fall detectors to name a few and importantly the client groups across Wales who receive this support range across older people, adults with learning or physical difficulties, mental health to children with learning or physical difficulties. Highlighting that such interventions are supporting the most vulnerable within our society.

The full impact and extent of assistive technology across Wales is not clear at present but it can be seen in earlier studies this approach has shown a significant positive impact on the individual. Such an approach will also bring real benefits to the organisation in allowing them to manage risk effectively, reduce the need for traditional services which in turn can be costly and not always the best outcome for the individual.

### **3. CASE STUDIES**

The following examples highlight the significant importance assistive technology has had for individuals across Wales and the UK. These examples illustrate that often non-intrusive and low level interventions can have a significant impact on the well-being and safety of vulnerable individuals.

#### **Case example 1 – Managing risk and gaining independence**

C is in her mid twenties and has learning disabilities which require her to need support on an hourly basis and as such she lives within a supported living environment shared with 4 other service users; however C's goal is to live an independent life with as little intervention as possible. The project team including the supported living manager and Newport Telecare team, therefore carried out an assessment of her individual needs and determined that by introducing specific Telecare equipment into her home such as

a personal pendant that would link her to staff if needed; this could be achieved. The introduction of the Telecare adaptations has allowed C to live with significant increase to her independence supporting her to have a gap between visits for up to 8 hours. The Project Team found managing risk in a positive way has enabled them to reduce the intervention required and at the same time enable C to remain safe and independent.

### **Case example 2 – Supporting people with dementia with assistive technology**

Mrs B had dementia and had lived in an EMH unit in Residential Home for 3 years. She appeared settled and had a good rapport with the staff. Staff had noticed that during the night Mrs B was attempting to climb onto the white sink basin in her room believing it to be a toilet; this was putting her at huge risk of falling and loss of dignity.

Mrs B's Social Worker carried out a Mental Capacity test in order to identify if Mrs B had the mental capacity to make an informed decision about the provision of Telecare equipment. This test identified that Mrs B did not have the mental capacity to make an informed decision about the provision of Telecare equipment so a Best Interest decision was made to provide the least restrictive option of Telecare provision in order to keep her safe.

An Infra-Red Bed Exit sensor was provided which alerted staff if Mrs B attempted to get out of bed. This enabled staff to assist Mrs B to her toilet, provide her with reassurance and settle her back to bed safely.

### **Case example 3 – Supporting people with dementia with assistive technology**

Mrs C was 91 years old, has dementia and poor mobility which required assistance of one Carer to walk with her Zimmer frame. She had lived in an EMH unit in a Residential Home for 11 months. She had suffered 3 falls in the past 3 months due to her attempting to get up from the chair in her room and walk independently.

Mrs C's Social Worker carried out a Mental Capacity test in order to identify if she had the mental capacity to make an informed decision about the provision of Telecare equipment. This test identified that Mrs C did not have the mental capacity to make an informed decision about the provision of Telecare equipment so a Best Interest decision was made to provide the least restrictive option of Telecare to keep her safe. A chair exit sensor was provided which would alert staff if Mrs C attempted to get out of her chair unaided. This enabled staff to attend Mrs C and provide her with the assistance she requires. Mrs C still lives in the same EMH unit 2 years later and has not suffered any further falls.

### **Case example 4 – Safeguard from falls with assistive technology**

Mr D was 82 years old, he lives in a Residential Home, he has poor mobility and suffers with nocturnal Tonic Clonic epileptic seizures. He does not require rescue medication but becomes disorientated following a seizure and often gets out of bed and falls.

Following a Specialist Telecare Assessment Mr D agreed to the provision of a bed based epilepsy sensor which would alert staff if he

was in bed. Staff could then attend Mr D, provide him with reassurance following a seizure and ensure that if he does need to get out of bed he does not fall. Mr D still lives in the same Residential Home 2 years later, he still has nocturnal tonic clonic seizures but he has suffered no further falls.

### **Case example 5 – Supporting people with dementia with assistive technology**

Mrs A is 87 years old; she has dementia and has lived in an EMH unit for 6 months. Over the past month Mrs A has occasionally left her room during the night and entered other resident's rooms believing she was looking for her mother. This has caused Mrs A distress, it has also caused distress to the other residents concerned.

Mrs A's Social Worker carried out a Mental Capacity test in order to identify if Mrs A had the mental capacity to make an informed decision about the provision of Telecare equipment. This test identified that Mrs A did not have the mental capacity to make an informed decision about the provision of Telecare equipment so a Best Interest decision was made to provide the least restrictive option of Telecare provision in order to keep her safe. During the Best Interest meeting the Home Manager identified that on the occasions Mrs A has become distressed and attempted to look for her mother it has been during the hours of 10pm and 6am.

Door exit sensors were installed on to Mrs A's room door which would alert staff if her door was opened between the hours of 10pm and 6am. If staff were alerted they could attend Mrs A, provide her with reassurance and settle her back to bed safely.

Mrs A's door exit sensors did not need to be active during the daytime so she was able to enter and exit her room without staff being alerted.

## **Case example 6 - Using Telecare Memory Reminders and Prompts to Support Independence**

S is a young man with neurological problems resulting in epilepsy and severe short term memory problems. S's memory problems meant he forgot to take his medication and have meals. Because of these difficulties S also had two 30 minute calls each day to support him with medication and meals.

In order to promote S's independence, it was decided to programme his Telecare lifeline unit with reminders that would assist him to take medication and have regular meals. A reminder buzzer would sound and S would hear the monitoring centre manager's voice reminding him it's time to prepare a meal and/or take his medication. S then presses a button to acknowledge the reminder. If the cancel button isn't pressed an alert would be sent to the monitoring centre.

The carers confirmed S was responding to the prompts from his lifeline unit and was successfully managing to prepare meals and take his medication at appropriate times. The use of Telecare prompts was cost neutral as S already had a lifeline unit (although he was given an updated lifeline). As a result of this intervention, S no longer requires daily calls and is currently only receiving one call per week. The cost of his care package has reduced from £92.96 per week (or £4833.92 per year) to £6.64 per week (or £345 per year).<sup>1</sup>

## 4. Conclusion

The Social Services Improvement Agency, are strongly committed to working with Welsh Government and local authorities, to ensure that where appropriate, use of technologies can lead to a more positive experience for the citizen, increasing independence, control and confidence. However, it is important to note that use of such technologies can only be fully effective where the individual has had an assessment that reflects that the most effective and least intrusive option is adopted.

Assistive technology alongside other preventative interventions such as reablement can be seen to play an important role for individuals to remain independent and safe. From the evidence presented, there is now a growing focus on assistive technology in social care, to increase independence and better management of conditions. It is important that in Wales, there is a clear national message the use of assistive technology in the delivery of health and social care is recognised, and welcomed, and that further focus is placed on emerging technologies by the Welsh Government. It is also important that health and social services develop a coherent approach in this area, recognising the need for the individual and their family to find the most appropriate solutions, without having to navigate complex service boundaries. Currently, across Wales there is a developing picture, which would benefit from a clear national commitment, and direction, to support development, enable the market and deliver welsh based solutions.

The SSIA will continue to support this important area of work, via our Assistive Technology Learning and Improvement Network (LIN) which has been established with the support of the welsh government, local authorities and the health service. It is a clear demonstration of the commitment of welsh local government to this important area, and a developmental step towards learning from each other and work collaboratively on the challenges of this approach.



**Leading Social Services  
in Wales**

**Yn arwain  
Gwasanaethau Cymdeithasol  
yng Nghymru**

**ADSS Cymru Response to the National  
Assembly for Wales – Health and Social  
Committee**

**Access to medical technologies in Wales**

**August 2014**

Access to medical technologies in Wales

---

## 1. Introduction

The opportunity to provide comment to this consultation is welcomed. Assistive technology is an important issue for Health and for Social Care in Wales as we seek to ensure that our services are fit for purpose and sustainable, meeting people's needs as they live longer and have access to a greater range of information than ever before.

We have a particular interest in ensuring that technology supports the welcome emphasis on greater integration across health and social care in Wales, in giving seamless and 'joined up' services to our citizens, and does not become a barrier to effective care coordination. There are four strands to the terms of reference of this inquiry:

- \* To examine how the NHS assesses the potential benefits of new or alternative medical technologies;
- \* To examine the need for, and feasibility of, a more joined up approach to commissioning in this area;
- \* To examine the ways in which NHS Wales engages with those involved in the development /manufacture of new medical technologies;
- \* To examine the financial barriers that may prevent the timely adoption of effective new medical technologies, and innovative mechanisms by which these may be overcome.

We offer some general observations as well as comments against each of the strands.

## 2. Overview comments

There is no common standard definition of medical technology and so there is potential linkage or cross over with other terms such as telemedicine and telehealth. The former is generally understood to cover technology linking patient to hospital or GP practice to hospital whilst the latter term is used to relate to technology that is usable in a patient's home to help support their medical treatment.

A definition drawn from web research is very broad: *'Medical technology is the use of a device or invention to extend the life of patients, relieve pain and reduce risk of disease. Examples of medical technology include medical and surgical procedures, medications, medical devices and diagnostic tests.'*

A clear definition of what is included in medical technology would be welcomed, and confirmation that this can include devices used in home and community settings. If primary and community care settings are included in the remit of medical technologies – as we believe they should be – then there is a greater case for interoperability being built into the design and development of new equipment.



Access to medical technologies in Wales

---

Within the UK the Medical Technology Group (MTG) is a collation of patient working groups, research charities and medical device manufacturers committed to raising the profile of and investment in medical technology. The UK spends 4.5% of the national healthcare budget on technology compared to a European average of 6.3%. As a result some technology based procedures are more common elsewhere in Europe than in the UK – pacemakers are implanted in Germany at twice the rate as that in the UK, for instance.

This position has been recognised by the UK Government making commitment to invest more in Life Sciences and the ‘3 million lives’ campaign to increase use of telehealth building on from the outcomes of the Whole System Demonstrators which covered Kent, Cornwall and Newnham Councils. This campaign has not been as transformative as was hoped, with some concern that it took too much of a ‘top down’ approach, placed a strong reliance on manufacturers/suppliers changing the market, and failed to engage fully at operational level or to link across to social care, third sector and user groups. There are lessons to be learnt from this in Wales, and a key is to engage at all levels, so that front line practitioners – GP’s, District Nurses, Social Workers, Therapists and others – can see the benefits of technology in delivering good care outcomes.

This has been key for the take up of Telecare – so that front line staff, carers and service users see a benefit. This ranges from carer ‘peace of mind’ that they can go out, knowing there is some monitoring in place, to care managers targeting care visits to when needed rather than put in care to manage risk of ‘what might happen’.

Patient views and needs are also beginning to be recognised in that the UK Government Health Bill makes provision for taking forward pilots of direct payments for medical technology – such as insulin pumps, to be used to help manage medical conditions. This follows on from the use of personal budgets in social care, which have been received positively by the UK government. Expanded use of direct payments and a duty on local authorities to encourage and develop alternative models of care are a feature of the Social Care and Wellbeing Act in Wales that give a similar opportunity to bring supportive medical technology into the community level to support individuals to minimise hospital visits and remain at home.

Both UK and Wales Governments have recognised the need to encourage innovation and new development through having open awards processes. The Department of Health as a £20 million innovation prize budget and MediWales – funded through Wales Government - has operated innovation awards in Wales for Welsh companies over the past seven years.

It would therefore be *useful to confirm that funding for innovation will continue* at similar levels as now, or greater, to support Welsh based technology organisations. That funding should include partnership working as a core requirement for new proposals. An example of how this principle can be applied was the changed remit of the Health Technology Fund to be a Health Technology and Telehealth Fund (HTTF). It was a positive change for 2014/15 and has helped foster greater collaboration across Health Boards in Wales and with social

Access to medical technologies in Wales

---

care partners. Examples would be the sharing of ideas across the three Health Boards in SE Wales – Cardiff & Vale UHB, Cwm Taff LHB and Aneurin Bevan UHB ahead of bid applications, and the multi disciplinary panel approach in ABUHB that included social care partners.

### 3. Inquiry Themes

i. To examine how the NHS assesses the potential benefits of new or alternative medical technologies.

This does seem to vary across Health Boards, with little or no national strategy that is very evident. Take up does seem to be driven by local champions often working within specific disciplines. It may be useful to develop a *network of champions as a practice group*, supported by Wales Government, to be a *sounding board for new innovations* and to undertake clinical trials. To some extent this exists with the Life Science Expert Advisory Group – but their remit should be open and include patient perspectives, as well as opportunity for social care input.

It would also be helpful to have a *strong policy statement* – akin to the Department of Health ‘3 million lives’ campaign aims – from Wales Government to show that there is *commitment to developing and using technology to support patient care*.

Consideration of *extending direct payments for patient take up of medical technology* could also be considered – so that there is a user driver for change as well as a clinical driver.

ii. To examine the need for, and feasibility of, a more joined up approach to commissioning in this area.

The current commissioning process for new technologies is not completely obvious as there are different strands and different organisations that have a part in the process. The overarching body covering medical technologies and agreeing their use is NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) and their Medical Technologies Evaluation Programme. They will use accredited health organisations to undertake evaluation work – including the Cedar Evaluation centre within Cardiff and the Vale University Health Board.

There are a number of other organisations that undertake appraisal of technologies, including the NHS Wales Informatics Research Laboratories. It may therefore be helpful to have a clear mapping of what is done where so that ideas and designs can be submitted to the right place – depending on whether it is a direct patient used aid, a medical procedure, a new type of treatment, etc. The operational perspective and patient ‘receiver’ perspective should be included right at the design stage – so that the right solutions are commissioned for the right issues. The aim should be for a *clear development pathway that ensures designers and developers have access to the right clinical forums* for their type of product, as well as access to ‘expert’ patients who can give the user perspective, and the inclusion of

Access to medical technologies in Wales

---

social care and third sector partners to look at the best ways to commission, with agreement as to desired outcomes.

There should be learning from the ways that assistive technology has developed in the UK – both successes and failures – so that best practice is followed, with good governance arrangements allied to a patient centred approach. This should be explored in terms of supporting better access to medical technologies, learning from telehealth experience in Carmarthenshire/Hywel Dda and in North Wales, working with Betsi Cadwallader LHB.

iii. To examine the ways in which NHS Wales engages with those involved in the development /manufacture of new medical technologies

This might seem to be predominantly for discussion by NHS organisations rather than local authorities, but social care is well placed to see the ‘end user’ impact of medical treatments as people are supported to live at home and in the community. It is also the case that local authorities can be a ‘critical friend’ in taking a community and social perspective to balance a medical model perspective. Some general observations might be:

- \* *Ensuring that Wales companies are given priority consideration so as to support the Welsh economy*
- \* *An open and transparent decision process using a panel that fully represents the whole of Wales and different arms of health care and social care.*
- \* *Support to range of technologies – including home based technology to support patients at home and not just technology in secondary care. This would have to consider integration and interoperability with Telecare/Telehealth that is already deployed. Existing collaboratives and partnerships should be utilised so that there is shared learning and avoidance of duplication*
- \* *Supporting a strong patient panel to ensure that the patient/user experience of medical technology is heard and informs forward development*
- \* *Learn from the positive and negative experiences of the 3 million lives campaign*
- \* *Take full account of the learning and experience of Telecare and Telehealth in Wales, including the person centred approach to risk management and accessibility. Telecare monitoring centres can provide some support to roll out of assistive technology for health needs, as an existing resource in place - there have been examples of a combined approach in North Wales, and an integrated approach is certainly supported by the newly reformed All Wales Assistive Technology LIN.*

Access to medical technologies in Wales

---

- iv. To examine the financial barriers that may present the timely adoption of effective new medical technologies, and innovative mechanisms by which these may be overcome.

The first point is that with more partnership approaches to identify, commission and assess new medical technologies then the more scope to pool some funding to take effective new solutions forward.

The second point is draw upon research facilities to support the trial and testing of new technology, with developer funding to take this forward being an important part of business planning to give greater new product assurance. The experience from Telecare and Telehealth has been an over reliance on supplier innovation and solutions and a failure to always have good ‘field testing’ before products come to market.

A third point is to use end user/patient and operational views to identify those technologies with best development potential – in other words to understand the market place for the particular technology. This will vary from highly sophisticated devices that may be at the level of one per LHB in Wales to simpler technologies that support a wide range of conditions.

A fourth consideration is to look at scope for small scale business investment in innovative solutions – ‘crowd funding’ approaches have been taken forward in the US to develop good ideas through to marketable products, from mobile phone apps to telecare solutions for older people.

Finally it may be worth thinking about enabling mechanisms for the public to purchase more health and social care technology for themselves by making “accredited” devices available on the high street. There may be scope for an all Wales (or regional) approach to develop a social enterprise to either manufacture or warehouse and sell direct to public, using skills from Economic Development in Wales Government or in local authorities.

#### 4. **Summary Points – Ten Point Plan**

- i. Presenting a clear definition of medical technology and specific elements under this term (and what is not) so there is clarity with other terms such as telemedicine.
- ii. Confirmation of continued investment in Wales at same or increased levels, with partnership and integration as key investment criteria
- iii. Clarity as to network of champions – practice group and patients – with defined role
- iv. Presentation of a strong, high level policy statement from Wales Government indicating commitment to technology to support patient care.
- v. Consideration of direct payments options for patients to use useful home based technology to support their self management of health

Access to medical technologies in Wales

---

- vi. A clear development pathway for designers to reach the right clinical forums and access to expert patients and social care partners
- vii. Ensuring that Wales companies are given priority consideration so as to support the Welsh economy
- viii. An open and transparent decision process using a panel that fully represents the whole of Wales and different arms of health care.
- ix. Support to range of technologies – including home based technology to support patients at home and not just technology in secondary care
- x. Supporting a strong patient panel to ensure that the patient experience of medical technology is heard and informs forward development

**5. Concluding remarks**

We believe that a partnership approach should underpin the development of medical technologies in Wales as a fundamental means of ensuring access to the right technology at the right time and in the right place. The greater the awareness of what technology can do and what the areas of need are, then the greater the potential to firstly identify solutions and then deploy them to best affect.

Gio Isingrini  
President  
ADSS Cymru  
14<sup>th</sup> August 2014

Mae cyfyngiadau ar y ddogfen hon

## SESIWN GRAFFU GYDA'R PWYLLGOR IECHYD A GOFAL CYMDEITHASOL - 18 MEDI 2014.

### CYNULLIAD CENEDLAETHOL CYMRU: Y PWYLLGOR IECHYD A GOFAL CYMDEITHASOL

Dyddiad: 18 Medi 2014

Lleoliad: Y Senedd, Cynulliad Cenedlaethol Cymru

Teitl: Sesiwn Graffu Gyffredinol (Rhan 1)

#### Diben

1. Mae'r papur hwn yn rhoi'r wybodaeth ddiweddaraf am flaenoriaethau a materion allweddol ym mhortffolio'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol, yn unol â chais Cadeirydd y Pwyllgor yn ei lythyr dyddiedig 2014 Gorffennaf 2014. Mae papur ar wahân (Rhan 2) yn nodi ein hymateb ar faterion ariannol, ac yn cyfeirio'n benodol at y meysydd hynny o ddiddordeb a nodwyd gan y Pwyllgor yn Atodiad A o'i lythyr dyddiedig 15 Mai 2014.

#### Trosolwg o gynnydd a chyflawniadau diweddar, a blaenoriaethau portffolio

2. Ers sesiwn graffu gyffredinol ddiwethaf y Pwyllgor a fynychwyd gennyf ar 18<sup>fed</sup> Gorffennaf 2013, gwnaed cynnydd parhaus wrth fwrw ymlaen â chyfraniad y Pwyllgor Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol at y **Rhaglen Lywodraethu**, sef cynllun gweithredu Llywodraeth Cymru ar gyfer darparu gwasanaethau cyhoeddus o ansawdd uchel a gwella bywydau pobl yng Nghymru. Amlinellir y cynnydd hwn yn yr Adroddiad Cynnydd Cryno a gyhoeddwyd ym mis Mehefin 2014.
3. Mae **Law yn Llaw at Iechyd**, ein gweledigaeth bum mlynedd ar gyfer y GIG yng Nghymru, yn nodi agenda uchelgeisiol ar gyfer gwella gwasanaethau, er mwyn helpu i wella iechyd pawb yng Nghymru a lleihau anghydraddoldebau iechyd. Rydym bellach ychydig dros hanner ffordd drwy'r rhaglen hon ac ar 18<sup>fed</sup> Rhagfyr 2013, rhoddais y wybodaeth ddiweddaraf i'r Cynulliad am gynnydd. Er bod llawer i'w wneud o hyd, mae cynnydd yn cael ei wneud o ran gweithredu'r ymrwymadau a nodwyd gennym yn 2011. Er enghraifft, rydym wedi cyhoeddi cynlluniau cyflenwi manwl ar gyfer pob un o'r prif wasanaethau a nodwyd, ac mae llawer ohonynt eisoes wedi cyflwyno eu hadroddiadau blynyddol cyntaf, sy'n nodi eu cynnydd.
4. Mae'r heriau y mae'r GIG yn parhau i'w hwynebu yn rhai gwirioneddol a sylweddol. Cydnabu'r adroddiad diweddar gan **Ymddiriedolaeth Nuffield** yr heriau hyn, gan gynnwys costau cynyddol; galw cynyddol; poblogaeth sy'n heneiddio; a chynnydd yn nifer y bobl sy'n datblygu cyflyrau cronig - yr un heriau a wynebwr gan bob system gofal iechyd yn y byd mewn cyfnod o galedi ariannol. Rhagwelodd yr adroddiad y gellid gweld bwch ariannu o £2.5 biliwn yng Nghymru dros y 10 mlynedd nesaf, os bydd cyllid yn parhau ar gyfradd safonol mewn termau real ac oni ellir parhau i gronni enillion cynhyrchiant. Fodd bynnag, cydnabu'r Ymddiriedolaeth ein bod eisoes wedi ymateb i'r heriau a nodwyd, drwy amrywiaeth o fesurau. Mae'r rhain yn cynnwys gwelliannau o ran effeithlonrwydd

a chynhyrchiant, lleihau'r cyfnod a dreulir yn yr ysbyty a nifer y cleifion a dderbynnir i'r ysbyty, a gwasanaethau wedi'u hailfodelu i bobl â chyflyrau cronig, yn ogystal â nodi potensial pellach i wneud arbedion hirdymor ychwanegol, y gall y GIG eu gwneud os bydd yn parhau i ddiwygio ac ad-drefnu gwasanaethau. Bûm yn gweithio gyda'r Gweinidog Cyllid dros yr haf er mwyn nodi beth arall y gallwn ei wneud i gefnogi modelau darparu gwasanaethau newydd, atgyfnerthu'r gofal a'r cymorth a roddir mewn cymunedau lleol, ac ymateb i'r heriau a nodir yn yr adroddiad hwn.

5. Fel rhan o'n hymateb parhaus i'r heriau sy'n wynebu'r GIG a Gwasanaethau Cymdeithasol, mae gwaith yn mynd rhagddo i ddatblygu, codeiddio ac ymsefydlu egwyddorion **gofal iechyd darbodus** mewn gwasanaethau iechyd ledled Cymru. Yn fy anerchiad i Gynhadledd Flynyddol Cydffederasiwn y GIG ym mis Ionawr, nodais fy mwriad i newid ffocws y gwasanaethau iechyd a ddarperir gennym er mwyn sicrhau eu bod yn diwallu anghenion ac amgylchiadau cleifion ac yn osgoi gofal gwastraffus nad yw o fudd i'r cleifion. Mae hwn yn ddull moesegol o drin cleifion lle mae anghenion clinigol a blaenoriaethau clinigol yn pennu'r ffordd y caiff gwasanaethau eu darparu, yn canolbwyntio ymdrechion ar y pethau sy'n gwneud gwahaniaeth gwirioneddol ac yn gwneud y defnydd mwyaf effeithiol o adnoddau. Mae angen ymdrech o'r newydd yn hyn o beth er mwyn manteisio ar GIG a arweinir gan ofal ataliol, gofal sylfaenol a gofal cymunedol, sydd wedi'i **integreiddio â gofal cymdeithasol**, ac sy'n darparu cymaint o ofal â phosibl yn agos i gartrefi cleifion, gan newid y cydbwysedd rhwng gofal Sylfaenol a gofal Eilaidd. Mae'r dull gweithredu hwn yn ategu egwyddor cyd-gynhyrchu, lle y caiff cleifion eu hannog i gymryd mwy o gyfrifoldeb am gynnal eu hiechyd a'u lles eu hunain, drwy ddewis gwasanaeth mwyaf priodol a chymesur y GIG ar gyfer eu hanghenion.
6. Erys ymddiriedaeth yn ein GIG a'i enw da yn bwysig. Rydym yn ymrwymedig i ddarparu **gofal cyson o ansawdd uchel** i bawb yng Nghymru, ac mae'r **Cynllun Sicrhau Ansawdd** yn nodi sut rydym yn bwriadu cyflawni hyn drwy hyfforddiant, monitro a chyflwyno adroddiadau. Mae'r mwyafrif helaeth o bobl yng Nghymru yn cael gofal da a diogel, a gwyddom o arolygon diweddar, gan gynnwys *Arolwg Cenedlaethol Cymru* fod pobl yng Nghymru ar y cyfan yn fodlon ar y gwasanaethau iechyd a ddarperir. Fodd bynnag, rhaid i'r darlun cyffredinol cadarn hwnnw gael ei atgyfnerthu gan natur benderfynol i gymryd camau effeithiol cyflym pan fydd pethau'n mynd o chwith.
7. Rwy'n falch hefyd ein bod yn parhau i wneud cynnydd da wrth gyflawni cyfraniad portffolio'r Pwyllgor Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol at **raglen ddeddfwriaethol** Llywodraeth Cymru. Mae Papur Gwyn Iechyd y Cyhoedd, *'Gwrando arnoch chi – Mae eich iechyd yn bwysig'* yn dystiolaeth glir o'n hymrwymiad i atal achosion sylfaenol salwch yn hytrach na thrin pobl pan fyddant yn mynd yn sâl. Mae'r *Ddeddf Rhoi Organau*, a gafodd Gydsyniad Brenhinol ar 10 Medi 2013, hefyd yn dangos ein huchelgais i Gymru arwain y ffordd yn y DU drwy wneud penderfyniadau beiddgar os credwn y gellir achub bywydau. Mae'r *Ddeddf Hylendid Bwyd* yn llwyddiant ymarferol a phoblogaidd. Bydd gweithredu'r *Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant*, sy'n ddeddfwriaeth flaenllaw, yn newid arloesol ym maes polisi, gan ei bod yn gosod y sylfeini ar gyfer



moderneiddio gofal rhai o'n dinasyddion mwyaf agored i niwed, gan eu galluogi i chwarae rhan llawer mwy gweithredol yn y gwasanaethau a gânt.

## **Sesiwn 1: Materion Craffu Cyffredinol**

### **LAW YN LLAW AT IECHYD**

8. Mae *Law yn Llaw at Iechyd* yn nodi ein hymrwymiaidau i wella gwasanaethau iechyd i bawb, gan wella mynediad a phrofiad cleifion, gwella ansawdd gwasanaethau a sicrhau eu bod yn fwy diogel er mwyn gwella canlyniadau iechyd, a sicrhau bod gwasanaethau'n diwallu anghenion cleifion ac yn bodloni eu disgwyliadau. Gyda'n gilydd, ein nod hollbwysig yw cefnogi GIG modern sy'n darparu gofal o ansawdd uchel yn gyson, tra'n ateb yr heriau sylweddol a wynebir â hyder. Mae'r diwygiadau cysylltiedig a nodir yn *Law yn Llaw at Iechyd* yn hanfodol i wella ansawdd bywyd pawb a sicrhau bod y GIG yng Nghymru bob amser yn ddiogel ac yn effeithiol, ac yn fwy integredig, cynaliadwy a gwydn.
9. Cydnabyddwn hefyd, er mwyn gwella hyder cleifion yn y gwasanaethau a ddarperir gennym, fod angen i ni fod yn dryloyw o ran perfformiad gan nodi, nid yn unig berfformiad da, ond hefyd feysydd y gwyddom fod angen eu gwella.

### **Cynlluniau Cyflwyno**

10. Nodwn ymrwymiad yn *Law yn Llaw at Iechyd* i ddatblygu a chyhoeddi amrywiaeth o gynlluniau cyflawni ar gyfer prif wasanaethau, ac mae cynnydd da yn cael ei wneud i'w gweithredu.
11. Cyhoeddwyd Cynlluniau Cyflawni ar gyfer Canser, Iechyd Meddwl a Strôc yn 2012, ac mae Cynlluniau sy'n cwmpasu Iechyd Anadlol, Iechyd y Geg, Iechyd y Llygaid, Clefyd y Galon, Diabetes, Cyflyrau Niwrolegol, Gofal Diwedd Oes a Gofal i'r Rhai sy'n Ddifrifol Wael wedi'u cyhoeddi yn ystod y 18 mis diwethaf. Mae cynllun cyflawni ar gyfer Clefyd yr Afu/lau wrthi'n cael ei ddatblygu ar y cyd ag Iechyd Cyhoeddus Cymru, ac fe'i cyhoeddir ar gyfer ymgynghoriad cyhoeddus yr hydref hwn.
12. Crëwyd swyddi Arweinydd Clinigol Cenedlaethol ar gyfer diabetes, strôc a gofal wedi'i gynllunio
13. Ym mis Mehefin 2011, cyhoeddodd y Bwrdd Rhaglen Cenedlaethol ar gyfer Gofal Heb ei Drefnu y "Deg Cam Effeithiol i Drawsnewid Gofal Heb ei Drefnu". Rhoddodd y ddogfen hon fframwaith strategol y gallai byrddau iechyd ei ddilyn er mwyn llunio strategaeth ar gyfer trawsnewid gofal heb ei drefnu, ac fe'i llywiwyd gan y materion a nodwyd yn adroddiad Swyddfa Archwilio Cymru, 'Unscheduled Care: developing a whole systems approach' (2009). Ym mis Ebrill 2013, rhoddais y wybodaeth ddiweddaraf i'r Cynulliad am y Rhaglen ac ym mis Awst, penodwyd Dr Grant Robinson yn Arweinydd Clinigol Cenedlaethol. Yn dilyn gweithredu'r Rhaglen, gwelwyd lefelau perfformiad yn gwella a llai o gleifion yn gorfod aros 12 awr, llai o oedi wrth drosglwyddo cleifion o ambiwlansys, gwelliant o ran amseroedd ymateb categori A a pherfformiad pedair awr mewn Adrannau Damweiniau ac Achosion Brys.

14. Ym mis Rhagfyr 2013, cyhoeddwyd Rhaglen Genedlaethol ar gyfer Gofal Wedi'i Gynllunio er mwyn efelychu'r model a gyflwynwyd ar gyfer Gofal Heb ei Drefnu. Mae'r Rhaglen yn cynnwys nifer o ffrydiau gwaith: rheoli gallu a galw'n well, sicrhau trothwyon priodol ar gyfer triniaeth, manteisio i'r eithaf ar gyfraniadau'r gweithlu, a sicrhau trefniadau darparu cynaliadwy. Ym mis Awst, cyhoeddais fod Mr Peter Lewis wedi'i benodi'n Arweinydd Clinigol ar gyfer y Rhaglen hon, a fydd yn gyfrifol am weithio gyda Llywodraeth Cymru a GIG Cymru er mwyn bwrw ymlaen â gofal wedi'i gynllunio a'r gwaith o gydgyssylltu gwasanaethau gofal sylfaenol a gwasanaethau ysbyty er mwyn sicrhau system gofal ddiogel.

### **Strategaeth Iechyd Meddwl**

15. Lansiodd *Law yn Llaw at Iechyd Meddwl - Strategaeth ar gyfer Iechyd Meddwl a Lles yng Nghymru* ym mis Hydref 2012, gan nodi strategaeth ddeng mlynedd Llywodraeth Cymru ar gyfer gwella bywydau pobl sy'n defnyddio gwasanaethau iechyd meddwl, eu gofalwyr a'u teuluoedd. Mae'n ofynnol i bob Bwrdd Iechyd, Ymddiriedolaeth a Llywodraeth Cymru lunio adroddiadau blynyddol ar eu cynnydd wrth weithredu'r strategaeth. Mae'r gyfres gyntaf o adroddiadau, a gyhoeddwyd ym mis Rhagfyr 2013, yn nodi'r cynnydd a wnaed yn y 12 mis cyntaf wrth gyflawni'r ymrwymadau.

16. Fel rhan o'r Strategaeth, rydym wedi sefydlu Fforwm Defnyddwyr Gwasanaethau a Gofalwyr cenedlaethol sy'n dod ag unigolion ynghyd o bob cwr o Gymru, ac yn rhoi llais cryf iddynt ddylanwadu ar waith cynllunio a darparu gwasanaethau ar lefel leol a chenedlaethol. Rydym yn cyflwyno set ddata iechyd meddwl graidd genedlaethol ar lefel defnyddwyr gwasanaethau, sy'n ein galluogi i ddeall anghenion a chanlyniadau unigolion sy'n defnyddio'r gwasanaethau hynny yn well. Cyhoeddwyd Canllawiau ar Weithredu Polisi mewn perthynas ag iechyd meddwl cyn-filwyr sydd yn y carchar a throsteddwy'r draws y system gyfiawnder, a disgwylir i ganllawiau penodol ar bobl ifanc sy'n troseddu gael eu cyhoeddi'n fuan.

17. *Amser i Newid Cymru* yw'r ymgyrch genedlaethol gyntaf sy'n ceisio rhoi diwedd ar y stigma a'r gwahaniaethu a wynebir gan bobl â phroblemau iechyd meddwl yng Nghymru. Nod greiddiol yr ymgyrch yw newid agweddau ac ymddygiadau negyddol at salwch meddwl. Yn 2013, arwyddodd Llywodraeth Cymru adduned sefydliadol *Amser i Newid Cymru*, gan ddangos ymrwymiad Llywodraeth Cymru fel sefydliad i leihau a mynd i'r afael â stigma a gwahaniaethu ym maes iechyd meddwl. Mae Llywodraeth Cymru wedi cytuno i ddarparu £67,500 ychwanegol er mwyn ymestyn yr ymgyrch tan fis Hydref 2013. Bydd yr arian ychwanegol hwn yn helpu'r ymgyrch i gynnwys mwy o sefydliadau a phobl yng Nghymru.

### **CAMHS**

18. Sefydlwyd Grŵp Gwella Gwasanaethau a gefnogir gan gymorth gwella gwasanaethau, a ariennir gan Lywodraeth Cymru er mwyn goruchwylio cynllun gwella CAMHS eang a ddatblygwyd gan Lywodraeth Cymru yn ystod 2013. Mae'r cynllun hwn yn ystyried argymhellion adroddiad SAC/AGIC ym mis Rhagfyr 2013 ac fe'i cefnogir gan Rwydwaith Cynllunio CAMHS ac Anhwylderau Bwyta Cymru gyfan.

## Mesur Iechyd Meddwl (Cymru) 2010)

19. Dangosodd adroddiad dros dro yn adolygu'r gwaith o weithredu ein deddfwriaeth nodedig, sef Mesur Iechyd Meddwl (Cymru) 2010, fod defnyddwyr gwasanaethau ar y cyfan yn teimlo bod hyn wedi gwneud gwahaniaeth gwirioneddol i'w gofal. Mae dros 33,000 o bobl wedi cael asesiad o'u hiechyd meddwl gan wasanaethau gofal sylfaenol yn ystod y 12 mis diwethaf ac wedi cael gwybodaeth, cyngor ac ymyriadau yn ôl yr angen. O blith y rheini sy'n cael gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd, mae gan dros 90 y cant bellach Gynllun Gofal a Thriniaeth. Ymestynnwyd gwasanaethau Eiriolaeth Iechyd Meddwl annibynnol, ac mae defnyddwyr gwasanaethau a staff wedi nodi canlyniadau cadarnhaol. Wrth barhau i werthuso a monitro'r Mesur gan ddefnyddio ymchwil annibynnol, arolygon boddhad a data ar berfformiad, ein nod parhaus fydd gwella ansawdd y gofal a roddir ymhellach a sicrhau y caiff arfer da ei rannu.

## Arian a Neilltuwyd ar gyfer Iechyd Meddwl

20. Gwasanaethau iechyd meddwl sy'n cyfrif am y gyfran fwyaf o wariant cyhoeddus ym maes iechyd yng Nghymru. Dangosir ein hymrwymiad parhaus i iechyd meddwl gan arian a neilltuwyd (a gynyddodd o £387.5 million yn 2008-09 i £587 miliwn yn 2014-15. Rydym wedi ymrwmo i adolygu effeithiolrwydd yr Arian a Neilltuwyd ar gyfer Iechyd Meddwl yn ein Strategaeth *Law yn Llaw at Iechyd*, a bydd hyn yn digwydd yn gynt na'r bwriad eleni.

## Therapiau seicolegol

21. Cyhoeddwyd £650k ychwanegol i wella'r gallu i gael gafael ar therapïau seicolegol i bobl â phroblemau iechyd meddwl ym mis Mehefin, gan ychwanegu at y £200k a gyflwynwyd hefyd yn 2013/14. Bydd yr arian yn helpu i ddarparu therapïau seicolegol i bobl o bob oedran, a bydd yn cynnwys therapïau ar gyfer cyn-filwyr y lluoedd arfog ag anhwylder straen wedi trawma.

## Dementia

22. Mae Llywodraeth Cymru yn ymrwymedig i wella gwasanaethau a chymorth i bobl sydd â dementia a'u teuluoedd. Mae *Law yn Llaw at Iechyd* yn nodi ein blaenoriaethau nawr ac yn y dyfodol.

23. Pecyn Gwybodaeth Byw yn Dda gyda Dementia, a ariennir gan Lywodraeth Cymru, ac sy'n cael ei ddatblygu a'i ddisbarthu gan Gymdeithas Alzheimer, yw'r cyntaf o'i fath yn y DU. Croesawyd y pecyn, sy'n ffynhonnell amhrisiadwy o gyngor, gan weithwyr proffesiynol a chleifion, eu teuluoedd a'u gofalywyr. Mae'r seilwaith ar waith i roi pecyn i bob unigolyn y canfyddir bod ganddo ddementia eleni. Rydym yn parhau i ariannu Llinell Gymorth Dementia ddwyieithog 24/7 Cymru. Mae *Presgripsiwn Llyfrau Cymru* yn cynnwys cyhoeddiadau ar ddementia sydd ar gael ym mhob llyfrgell gyhoeddus yng Nghymru.

24. Ym mis Ionawr, helpais i lansio menter *Ffrindiau Dementia* Gymdeithas Alzheimer. Nod y cynllun, a ariennir gan Lywodraeth Cymru, yw meithrin

dealltwriaeth ehangach, ategu gwasanaethau eiriolaeth a chyflwyno hyfforddiant i'r rhai sy'n darparu gofal. Datblygwyd y broses o gyflwyno'r modiwl hyfforddiant gofal sylfaenol a ariennir gan Lywodraeth Cymru ar y cyd â Chymdeithas Alzheimer. Bwriedir cyflwyno'r modiwl, a lansiwyd ym mis Tachwedd 2013, i dimau gofal sylfaenol cyfan (meddygon teulu, nyrsys, rheolwyr practis a staff derbynfa) drwy'r Gwasanaeth Ychwanegol dan Gyfarwyddyd. Bydd hyn nid yn unig yn helpu i sicrhau diagnosis mwy amserol, ond hefyd yn sicrhau bod gan wasanaethau gofal sylfaenol yng Nghymru yr adnoddau i ddeall anghenion unigolion â dementia a'u gofalmwyr yn well. Mae 106 o bractisau, sef dros 25% o'r practisau yng Nghymru, wedi cwblhau'r modiwl hyfforddiant hwn yn ystod blwyddyn gyntaf y Gwasanaeth Ychwanegol dan Gyfarwyddyd, sy'n para tair blynedd.

25. Ar 19<sup>eg</sup> Mehefin, arwyddodd Llywodraeth Cymru, ynghyd â gwledydd eraill y DU, Gonsensws Blackfriar. Mae'r consensws hwn yn nodi 'that action to tackle smoking, drinking, sedentary behaviour and poor diet could reduce the risk of dementia in later life as well as other conditions such as heart disease, stroke and many cancers'. Byddwn yn parhau i weithio gyda rhanddeiliaid lleol, yn ogystal â Fforwm Iechyd y DU a gwledydd eraill y DU, er mwyn datblygu dull newydd o atal dementia. Yna byddwn yn defnyddio'r dull newydd hwn i ddiweddarau canllawiau '*Dementia - Sut i leihau eich risg*' ac yn datblygu cynllun cyfathrebu er mwyn lledaenu unrhyw negeseuon a chanllawiau newydd.
26. Mae datblygu ein sail dystiolaeth yn hollbwysig er mwyn ein galluogi i ddeall yr hyn sy'n achosi dementia a'i effeithiau yn well ac, yn ei dro, wella ansawdd y gofal a roddir i gleifion a'u rhagolygon. Mae Cymru ar flaen y gad ym maes ymchwil fyd-eang, a nododd cydweithrediad rhyngwladol a arweinir gan Brifysgol Caerdydd yn ddiweddar 11 o enynnau a oedd yn anhysbys cyn hynny sy'n cynyddu'r risg o ddatblygu dementia.
27. Cyhoeddwyd yn gynnar eleni y bydd Prifysgol Caerdydd yn arwain Llwyfan Ymchwil Dementia newydd y Cyngor Ymchwil Feddygol ar gyfer y DU, a fydd yn rhoi dulliau newydd ar waith o ganfod, trin ac atal dementia. Dr John Gallacher, o Ysgol Feddygaeth y Brifysgol, fydd yn arwain y rhaglen hon sy'n werth miliynau o bunnoedd, a fydd yn sicrhau bod Cymru'n parhau ar flaen y gad ym maes ymchwil dementia.
28. Dyfarnwyd £4 miliwn i ymchwilwyr ym Mhrifysgol Bangor ar gyfer prosiect IDEAL, a gynlluniwyd i wella profiadau'r rhai sy'n byw gyda dementia. Mae'r ddau ddyfarniad yn dangos bod Cymru'n parhau i wneud cyfraniad sylweddol at ymchwil arloesol.

### **Ansawdd a Diogelwch**

29. Ein gweledigaeth yw GIG yng Nghymru sy'n ddiogel ac yn dosturiol. Rydym am adeiladu ar yr holl gynnydd a wnaed gennym a sicrhau bod ein system yn gwneud y canlynol:
- Darparu'r ansawdd gorau posibl a phrofiad ardderchog i gleifion;

- Gwella canlyniadau iechyd a helpu i leihau anghydraddoldebau;
- Sicrhau ansawdd da gan bob un o'n gwasanaethau.

30. Mae'r broses o ddarparu gofal diogel o ansawdd uchel yn gyson yn dibynnu ar gyfraniadau gan ystod eang o sefydliadau. Disgrifir hyn yn *Gofal Diogel, Gofal Tosturiol - Fframwaith Llywodraethu Cenedlaethol* er mwyn sicrhau gofal o ansawdd uchel yn y GIG yng Nghymru, a gyhoeddwyd ym mis Ionawr 2013.

#### Adolygiadau annibynnol allanol

31. Os oes angen gwelliannau, neu os oes materion yn codi y mae angen ymchwilio iddynt, mae camau wedi'u cymryd, gan ddefnyddio cyngor ac arbenigedd allanol:

- Ym mis Tachwedd 2013, comisiynwyd adolygiad allanol annibynnol o agweddau ar arferion gofal yn Ysbyty Tywysoges Cymru ac Ysbyty Castell-nedd Port Talbot ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg. Cyhoeddodd tîm yr adolygiad, dan arweiniad yr Athro June Andrews a Mr Mark Butler, ei adroddiad, *Ymddiried mewn Gofal* ar 13 Mai 2014. Mae'r adroddiad yn gwneud 18 o argymhellion, pedwar ohonynt ar gyfer Llywodraeth Cymru, ac yn cynnig dysgu ehangach ar gyfer y GIG cyfan yng Nghymru. Rhoddais bedair wythnos i bob Bwrdd Iechyd ystyried yr adroddiad a'i oblygiadau iddynt. Mae pob un ohonynt wedi cyhoeddi eu hymatebion ers hynny. Er mwyn sicrhau nad oedd materion a nodwyd yn yr adroddiad mewn perthynas â hanfodion gofal yn gyffredin, rwyf wedi cyflwyno rhaglen o archwiliadau ar hap dirybudd ym mhob ysbyty cyffredinol dosbarth yng Nghymru. Mae'r rhain yn mynd rhagddynt. Mae'r Prif Swyddog Meddygol a'r Prif Swyddog Nyrsio yn cyd-gadeirio grŵp llywio er mwyn bwrw ymlaen â'r gwaith o weithredu argymhellion yr adroddiad. Mae adroddiadau rheolaidd ar gynydd yn cael eu cyflwyno.
- Ar 10 Chwefror 2014, cyhoeddais adolygiad allanol o'r modd yr ymdrinnir â phryderon (cwynion) yn GIG Cymru. Arweiniwyd y gwaith hwn gan Mr Keith Evans, a ymddeolodd yn ddiweddar o'i swydd fel Prif Weithredwr a Rheolwr Gyfarwyddwr Panasonic yn y DU ac Iwerddon, gyda chymorth gan Andrew Goodall, Prif Weithredwr BIP Aneurin Bevan ar y pryd. Mae'r gwaith hwn bellach wedi'i gwblhau. Mae cyfnod o ymgysylltu wedi bod yn mynd rhagddo dros yr haf er mwyn ceisio sylwadau ehangach ar y cynigion.
- Ar 21 Mawrth, cychwynwyd adolygiad o'r ffordd y caiff mesurau morbidrwydd eu casglu a'u defnyddio. Cynhaliwyd yr adolygiad gan yr Athro Stephen Palmer o Brifysgol Caerdydd, gan ganolbwyntio i ddechrau ar chwe ysbyty â sgôr Mynegai Marwolaethau wedi'i Addasu yn ôl Risg (RAMI) o fwy na 100 yn y data a gyhoeddwyd ddydd Gwener 21 Mawrth 2014. Mae adolygiad yr Athro Palmer bellach wedi'i gwblhau a chyhoeddwyd yr adroddiad ar 16 Gorffennaf. Daeth yr Athro Palmer i'r casgliad nad yw RAMI yn fesur ystyrlon o ansawdd, ond cefnoga'r broses o adolygu achosion o farwolaeth, sydd ar waith ar gyfer pob marwolaeth mewn ysbytai yng Nghymru, ac yn faes lle mae Cymru'n arwain y gad yn y DU. Argymhellodd hefyd y dylai Llywodraeth Cymru a GIG Cymru sicrhau y caiff gwybodaeth ystyrlon a defnyddiol ei chaffael er mwyn

mesur a disgrifio gofal o ansawdd mewn ysbytai. Mae Prif Swyddog Meddygol Cymru wedi ysgrifennu at bob clinigydd yn GIG Cymru er mwyn atgyfnerthu ei gyfrifoldebau mewn perthynas â chofnodion meddygol, sy'n bwysig o ran sicrhau diogelwch cleifion, yn ogystal â manteisio i'r effaith ar godio clinigol. Bwriadaf adrodd yn ehangach ar y defnydd o adolygiadau nodiadau achos marwolaethau yn ddiweddarach y mis hwn.

- Ar 4 Mehefin, derbyniais argymhelliad y Pwyllgor hwn y dylid cynnal adolygiad o Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru (AGIC). Penodwyd Ruth Marks, cyn Gomisiynydd Pobl Hŷn Cymru, ac mae'n darparu craffu ac arbenigedd allanol. Cynhelir yr adolygiad gyda'r nod o atgyfnerthu rôl AGIC. Yn dilyn yr adolygiad, bydd Llywodraeth Cymru yn cyhoeddi Papur Gwyrdd, yn amlinellu cynigion ar gyfer deddfwriaeth newydd i sicrhau cylch gwaith arolygu a rheoleiddio annibynnol ac wedi'i atgyfnerthu ar gyfer AGIC cyn diwedd tymor y Cynulliad yn 2016. Bwriedir cyhoeddi Bil Ansawdd y GIG yn gynnar yn nhymor nesaf y Cynulliad er mwyn symleiddio ac atgyfnerthu deddfwriaeth sy'n bodoli eisoes yn ymwneud ag ansawdd gofal iechyd yng Nghymru. Bydd hyn yn cynnwys rolau a chyfrifoldebau AGIC.

### Profiad Cleifion

32. Mae gwella profiad cleifion o ofal yn flaenoriaeth allweddol i GIG Cymru. Ym mis Mai 2013, cyhoeddwyd Fframwaith i Gadarnhau Profiad Defnyddwyr Gwasanaethau sy'n nodi egwyddorion craidd fel sail i waith profiad cleifion ac yn argymhell model pedair rhan i ategu arbenigedd ac adnoddau sy'n bodoli eisoes.
33. Ym mis Gorffennaf 2013, cyhoeddodd y Prif Swyddog Nyrsio gwestiynau craidd am brofiad defnyddwyr gwasanaethau er mwyn cyflawni rhan 'amser real' y Fframwaith. Datblygwyd y rhain gan y Grŵp Profiad Defnyddwyr Gwasanaethau Cenedlaethol i'w defnyddio ym mhob lleoliad gofal, er mwyn sicrhau dull cyson o bennu profiad defnyddwyr gwasanaethau ledled Cymru.

### Rhaglen gwella 1000 o Fywydau

34. Mae rhaglen gwella 1000 o Fywydau yn dangos ymrwymiad GIG Cymru i wella'n barhaus. Mae wedi dangos bod modd gwella canlyniadau i gleifion a dderbyniwyd yn flaenorol os cânt eu herio. Er enghraifft, atal wlsrau pwyso a niwmonia sy'n gysylltiedig â pheiriant anadlu yn ein Hunedau Gofal Dwys.
35. Y ffocws ar hyn o bryd yw'r rhaglen Llif Cleifion a Gofal Heb ei Drefnu sydd â'r nod o sicrhau y gallwn wella ein systemau er mwyn ateb y galw presennol a sicrhau bod yr unigolyn cywir yn cael ei drin yn y man cywir ar yr adeg gywir.
36. Mae mwy nag 8000 o staff GIG Cymru wedi cwblhau lefel gyntaf y rhaglen ddysgu genedlaethol, *Gwella Ansawdd Gyda'n Gilydd*. Mae'r rhaglen hon yn darparu dull cyffredin a chyson o wella ansawdd gwasanaethau a fydd yn helpu i sicrhau gwelliannau yn llawer cynt a'u lledaenu'n effeithiol drwy GIG Cymru. Mae hyn yn rhan o'r ymrwymiad a nodwyd yn ein Cynllun Sicrhau Ansawdd i ddatblygu gallu ac adnoddau lleol er mwyn gwella ansawdd yn barhaus.

## Archwiliad Hanfodion Gofal Cenedlaethol 2013

37. Adolygwyd y system Archwilio Hanfodion Gofal yn llwyr cyn archwiliad cenedlaethol 2013 a gwblhawyd yn ystod mis Hydref a mis Tachwedd 2013. Yng ngoleuni diwygiadau sylweddol i'r fformat, y nifer o gwestiynau a ofynnwyd a'u math, ni ellir gwneud cymariaethau uniongyrchol rhwng archwiliad 2013 ac archwiliadau blynyddol blaenorol. Mae'n bwysig nodi hefyd fod cwestiynau'r archwiliad gweithredol, yr arolwg o brofiad cleifion a'r arolwg staff wedi'u hadolygu'n annibynnol yn hytrach na'u cyfuno fel y gwnaed mewn archwiliadau blaenorol. Bwriedir i archwiliad 2013 fod yn sail i archwiliad 2014 ac archwiliadau dilynol.

38. Dengys y canlyniadau:

- Roedd 94% o'r cleifion yn fodlon ar y gofal cyffredinol a gawsant;
- Roedd 97% bob amser neu fel arfer yn teimlo eu bod yn cael eu trin ag urddas a pharch;
- Roedd 98% yn cytuno bod yr ardal glinigol yn cael ei chadw'n lân, yn daclus ac yn drefnus;
- Roedd 96% yn cytuno eu bod yn cael help i gynnal eu hannibyniaeth.
- Roedd 93% yn cytuno eu bod yn cael help yn brydlon pan fyddent yn gofyn amdano.

## Datganiadau Ansawdd Blynyddol

39. Cyhoeddodd pob un o Fyrddau ac Ymddiriedolaethau Iechyd y GIG eu Datganiadau Ansawdd Blynyddol ar gyfer 2012-13 ym mis Medi y llynedd.

40. Cynhaliwyd adolygiad cymheiriaid dan arweiniad yr Athro Rosemary Kennedy, Cadeirydd Ymddiriedolaeth GIG Felindre ym mis Rhagfyr y llynedd er mwyn dysgu o'r broses gyda'r nod o wella Datganiadau 2013-14. Cyflawnwyd hyn drwy ymweliad 'Bord Gron Ansawdd' amlddisgyblaethol â phob sefydliad.

41. Cyhoeddwyd canllawiau diwygiedig i holl Fyrddau ac Ymddiriedolaethau Iechyd y GIG ym mis Mai. Mae'n ofynnol i sefydliadau gyhoeddi eu Datganiadau ar gyfer 2013-14 erbyn 30 Medi 2014 fan bellaf.

## **Gwella Perfformiad y GIG**

42. Erys targedau perfformiad yn adnodd pwysig wrth fesur a gwella perfformiad, ond nid ydynt bob amser wedi'u cysoni'n ddigon agos i fesur buddiannau clinigol. Mae'r farn hon nid yn unig yn seiliedig ar safbwyntiau clinigwyr, ond roedd hefyd yn un o gasgliadau allweddol yr ymchwiliad yng Nghanol Swydd Stafford lle priodolodd Robert Francis agweddau ar y methiannau mewn gofal i systemau seiliedig ar dargedau, a oedd yn cynhyrchu ymddygiadau nad oeddent er budd y cleifion.



43. Rwy'n benderfynol o ystyried dangosyddion canlyniadau newydd a fydd yn sicrhau canlyniadau gwell i bob claf. Mae angen i ni ddatblygu mesurau a dangosyddion canlyniadau sy'n mesur budd clinigol a chanlyniadau i gleifion, ac mae angen i ni gyfleu'r rhain yn well i'r cyhoedd.
44. Byddwn yn cynnal y targedau sy'n bodoli eisoes yn ogystal â'n ffocws ar wella perfformiad yn erbyn y targedau hyn wrth i ni benderfynu ar y dangosyddion canlyniadau newydd.
45. Nodir isod berfformiad presennol yn erbyn y targedau hyn sy'n bodoli eisoes:

#### Ambiwlans

46. Mae elfennau allweddol adolygiad McClelland bellach wedi'u rhoi ar waith, mae buddsoddiad gan Lywodraeth Cymru wedi galluogi'r fflyd o ambiwlansys i gael ei huwchraddio, ac yn y flwyddyn ariannol hon, cytunwyd ar £7.5m ychwanegol, a fydd yn golygu bod modd recriwtio dros 100 o staff rheng flaen. Mater i Wasanaeth Ambiwlans Cymru bellach yw troi hyn oll yn berfformiad sy'n cyrraedd y safon ofynnol.
47. Ym mis Gorffennaf, y gyfradd gyflawni Cymru gyfan ar gyfer y targed categori A wyth munud oedd 58.3%, o gymharu â tharged o 65%. Mae cyflawni mesur wyth munud Ymddiriedolaeth GIG Gwasanaethau Ambiwlans Cymru (WAST) yn parhau i fod yn her. Gofynnwyd i Fyrddau lechyd helpu i gyflawni'r targed hwn ar y cyd â WAST. Cyflwynwyd mesurau â ffocws mwy clinigol mewn perthynas â'r gofal clinigol a ddarperir gan WAST ac fe'u cyhoeddir ar wefan *Fy Ngwasanaeth lechyd Lleol* o fis Mehefin ymlaen. Mae'r rhain yn ymwneud â dulliau lleddfuo poen i gleifion sydd wedi torri gwddf neu forddwyd, asesu cleifion sy'n wynebu'r risg o gael strôc yn gynnar, a rhoi triniaeth thrombolysis gynnar i gleifion sydd wedi cael trawiad ar y galon.

#### Amseroedd aros

48. Ym mis Mehefin, y gyfradd gyflawni Cymru Gyfan ar gyfer amseroedd aros rhwng atgyfeirio a thriniaeth oedd 87.3%, o gymharu â tharged o 95%. Fel rhan o daflwybrau 2014/15, mae pob Bwrdd lechyd wedi nodi cynlluniau i sicrhau nad oes neb yn gorfod aros mwy na 36 wythnos erbyn diwedd mis Mawrth 2015 fan bellaf a sicrhau cyfradd gyflawni o 95% unwaith eto. Caiff data mis Gorffennaf eu cyhoeddi ar 11 Medi 2014 - rhoddir y wybodaeth ddiweddaraf ar lafar yn ystod y cyfarfod.

#### Gofal heb ei drefnu

49. Ym mis Mehefin, y gyfradd gyflawni ar gyfer targed pedair awr Cymru gyfan oedd 87.7%, o gymharu â tharged o 95%. Fel rhan o 2014/15, mae gan Fyrddau lechyd gynlluniau a thafwybrau i wella gwasanaethau er mwyn cyflawni'r targed erbyn mis Mawrth 2015. Rheolir perfformiad y rhain drwy'r flwyddyn.

## Canser

50. Ym mis Mehefin, cyfradd gyflawni Cymru gyfan ar gyfer y targed 31 diwrnod oedd 97.6%, o gymharu â tharged o 98%; a'r gyfradd gyflawni ar gyfer y targed 62 diwrnod oedd 84.3%, o gymharu â tharged o 95%. Fel rhan o 2014/15, mae gan Fyrddau Iechyd gynlluniau a thafwybrau i wella gwasanaethau er mwyn cyflawni'r targed erbyn mis Mawrth 2015 fan bellaf. Unwaith eto, rheolir perfformiad y rhain drwy'r flwyddyn.

## Amseroedd aros am lawdriniaeth gardiaidd

51. Dros y naw mis diwethaf, codwyd pryderon yn ymwneud ag amseroedd aros am lawdriniaeth gardiaidd.

52. Mae Llywodraeth Cymru a Phwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru (WHSSC) wedi bod yn gweithio gyda Byrddau Iechyd yr effeithir arnynt er mwyn eu helpu i reoli a lleihau amseroedd aros am lawdriniaeth gardiaidd gyda'r nod o ateb y galw presennol a'r galw yn y dyfodol.

53. Mae Byrddau Iechyd wedi rhoi gallu ac adnoddau byrdymor ychwanegol ar waith ar gyfer llawdriniaeth ar y galon, drwy amrywiaeth o drefniadau mewnol a threfniadau dros dro i anfon cleifion i ysbytai yn Lloegr i gael eu trin. Maent hefyd wedi bod yn gweithio i gynyddu gallu ac adnoddau llawdriniaeth gardiaidd yn y tymor canolig a'r tymor hir.

## Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda

54. Ym mis Hydref 2013, gwahoddwyd Coleg Brenhinol y Ffisigwyr i adolygu ansawdd a diogelwch gwasanaethau cardioleg ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda, mewn ymateb i bryderon a godwyd gyda Llywodraeth Cymru am ofal cleifion â phroblemau cardiolegol aciwt. Cyhoeddwyd ei adroddiad terfynol ym mis Ionawr 2014, ynghyd â chynigion allweddol i fynd i'r afael â'r pryderon hyn, gan gynnwys cynnal rhai gwasanaethau ar draws pob ysbyty a datblygu gwasanaeth canolog, wedi'i leoli fwy na thebyg yn Ysbyty Glangwili, Caerfyrddin.

55. Lluniwyd adroddiad ar yr opsiynau ar gyfer gwasanaethau cardiaidd ar gyfer y dyfodol a chynllun gweithredu mewn ymateb i'r adolygiad allanol, a chafodd y rhain eu hystyried a'u cefnogi'n llawn gan y bwrdd iechyd yn ei gyfarfod ar 22 Mai. Cychwynnwyd ar y gwaith o weithredu'r cynllun gweithredu yn llawn.

56. Cyflwynir adroddiad diwygiedig i'w gymeradwyo yng nghyfarfod bwrdd cyhoeddus y bwrdd iechyd ym mis Tachwedd 2014, yn argymhell y model terfynol ar gyfer gwasanaethau cardioleg i'w weithredu ar draws y bwrdd iechyd.

## Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro

57. Mewn ymateb i ymweliad gan Goleg Brenhinol y Llawfeddygon ym mis Ebrill 2013, mae Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro yn bwriadu buddsoddi £2.4 miliwn er mwyn mynd i'r afael â rhestrau aros am lawdriniaeth, fel rhan o gynllun uchelgeisiol i leihau'n sylweddol yr amser y mae pobl yn ei aros am lawdriniaeth

a gynlluniwyd. Fel rhan o'r cynllun hirdymor, mae'r Bwrdd Iechyd wedi bod yn negodi achos busnes drwy WHSSC i gynyddu gallu ac adnoddau ar gyfer llawdriniaeth gardiaidd fawr o waelodlin o 800 o achosion y flwyddyn, i 900 o achosion y flwyddyn, gyda'r bwriad o ddechrau ar hynny ar 1<sup>af</sup> Ebrill 2015. Cynigir mai WHSSC ddylai gomisiynu hyn i ddechrau, a hynny am o leiaf ddwy flynedd. Disgwylir i'r achos busnes gael ei ystyried gan y Cyd-bwyllgor ar 16<sup>eg</sup> Medi.

58. Yn ogystal â'r cynllun tymor hwy, mae'r Bwrdd Iechyd hefyd wedi cymryd nifer o gamau ar unwaith er mwyn gweld y cleifion hynny â phroblemau gyda'r galon sydd fwyaf anghenus. Ymhlith y camau hyn mae recriwtio staff meddygol a staff nyrsio ychwanegol, cyflwyno trefniadau gweithio ar benwythnos, neilltuo gwelyau llawfeddygol, buddsoddi £1.5 miliwn o arian Llywodraeth Cymru yn 2013-14 er mwyn prynu cyfarpar theatr gardiaidd hanfodol newydd yn lle hen rai a defnyddio gwasanaethau mewn mannau eraill i fynd i'r afael â rhestrau aros hir am lawdriniaeth ar y galon.
59. Yn dilyn ail ymweliad ym mis Ebrill, canmolodd Coleg Brenhinol y Llawfeddygon y cynnydd a wnaed i wella gwasanaethau llawfeddygol ers i bryderon gael eu codi 12 mis yn flaenorol, a nodwyd ei bod yn ganmoladwy gweld bod dogfennaeth ddogfennol ac ar lafar i ddangos bod y Bwrdd Iechyd wedi cymryd eu pryderon o ddifrif ac wedi cyflwyno rhaglen waith glir i fynd i'r afael â'r materion hyn. Dywedasant fod cryn dipyn o waith i'w wneud ond bod gwelliannau eisoes wedi'u gwneud.
60. Dros y 12 mis diwethaf mae'r Bwrdd Iechyd wedi gweld gostyngiad o 25% yn nifer y bobl sy'n aros 36 wythnos i gael llawdriniaeth. Y llynedd, cafodd 547 o lawdriniaethau eu hoedi oherwydd prinder gwelyau ym mis Ionawr. Gwelwyd y ffigur hwnnw'n gostwng i 40 eleni.

#### Llawdriniaeth Gardiaidd yng Nghanolbarth, Gorllewin a De-ddwyrain Cymru - prosiect gwella canlyniadau ac amseroedd aros

61. Mae Byrddau Iechyd yng Nghanolbarth, Gorllewin a De-ddwyrain Cymru, ar y cyd â WHSSC, wedi rhoi prosiect aml-haen ar waith er mwyn gwella canlyniadau ac amseroedd aros am lawdriniaeth gardiaidd. Mae amseroedd aros wedi gwella ers mis Ionawr, yn enwedig yn ne-ddwyrain Cymru lle mae nifer y cleifion sy'n aros mwy na 36 wythnos wedi haneru yn ystod y cyfnod hwn ac mae nifer y cleifion sy'n aros mwy na 26 wythnos wedi lleihau hefyd.
62. Mae darparu gwasanaethau drwy gontract allanol gan ganolbwyntio i ddechrau ar dde-ddwyrain Cymru wedi cyflawni'r lefelau sydd eu hangen i sicrhau y bydd y rhanbarth yn cyflawni ei dargedau o ran amseroedd aros rhwng atgyfeirio a thriniaeth. Mae WHSSC yn ceisio cynyddu nifer y cleifion yng nghanolbarth a gorllewin Cymru sy'n cael gwasanaethau drwy gontract allanol er mwyn mynd i'r afael â'r her amseroedd aros yno yn yr un ffordd.

#### Rhoi dull gweithredu newydd ar waith o ran amseroedd aros

63. Mae Grŵp Gweithredu Clefyd y Galon wed cytuno y byddai'r gwaith o ddatblygu llwybr a arweinir yn glinigol sy'n seiliedig ar amseroedd aros am elfennau y

cytunwyd arnynt yn glinigol yn canolbwyntio perfformiad ar y meysydd hyn lle mae'r angen mwyaf. Sefydlwyd is-grŵp bach a fydd yn ceisio treialu'r llwybr hwn yn seiliedig ar elfennau dros y misoedd nesaf, cyn gwneud argymhellion o ran y ffordd ymlaen.

## **Datblygu Gofal Sylfaenol a Chymunedol**

64. Nod strategol Llywodraeth Cymru yw sicrhau bod cymaint o ofal iechyd â phosibl yn cael ei gynllunio a'i ddarparu gartref, neu'n agos i'r cartref, drwy wasanaethau gofal sylfaenol a chymunedol amlddisgyblaethol hynod drefnus sy'n seiliedig ar y unigolyn, wedi'i integreiddio â gofal eilaidd a gofal cymdeithasol. Ym mis Ionawr 2014, ail-atgais fod yn rhaid i'r GIG sicrhau newid parhaus mewn ffocws arweinwyr a'r adnoddau a fuddsoddir mewn gofal sylfaenol a chymunedol.
65. Rwyf wrthi'n llunio cynllun cenedlaethol i'w gyhoeddi fis Hydref er mwyn gwneud cynnydd cyflymach a mwy systematig mewn perthynas â gwella iechyd y boblogaeth a gwasanaethau gofal iechyd integredig. Mae'r 64 o "glystyrau" o bractisau meddygon teulu a ddatblygwyd yn gyfle gwirioneddol i bractisau cyffredinol gydweithio er mwyn gwella eu gwasanaethau ar gyfer cymunedau lleol. Mae'r clystyrau hyn wrthi'n llunio cynlluniau gweithredu ffurfiol i'w cyhoeddi erbyn diwedd mis Medi.
66. Bydd y cynllun cenedlaethol yn ailddatgan ein hymrwymiad i gydweithio, drwy'r hyn a elwir yn 'rhwydweithiau lleol', rhwng y rhai sy'n gyfrifol am gynllunio a sicrhau gofal lleol a'r rhai sy'n darparu gwasanaethau. Mae'r ymrwymiad hwn i gydweithio ar lefel gymunedol yn defnyddio'r holl adnoddau ariannol, gweithlu ac adnoddau eraill sydd ar gael ac yn hyrwyddo dull gweithredu sy'n canolbwyntio ar y gymuned ac a berchenogir ganddi o ymdrin ag iechyd a lles.
67. Bydd cydweithio er mwyn cynllunio a chydgyssylltu gofal iechyd lleol ar gyfer cymunedau bach o rhwng 25,000 a 100,000 o bobl, sef y dull gweithredu mwyaf effeithiol ar y lefel leol hon yn ôl tystiolaeth ryngwladol, yn gynyddol yn hysbysu ac yn llywio Cynlluniau Tymor Canolig Integredig tair blynedd byrddau iechyd.
68. Ysgrifennais at ACau ym mis Gorffennaf er mwyn cyhoeddi y caiff £3.5m o arian ychwanegol ei roi ar gyfer gofal sylfaenol a gofal cymunedol yn 2014-15. Mae'r arian hwn yn canolbwyntio ar fynd i'r afael â'r ddeddf gofal gwrthgyfartal, gan feithrin sgiliau timau gofal sylfaenol a gofal cymunedol amlddisgyblaethol a darparu mwy o ofal y llygaid dilynol yn agosach i'r cartref. Rydym yn datblygu cynllun cenedlaethol ar gyfer yr hydref er mwyn llywio a chyfeirio camau gan Fyrddau Iechyd i wella'r boblogaeth iechyd leol a diwallu anghenion pobl.
69. Ein nod yw darparu gofal gartref, neu mor agos i'r cartref â phosibl, ac mae angen i'n rhaglenni addysg feddygol a deintyddol adlewyrchu'r pwyslais newydd hwn. Datblygwyd rhaglenni newydd fel rhaglen C21 yng Nghaerdydd a'n nod yw annog myfyrwyr i dreulio mwy o amser mewn practisau meddygon teulu a lleoliadau gofal eraill ac i gael mwy o gyswllt â chleifion. Mae rhaglenni eraill sy'n bodoli eisoes yn newid er mwyn mabwysiadu'r dull hwn o weithredu. Bydd y dull gweithredu hwn yn arwain at lai o hyfforddiant mewn ysbytai.

70. Ar 1<sup>af</sup> Awst, cytunais y gellid symud £0.349m o'r dyraniad ar gyfer lleoliadau clinigol mewn ysbytai er mwyn cynyddu'r cymorth ar gyfer lleoliadau meddygon teulu, gan ategu ymhellach y gweithlu meddygon teulu ar gyfer y dyfodol.

### Oriau agor Meddygon Teulu

71. Rydym yn parhau i weithio'n agos gyda Byrddau Iechyd ar eu cynlluniau i wella'r gallu i gael gafael ar wasanaethau gofal sylfaenol a chymunedol amlddisgyblaethol diogel, cynaliadwy o ansawdd uchel gartref neu mor agos â phosibl i'r cartref.
72. Mae'r gallu i gael gafael ar wasanaethau meddygon teulu yn un o ymrwymadau allweddol Llywodraeth Cymru. Dengys ystadegau a gyhoeddwyd ar gyfer 2013 fod y gallu i gael gafael ar wasanaethau ag oriau craidd yn parhau i wella. Mae 76% o bractisau meddygon teulu bellach ar agor yn ystod oriau craidd dyddiol neu o fewn awr i oriau craidd dyddiol, sy'n welliant o 16 pwynt canran ers 2011; mae 95% o bractisau meddygon teulu bellach yn cynnig apwyntiadau rhwng 5.00pm a 6.30pm o leiaf ddwywaith yr wythnos bob wythnos, sy'n welliant o dri phwynt canran ers 2011, ac mae nifer y practisau meddygon teulu sydd ar gau am hanner diwrnod unwaith yr wythnos wedi lleihau o 19% yn 2011 i 6% yn 2013.
73. Mae tua 70% o bractisau meddygon teulu yng Nghymru, yn cynnwys 35,000 o gleifion, wedi cofrestru â gwefan *Fy Iechyd Ar-lein*. Er mwyn sicrhau bod gan bobl sy'n gweithio fwy o opsiynau i gael gafael ar wasanaethau meddygon teulu yn fwy cyfleus yn ystod y dydd/gyda'r nos, mae cynigon hefyd yn cael eu datblygu i dreialu cynllun cleifion dydd anghofrestredig y tu allan i'r ardal yng Nghymru a ddylai fod ar waith erbyn yr hydref.
74. Fodd bynnag, mae'r gallu i gael gafael ar wasanaethau meddygon teulu ar ôl 6.30pm wedi parhau'n sefydlog, ar 11%. Rwyf wedi gofyn i Fyrddau Iechyd gadarnhau bod pob practis meddyg teulu wedi cynnal asesiad o'r angen am wasanaethau meddygon teulu, yn benodol, y gallu i gael gafael ar wasanaethau ar ôl 6.30pm, ac os oes angen rhesymol wedi'i nodi, sut mae'r angen hwn yn cael ei ddiwallu neu sut y bwriedir ei ddiwallu.
75. Dros y misoedd nesaf, cyflwynir cynllun peilot newydd gyda'r nod o wella mynediad at wasanaethau meddygon teulu i bobl sy'n gweithio sy'n byw y tu allan i ardal eu practis meddyg teulu ac sy'n dymuno cael ymgynghoriad yn un o'r practisau sy'n rhan o'r cynllun, ond sy'n parhau i fod yn gofrestredig gyda'u practis meddyg teulu presennol. Bydd y cynllun peilot, y disgwylir iddo gynnwys nifer fach o bractisau meddygon teulu yn Abertawe, Caerdydd, Casnewydd a Wrecsam, yn para am gyfnod o 12 mis.
76. Fel rhan o'r gwaith i ddatblygu gwasanaeth 111 yng Nghymru, bwriedir cyflwyno model cynaliadwy ar gyfer gofal sylfaenol y tu allan i oriau hefyd o fis Hydref 2015 ymlaen.

## **Cynlluniau Ad-drefnu Gwasanaethau Aciwt Byrddau Iechyd**

77. Mae cam cyntaf y broses o ad-drefnu gwasanaethau GIG Cymru bellach wedi'i gwblhau, a bydd y newidiadau a wneir yn sicrhau bod gwasanaethau yn ddiogel, yn gynaliadwy, yn cyrraedd safonau perthnasol, ac yn sicrhau'r canlyniadau gorau posibl i gleifion.
78. Cafodd yr heriau cyfreithiol a ddygwyd yn erbyn y newidiadau a benderfynwyd gennyf ar gyfer gwasanaethau gofal brys yn Ysbyty'r Tywysog Philip (Llanelli) a gwasanaethau cyn-geini yn rhanbarth Hywel Dda eu clywed gan y Llys rhwng 24 a 26 Mehefin 2014. Ar 10 Gorffennaf, cyhoeddodd y Barnwr ei ddyfarniad a gadarnhaodd fod y penderfyniadau a wnaed gennyf yn "deg ac yn gyfreithlon".
79. Mae Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda yn parhau i weithredu'r newidiadau i wasanaethau ac agorodd yr unedau newydd a arweinir gan fydwragedd yn Ysbyty Llwynhelyg ac Ysbyty Glangwili ar 4 Awst. Bydd yr uned dibyniaeth uchel bediatreg newydd yn agor yn Ysbyty Glangwili ym mis Hydref, a bydd Ysbyty Llwynhelyg yn darparu gwasanaeth asesu dydd pediatreg 12 awr (a fydd yn cwmpasu'r rhan fwyaf o anghenion iechyd plant) 7 diwrnod yr wythnos.
80. Yn y gogledd, mae'r cam nesaf o'r rhaglen ad-drefnu'n mynd rhagddo, gan ystyried cefnogaeth y Prif Weinidog i'r cynnig i leoli Canolfan Is-ranbarthol ar gyfer Gofal i'r Newydd-anedig ar safle Ysbyty Glan Clwyd. Mae Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr wrthi'n datblygu dogfen fframwaith adolygu gwasanaethau aciwt.
81. Yn y de, mae pob Bwrdd Iechyd y Chyngor Iechyd Cymuned wedi cytuno y caiff gwasanaethau brys, gwasanaethau newyddenedigol a gwasanaethau i blant dan ofal meddygon ymgynghorol eu darparu yn y dyfodol mewn pum ysbyty yn y rhanbarth yn hytrach na'r wyth presennol. Y bwriad tymor hwy yw symud i dri Chyngor Gofal Iechyd aciwt, wedi'u lleoli yn y Ganolfan Gofal Critigol Arbenigol yng Nghwmbrân (pan gaiff ei hadeiladu), Ysbyty Athrofaol Cymru (Caerdydd) ac Ysbyty Treforys (Abertawe).

### Adolygiad o'r Gwersi a Ddysgwyd

82. Comisiynwyd Adolygiad o'r Gwersi a Ddysgwyd mewn perthynas â'r ymarferion ymgysylltu ac ymgynghori a gynhaliwyd gan Fyrddau Iechyd ar gam cyntaf y broses o newid gwasanaethau iechyd. Mrs Ann Lloyd sy'n arwain yr Adolygiad, a chaiff gymorth gan grŵp cyfeirio bach sydd â phrofiad o gyflwyno newidiadau mawr i wasanaethau yn y GIG.
83. Bydd yr Adolygiad yn asesu effeithiolrwydd canllawiau presennol ar newid gwasanaethau, a'r gwelliannau y gallai fod eu hangen. Bydd hefyd yn asesu rôl CICau yn y broses gyfan ac yn rhoi cyngor ar y rôl y gofynnir iddynt ei chwarae mewn prosesau ymgynghori ac atgyfeirio; a'u gallu i gyflawni'r cyfrifoldebau hyn yn effeithiol. Disgwyliaf gael adroddiad interim y tîm adolygu, gan gynnwys canfyddiadau ac unrhyw argymhellion, ar 12 Medi. Disgwyliaf y bydd canfyddiadau Mrs Lloyd yn bwydo i mewn i waith sydd eisoes yn mynd rhagddo

mewn perthynas â newidiadau posibl i Reoliadau CICau yn dilyn argymhellion yr Athro Marcus Longley ac eraill yn ymwneud â rôl a swyddogaethau CICau.

## **Datblygu'r Gweithlu a'r Sefydliad**

### Gweithio'n wahanol - Gweithio law yn llaw

84. Mae *Gweithio'n wahanol - Gweithio law yn llaw*, sef fframwaith i ddatblygu'r gweithlu a'r sefydliad a gyhoeddwyd yn 2012, yn nodi gweledigaeth bum mlynedd ar gyfer gweithlu'r GIG yng Nghymru, sy'n canolbwyntio ar y rôl hollbwysig y mae staff yn ei chwarae wrth ddarparu gofal diogel ac effeithiol i bobl Cymru, gan gefnogi'r gwaith o ddatblygu'r modelau staffio cywir sydd eu hangen i barhau i drawsnewid y ffordd y caiff gofal iechyd ei ddarparu.

85. Mae nifer o raglenni wedi'u datblygu o dan y fframwaith, gyda'r nod o ddarparu ymyriadau seiliedig ar dystiolaeth i ddatblygu'r gweithlu a'r sefydliad, sy'n cefnogi newid ar lefel sefydliadol neu unigol. Mae'r rhain yn cynnwys:

- Comisiynu a chynnal *Arolwg Staff GIG Cymru 2013*. Mae Llywodraeth Cymru bellach yn gweithio gyda'r GIG i ystyried cynigion ar gyfer arolwg dilynol.
- Sefydlu *Siarter Iechyd a Lles Cymru Gyfan a Rhwydwaith Iechyd a Lles Cymru Gyfan*, a sicrhau bod pob Bwrdd ac Ymddiriedolaeth Iechyd yn hysbysu staff am bolisiau sy'n ymwneud ag iechyd a lles ac yn eu hyrwyddo.
- Gwella gwaith meincnodi drwy ddatblygu *Adnodd Rhyngweithiol ar gyfer y Gweithlu* sy'n ei gwneud yn hawdd cymharu sefydliadau GIG Cymru gan ddefnyddio amrywiaeth o ddata gweithlu.
- Cefnogi rheolwyr i fanteisio i'r eithaf ar gontractau sy'n bodoli eisoes - yn nhermau cynhyrchiant ac effeithlonrwydd y gweithlu - drwy gyhoeddi *Llawlyfr ar Gymhwyso Darpariaethau Telerau ac Amodau'r GIG*.

### Canllawiau ar Ddatblygu Agweddau'r Gweithlu ar Gynlluniau Integredig

86. Gwnaethom gyhoeddi canllawiau ym mis Ionawr 2014 sy'n canolbwyntio ar y broses gynllunio tymor canolig tair blynedd, a gyflwynwyd o ganlyniad i Ddeddf Cyllid y GIG (Cymru) 2014, ac sy'n nodi'r elfennau y dylid eu hystyried wrth ddatblygu cynllun ar gyfer y gweithlu, yn ogystal â darparu adnoddau a gwybodaeth a allai gefnogi'r broses honno. Mae Llywodraeth Cymru wrthi'n gweithio gyda Chyfarwyddwyr y Gweithlu, a Gwasanaethau'r Gweithlu, Addysg a Datblygu (WEDS) er mwyn adolygu'r wybodaeth am y gweithlu y gofynnwyd amdani fel rhan o'r broses ehangach o ddiwygio fframwaith cynllunio'r GIG cyn i'r cylch nesaf o gynlluniau gael eu comisiynu ym mis Hydref.

## Recriwtio

### ➤ Lefelau Staff Nyrsio

87. Ers 2012, mae Llywodraeth Cymru wedi gweithio gyda sefydliadau'r GIG er mwyn sicrhau bod lefelau staff nyrsio priodol ar wardiau meddygol a llawfeddygol aciwt i oedolion. Defnyddiwyd cyfres genedlaethol o egwyddorion a dewiswyd adnodd aciwtedd a dibyniaeth; cyhoeddwyd y gyfres hon ym mis Ebrill 2012. Mae'r broses o gyflwyno egwyddorion cenedlaethol wedi creu darlun gwell o lefelau staff nyrsio ar draws wardiau cleifion mewnol aciwt i oedolion yn GIG Cymru. Roedd yr egwyddorion yn cynnwys gofyniad i sicrhau cymhareb nyrsys i gleifion 1:7; ac mae'r mwyafrif o ardaloedd bellach yn bodloni'r gofyniad hwn. Roedd egwyddorion cenedlaethol Cymru hefyd yn cynnwys cymhareb nyrs/cynorthwy-ydd nyrsio cyfwerth ag amser llawn 1:1 i bob gwely ac unwaith eto, mae'r rhan fwyaf o wardiau bellach yn bodloni'r gofyniad hwn.

88. Mewn ymateb i Ymchwiliad Francis, cyflwynwyd £10 miliwn o arian (cylchol) ym mlwyddyn ariannol 2013/14 er mwyn helpu Byrddau Iechyd i sicrhau bod ganddynt y lefelau staff nyrsio cywir mewn ysbytai.

89. Mae lefelau staff nyrsio yn fater cymhleth. Rhaid ystyried lefelau sgiliau, cymysgedd sgiliau ac aciwtedd cleifion, yn ogystal â niferoedd crai. Yr hyn sy'n bwysig yw bod Byrddau Iechyd yn sicrhau lefelau staff nyrsio sy'n briodol i anghenion y cleifion, a dyna pam ein bod wedi eu helpu i driongli dull gweithredu sy'n cynnwys adnodd aciwtedd, barn broffesiynol a dangosyddion canlyniadau cleifion sy'n ystyried nyrsys.

90. Mae ein gwaith ymgysylltu'n parhau mewn lleoliadau clinigol eraill gyda grwpiau a sefydlwyd i adolygu adnoddau sy'n seiliedig ar dystiolaeth mewn timau cymunedol Nyrsys Ardal, timau Ymwelwyr Iechyd a lleoliadau cleifion mewnol iechyd meddwl.

### ➤ Recriwtio Meddygon Teulu

91. Mae Llywodraeth Cymru yn awyddus i greu GIG a arweinir gan ofal ataliol, gofal sylfaenol a chymunedol. Mae hyn yn golygu datblygu timau gofal sylfaenol a chymunedol amlddisgyblaethol hynod drefnus, wedi'u hintegreiddio â gwasanaethau gofal eilaidd a gofal cymdeithasol. Wrth i waith asesu anghenion clystyrau meddygon teulu a gwaith cynllunio gwasanaethau a'r gweithlu aeddfedu bydd hyn yn llywio ac yn cefnogi cynlluniau lleol Byrddau Iechyd yn gynyddol. Wrth i waith asesu anghenion clystyrau meddygon teulu a gwaith cynllunio gwasanaethau a'r gweithlu aeddfedu bydd hyn yn llywio ac yn cefnogi cynlluniau lleol Byrddau Iechyd yn gynyddol. O 2014 ymlaen, mae'n ofynnol i bractisau meddygon teulu gynnal adolygiad o anghenion lleol a datblygu blaenoriaethau ar gyfer gweithredu er mwyn llywio'r gwaith o lunio Cynllun Datblygu Practisau. At hynny, mae'n ofynnol i bractisau meddygon teulu hefyd lunio Cynllun Gweithredu Rhwydwaith Clwstwr Meddygon Teulu sy'n cynnwys mynd i'r afael â threfniadau mynediad; camau i integreiddio gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol yn well; ac ystyriaeth o'r modd y gall dulliau newydd o ddarparu gofal sylfaenol helpu i ddarparu gwasanaethau lleol mewn ffordd gynaliadwy.



92. Mae meddygon teulu yn chwarae rhan allweddol ac annatod yn y gwaith o gynllunio a darparu gofal sylfaenol a chymunedol amlddisgyblaethol. Dengys data gweithlu diweddar yn ymwneud â meddygon teulu yng Nghymru, er bod nifer y meddygon teulu wedi cynyddu 11.2% ers 2003, fod nifer y meddygon teulu dros 55 oed wedi cynyddu dros yr un cyfnod. Mae hyn wedi codi pryderon am weithlu sy'n heneiddio. At hynny, ceir hefyd heriau penodol yn ymwneud â recriwtio meddygon teulu mewn ardaloedd gwledig yng Nghymru.
93. Nid yw'r heriau hyn yn unigryw i Gymru. Mae gan y gweithlu meddygon teulu yn yr Alban, Gogledd Iwerddon a Lloegr broffiliau oedran tebyg ac mae pob gwlad yn ei chael hi'n anos recriwtio mewn ardaloedd gwledig. Dengys adborth gan hyfforddeion a meddygon teulu newydd fod y model contractio presennol yn anneniadol yn eu barn hwy, yn enwedig mewn perthynas â'r angen i sicrhau a chynnal safleoedd mewn amgylchedd lle nas ystyrir bod y rhain yn fuddsoddiad mwyach. At hynny, mae myfyrwyr a meddygon teulu yn gynyddol yn ystyried y cydbwysedd rhwng gwaith a bywyd sy'n gysylltiedig â gyrfaedd meddygol ac yn galw am ystod ehangach o gyfleoedd ym maes ymchwil ac addysgu. Mae'r graddau y mae hyn yn bodoli yn y boblogaeth o fyfyrwyr yng Nghymru wrthi'n cael ei harchwilio.
94. Mae'r Prif Swyddog Meddygol yn arwain gwaith gyda Byrddau Iechyd ac eraill i adolygu a datblygu rhaglenni cenedlaethol i wella'r cyflenwad o feddygon teulu yng Nghymru a'u cadw, gan gynnwys sicrhau bod Rhaglenni Hyfforddi Meddygon Teulu yn fwy deniadol i feddygon ifanc mewn ardaloedd gwledig yng Nghymru a helpu i gadw meddygon teulu hŷn a/neu ran amser. Byddwn yn symleiddio'r rheoliadau mewn perthynas â Rhestr Cyflawnwyr Meddygon Teulu er mwyn ei gwneud yn haws i feddygon teulu, yn enwedig meddygon teulu locwm, weithio ledled Cymru. Mae Byrddau Iechyd yn ystyried modelau contractio newydd lle gall practisau meddygon teulu gydweithio a rhannu adnoddau, a gall gweithlu meddygon teulu cyflogedig ddiwallu well anghenion gofal sylfaenol y bobl yn yr ardal dan sylw yn well.
95. Mae Llywodraeth Cymru a Byrddau Iechyd hefyd yn parhau i weithio'n agos gyda Phwyllgor Meddygon Teulu Cymru, Deoniaeth Cymru a Choleg Brenhinol y Meddygon Teulu ac eraill er mwyn datblygu ffyrdd newydd ac arloesol o ddarparu gwasanaethau gofal sylfaenol, cymunedol a chymdeithasol integredig yn y dyfodol.
- Ymgyrch Recriwtio Meddygol (Strategaeth Recriwtio)
96. Mae ymgyrch *Gweithio dros Gymru*, hyd yma, wedi canolbwyntio ar hyrwyddo Cymru fel lle da i ddatblygu gyrfa feddygol, a hynny mewn ffordd strategol. Hyd yma, mae wedi llwyddo i sefydlu rhwydwaith o eiriolwyr i fod yn genhadon dros Gymru, yn ogystal â gwefan gyrfaedd meddygol, ac mae wedi bod yn bresennol mewn cynadleddau a digwyddiadau perthnasol ar adegau allweddol yn ystod y flwyddyn feddygol.
97. Diben yr ymgyrch yw hyrwyddo Cymru a chodi ymwybyddiaeth gyffredinol o'r cyfleoedd i weithio ac ymarfer yng Nghymru. Nid yw'n ceisio llenwi swyddi gwag

penodol ar sail ardal neu arbenigedd, a mater i Fyrddau ac Ymddiriedolaethau lechyd yw llenwi swyddi gwag unigol o hyd.

98. Ers i'r ymgyrch gael ei lansio, mae'n amlwg *bod lefelau swyddi gwag ar gyfer staff meddygol a deintyddol wedi gostwng* a'u bod bellach yn cymharu'n ffafriol â galwedigaethau eraill a sefydliadau'r GIG yn y DU. Er enghraifft, mae data cyhoeddus ar gyfer staff meddygol a deintyddol rhwng 2012 a 2013 (yn nhermau cyfwerth ag amser llawn) wedi cynyddu 162 (2.8%) i 6,073.

99. Mae cynigion wrthi'n cael eu datblygu ar gyfer cam pellach o'r ymgyrch er mwyn mynd i'r afael ag unrhyw ofynion i ail-fodelu gweithlu meddygol y GIG er mwyn canolbwyntio ar y gwaith o ddarparu gwasanaethau yn y dyfodol. Mae'r cynlluniau integredig yn allweddol i hyn. Creffir ar y fersiynau diweddaraf o'r cynlluniau hyn er mwyn nodi meysydd recriwtio â blaenoriaeth y mae angen eu cynnwys yn yr ymgyrch.

#### ➤ Penodiadau Cyhoeddus

100. Mae gwaith yn mynd rhagddo i adolygu'r ffordd y caiff penodiadau cyhoeddus eu gwneud i Fyrddau ac Ymddiriedolaethau lechyd Lleol yn unol â'r fframwaith cyffredinol a ddarparwyd gan y Comisiynydd Penodiadau Cyhoeddus. Rhoddodd ymgyrch recriwtio i Fwrdd WAST yn ddiweddar gyfle i dreialu meddylfryd newydd o ran ein dull gweithredu. Roedd y trefniadau'n seiliedig ar ddull tri cham mwy trylwyr yn cynnwys sifftio'r ceisiadau'n fanwl, canolfan asesu ac yna banel cyfweld.

101. Mae hyn wedi arwain at gydbwysedd amrywiol a mwy cytbwys o sgiliau a phriodoleddau sy'n adlewyrchu profiad perthnasol. Datblygwyd cynllun mentora a chafodd dau ymgeisydd cryf ond aflwyddiannus, o grwpiau heb gynrychiolaeth ddigonol, gyfleoedd datblygu pellach er mwyn deall y rôl a'r cyfle i gael eu mentora gan aelod anweithredol. Mae'r cynllun peilot a gynhaliwyd yn WAST yn cael ei adolygu ochr yn ochr ag enghreifftiau eraill o arfer gorau er mwyn gwella'r broses ddethol ar gyfer penodiadau yn y dyfodol.

#### Cyflog a Thelerau ac Amodau Gwasanaeth y GIG

##### ➤ Argymhellion y Corff Adolygu Meddygon a Deintyddion - Dyfarniadau Cyflog 2014-15

102. Cyhoeddais Ddatganiad Ysgrifenedig ym mis Mawrth, yn cadarnhau bod Llywodraeth Cymru'n parhau'n ymrwymedig i gadw swyddi yn GIG Cymru er mwyn darparu gofal o ansawdd uchel i gleifion.

103. O ran meddygon cyflogedig nad ydynt yn feddygon ymgynghorol, cadarnhawyd yng Nghymru y byddwn yn gwneud dyfarniad yn seiliedig ar yr un cwantwm â'r Adran lechyd, sy'n cyfateb i gost gweithredu cynigion yr Adran lechyd yng Nghymru. O ran meddygon ymgynghorol, gwneir dyfarniad yn seiliedig ar yr un cwantwm â Lloegr, sy'n cyfateb i'r gost o weithredu cynigion yr Adran lechyd yng Nghymru.

104. Ym mis Gorffennaf, cyhoeddais y byddai meddygon arbenigol a meddygon arbenigol cyswllt yn ogystal â meddygon dan hyfforddiant sydd ar frig eu graddfeydd cyflog yn cael dyfarniad ar wahân o 1%. Bydd meddygon ymgynghorol sydd ar frig eu graddfa dyfarnu ymrwymiad hefyd yn cael taliad ar wahân o 1%.
105. Caiff graddfeydd cyflog ar gyfer meddygon dan hyfforddiant newydd eu cysoni â'r raddfa gyflog yn Lloegr. Mae'r dyfarniad cyflog yn weithredol o 1 Medi 2014. Nid yw'r dyfarniad cyflog yn ymwneud â meddygon teulu cyflogedig ar gyfer 2014/15 wedi'u gytuno eto.
- Staff yr Agenda ar gyfer Newid a'r Contract i Feddygon Ymgynghorol yng Nghymru
106. Daeth yr ymgynghoriad a'r bleidlais ar newidiadau arfaethedig i delerau ac amodau'r Agenda ar gyfer Newid, fel y'i gweithredwyd yn Lloegr, i ben ar ddiwedd mis Ebrill. Pleidleisiodd mwyafrif o blaid derbyn y newidiadau arfaethedig i'r contract. Mae'r broses weithredu'n ddibynnol ar y staff yn gweld camau clir a phendant yn cael eu cymryd mewn perthynas â'r staff meddygol. Fodd bynnag, nid yw Cymdeithas Feddygol Prydain wedi bod yn barod i negodi cyn ystyried cynigion a ddrafftwyd gan gyflogwyr. Nid yw'r sefyllfa honno wedi newid.
107. Cadarnheais mewn datganiad ysgrifenedig ar 9 Gorffennaf y bydd y gwaith o ddsbarthu'r dyfarniad cyflog ar gyfer 2014/15 i staff a gwmpesir gan drefniadau'r Agenda ar gyfer Newid, ac eithrio rheolwyr ar lefel uchel iawn, yn ceisio cyflawni dau brif nod: taliad arian parod sefydlog o £160 a gweithredu'r cyflog byw yn y GIG yng Nghymru. Mae cost y trefniadau newydd hyn yn fwy na'r swm cyfwerth a ddarperir ar gyfer staff yr Agenda ar gyfer Newid yn Lloegr, ond mae'n adlewyrchu'r pwysau ariannol sy'n parhau ar gyfer GIG Cymru. Mae'r dyfarniad cyflog yn destun trafodaeth barhaus rhwng cyflogwyr y GIG ac undebau masnach yr Agenda ar gyfer Newid.
108. Heb ddatrysiad a negodwyd, deuthum i'r casgliad na ellir cynnal contract ar wahân i feddygon ymgynghorol yng Nghymru. Felly, rwyf wedi gofyn i'm swyddogion sicrhau bod Cymru'n ymuno'n ffurfiol â'r negodiadau yn Lloegr a Gogledd Iwerddon ynghylch y contract i feddygon ymgynghorol.

### Hyfforddiant

- Adolygiad o Fuddsoddiad mewn Addysg Gweithwyr Proffesiynol ym maes Iechyd
109. Rydym yn buddsoddi mwy na £350m bob blwyddyn er mwyn cefnogi dros 15,000 o fyfyrwyr a hyfforddeion ledled Cymru sy'n ymgymryd â rhaglenni sy'n gysylltiedig ag iechyd, gan gynnwys cyrsiau gradd, ôl-radd ac addysg broffesiynol barhaus. Rwyf am sicrhau bod y trefniadau sy'n sail i'r buddsoddiad hwn yn cefnogi'r newidiadau y mae angen eu gwneud i'r gweithlu er mwyn darparu gwasanaethau cynaliadwy yn y dyfodol. Felly, rwyf wedi penodi panel i adolygu'r buddsoddiad a wneir mewn addysg gweithwyr proffesiynol ym maes iechyd yng Nghymru.

110. Bydd yr adolygiad, a fydd yn cyflwyno adroddiad ar ei ganfyddiadau erbyn diwedd y flwyddyn galendr, yn ystyried nifer o faterion, gan gynnwys:

- Natur y buddsoddiad presennol mewn addysg gweithwyr iechyd proffesiynol h.y. beth rydym yn ei ariannu a pha un a yw'n cyflawni'r hyn sydd ei angen i gefnogi a chynnal y gweithlu gofal iechyd yng Nghymru;
- Yr elw o'r buddsoddiad, o ran staff a gedwir yn GIG Cymru;
- Y trefniadau presennol sydd ar waith ar gyfer cynllunio tymor canolig a thymor hwy yn y GIG a pha un a ydynt yn hwyluso gwaith aml-broffesiynol;
- Sut mae'r agenda gofal iechyd yn llywio cynlluniau, gwaith cynllunio rolau a chomisiynu addysg;
- Sut y gellid defnyddio cymhellion i gefnogi'r agenda addysg a hyfforddiant.

## **Iechyd a Gofal Digidol**

### Strategaeth e-lechyd a Gofal

111. Mae rhaglen waith yn mynd rhagddi gyda rhanddeiliaid allweddol ym maes iechyd a gofal cymdeithasol i ddiweddarau'r strategaeth e-lechyd a Gofal newydd. Mae rhagor o waith ymgysylltu â'r cyhoedd yn yr arfaeth. Nid yw'r gwaith ar y strategaeth yn cynnwys unrhyw oedi mewn gwaith parhaus.

### Fy Iechyd Ar-lein

112. Rydym yn parhau i wneud cynnydd o ran *Fy Iechyd Ar-lein*, sef gwefan ddwyieithog GIG Cymru sy'n galluogi cleifion i ddefnyddio'r rhyngwrdd i drefnu neu ganslo apwyntiadau gyda'u meddyg teulu a gwneud cais am bresgripsiynau amlroddadwy. Mae *Fy Iechyd Ar-lein* ar waith mewn 340 o bractisau ledled Cymru.

### Llywio'r Rhaglen Gofal Iechyd

113. Mae Rhaglen Hysbysu Gofal Iechyd yn parhau i gael ei chyflwyno ac mae wedi gosod rhai o'r sylfeini allweddol i ddatblygu a gweithredu ein gwasanaethau, gan gynnwys y canlynol:

- caiff dros hanner yr holl atgyfeiriadau a wneir gan feddygon teulu am ofal arbenigol mewn ysbyty bellach eu hanfon yn electronig ac mae'r nifer y cynyddu bob mis;
- drwy'r Cofnod Iechyd Unigol, mae 91 o gofnodion meddygon teulu ar gael i'w defnyddio mewn gwasanaethau meddygon teulu y tu allan i oriau;

- mae un System Rheoli Gwybodaeth Labordy ar gyfer Cymru gyfan yn cael ei chyflwyno ym maes patholeg er mwyn cofnodi a chyfnwid gwybodaeth fel canlyniadau profion gwaed a fydd yn galluogi gweithwyr iechyd proffesiynol i weld yr holl brofion blaenorol a gynhaliwyd ar glaf, a gwneud cais am brofion newydd.

### System Wybodaeth Gofal Cymunedol

114. Mae GIG Cymru a nifer o Awdurdodau Lleol wedi bod yn gweithio mewn partneriaeth er mwyn caffael System Wybodaeth Gofal Cymunedol ar y cyd. Bydd y system yn bodloni gofynion gwasanaethau gofal cymdeithasol ac iechyd cymunedol (gan gynnwys iechyd meddwl) a bydd yn creu cofnod sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn y gellir ei rannu rhwng gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol, er mwyn diwallu'r angen cynyddol am ofal yn y cartref. Bydd manteision y rhaglen hon yn cynnwys y cymorth i rannu gwybodaeth yn effeithiol a gweithio mewn tîm amlddisgyblaethol.

### Y Gronfa Technoleg a Theleiechyd

115. Cronfa gwerth £9.5 miliwn yw'r Gronfa Technoleg Iechyd a Theleiechyd sy'n cael ei darparu yn 2014/15, ac mae'n cynnwys hyd at £5 miliwn a gadwyd yn ôl o'r Gronfa Technoleg Iechyd ar gyfer technoleg sy'n rhoi budd i leoliadau gofal cymunedol a sylfaenol a £4.5 miliwn a ddyrannwyd i Deleiechyd o'r Gyllideb ddrafft ym mis Hydref 2013. Cafodd y Gronfa 43 o geisiadau, a chymeradwywyd 18 ohonynt. Mae'r prosiectau a gefnogir yn cwmpasu pedair thema â blaenoriaeth:

- Cysylltu gofal sylfaenol [£2.33m] - prosiectau sy'n cefnogi e-atgyfeirio, rhyddhau a rhannu data, yn cwmpasu fferylliaeth, deintyddiaeth ac optometreg;
- Modelau canolog a chysylltiedig [£0.53m] - yn galluogi cleifion i gael gofal cyn ac ar ôl llawdriniaeth heb orfod mynd i'r ysbyty;
- Telefeddygaeth [£2.87m] - dyfeisiau o bell i gysylltu clinigwyr a chlifion, a chysylltu staff cymunedol, cartrefi gofal a chartrefi nyrsio gan ddefnyddio technolegau telofal a thelefeddygaeth;
- Seilwaith galluogi [£3.92m] - seilwaith craidd sy'n seiliedig ar egwyddor 'unwaith i Gymru', sy'n rhoi llwyfan cenedlaethol i delefeddygaeth ac i gysylltu dyfeisiau profion pwynt gofal.

116. Mae'r Gronfa hefyd yn cynnwys elfen rhwydwaith sy'n cynnwys aelodaeth o bob prosiect ac arweinwyr arloesedd holl sefydliadau'r GIG. Yn amodol ar sicrhau nawdd allanol i dalu costau'r rhwydwaith, bydd yn cyfarfod ddwywaith y flwyddyn er mwyn rhannu dysgu ac arfer gorau a nodi cyfleoedd i gyflwyno prosiectau sy'n llwyddiannus mewn ardaloedd unigol yn ehangach.

## Ymchwil a Datblygu ac Arloesedd

### Ymchwil a Datblygu

117. Cydnabyddir yn dda bwysigrwydd ymchwil a datblygu o ran gwella iechyd a lles, effeithiolrwydd gwasanaethau a chreu cyfoeth yng Nghymru. Dim ond drwy ymchwil a datblygu y gwelwyd llawer o'r ymyriadau effeithiol sydd wedi arwain at fuddiannau iechyd a lles mawr i boblogaeth Cymru.
118. Mae'r Sefydliad Cenedlaethol ar gyfer Ymchwil Gofal Cymdeithasol ac Iechyd (NISCHR) yn datblygu polisi ymchwil a datblygu er mwyn llywio gwelliannau ym maes iechyd a gofal cymdeithasol sy'n gyson ag egwyddorion gofal iechyd darbodus a sicrhau gwerth economaidd. Mae NISCHR wedi sefydlu seilwaith cadarn ac effeithiol er mwyn ysgogi a chefnogi ymchwil o ansawdd uchel ynghyd ag amrywiaeth o gynlluniau ariannu ymchwil, gan gynnwys cyfrannu at raglenni yn y DU. Gyda llawer o seilwaith NISCHR wedi'i ariannu tan fis Mawrth 2015, cynhaliwyd adolygiad ar ddiwedd 2013, ac aethpwyd ati i ddatblygu cynigion ailstrwythuro, drwy ymgysylltu â chynrychiolwyr cyhoeddus a rhanddeiliaid. Mae cynigion ailstrwythuro NISCHR, sydd bellach yn cael eu gweithredu, yn cefnogi'r ymdrech i ddatblygu ymchwil o'r radd flaenaf ym maes iechyd a gofal cymdeithasol sy'n ymateb i anghenion Cymru, yn nodi'r manteision y gall ymchwil eu cynnig, yn defnyddio canfyddiadau newydd yn effeithiol er mwyn gwella gofal ac sydd ag ethos cryf o gynnwys y cyhoedd/cymuned a chyd-gynhyrchu.

### Ymchwil ac Arloesedd

119. Mae manteision ehangach ymchwil a datblygu yn cynnwys effaith ar bolisi, gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol gwell, a sicrhau gwerth economaidd yng Nghymru.
120. Mae cynllun *Ymgysylltu â Diwydiant yng Nghymru* (2013) NISCHR yn cynnwys amrywiaeth o weithgareddau a gynlluniwyd i gynnwys a chydweithio â diwydiant ymhellach. Un gweithgaredd o'r fath yw *Ymchwil Iechyd Cymru*, sef gwasanaeth cyfeirio a hwyluso sy'n helpu diwydiant i nodi cydweithwyr addas yn y GIG a sefydliadau academaidd, er mwyn cael gafael ar ymchwilwyr a chyfleusterau o'r radd flaenaf.
121. Bydd asesiad presennol y Fframwaith Rhagoriaeth Ymchwil yn mesur effaith ymchwil a datblygu a gynhelir gan Brifysgolion. Dengys y broses ddiweddar o ddynodi Byrddau Iechyd i Brifysgolion yng Nghymru fod ein system iechyd yn mynd ar drywydd yr un nodau, sef sicrhau bod ymchwil yn cael mwy o effaith.
122. Mae Llywodraeth Cymru'n cefnogi ymchwil ac arloesi ym maes gwyddorau bywyd ac iechyd, sef un o'r tri maes â blaenoriaeth a nodir yn strategaethau *Gwyddoniaeth i Gymru ac Arloesi Cymru*. Rwy'n gweithio'n agos gyda Gweinidog yr Economi, Gwyddoniaeth a Thrafnidiaeth i sicrhau dull gweithredu cydgysylltiedig rhwng ein portffolios.

## Iechyd a Chyfoeth: Arloesi

123. Nod dull gweithredu Iechyd a Chyfoeth yw gwireddu potensial ein system gofal iechyd i wella iechyd a thyfu'r economi yng Nghymru yn gynt ac mewn ffordd fwy rhagweithiol. Mae'n adeiladu ar werth ein system gymharol fach, integredig a hygyrch a'n dull a gynlluniwyd o ddarparu gwasanaethau a sicrhau gofal iechyd darbodus. Nod y dull gweithredu hwn yw creu llwyfan i feithrin partneriaeth rhwng clinigwyr, academia a diwydiant, arddangos a mabwysiadu cynhyrchion a gwasanaethau newydd sy'n fwy effeithlon ac effeithiol, mewn ffyrdd sy'n sicrhau gwerth a rennir.

124. Ym mis Rhagfyr 2013, rhoddwyd copi o adroddiad '*Recommendations on Health and Wealth*' i Aelodau'r Cynulliad, a luniwyd gan y Bwrdd Arferion Gorau ac Arloesi ym maes Iechyd a Lles. Mae'r adroddiad yn cynnig dull mwy systematig o sicrhau buddiannau iechyd a chyfoeth o ymchwil gymhwysol ac arloesi. Mae'r argymhellion yn yr adroddiad wedi llywio cynllun cyflawni newydd ac rydym wrthi'n ystyried llwybrau ariannu posibl.

## Cynnwys rhanddeiliaid academaidd, busnes a chlinigol

125. Bydd Llywodraeth Cymru yn parhau i fuddsoddi yn y gwaith o feithrin cysylltiadau cryf â'n partneriaid yn y maes hwn. Y llynedd, er enghraifft, ymwelais â chanolfan hyfforddiant llawfeddygol WIMAT yng Nghanolfan Feddygol Ysbyty Athrofaol Cymru, sef canolfan hyfforddiant laparosgopig fwyaf blaenllaw'r DU. Mae Llywodraeth Cymru wedi ariannu'r gwaith o ddatblygu cynllun busnes i ymestyn a datblygu'r ganolfan honno yn y dyfodol, a disgwylir canlyniad y gwaith hwnnw'n fuan iawn.

126. Agorais Ganolfan Arloesi Mapleson yn Aberpennar yn ddiweddar hefyd, sef partneriaeth rhwng academia (Prifysgol Caerdydd), diwydiant (Flexicare Medical) ac arfer clinigol, yn enwedig hyfforddi ac ysgogi. A'r mis hwn, caiff y Ganolfan Gwyddorau Bywyd ei lansio. Y ganolfan hon fydd ffocws cenedlaethol y sector Gwyddorau Bywyd cyfan, gan gynnwys y cymunedau academaidd, busnes a chlinigol ochr yn ochr â'r sefydliadau ariannu.

127. Ym mis Medi, caiff y Ganolfan Arloesi ym maes Gwella Clwyfau a ariennir ar y cyd gan Lywodraeth Cymru/GIG Cymru ei hagog, a fydd yn cysylltu ymchwil â hyfforddiant a gweithgarwch trosglwyddo gwybodaeth, gan helpu i wella gwasanaethau a datblygu'r economi. Cynhelir cyfarfodydd rheolaidd hefyd â chwmnïau byd eang fel GSK a Novartis a chynrychiolwyr yn y diwydiant (e.e. ABPI) er mwyn trafod amrywiaeth o faterion gan gynnwys ymchwil gymhwysol ac arloesi.

## **GWASANAETHAU CYMDEITHASOL CYNALIADWY**

128. Rôl Llywodraeth Cymru ym maes gwasanaethau cymdeithasol yw pennu'r fframwaith deddfwriaethol; gweithio mewn partneriaeth â defnyddwyr gwasanaethau, Awdurdodau Lleol, y trydydd sector, y sector annibynnol, a phartneriaid eraill er mwyn monitro perfformiad y system ac, mewn achosion eithafol, ymyrryd; cyd-gynhyrchu cyfeiriad strategol ar gyfer y sector yng

Nghymru; a mabwysiadu a chyflymu newid, fel y'i nodir yn *Gwasanaethau Cymdeithasol Cynaliadwy i Gymru: Fframwaith Gweithredu*.

129. Mae gwasanaethau cymdeithasol yn cefnogi tua 80,000 o oedolion, gan ddarparu gofal statudol i bobl â phroblemau iechyd meddwl, anableddau corfforol a dysgu a phobl hŷn eiddil. Cafodd bron 40,000 o blant yng Nghymru eu hatgyfeirio at wasanaethau cymdeithasol y llynedd. Mae cofrestrau amddiffyn plant yn cofnodi 3,000 o achosion o esgeulustod, cam-drin emosiynol, corfforol a/neu rywiol. Mae yna 5795 o blant sy'n derbyn gofal yng Nghymru.
130. Roedd gwariant cyhoeddus gros ar ofal cymdeithasol yn fwy nag £1.8 biliwn yn 2012-13, a chodwyd £0.3 biliwn mewn ffioedd gan fod llawer o wasanaethau cymdeithasol i oedolion yn seiliedig ar brawf modd. Mae pwysau demograffig yn sgil disgwyliad oes cynyddol, i bobl hŷn a'r rhai ag anableddau difrifol, ynghyd â galw cynyddol am wasanaethau plant wedi golygu bod gwariant ar wasanaethau cymdeithasol wedi dyblu bron ers 2001-02.
131. Mae gan Awdurdodau Lleol ddyletswydd statudol i ddarparu gwasanaethau cyhoeddus a darperir cymysgedd o wasanaethau uniongyrchol a gwasanaethau wedi'u comisiynu gan ddarparwyr annibynnol. Wrth i'r galw am wasanaethau a disgwyliadau defnyddwyr gynyddu, a chyllidebau leihau, nid yw'r dull presennol o ddarparu gwasanaethau cymdeithasol yn gynaliadwy.
132. Nodir egwyddorion a blaenoriaethau Llywodraeth Cymru ar gyfer darparu gwasanaethau cymdeithasol yng Nghymru yn *Gwasanaethau Cymdeithasol Cynaliadwy i Gymru: Fframwaith Gweithredu*.

### **Cytgord (Arweinyddiaeth) Newydd ar gyfer Gwasanaethau Cymdeithasol**

133. Mae Cytgord Newydd ar gyfer Gwasanaethau Cymdeithasol yn datblygu dull arwain cydweithredol newydd drwy'r sector gofal cymdeithasol er mwyn gwella effeithlonrwydd ac effeithiolrwydd a chefnogi gwaith trawsnewid. Caiff ei hyrwyddo drwy ddau grŵp allweddol: Fforwm Partneriaeth Cenedlaethol y Dirprwy Brif Weinidog, sy'n dwyn ynghyd arweinwyr gwleidyddol allweddol o lywodraeth leol ynghyd ag arweinwyr o'r sector iechyd, y sector gwirfoddol, y sector annibynnol a Chyngor Gofal Cymru; a'r Grŵp Arwain o brif weithredwyr ac uwch weithwyr proffesiynol ar draws y sector iechyd a gofal cymdeithasol. Cefnogir y strwythur hwn gan y Panel Dinasyddion Cenedlaethol er mwyn sicrhau bod dinasyddion wrth wraidd gwaith datblygu polisi, a gafodd ei sefydlu, ei dreialu yn 2013, a'i gyfnerthu gan aelodaeth newydd ym mis Ionawr 2014.

### **Fframwaith Gwella Newydd**

134. Bydd ein fframwaith gwella newydd ar gyfer Gwasanaethau Cymdeithasol yn cyflwyno Fframwaith Canlyniadau Cenedlaethol ar gyfer darparwyr gofal cymdeithasol. Er mwyn helpu i gyflawni'r nod hwn, lanswyd datganiad Lles a Fframwaith Canlyniadau ym mis Ebrill 2013, a lanswyd y Fframweithiau Canlyniadau newydd ar gyfer y GIG a'r Gwasanaethau Cymdeithasol ar 26 Mehefin.



## **Llais Cryf a Rheolaeth Wirioneddol i Ddinasyddion**

135. Ein nod wrth newid gwasanaethau cymdeithasol yw rhoi llais cryfach a rheolaeth wirioneddol i ddinasyddion, gan sicrhau eu bod wrth wraidd eu gofal a'u cymorth, a hyrwyddo rheolaeth drwy ddiwygio prosesau craidd er mwyn sicrhau bod gwasanaethau rheng flaen yn cael eu cyd-gynhyrchu â dinasyddion.
136. Rydym yn cyflawni dull gweithredu newydd mewn perthynas â'r canlynol: gwybodaeth, cyngor a chymorth; cymhwysedd ac asesu; taliadau uniongyrchol; a newid y ffordd y mae pobl yn talu am ofal. Sefydlwyd Grwpiau Technegol er mwyn rhoi cyngor i Lywodraeth Cymru ar y ffordd y bydd y dull gweithredu newydd sy'n sail i Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) yn gweithredu. Nod y ffrydiau gwaith hyn yw llunio rheoliadau a Chod Ymarfer drafft, neu mewn rhai achosion Cod Ymarfer yn unig, erbyn hydref 2014, yn barod ar gyfer ymgynghoriad cyhoeddus dros y gaeaf. Mae'r Fframwaith Cymhwysedd wedi arwain y rhaglen ddatblygu a chynhaliwyd tri digwyddiad ymgysylltu ledled Cymru yn ystod mis Mai/Mehefin 2014.

## **Tîm Cyflawni Cryf a Phroffesiynol**

137. Rydym yn buddsoddi dros £8m yng ngweithlu gofal cymdeithasol Cymru er mwyn meithrin hyder a chymhwysedd, creu sector mwy proffesiynol a sicrhau bod pobl yn barod ar gyfer modelau gofal a chymorth newydd yn dilyn cyflwyno Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru). Rydym yn gweithio gyda chyflogwyr yn y sector gofal cymdeithasol er mwyn sicrhau bod y sector hwn yn chwarae rhan lawn a gweithredol yn economi Cymru, e.e. yn cyfrannu at raglen ESGYN Llywodraeth Cymru i greu cyfleoedd cyflogaeth mewn ardaloedd Cymunedau yn Gyntaf.

## **Fframwaith Amddiffyn Cryfach**

138. Rydym yn atgyfnerthu'r broses o amddiffyn pobl yng Nghymru ac yn gwella trefniadau i sicrhau na chaiff dinasyddion eu cam-drin ac na cham-fanteisir arnynt. Mae'r rhan fwyaf o Fyrddau Amddiffyn Oedolion a Byrddau Amddiffyn Plant yn newid o drefniadau lleol i drefniadau rhanbarthol. Rydym yn monitro datblygiadau'n barhaus. Drwy Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014, rydym yn atgyfnerthu'r broses o amddiffyn oedolion sy'n agored i niwed, yn benodol drwy gyflwyno dyletswyddau newydd i ymchwilio; sefydlu Byrddau Amddiffyn Oedolion a chyflwyno Gorchmynion Cymorth Amddiffyn Oedolion.

## **Gwasanaethau Integredig**

139. Mae'r Prosiect Gwasanaethau Integredig yn datblygu dulliau cydweithredol rhwng Awdurdodau Lleol, ac ar draws Awdurdodau Lleol a phartneriaid eraill, yn enwedig y GIG. Cyhoeddwyd ein *Fframwaith ar gyfer Darparu Iechyd a Gofal Cymdeithasol Integredig i Bobl Hŷn ag Anghenion Cymhleth* ar 19 Mawrth a dylai awdurdodau lleol a BILlau fod wedi cyhoeddi eu datganiadau ar eu gwefan. Daeth yr ymgynghoriad ar y *Fframwaith Cenedlaethol ar gyfer Gofal Iechyd Parhaus y GIG yng Nghymru* i ben ar 13 Mawrth; a chyhoeddwyd y Fframwaith

diwygiedig ar gyfer Gofal Iechyd Parhaus y GIG ar 30<sup>ain</sup> Mehefin. Mae'r Fframwaith yn pwysleisio pwysigrwydd gofal iechyd parhaus fel hawl i'r rhai sy'n gymwys i'w gael a dylai cymhwysedd fod yn seiliedig ar anghenion iechyd yn hytrach nag ystyriaethau ariannol.

140. Defnyddir y Gronfa Gofal Canolraddol gwerth £50 miliwn i helpu pobl hŷn i gynnal eu hannibyniaeth ac osgoi derbyniadau diangen i'r ysbyty ac oedi wrth ryddhau cleifion. Cyflwynwyd Gwasanaeth Integredig Cymorth i Deuluoedd newydd ledled Cymru ar ddiwedd mis Ebrill ac mae bellach yn gwbl weithredol, ac yn rhoi cymorth cydgysylltiedig i deuluoedd â rhai o'r anghenion mwyaf cymhleth.
141. Mae gwaith i sefydlu Gwasanaeth Mabwysiadu Cenedlaethol yn mynd rhagddo'n amserol, a disgwylir iddo gael ei lansio gan y Gweinidog ar 5 Tachwedd fel rhan o Wythnos Fabwysiadu 2014. Cynigiwyd swydd Cyfarwyddwr Gweithrediadau i Suzanne Griffiths dros dro, yn amodol ar wiriadau gan y DBS (Gwasanaeth Datgelu a Gwahardd, CRB yn flaenorol), a bydd yr holl Gydweithrediadau Rhanbarthol ar waith mewn pryd ar gyfer y lansiad.
142. Lansiwyd Cofrestr Fabwysiadu Cymru ar 4 Mehefin; ac mae System Rheoli Perfformiad genedlaethol newydd y gwasanaeth mabwysiadu bellach ar waith ac wedi'i chynnal yn llwyddiannus, er mwyn cynhyrchu data ledled Cymru ar gyfer chwarter cyntaf y flwyddyn ariannol. Cyhoeddwyd yr ymchwil a gomisiynwyd gennym gan Brifysgol Caerdydd a Phrifysgol Bryste (mewn perthynas â chymorth mabwysiadu ac ymyrraeth o ganlyniad i fabwysiadu) ac mae'r canfyddiadau'n cael eu defnyddio i lywio'r Gwasanaeth Mabwysiadu Cenedlaethol.
143. Mae gwaith yn mynd rhagddo'n gyflym i sicrhau ein bod yn rhoi cyfarwyddiadau i lywodraeth leol gan ddefnyddio ein pwerau o dan Adran 170 o Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014, a thrwy hynny gyflawni ein hymrwymiad yn ystod prosesau craffu i wneud hynny.

### **Gwariant ar Wasanaethau Cymdeithasol**

144. Dengys y ffigurau cyhoeddedig diweddaraf ar wariant cyllidebau Awdurdodau Lleol ar gyfer y flwyddyn ariannol bresennol leihad bach mewn gwariant o gymharu â 2013-14. Mae hyn yn adlewyrchu gostyngiad sylweddol o 3.5% yn y setliad craidd, wedi'i wrthbwys gan gynnydd mewn grantiau penodol, y dreth gyngor ac arian o gronfeydd wrth gefn.
145. Mae'n bwysig cydnabod mai amcangyfrifon cyllidebol yw'r ffigurau hyn ac y gallant newid. Awgryma profiad blaenorol fod Awdurdodau Lleol yn goramcangyfrif y swm y maent yn ei dynnu o gronfeydd wrth gefn am fod arian grant penodol gwirioneddol yn uwch na'r disgwyl.
146. Dengys y data y ffordd y caiff gwariant ar wasanaethau cymdeithasol ei flaenoriaethu'n barhaus. Disgwylir i wariant ar wasanaethau cyhoeddus gynyddu 2.2% er mwyn adlewyrchu'r pwysau parhaus ar gyllidebau gwasanaethau cymdeithasol o ganlyniad i newidiadau demograffig.

147. Mae darparu'r rhan fwyaf o'r arian ar gyfer Llywodraeth Leol drwy'r Setliad ar ffurf arian heb ei neilltuo yn rhoi'r hyblygrwydd i Awdurdodau Lleol ddyrannu adnoddau yn y ffordd sy'n diwallu anghenion yr awdurdod hwnnw orau ac sy'n lleihau costau gweinyddol grantiau. Er mwyn cynnal yr hyblygrwydd hwnnw, mae awdurdodau'n gyfrifol am ddangos y ffordd y caiff canlyniadau a rennir eu cyflawni.

## **RHAGLEN DDEDDFWRIAETHOL**

148. Rydym wedi parhau i wneud cynnydd da wrth gyflawni cyfraniad yr Adran Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol at raglen deddfwriaethol Llywodraeth Cymru, ac rydym wedi cael llawer o lwyddiant yn y gorffennol wrth gyflwyno deddfwriaeth sylfaenol arloesol.

### **Papur Gwyn Iechyd y Cyhoedd**

149. Cyhoeddwyd Papur Gwyn Iechyd y Cyhoedd ar 2 Ebrill ac amlinellodd nifer o gynigion radical i fynd i'r afael â phryderon penodol ym maes iechyd y cyhoedd. Mae'r cynigion yn ceisio cynnal y traddodiad cryf o radicleiddio yng Nghymru mewn perthynas â diogelu iechyd y cyhoedd. Y nod cyffredinol yw i'r cynigion gael effaith gronol gadarnhaol ar iechyd a lles yng Nghymru.

150. Wrth ddatblygu'r cynigion yn y Papur Gwyn, gwnaethom geisio adeiladu ar yr ymateb cadarnhaol a gafwyd i'r Papur Gwyrdd blaenorol ar Iechyd y Cyhoedd, yr ymgynghorwyd yn ei gylch ar ddiwedd 2012. Dangosodd yr ymarfer hwnnw gefnogaeth i ddau fath gwahanol o deddfwriaeth iechyd y cyhoedd: deddfwriaeth gyffredin sy'n ei gwneud yn ofynnol i sefydliadau fynd i'r afael ag iechyd ar draws eu swyddogaethau (h.y. dull gweithredu 'Iechyd ym Mhob Polisi'); a deddfwriaeth arall i fynd i'r afael â phryderon penodol ym maes iechyd y cyhoedd. Mae'r cysyniad o 'Iechyd ym Mhob Polisi' bellach yn cael ei ddatblygu, drwy Fil Llesiant Cenedlaethau'r Dyfodol (Cymru), ac mae Papur Gwyn Iechyd y Cyhoedd yn canolbwyntio ar ddarparu cyfres o gamau deddfwriaethol ymarferol mewn nifer o feysydd gwahanol.

151. Mae'r holl gynigion yn y Papur Gwyn yn dilyn dull ataliol drwy geisio ymyrryd ar adegau sydd fwyaf tebygol o sicrhau buddiannau hirdymor, o ran iechyd unigolion ac o ran helpu i osgoi'r costau cymdeithasol ac ariannol hirdymor uwch sy'n gysylltiedig â salwch y gellir ei osgoi. Mae'r cynigion wedi ysgogi dadl fywiog ar nifer o faterion pwysig, yn enwedig mewn perthynas â'r cynigion i gyfyngu ar y defnydd o sigarét electronig mewn manau cyhoeddus caeedig, cyflwyno Isafswm Pris Uned ar gyfer alcohol, a gwella'r ddarpariaeth o doiledau cyhoeddus a mynediad iddynt.

152. Caeodd yr ymgynghoriad ar y Papur Gwyn ar 24 Mehefin, a chafwyd llawer iawn o ddi-ddordeb yng Nghymru a'r tu allan i Gymru. Fel rhan o'r ymgynghoriad, cynhaliwyd cyfres o ddigwyddiadau ymgysylltu, gyda'r cyhoedd yn ogystal â grwpiau o randdeiliaid allweddol. Cafwyd dros 700 o ymatebion, gan ystod eang o randdeiliaid ac aelodau o'r cyhoedd. Aethpwyd ati i ystyried yr ymatebion yn fanwl dros yr haf, a chaiff adroddiad cryno ar yr ymgynghoriad ei gyhoeddi yn yr hydref.

## **Bil Rheoleiddio ac Arolygu**

153. Mae'r Prosiect Rheoleiddio ac Arolygu yn cyflwyno fframwaith newydd ar gyfer rheoleiddio ac arolygu gofal a chymorth yng Nghymru. Nod y Bil yw helpu'r rheoleiddwyr i gyflawni eu dyletswyddau a bodloni disgwyliadau Llywodraeth Cymru i sicrhau lles dinasyddion a gwella ansawdd gofal a chymorth mewn amgylchedd sy'n newid yn barhaus, lle mae modelau gwasanaeth newydd yn datblygu nad ydynt yn hawdd eu diffinio o fewn dosbarthiadau'r gyfundrefn reoleiddio ac arolygu bresennol.
154. Yn dilyn lansio'r *Papur Gwyn ar Ddyfodol Rheoleiddio ac Arolygu Gofal a Chymorth yng Nghymru* gan y Dirprwy Brif Weinidog ar 30 Medi 2015, mae gwaith yn mynd rhagddo i gyflwyno'r Bil ar ddechrau 2015.
155. Cynhaliwyd ymgynghoriad ar y Papur Gwyn rhwng 30 Medi 2013 a 6 Ionawr 2014. Cafwyd 99 o ymatebion gan ystod eang o grwpiau rhanddeiliaid, gan gynnwys rheoleiddwyr, Awdurdodau Lleol, darparwyr gwasanaethau, y trydydd sector a defnyddwyr gwasanaethau. Cyhoeddwyd adroddiad cryno ar yr ymgynghoriad a phob un o'r ymatebion a gafwyd ar wefan Llywodraeth Cymru ym mis Mai 2014.

## **Deddf Trawsblannu Dynol (Cymru)**

156. Derbyniodd Deddf Trawsblannu Dynol (Cymru) Gydsyniad Brenhinol ym mis Medi 2013. Bydd y gyfraith newydd yn cyflwyno system eithrio (neu "ganiatâd tybiedig") mewn perthynas â rhoi organau yng Nghymru o 1 Rhagfyr 2015. Mae ymgyrch ymwybyddiaeth a chynnwys y cyhoedd ddwy flynedd bellach ar waith er mwyn sicrhau bod pobl yn ymwybodol o'r gyfraith newydd a'u dewisiadau yn unol â hi.
157. Dechreuodd cam diweddaraf y gwaith cyfathrebu ar ddiwedd mis Mehefin ac mae'n cynnwys hysbysebu ar y teledu, ar y radio ac mewn manau awyr agored. Mae gwaith hefyd yn mynd rhagddo i ailddatblygu'r Gofrestr Rhoddwyr Organau er mwyn sicrhau bod modd cofnodi penderfyniadau i eithrio, yn ogystal â gwaith ar y rheoliadau ategol a hyfforddiant i staff. Byddwn hefyd yn gwerthuso effaith y ddeddfwriaeth newydd.
158. Byddwn yn ymgynghori ar dair cyfres o reoliadau yn ystod yr hydref eleni - bydd y rhain yn cwmpasu mathau newydd o drawsblannu a gaiff eu heithrio o ganiatâd tybiedig; cynrychiolwyr penodedig; a rhoddwyr byw nad oes ganddynt y gallu i gydsynio. Cyflwynir y rheoliadau hyn, ynghyd â Chod Ymarfer yr Awdurdod Meinweoedd Dynol gerbron y Cynulliad i'w cymeradwyo yn gynnar ym mis Medi 2015.

## **Deddf Sgorio Hylendid Bwyd (Cymru)**

159. Derbyniodd Deddf Sgorio Hylendid Bwyd (Cymru) 2013 Gydsyniad Brenhinol ar 4 Mawrth 2013. Mae'r Ddeddf yn golygu mai Cymru yw'r wlad gyntaf yn y DU i fabwysiadu cynllun sgorio hylendid bwyd gorfodol. Mae'n ofynnol i fusnesau bwyd

a gaiff eu harchwilio ar ôl 28 Tachwedd 2013 arddangos sticer sy'n dangos eu sgôr hylendid bwyd mewn man amlwg yn eu sefydliad, er mwyn galluogi pobl Cymru i wneud dewisiadau hyddysg o ran ble i fwyta neu siopa am fwyd. Mae arwyddion clir bod busnesau bwyd sy'n bodoli eisoes yn gwella eu sgoriau hylendid bwyd.

160. Cynyddodd nifer y busnesau bwyd a gafodd sgôr o "5" (da iawn) bron 17% rhwng 2012 a 2014, o 33.2% i 50.1%. Gostyngodd nifer y busnesau bwyd a gafodd sgôr a oedd yn golygu bod angen iddynt wella 9.7% rhwng 2012 a 2014, o 19.2% i 9.5%. Ystyrir bod y ffaith ei bod yn ofynnol iddynt arddangos y sgôr yn gymhellant mawr yn hyn o beth.
161. Cytunais i ddatblygu rhagor o reoliadau i'w gwneud yn ofynnol i fusnesau bwyd penodol gynnwys datganiad ar eu deunyddiau cyhoedduswydd papur a fydd yn helpu defnyddwyr i ganfod eu sgôr hylendid bwyd. Mae'r rheoliadau hyn yn destun ymgynghoriad cyhoeddus ar hyn o bryd, a fydd yn para tan 24 Hydref 2014. Caiff busnesau bwyd masnachol eu cynnwys yn y cynllun gorfodol o fis Tachwedd 2014.

### **Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014 - Gweithredu**

162. Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru), a gafodd Gydsyniad Brenhinol ar 1 Mai 2014, yw'r darn mwyaf o ddeddfwriaeth a gyflwynwyd gan Gynulliad Cenedlaethol Cymru hyd yma. Mae'n darparu'r fframwaith deddfwriaethol i ddarparu gwasanaethau sy'n canolbwyntio ar y dinesydd, gan ganolbwyntio ar ymyrryd yn gynnar, integreiddio a lles.
163. Mae gwaith yn mynd rhagddo i ddatblygu'r rheoliadau a'r codau ymarfer a fydd yn ategu'r broses o weithredu'r Ddeddf. Bydd y gwaith hwn yn arwain at ddau ymgynghoriad ar reoliadau drafft o dan y Ddeddf, un yn ystod hydref 2014 a'r llall yn ystod haf 2015. Yna, cyflwynir y rheoliadau a'r codau ymarfer gerbron y Cynulliad Cenedlaethol. Y dyddiad targed ar gyfer gweithredu'r fframwaith cyfreithiol newydd yw mis Ebrill 2016.
164. Er mwyn gweithredu'r fframwaith yn llwyddiannus, bydd angen gwella arweinyddiaeth ranbarthol a lleol gan ddwyn ynghyd y sector iechyd, Awdurdodau Lleol, y trydydd sector a darparwyr preifat i sicrhau newid. Er mwyn ategu hyn, mae'r Dirprwy Weinidog wedi nodi'n glir ei bod yn disgwyl gweld y strwythurau ymgysylltu cenedlaethol a roddwyd ar waith ganddi'n cael eu hefelychu ar lefel leol. Er mwyn cynorthwyo'r gwaith hwn, a'r gwaith ehangach i weithredu'r fframwaith, neilltuwyd grant o £1.5 miliwn i awdurdodau lleol a'u partneriaid rhanbarthol yn 2014-15, gan adeiladu ar yr hyn a neilltuwyd yn 2013-14.

### **MATERION ERAILL YN YMWNEUD Â'R PORTFFOLIO**

#### **Iechyd y Cyhoedd**

165. Mae iechyd poblogaeth Cymru yn parhau i wella. Fodd bynnag, gwyddom nad yw gwelliannau ar hyn o bryd yn cael eu rhannu'n gyfartal. Mae angen ymdrech

hirdymor gydunol ar draws cymdeithas, ac nid dim ond gan yr hyn a alwn yn 'system iechyd', er mwyn mynd i'r afael â'r bwlch anghydraddoldebau. Yr unig ffordd y gellir dileu ac atal anghydraddoldebau iechyd yw drwy fynd i'r afael â'r anghydraddoldebau sylfaenol o ran incwm, cyfoeth a phŵer mewn cymdeithas.

166. Mae camau i fynd i'r afael ag anghydraddoldebau iechyd yn rhan ganolog o waith Llywodraeth Cymru ac wedi'u cynnwys mewn amrywiaeth o bolisiâu a rhaglenni strategol. Cymerir ystod eang o gamau drwy ein *Cynllun Gweithredu ar gyfer Trechu Tlodi a Canlyniadau Iechyd Tecach i Bawb*. Mae camau hefyd wedi'u cynnwys mewn rhaglenni nodedig fel *Dechrau'n Deg*. Rydym yn parhau'n gwbl ymrwymedig i fynd i'r afael ag anghydraddoldebau iechyd a gweithio i sicrhau bod pawb yng Nghymru yn cael yr un cyfle i gael iechyd da.

167. Rydym hefyd yn cymryd camau i rymuso pobl i gymryd cyfrifoldeb am eu hiechyd a'u lles eu hunain, drwy fonitro iechyd ac ymyrryd yn gynnar.

### Ychwanegu at Fywyd

168. Yn dilyn cyfnod o brofion maes, mae *Ychwanegu at Fywyd*, sef asesiad iechyd a lles ar-lein i bobl dros 50 oed, bellach yn cael ei gyflwyno'n genedlaethol, dan arweiniad Iechyd Cyhoeddus Cymru. Mae'r gwasanaeth hwn yn rhoi gwybodaeth a chyngor i bobl ar amrywiaeth o faterion sy'n berthnasol i'w hiechyd a'u lles cyffredinol, yn ogystal â'u helpu i gael gafael ar wasanaethau a ffynonellau cymorth perthnasol. Mae'n rhoi cyfle gwerthfawr i unigolion ddod i ddeall eu hiechyd a'u lles yn well.

169. Ategir yr asesiad ar-lein gan gymorth dros y ffôn a chymorth cymunedol wedi'i dargedu drwy rwydweithiau Cymunedau yn Gyntaf ac Age Cymru, a fydd yn helpu i sicrhau bod amrywiaeth o bobl yn cael cymorth i fanteisio ar y rhaglen. Mae rhaglen gyfathrebu genedlaethol hefyd yn cael ei rhoi ar waith er mwyn codi ymwybyddiaeth o'r rhaglen ac annog unigolion i fanteisio arni yn ystod ei blwyddyn gyntaf.

### Imiwneiddio a Brechu

170. Mae cyfraddau brechu mewn perthynas â phrosesau imiwneiddio plant fel mater o drefn yn parhau i wella. Llwyddwyd i ragori ar ymrwymiad y *Rhaglen Lywodraethu* i sicrhau bod 95% o blant yn cael un dos o frechlyn MMR erbyn iddynt gyrraedd 2 oed yn ystod 2013/14, gan gyrraedd 96.5% ledled Cymru, o gymharu â 94.6% yn 2012/13. Roedd hynny'n gyflawniad allweddol. Mae nifer y plant sy'n cael dau ddos o MMR erbyn iddynt gyrraedd pump oed hefyd yn parhau i fod yn duedd cynyddol, gan gynyddu o 92.6% i 89.6% yn 2012/13. Dyma'r ffigurau blynyddol uchaf a gofnodwyd ar gyfer nifer y pant sy'n cael brechlyn MMR. Mae'r gwelliant yn gyflawniad sylweddol ac mae'n adlewyrchu ymdrechion Byrddau Iechyd a meddygon teulu i gynyddu nifer y plant sy'n cael brechlyn MMR yng ngoleuni'r achosion o'r frech goch ac ymwybyddiaeth gynyddol ymhlith rhieni o'r risgiau sy'n gysylltiedig â'r frech goch.

171. Mae cyfran y plant sydd wedi cael yr holl imiwneiddiadau fel mater o drefn erbyn iddynt gyrraedd pedair oed hefyd wedi cynyddu o 82.4% yn 2012/13 i

87.9%, a hynny ym mhob ardal bwrdd iechyd. Ers 2008, cynigiwyd tri dos o frechlyn feirws Papiloma Dynol i ferched ym mlwyddyn 8 yn yr ysgol, er mwyn eu diogelu rhag un o brif achosion canser ceg y groth. Dengys y data diweddaraf sydd ar gael fod 86% o ferched yn wedi cwblhau'r cwrs tri dos.

172. Er gwaethaf lefelau isel o'r fflw dros y gaeaf, gwelwyd nifer y bobl sy'n cael brechiad rhag y fflw tymhorol ymhlith y boblogaeth 65 oed a throsodd, y boblogaeth dan 65 oed sy'n perthyn i grwpiau risg, a merched beichiog, yn parhau i gynyddu'n raddol, gan adlewyrchu gwaith parhaus i ddiogelu mwy o unigolion sy'n agored i niwed bob gaeaf. Fodd bynnag, nid ydym o hyd yn cyflawni'r targedau brechu a fyddai'n helpu i leihau effeithiau difrifol y fflw ar bobl sy'n agored i niwed a lleihau'r pwysau ar wasanaethau'r GIG.
173. Gwelwyd nifer y gweithwyr gofal iechyd a gyflogir gan Fyrddau Iechyd yn cael brechiad rhag y fflw yn cynyddu i 41.7% o 35.5 yn 2012/13, gan gynrychioli dros 24,000 o aelodau o staff sydd mewn cysylltiad uniongyrchol â chleifion yn y GIG a gafodd frechiad rhag y fflw yn ystod y tymor. Yn y GIG yn gyffredinol, cafodd 34,000 o aelodau o staff frechiad rhag y fflw. Dengys y gwelliant sylweddol hwn fod y pwyslais a'r ymdrech ychwanegol a gyfeirir at frechu staff yn parhau i gael effaith. Mae'n bwysig ein bod yn parhau i adeiladu ar y cynnydd hwn dros y tymor sydd i ddod er mwyn diogelu'r rhai sy'n wynebu'r risg fwyaf o gael y fflw a'r cymhlethdodau sy'n gysylltiedig ag ef.

#### Iechyd mamau a'r blynyddoedd cynnar

174. Dengys y data diweddaraf sydd ar gael gan Iechyd Cyhoeddus Cymru gynnydd tuag at gyflawni'r targed o ran pwysau geni isel, er nad yw'r bylchau rhwng y pumed mwyaf difreintiedig a'r pumed canolig a rhwng y pumed mwyaf difreintiedig a'r pumed lleiaf difreintiedig wedi newid llawer. Mae Iechyd Cyhoeddus Cymru wedi bod yn adolygu'r dystiolaeth mewn perthynas ag achosion pwysau geni isel a chaiff y dystiolaeth hon ei defnyddio i fireinio a datblygu gweithgareddau gyda'r nod o leihau nifer yr achosion hynny.
175. Mae pedwar Bwrdd Iechyd wedi treialu gwaith i gynyddu nifer y merched beichiog sy'n defnyddio gwasanaethau rhoi'r gorau i smygu. Arweinir y gwaith hwn gan Iechyd Cyhoeddus Cymru a disgwylir i arfer gorau gael ei rannu a'i gyflwyno, os dangosir bod y prosiectau peilot hyn yn gost-effeithiol, ac yn unol â nodi cyllidebau.
176. Rydym hefyd yn sefydlu grwpiau ffocws mewn ardaloedd Cymunedau yn Gyntaf er mwyn trafod sut y gallai gwasanaethau mamolaeth gynnwys merched beichiog yn well ac ystyried sut y gallai mentrau Cymunedau yn Gyntaf helpu merched beichiog i ddatblygu ffyrdd o fyw iach.
177. Caiff y gwaith o sefydlu dull cyson ledled Cymru gyfan o asesu iechyd, datblygiad a lles pob plentyn yng Nghymru yn y blynyddoedd cynnar, er mwyn nodi problemau yn gynnar a rhoi'r gefnogaeth sydd ei hangen, ei gwblhau erbyn mis Ionawr 2015.

## Camddefnyddio Sylweddau

178. Mae Llywodraeth Cymru yn parhau i fuddsoddi bron £50 miliwn bob blwyddyn er mwyn mynd i'r afael â niwed sy'n gysylltiedig ag alcohol yng Nghymru. Mae'r arian hwn wedi helpu i roi amrywiaeth o gamau ar waith ac rydym yn gwneud cynnydd da tuag at gyflawni'r ymrwymadau a nodir yng Nghynllun Cyflawni ar gyfer Camddefnyddio Sylweddau 2013-15. Mae Adroddiad Blynyddol diweddaraf Strategaeth Camddefnyddio Sylweddau Gweithio Gyda'n Gilydd i Leihau Niwed, a gyhoeddwyd ym mis Hydref 2013, yn nodi cynnydd yn erbyn y Cynllun Cyflenwi, a oedd yn cynnwys:
- Cyhoeddi compendiwm iechyd a lles ar gyfer amrywiaeth o ymarferwyr er mwyn helpu i leihau niwed sy'n gysylltiedig â chamddefnyddio sylweddau;
  - Cyhoeddi canllawiau i helpu cyn-filwyr i gael gafael ar wasanaethau camddefnyddio sylweddau;
  - Cyhoeddi Fframwaith Adfer newydd a gynlluniwyd i gynnwys prosesau gwella ym mhob gwasanaeth camddefnyddio sylweddau, o'r cam atgyfeirio i ôl-ofal.
179. Cyhoeddwyd canllawiau newydd ar gyfer Byrddau Cynllunio Ardal Camddefnyddio Sylweddau ar adolygu achosion angheuol o wenwyno â chyffuriau a rhai nad ydynt yn angheuol ym mis Gorffennaf 2014, ac maent bellach yn cael eu gweithredu'n rhanbarthol gan gomisiynwyr a darparwyr gwasanaethau camddefnyddio sylweddau.
180. Mae ymgynghoriadau 12 wythnos ffurfiol hefyd wedi cael eu cwblhau ar nifer o ddogfennau canllaw, gan gynnwys y fframwaith cynnwys defnyddwyr gwasanaethau diwygiedig, a chanllawiau i helpu pobl hŷn i gael gafael ar driniaeth camddefnyddio sylweddau. Cyhoeddir y Fframwaith Cynnwys Defnyddwyr Gwasanaethau yn ddiweddarach y mis hwn.
181. Mae'r amser y bu'n rhaid i bobl aros rhwng cael eu hatgyfeirio a dechrau triniaeth wedi parhau i wella. Yn 2012/13, dechreuodd 85.5% o'r holl gleientiaid eu triniaeth o fewn y targed dangosydd perfformiad allweddol o 20 diwrnod gwaith, sef cynnydd o 3% o gymharu â ffigurau 2011/12.
182. O ystyried y lefelau cynyddol o niwed sy'n gysylltiedig ag alcohol, rydym yn atgyfnerthu ein hymateb, gan ddefnyddio'r ffactorau ysgogi polisi hynny sydd ar gael i ni. Rydym yn parhau i fynd i'r afael ag achosion o gamddefnyddio alcohol drwy ein hymgyrch Newid am Oes, *'Paid â gadael i'r ddiod dy ddal di'n slei bach'*; a'n hyfforddiant ymyriadau byr ar gyfer alcohol, *Mynnwch Air*, ac rydym hefyd wedi cynnwys cynnig ym Mhapur Gwyn Iechyd y Cyhoedd, *Gwranddo Arnoch Chi: Mae Eich Iechyd yn Bwysig*, a gyhoeddwyd ar 2 Ebrill, i gyflwyno Isafswm Pris Uned ar gyfer Alcohol o 50c fesul uned. Caeodd yr ymgynghoriad ar 24 Mehefin ac mae'r ymatebion i'r ymgynghoriad wrthi'n cael eu dadansoddi.



## **Gwella'r Gallu i Gael Gafael ar Feddyginiaethau**

### Adolygiad o'r Broses o Arfarnu Meddyginiaethau Amddifad a Thra Amddifad

183. Ym mis Mai 2013, comisiynwyd adolygiad o broses arfarnu'r Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan (AWMSG) ar gyfer meddyginiaethau amddifad a thra amddifad. Diben yr adolygiad oedd ystyried sut y dylid arfarnu meddyginiaethau amddifad a thra amddifad er mwyn sicrhau bod cleifion ag afiechydon prin yn cael yr un cyfle i gael gafael ar driniaethau priodol sy'n seiliedig ar dystiolaeth.
184. Cyhoeddwyd adroddiad y grŵp adolygu ar gyfer ymgynghoriad ym mis Tachwedd 2013. Nod yr adroddiad oedd ceisio ymestyn rôl AWMSG i arfarnu meddyginiaethau amddifad a thra amddifad, gan gynnwys datblygu methodoleg fwy priodol.
185. Bellach, gofynnwyd i AWMSG nodi cwmpas y gwaith sydd ei angen i ddatblygu a gweithredu'r dull arfaethedig o arfarnu meddyginiaethau amddifad a thra amddifad.

### Adolygiad o'r broses Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol (IPFR)

186. Comisiynwyd adolygiad o'r broses IPFR er mwyn ystyried sut y gellid gwella'r broses bresennol gan ganolbwyntio'n benodol ar dryloywder a chysondeb penderfyniadau rhwng paneli IPFR. Cwblhaodd y grŵp adolygu ei waith a chyhoeddwyd yr adroddiad ar 30 Ebrill 2014 ar gyfer ymgynghoriad wyth wythnos a ddaeth i ben ar 25 Mehefin 2014.
187. Daeth y grŵp adolygu i'r casgliad bod y broses IPFR yn cefnogi penderfyniadau rhesymol sy'n seiliedig ar dystiolaeth o ran cael gafael ar dechnolegau meddygol ac anfeddygol nad ydynt ar gael fel mater o drefn yng Nghymru. Nododd y grŵp fod defnydd amhriodol o'r broses IPFR a diffyg cydgysylltu canolog arbenigol yn cyfrannu at y canfyddiad bod y broses yn anghyson, ac mae wedi gwneud nifer o argymhellion i atgyfnerthu'r broses IPFR.
188. Ystyriodd y grŵp adolygu'r cynnig i newid i un Panel IPFR ar gyfer Cymru gyfan, ond daeth i'r casgliad na fyddai hynny'n ymarferol. Fodd bynnag, mae wedi awgrymu y dylid ystyried cynnal cyfarfodydd ar y cyd rhwng paneli cyfagos unwaith y bydd y system gyfan wedi'i safoni ymhellach. Mae'r ymatebion i'r ymgynghoriad wrthi'n cael eu dadansoddi a chaiff cyhoeddiad ei wneud yn fuan.

## **Adroddiad Diweddarau SAC ar y Broses o Reoli Cyflyrau Cronig**

189. Roeddwn yn falch bod adroddiad Swyddfa Archwilio Cymru, *Rheoli Cyflyrau Cronig yng Nghymru: Diweddariad*, a gyhoeddwyd ym mis Mawrth 2014, yn cydnabod y gwelliannau a wnaed dros y blynyddoedd diwethaf. Yn benodol, roedd yn nodi'r lleihad parhaus a welwyd yn nifer y derbyniadau brys i'r ysbyty a'r achosion o aildderbyn i'r ysbyty o fewn blwyddyn ar gyfer cyfres o gyflyrau cronig.

190. Nododd yr adroddiad gwmpas ar gyfer gwelliannau pellach, yn enwedig yn nhermau cynllunio, cydgysylltu gofal a gwybodaeth a rennir, a systemau TG modern. Mae'r Ysgrifennydd Parhaol wedi ysgrifennu at Gadeirydd y Pwyllgor Cyfrifon Cyhoeddus yn nodi ymateb ffurfiol Llywodraeth Cymru i bob un o'r argymhellion, ac ysgrifennodd Prif Weithredwr Dros Dro GIG Cymru at y Byrddau Iechyd yn gofyn iddynt gynnwys camau priodol yn eu cynlluniau a'u rhaglenni gwaith ar gyfer cyflyrau cronig. Byddwn yn monitro'r camau hyn drwy ein deialog rheolaidd â Chyfarwyddwyr Gofal Sylfaenol a Chymunedol ac Iechyd Meddwl pob un o'r Byrddau Iechyd.
191. Mae cytuno ar ofal, nodau a chymau gweithredu unigol, sy'n gymesur â'r angen, gyda phob unigolyn sy'n byw gyda chyflyrau hirdymor yn allweddol i lwyddo. Er mwyn hyrwyddo'r defnydd o gynlluniau gofal, gwnaethom gyhoeddi'r ddogfen *Framework for Agreeing Individual Care with People who have Long Term Conditions* ar 28 Mai. Mae'r fframwaith hwn yn cynnig canllaw ymarferol ar lunio cynllun gofal. I rai, gallai fod yn gytundeb ar lafar syml ac i eraill, ag anghenion mwy cymhleth, gallai fod yn ddogfen ysgrifenedig ffurfiol. Rhaid i gynllun gofal adlewyrchu anghenion a dewisiadau unigol.
192. Gall llawer o'r gofal ar gyfer pobl â chyflyrau hirdymor gael ei gynllunio a'i ddarparu gartref neu'n agos i'r cartref gan wasanaethau gofal sylfaenol a chymunedol, wedi'i integreiddio â gofal eilaidd a gofal cymdeithasol. Rhaid i'r GIG sicrhau newid parhaus mewn ffocws arweinwyr ar adnoddau a fuddsoddir mewn gofal sylfaenol a chymunedol. Mae'r 64 o "glystyrau" o bractisau meddygon teulu a ddatblygwyd yn gyfle gwirioneddol i dorri tir newydd wrth gynllunio a darparu gwasanaethau lleol. Mae'r clystyrau hyn, wrth iddynt aeddfedu dros amser, yn creu systemau cynllunio bach sy'n ystyried yr ardal leol yn ogystal â chyfleoedd i sicrhau arweinyddiaeth broffesiynol feiddgar, arloesedd a ffyrdd gwell o weithio. Mae contract meddygon teulu eleni yn helpu i ysgogi'r newid hwn.
193. Mae'r cylch presennol o Gynlluniau Tymor Canolig Integredig tair blynedd Byrddau Iechyd yn cydnabod yr angen i ail-gydbwysu'r system iechyd i raddau amrywiol yn eu naratif. Bydd y cynlluniau gweithredu ar lefel clwstwr, y disgwylir y fersiynau cyntaf ohonynt ym mis Medi 2014, yn gynyddol yn helpu i wella gwaith cynllunio gwasanaethau a'r gweithlu ymhellach ac yn gynt.
194. Drwy'r Fframweithiau Canlyniadau newydd ar gyfer y GIG a Gwasanaethau Cymdeithasol, a lansiwyd ar 26 Mehefin, bydd Llywodraeth Cymru yn parhau i fesur y lleihad yn nifer y bobl a dderbynnir i'r ysbyty ar frys oherwydd cyflyrau cronig o ganlyniad i ofal sylfaenol, cymunedol a gofal cymdeithasol effeithiol ac integredig. Byddwn yn defnyddio *Arolwg Cenedlaethol Cymru* i ofyn i bobl â chyflyrau hirdymor a ydynt yn teimlo eu bod yn cael digon o wybodaeth a chymorth i reoli eu hiechyd a'u lles.

## **Teithio at Iechyd Gwell - Canllawiau i Ymarferwyr Iechyd ar weithio'n effeithiol gyda Sipsiwn a Theithwyr**

195. Dengys ymchwil a thystiolaeth fod Sipsiwn a Theithwyr yn dioddef yn anghymesur o gymharu â'r boblogaeth gyffredinol mewn perthynas â statws iechyd a'r gallu i gael gafael ar ofal iechyd.
196. Er mwyn mynd i'r afael â hyn, mae Llywodraeth Cymru wedi cyhoeddi ar gyfer ymgynghoriad cyhoeddus ddogfen ganllaw i ymarferwyr gofal iechyd ar weithio'n effeithiol gyda Sipsiwn a Theithwyr. Teitl y ddogfen yw *Teithio at Iechyd Gwell*, ac mae'n ymateb i'r pedwar amcan iechyd a nodir yn strategaeth gyffredinol Llywodraeth Cymru ar gyfer Sipsiwn a Theithwyr, sef *Teithio at Dyfodol Gwell*.
197. Cyflwynir y canllawiau mewn tair prif ran: cyngor ar ymwybyddiaeth ddiwylliannol er budd ymarferwyr; cyngor ar ymarfer a allai annog pobl i chwarae mwy o ran mewn iechyd a gwasanaethau iechyd; a dadansoddiad cryno o'r ymchwil a'r sail dystiolaeth sydd ar gael sy'n darparu'r rhesymeg ar gyfer y canllawiau.
198. Ar y cyd â'r canllawiau, cyhoeddwyd Llyfryddiaeth o ymchwil a thystiolaeth, rhestr o Gysylltiadau Defnyddiol a chyfres o Atodiadau i gefnogi'r broses o weithredu'r canllawiau, gan gynnwys adnodd asesu anghenion iechyd. Bydd yr ymgynghoriad yn cau ar 30<sup>ain</sup> Hydref, a disgwylir i'r canllawiau gael eu cyhoeddi yn gynnar yn 2015.

## **Paratodau ar gyfer Uwchgynhadledd NATO**

199. Disgwylir i gynrychiolwyr o fwy na 60 o wledydd fynychu Uwchgynhadledd NATO, a gynhelir ar 4 a 5 Medi. Disgwylir i'r Uwchgynhadledd ddenu miloedd ar filoedd o brotestwyr, hyd at 1500 o gyfryngau'r byd a bydd miloedd o heddlu ychwanegol yn bresennol.
200. Mae'r GIG wedi chwarae rhan amlwg yn y gwaith o gynllunio ar gyfer yr Uwchgynhadledd, gan weithio'n agos iawn gydag asiantaethau partner. Y nod fu sicrhau y gellid cynnal darpariaeth iechyd ar gyfer y boblogaeth gymaint â phosibl, ac ymdrin yn llawn â'r potensial ar gyfer amrywiaeth o sefyllfaoedd brys a allai alw am ymateb gan y GIG.
201. Bu angen gwella trefniadau iechyd drwy greu gwasanaethau ychwanegol ar safle'r digwyddiad er mwyn darparu gofal iechyd i gynadleddwyr, staff cymorth a thrigolion o fewn yr ardal a ddiogelir a thrwy sicrhau bod gwasanaethau brys a mân anafiadau ychwanegol ar gael i gwmpasu Casnewydd a Chaerdydd. Bydd y gwasanaethau hyn yn galluogi'r GIG i asesu a thrin mân anafiadau a lleihau'r angen i bobl fynd i adrannau damweiniau ac achosion brys, gan effeithio ar fusnes arferol yr adrannau hynny.
202. Roedd y cyfleusterau iechyd hyn yn rhan o'r cynlluniau diogelwch a gwydnwch aml-asiantaeth ac roeddent yn cynnig opsiynau i'r GIG reoli unrhyw arddangoswyr a anafwyd o bosibl, heddweision, gweithwyr y cyfryngau a staff diogelwch yr oedd angen triniaeth arnynt o ganlyniad i anaf neu ddamwain. Bydd

Gwasanaethau Ambiwylans Cymru yn lleoli adnoddau yn y safleoedd amrywiol a bydd gan wasanaethau brys eraill staff hyfforddedig arbenigol â chyfarpar ar gael i ymateb i ddigwyddiad.

203. Mae gwaith cynllunio ambiwlansys hefyd wedi canolbwyntio ar sicrhau parhad busnes ar gyfer y cyhoedd dros gyfnod yr Uwchgynhadledd. Cynhaliwyd adolygiad o ddiogelwch mewn ysbytai ac mae gwelliannau'n cael eu gwneud i ddiogelu seilwaith a chyfleusterau yn Ysbyty Athrofaol Cymru ac Ysbyty Brenhinol Gwent. Mae'r buddsoddiad cyfalaf hwn yn cynnig manteision tymor hwy o ran gwella diogelwch mewn ysbytai ac nid dim ond oherwydd uwchgynhadledd NATO y'i gwnaed.

## **Rhan 2: SESIWN GRAFFU ARIANNOL**

### **BLWYDDYN ARIANNOL 2013-14**

#### **2013-14 – Y Sefyllfa Ariannol ar Ddiwedd y Flwyddyn**

1. Dangosir isod sefyllfa referniw pob Bwrdd lechyd ar ddiwedd blwyddyn 2013-14 mewn perthynas â'i ddyletswydd statudol:

<b>Bwrdd lechyd Lleol</b>	<b>2013/14 Terfyn yr Adnoddau</b>	<b>Gwariant Net</b>	<b>Gwarged / (Diffyg)</b>	<b>Cyflawnwyd y Ddyletswydd Statudol</b>
	<b>£m</b>	<b>£m</b>	<b>£m</b>	
Abertawe Bro Morgannwg	941.2	941.1	0.1	Do
Aneurin Bevan	1,002.8	1002.7	0.1	Do
Betsi Cadwaladr	1,229.2	1229.2	0.0	Do
Caerdydd a'r Fro	776.9	796.0	(19.2)	Naddo
Cwm Taf	563.2	563.2	0.0	Do
Hywel Dda	683.3	702.5	(19.2)	Naddo
Powys	241.0	260.3	(19.3)	Naddo

2. Methodd tri Bwrdd lechyd â chyflawni eu dyletswydd statudol o ran adnoddau, sef Caerdydd a'r Fro, Hywel Dda a Phowys. O ganlyniad, mae Archwilydd Cyffredinol Cymru wedi rhoi barn archwilio amodol ar reoleidd-dra cyfrifon statudol yr endidau hyn.
3. Cafodd dau Fwrdd lechyd froceriaeth ad-daladwy gan Lywodraeth Cymru. Cafodd Cwm Taf £3.9m a chafodd Betsi Cadwaladr £2.250m. Bydd yn ofynnol i'r ddau sefydliad ad-dalu'r adnodd hwn yn y dyfodol.

#### **Referniw Wrth Gefn gwerth £50 miliwn**

4. Neilltuwyd £50 miliwn ychwanegol i Brif Grŵp Gwariant AIGC yn y cynnig cyllidebol atodol terfynol ym mis Mawrth 2014, a hynny ar sail untro. Neilltuwyd yr arian ychwanegol hwn er mwyn cydnabod y lefel uchel o ddiffygion disgwylidiedig ar ddiwedd y flwyddyn a ragwelwyd gan sefydliadau'r GIG ar y pryd.
5. £57 miliwn oedd cyfanswm gwirioneddol diffygion Caerdydd a'r Fro, Hywel Dda a Phowys ar ddiwedd y flwyddyn ac o ganlyniad, dim ond drwy sicrhau arbedion pellach o raglenni a reolwyd yn ganolog y llwyddodd yr Adran i gyflawni alldro o fewn ei Therfyn Gwariant Adrannol cyffredinol. Cadwyd y £50 miliwn ychwanegol a roddwyd i'r Adran o gronfeydd wrth gefn Llywodraeth Cymru yn ganolog, ac ni ddyrannwyd unrhyw elfen ohono i sefydliadau'r GIG.
6. Gan na wnaed unrhyw ddyraniadau pellach i'r GIG, methodd tri Bwrdd lechyd (Caerdydd a'r Fro, Hywel Dda a Powys) â chyflawni eu dyletswyddau ariannol statudol ac amodwyd eu cyfrifon yn sgil hynny. Roedd y penderfyniad i beidio â dyrannu rhagor o arian i'r Byrddau lechyd yn seiliedig ar y rhesymeg ganlynol:

- Mae'n cefnogi ac yn cyfleu neges gref o blaid y system Ariannol newydd ac mae'n gyson â'r argymhellion a wnaed gan y Pwyllgor Iechyd a Chyllid yn ogystal â'r Pwyllgor Cyfrifon Cyhoeddus;
- Byddai'n helpu i sicrhau bod prif faterion gwasanaeth y tri Bwrdd Iechyd yn cael eu datrys drwy ddatblygu cynlluniau cadarn;
- Fel mewn blynyddoedd blaenorol, arian untro yw'r £50m ac ni ddylid defnyddio arian o'r fath i gefnogi diffygion hirdymor;
- Roedd y £50 miliwn a ddyrannwyd yn y gyllideb eisoes yn galluogi'r Adran Iechyd i ddefnyddio arian parod a gwneud "dyraniadau arian parod yn unig" i Fyrddau Iechyd. Roedd hyn yn allweddol i sicrhau bod camau priodol yn cael eu cymryd i sicrhau bod staff a chyflenwyr yn parhau i gael eu talu yn ystod mis Mawrth.

### **Arian Ychwanegol a Roddwyd i Fyrddau Iechyd yn dilyn y Gyllideb Atodol Derfynol**

7. Dangosir yr arian ychwanegol a roddwyd i Fyrddau Iechyd ar gyfer 2013-14 ers y gyllideb atodol derfynol ym mis Mawrth 2014 yn y tabl isod:

<b>Byrddau Iechyd</b>	<b>Abertawe Bro Morgannwg</b>	<b>Aneurin Bevan</b>	<b>Betsi Cadwaladr</b>	<b>Caerdydd a'r Fro</b>	<b>Cwm Taf</b>	<b>Hywel Dda</b>	<b>Powys</b>	<b>Cyfanswm</b>
	<b>£m</b>	<b>£m</b>	<b>£m</b>	<b>£m</b>	<b>£m</b>	<b>£m</b>	<b>£m</b>	<b>£m</b>
Arian i dalu am driniaeth gyfrifyddu dechnegol*	-9.5	-1.4	-3.5	-5.1	-0.4	-8.8	0.2	<b>-28.6</b>
Dyraniadau Cyffredinol Eraill	0.5	3.2	-0.4	1.0	0.0	0.1	0.5	<b>4.9</b>
Broceriaeth a ddyrannwyd yn 2013-14 i'w hadalu yn y dyfodol	0.0	0.0	2.2	0.0	3.9	0.0	0.0	<b>6.1</b>
<b>Dyraniadau a wnaed o 11 Mawrth 2014 tan ddiwedd y flwyddyn</b>	<b>-9.0</b>	<b>1.8</b>	<b>-1.7</b>	<b>-4.1</b>	<b>3.5</b>	<b>-8.7</b>	<b>0.7</b>	<b>-17.6</b>

## Nodiadau

*\*Mae arian ar gyfer triniaeth gyfrifyddu dechnegol yn cynnwys eitemau fel taliadau dibrisio a lleihad mewn gwerth, cysoni cofrestrau asedau a derbyn adroddiadau prisio terfynol, yn cynnwys nifer o ddatganiadau o eitemau ariannol technegol. Mae hyn yn nodweddiadol ar gyfer y cyfnod hwn o'r flwyddyn ariannol.*

*\*\*Mae dyraniadau cyffredinol eraill yn cynnwys eitemau fel taliadau adenilladwy ar ddiwedd y flwyddyn, lwfansau a derbyniadau rhagoriaeth glinigol, arian gwneud iawn am gamweddau'r GIG, ac arian Atgyfeirio i gael Triniaeth*

8. Yn seiliedig ar wybodaeth a gyflwynwyd gan Fyrddau Iechyd Lleol, nodir isod y perfformiad yn erbyn arbedion arfaethedig yn 2013-14 ar gyfer pob Bwrdd Iechyd, gan gynnwys swm yr arbedion a wnaed a dadansoddiad o arbedion cylchol/anghylchol:

Trefniadaeth	Arbedion Blyneddol					
	Arfaethedig	Gwirioneddol	Rhagorwyd / Tangyflawnwyd		Cylchol	Anghylchol
	£m	£m	£m	%	£m	£m
<b>Abertawe Bro Morgannwg</b>	28.8	26.8	-2.0	-7.0%	16.0	10.8
<b>Aneurin Bevan</b>	20.0	16.6	-3.4	-17.0%	14.8	1.8
<b>Betsi Cadwaladr</b>	40.5	40.0	-0.5	-1.3%	29.6	10.3
<b>Caerdydd a'r Fro</b>	56.7	45.6	-11.1	-19.6%	38.4	7.2
<b>Cwm Taf</b>	15.0	10.5	-4.5	-29.9%	9.2	1.3
<b>Hywel Dda</b>	28.5	23.5	-5.0	-17.4%	23.5	0
<b>Powys</b>	9.5	5.8	-3.7	-39.0%	5.5	0.3
<b>Iechyd Cyhoeddus Cymru</b>	1.3	1.3	-	2.4%	1.3	0.1
<b>Felindre</b>	11.4	11.4	-	0.5%	9.1	2.3
<b>Ambiwlans Cymru</b>	13.7	3.3	-10.4	-76.0%	3.3	0
<b>GIG Cymru</b>	<b>225.4</b>	<b>184.8</b>	<b>-40.6</b>	<b>-18.0%</b>	<b>150.7</b>	<b>34.1</b>
					<b>81.5%</b>	<b>18.5%</b>

9. Nodir gwybodaeth am sut y cafodd yr arian ychwanegol o £150 miliwn yn y gyllideb atodol ar gyfer 2013-14 ei wario gan Fyrddau Iechyd yn y tabl isod:

Bwrdd Iechyd	Staff Nyrsio	Gofal heb ei Drefnu	Imiwneiddio	Arian Gadael Swydd yn Gynnar o Wirfodd	Cyfanswm
	£m	£m	£m	£m	£m
Abertawe Bro Morgannwg	1.8	21.8	1.3	0.7	<b>25.6</b>
Aneurin Bevan	1.9	23.9	1.3	0.1	<b>27.2</b>

Betsi Cadwaladr	2.2	26.6	1.6	0.5	<b>30.9</b>
Caerdydd a'r Fro	1.4	17.1	1.0	2.6	<b>22.2</b>
Cwm Taf	1.1	13.4	0.7	1.7	<b>16.9</b>
Hywel Dda	1.3	15.5	0.9	1.3	<b>19.0</b>
Powys	0.4	5.2	0.3	0.1	<b>5.9</b>
	<b>10.1</b>	<b>123.5</b>	<b>7.0</b>	<b>7.0</b>	<b>147.6</b>

10. O blith y £150 miliwn a ddyrannwyd yn y gyllideb atodol, roedd £2.4m yn ymwneud â dyraniadau ar gyfer ariannu cyffuriau Kalydeco, Rhaglenni Canolog neu Ymddiriedolaethau'r GIG.

11. Er i waith gael ei wneud i nodi sut mae Byrddau Iechyd wedi defnyddio'r arian mewn rhai meysydd e.e. recriwtio nyrsys a gadael swydd yn gynnar o wirfodd, nodwyd yn glir mai dyraniad i gydnabod amrywiaeth o bwysau gwasanaeth a chost cyffredinol a phenodol oedd y swm o £150m yng nghyd-destun cyffredinol Adroddiad Francis. Felly, mae'r £150m ychwanegol wedi galluogi Byrddau Iechyd i gynnal perfformiad wrth ddarparu gwasanaethau diogel o ansawdd uchel, yn enwedig wrth fynd i'r afael â'r gofynion mewn gwasanaethau gofal heb ei drefnu.

## **BLWYDDYN ARIANNOL 2014-15**

### **Gweithredu Deddf Cyllid y GIG (Cymru) 2014**

#### **Cynnydd wrth gytuno ar y cynlluniau tair blynedd sy'n weddill ar gyfer Byrddau ac Ymddiriedolaethau Iechyd**

12. Mae Deddf Cyllid y GIG (Cymru) a'r Fframwaith Cynllunio ategol yn nodi uchelgais glir i greu system gynllunio gryfach, mwy trylwyr ac integredig yn y GIG yng Nghymru. O dan y gyfundrefn newydd hon, mae'n rhaid i mi gymeradwyo'r Cynlluniau Tymor Canolog Integredig yn ffurfiol.

13. Fel y gellid disgwyl, mae gofynion cynyddol y gyfundrefn gynllunio, ar y cyd ag amrywiadau mewn profiadau cynllunio sefydliadol, diwylliant, capasiti a gallu, wedi arwain at newid yn raddol i'r gyfundrefn gynllunio tymor canolog.

14. Nodwyd yn glir yn ystod y broses o basio'r Bil na fyddai cynlluniau'n cael eu cymeradwyo oni bai eu bod yn cyrraedd y safonau gofynnol.

15. Yn dilyn asesiad cadarn o Gynlluniau Tymor Canolog Integredig ym mis Ebrill 2014:

- Cadarnheais, mewn datganiad ysgrifenedig ar 7 Mai, fod Cynlluniau Tymor Canolog Integredig Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro, Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf ac Ymddiriedolaeth GIG Felindre wedi'u cymeradwyo.

Gofynnwyd i ddau sefydliad ailgyflwyno eu Cynlluniau Tymor Canolog Integredig gwell erbyn 30 Mai 2014 - Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan a Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg-



- Yn dilyn asesiad pellach, cadarnheais fod cynllun tair blynedd Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg wedi'i gymeradwyo. Fodd bynnag, daeth Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan i'r casgliad fod angen mwy o amser ar y sefydliad i atgyfnerthu ei waith cynllunio ariannol a chynllunio gwasanaethau ac oherwydd hynny, ei fod yn dymuno cyflwyno cynllun blynyddol ar gyfer y flwyddyn hon cyn cyflwyno Cynllun Tymor Canolig tair blynedd ym mis Ionawr 2015.
- Dywedwyd wrth y byrddau iechyd a'r ymddiriedolaethau a oedd yn weddill i baratoi cynlluniau blwyddyn (Bwrdd Iechyd Lleol Hywel Dda, Bwrdd Addysgu Iechyd Powys, Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr a WAST). Oherwydd amrywiaeth o ffactorau lliniaru fel newidiadau sylweddol i aelodaeth y Byrddau, y cyswllt ag adolygiadau allanol fel Astudiaeth Gofal Iechyd Canolbarth Cymru a'r angen i ddod â'r gwaith o ad-drefnu systemau cynllunio penodol i ben.

16. Yn absenoldeb cynllun tair blynedd y cytunwyd arno, mae pob sefydliad wedi cael llythyrau atebolrwydd manylach gan Brif Weithredwr Dros Dro GIG Cymru yn nodi ei ddisgwyliadau o ran perfformiad a darparu gwasanaethau ar gyfer 2014/15, ac mae Llywodraeth Cymru'n parhau i weithio gyda'r sefydliadau er mwyn datblygu eu cynlluniau cadarn ymhellach.

Y broses graffu y mae'r datganiad yn cyfeirio ati er mwyn cymeradwyo'r cynlluniau newydd.

17. Mae'r broses graffu wedi bod yn gadarn a sicrhawyd ei hansawdd gan y Sefydliad Llywodraethu Da. Craffwyd arni hefyd gan Wasanaethau Archwilio Mewnol Llywodraeth Cymru a Swyddfa Archwilio Cymru a chydabuwyd ei bod yn glir ac yn drylwyr.

18. Rhoddodd yr Adolygiad Archwilio Mewnol a gynhaliwyd ym mis Mai 'Sicrwydd Sylweddol' ynghylch proses gynllunio'r GIG a'r gwaith a wnaed ar draws yr Adran i greu cylch cynllunio clir, gydag asesiadau trylwyr. Mae gwaith eisoes yn mynd rhagddo i weithredu ar yr argymhellion, yn enwedig y rhai â dosbarthiad o bwys.

Y trefniadau sydd ar waith i Weinidogion Oruchwylio Byrddau ac Ymddiriedolaethau Iechyd er mwyn penderfynu a ydynt yn debygol o orwario yn erbyn eu cynlluniau yn y flwyddyn gyntaf

19. Yn ogystal â'r broses ffurfiol o adolygu a chymeradwyo cynlluniau, adolygwyd y trefniadau rheoli perfformiad presennol a'u gwella er mwyn sefydlu trefniadau rheoli perfformiad mwy integredig. Bydd y dull gweithredu holistaidd hwn yn asesu'r ffordd y cyflawnir cynlluniau yn erbyn holl elfennau'r cynlluniau integredig, nid dim ond cyllid. Bydd hyn yn ategu'r trefniadau datganiadau monitro ariannol sefydledig a chadarn presennol a chaiff ei integreiddio yn y trefniadau rheoli perfformiad a monitro ansawdd presennol. Yn unol â hynny, bydd y trefniadau rheoli perfformiad misol integredig yn y dyfodol yn nodi perfformiad alldro misol a pherfformiad a ragwelir ym maes gweithgarwch, cyllid a meysydd eraill.

Manylion y trefniadau llywodraethu sydd ar waith i ddelio ag achosion sylweddol o wro oddi wrth gynlluniau

20. Caiff perfformiad ei fonitro yn erbyn yr hyn sy'n ofynnol ei gyflawni a'i olrhain drwy'r trefniadau rheoli perfformiad integredig, gan gynnwys y datganiadau monitro amrywiol, cyfarfodydd Ansawdd, Diogelwch a Chyflawni; a chyfarfodydd ar y cyd y Tîm Gweithredol, trafodaethau dwyochrog y Prif Weithredwr a'r Cadeirydd.
21. Os bydd lefel annerbyniol o wro oddi wrth y cynllun y cytunwyd arno, gan gynnwys proffil y cynllun, bydd sefydliad yn destun proses fonitro a herio gynyddol, trefniadau cymorth a chyfeirio at lefel uwch, a gall golli'r buddiannau sy'n gysylltiedig â bod yn rhan o'r Gyfundrefn Gynllunio Tymor Canolig. Nodwyd y trefniadau hyn yn y Fframwaith Cyflawni ac ychwanegwyd atynt gan Drefniadau Cyfeirio at Lefel Uwch ac Ymyrryd GIG Cymru a gyhoeddwyd ym mis Mawrth 2014.
22. At hynny, os bydd sefydliadau'n gweithredu o fewn y gyfundrefn gynllunio flynyddol ar gyfer 2014/15, bydd angen cyfnod dwysach o fonitro a chymorth ar y sefydliadau hyn dros y 6 i 12 mis nesaf er mwyn rheoli perfformiad yn erbyn yr hyn sydd angen ei gyflawni yn 2014/15, a'u helpu i ddatblygu Cynlluniau Tymor Canolig Integredig cynaliadwy a chytbwys ar gyfer 2015/16 i 2017/18.
23. Mae Llywodraeth Cymru yn ymrwymedig i helpu pob sefydliad i lwyddo wrth gynllunio a darparu gwasanaethau cynaliadwy o ansawdd uchel ar gyfer eu poblogaethau. Mae hyn yn cynnwys helpu i ddatblygu eu prosesau cynllunio, diwylliant, gwaith cynllunio a'u hallbynnau cyflawni'n barhaus fel bod ganddynt gyfle realistig o fod yn rhan o'r gyfundrefn gynllunio tymor canolig yn y dyfodol.

**Camau a gymerwyd ers i'r Pwyllgor graffu ar y gyllideb drafft ar gyfer 2014-15**

Gwaith sy'n mynd rhagddo mewn perthynas â'r fformiwla dyrannu adnoddau

24. Cyfarfûm â swyddogion yn ddiweddar er mwyn trafod y cynnydd a wnaed yn y maes hwn. Mae'r prosiect wedi ystyried ymchwil ryngwladol ac yn y DU er mwyn nodi'r materion allweddol y mae angen mynd i'r afael â hwy fel rhan o'r Rhaglen Adolygu Dyraniadau Adnoddau.
25. Er bod y gwaith cynnar wedi nodi nifer o feysydd lle mae angen i ni wneud gwelliannau, cadarnhawyd hefyd fod llawer o feysydd o arfer da eisoes yn bodoli o fewn y broses ddyrannu "Townsend" gyfredol.
26. Mae angen i'r fformiwla ddyrannu gael ei hadolygu'n barhaus a gall rhai newidiadau gymryd peth amser i'w gweithredu. Fodd bynnag, yng ngoleuni'r newidiadau demograffig cydnabyddedig clir dros y blynyddoedd diwethaf a'r newidiadau a ragwelir yn y dyfodol, rwyf wedi cytuno â swyddogion ar nifer o nodau a gwelliannau byrdymor y dylid rhoi blaenoriaeth iddynt er mwyn sicrhau'r buddiannau mwyaf posibl a helpu i ddarparu gwasanaethau cynaliadwy yn y byrdymor. Mae'r rhain yn cynnwys:

- Adolygu a mireinio'r gwendidau a'r cyfyngiadau wrth gasglu gwybodaeth a chymhwyso'r fformiwla anghenion uniongyrchol gyfredol e.e. gwybodaeth a gasglwyd drwy Arolwg Cymru;
- Cysoni'r fformiwla a dyraniadau â'r prif amcan strategol i symud adnoddau yn unol â'r agenda gofal iechyd darbodus a thuag at ymyrryd a thrin yn gynt;
- Mynd i'r afael â phroblemau mewn llifau ariannu rhwng sefydliadau'r GIG a chymunedau;
- Adolygu proses barhaus o neilltuo dyraniadau o fewn sefydliadau iechyd integredig; a
- Datblygu systemau a chymhellion ariannu eraill er mwyn sicrhau y caiff gofal ei drosglwyddo i wasanaethau sylfaenol a chymunedol priodol.
- Datblygu rhaglen Adolygu Dyraniadau Adnoddau er mwyn cynnal, diweddarau a datblygu ymhellach y fformiwla i adlewyrchu'r dystiolaeth ddiweddaraf, anghenion y boblogaeth a data ariannol a dyraniadau.

Mae gwaith yn mynd rhagddo i ddarparu gwybodaeth ariannol fwy tryloyw, hygyrch a chymaradwy, gan gynnwys y newyddion diweddaraf ar weithredu'r templedi cyffredin ar gyfer cyhoeddi gwybodaeth ar draws Byrddau Iechyd.

27. Mae llawer o wybodaeth eisoes wedi ei chyhoeddi drwy'r cyllidebau a'r cyfrifon cyhoeddedig.
28. Ers sefydlu Bwrdd y Strategaeth Gwybodaeth Ariannol, a aeth ymlaen i gyhoeddi'r strategaeth "Spending By Design" ar ddiwedd 2005, mae Llywodraeth Cymru a'r GIG wedi cydweithio'n agos i wella cysondeb a safon gwybodaeth ariannol gyhoeddedig. Mae'r gwelliannau yn y trefniadau monitro ac adrodd eisoes wedi'u cydnabod gan Swyddfa Archwilio Cymru yn ei Hadroddiad ar Gyllid y GIG.
29. Mae amrywiaeth o ddatblygiadau pellach yn mynd rhagddynt e.e. mae Llywodraeth Cymru wedi helpu'r GIG i greu Grŵp Gwybodaeth Ariannol a Chostio a hyrwyddo ei waith. Mae'r grŵp hwn wedi datblygu templedi cyffredin a chanllawiau ar gostio i sefydliadau'r GIG eu cwblhau ac mae trefniadau meincnodi safonol yn cael eu datblygu ond mae angen ystyried gwerth ychwanegol unrhyw ddatblygiad yn ofalus.
30. Mae'r trefniadau monitro misol helaeth sydd eisoes yn bodoli wrthi'n cael eu hadolygu er mwyn gwneud rhagor o welliannau sy'n briodol i gwmpasu gwelliannau a awgrymwyd gan y Pwyllgor Cyfrifon Cyhoeddus a Phwyllgorau eraill Cynulliad Cenedlaethol Cymru. Mae hyn yn cael ei ystyried ar hyn o bryd fel yr amlinellwyd yn flaenorol yng nghyd-destun y trefniadau rheoli perfformiad gwell a grëwyd drwy gyflwyno cynlluniau gwasanaeth integredig.

## Cyfalaf a Buddsoddi mewn Seilwaith

31. Mae Cyrff y GIG, fel rhan o'u Cynlluniau Tymor Canolig Integredig, wedi ailystyried a diweddarau eu gofynion cyfalaf er mwyn gweddnewid gwasanaethau a helpu i foderneiddio a disodli'r seilwaith presennol. Mae gwaith yn mynd rhagddo i adolygu Rhaglen Gyfalaf GIG Cymru er mwyn sicrhau bod dyraniadau'n cael eu targedu at gyflawni canlyniadau gwell i gleifion, a hwyluso cynaliadwyedd clinigol ac ariannol hirdymor y GIG yng Nghymru. Caiff ffocws buddsoddiad yn y dyfodol ei flaenoriaethau er mwyn cyflawni'r amcanion buddsoddi canlynol:
- Cefnogi newidiadau i symleiddio a gweddnewid darpariaeth gofal iechyd, gan ganolbwyntio ar atal a hunanreoli â chymorth, darparu gofal yn agosach i gartref, ac integreiddio a chydgyssylltu gwasanaethau â phartneriaid;
  - Hyrwyddo'r defnydd mwyaf effeithiol posibl o asedau a gwella cyflwr asedau a pherfformiad;
  - Hyrwyddo'r defnydd o arloesedd er mwyn gwella ansawdd gofal, lleihau costau a sicrhau'r newidiadau angenrheidiol mewn gwasanaethau.

32. O ran y cynlluniau cyfalaf sy'n deillio o'r ymgynghoriadau a gwblhawyd, mae'r rhain eisoes yn cael blaenoriaeth o ran cymorth ariannol er mwyn sicrhau eu bod yn cael eu cyflawni cyn gynted â phosibl. Er enghraifft, cyhoeddwyd cyllid o £5 miliwn ym mis Mai 2014 ar gyfer canolfan gofal sylfaenol integredig newydd yn Llangollen.

## Cyllid Arloesol

33. Ym mis Mai, cyhoeddodd y Gweinidog Cyllid y byddai canolfan gofal cancer arbenigol newydd yn cael ei hadeiladu yn Ysbyty Felindre gan ddefnyddio modelau arian buddsoddi arloesol. Amcangyfrifir y bydd y ganolfan newydd yn costio £210 miliwn a bydd yn hwyluso'r gallu i gael gafael ar wasanaethau cancer o ansawdd uchel, sydd o blith y gorau yn y byd. Mae'r Rhaglen Amlinellol Strategol ar gyfer y cynllun wrthi'n cael ei datblygu gan Ymddiriedolaeth GIG Felindre a disgwylir iddi gael ei chwblhau yn yr hydref. Er bod nifer o ddulliau ariannu'n cael eu hystyried, nodwyd y model dosbarthu nid er elw ar gam cynnar fel dull posibl o gyflawni'r cynllun. Caiff hwn ei archwilio a'i gadarnhau wrth i'r cynllun ddatblygu drwy'r broses achos busnes.
34. Mae nifer o feysydd buddsoddi posibl eraill yn y GIG yng Nghymru wrthi'n cael eu hystyried mewn perthynas â chyllid arloesol. Mae'r rhain wrthi'n cael eu gwerthuso, ond maent yn cynnwys gwaith posibl i ddatblygu rhaglen gofal sylfaenol a chymunedol a rhaglen effeithlonrwydd ynni. Gallai dulliau ariannu gynnwys cyflwyno menter canolfan ariannu, a gynlluniwyd i ddod â Byrddau Iechyd, Awdurdodau Lleol, yr heddlu a gwasanaethau tân ac achub a chyrrff cyhoeddus eraill at ei gilydd, ynghyd â phartner datblygu sector preifat.
35. O ran y gofyniad am newidiadau deddfwriaethol, bydd angen i hyn gael ei asesu wrth i'r darpar raglenni buddsoddi gael eu datblygu. Er enghraifft, o ran y

datblygiad arfaethedig yn Felindre, dylid nodi bod gan Ymddiriedolaethau'r GIG yng Nghymru y gallu i fenthyg ar hyn o bryd. Fodd bynnag, bydd angen i ni ystyried ystod eang o ffactorau mewn perthynas â'r rhaglen hon a rhaglenni eraill, gan gynnwys pwerau statudol, er mwyn pennu sut y caiff y dulliau buddsoddi eu datblygu a'u strwythuro i gyflawni cynlluniau gwerth gorau.

#### Cysoni'r gyllideb â'r Rhaglen Lywodraethu

36. Cytunwyd ar y dyraniad cyllidebol presennol gan Gynulliad Cenedlaethol Cymru ym mis Rhagfyr 2014. Cymeradwywyd y dyraniad yn unol â blaenoriaethau Llywodraeth Cymru fel y'u nodir yn y Rhaglen Lywodraethu.

#### Rhagor o fanylion ynghylch sut y caiff y gronfa wrth gefn o £25 miliwn ar gyfer rhoi deddfwriaeth ar waith ei gwario

37. Mae Deddf Cyllid y GIG (Cymru) yn rhoi'r sail i fwy o gynllunio hyblyg yn y tymor canolig ac, ar yr un pryd, yn newid y ddyletswydd statudol i fantoli'r gyllideb dros gyfnod o 12 mis i ddyletswydd i fantoli'r gyllideb dros gyfnod o dair blynedd. Defnyddir y gronfa wrth gefn o £25 miliwn i gefnogi'r gyfundrefn gynllunio fwy hyblyg, drwy alluogi sefydliadau i gael gafael ar arian ad-daladwy er mwyn lleddfu'r pwysau ariannol rhwng blynyddoedd a/neu at ddibenion buddsoddi ymlaen llaw.

#### Cronfa Gofal Canolraddol

38. Roedd Cyllideb Derfynol Llywodraeth Cymru ar gyfer 2014-15 yn cynnwys cynigion i greu Cronfa Gofal Canolraddol. Mae'r Gronfa yn cynnwys gwerth £35 miliwn o refeniw (y mae £5 miliwn yn ymwneud â'r Gronfa Cydweithredu Rhanbarthol sy'n bodoli eisoes) a £15 miliwn o arian cyfalaf. Deilliodd y Gronfa hon o'r Cytundeb ynghylch y Gyllideb rhwng Llywodraeth Cymru, Plaid Cymru a Democratiaid Rhyddfrydol Cymru. Neilltuwyd arian refeniw i'r Prif Grŵp Gwariant Llywodraeth Leol a chyfalaf i'r Prif Grŵp Gwariant Tai ac Adfywio.

39. Cyhoeddodd Gweinidogion Ddatganiad Ysgrifenedig er mwyn cyhoeddi'r arian rhanbarthol yn ffurfiol. Nododd y datganiad hwn gynigion a gyflwynwyd gan bob un o'r chwe rhanbarth - Caerdydd a'r Fro, Cwm Taf, y Gorllewin a'r Canolbarth, Bae'r Gorllewin a Gwent. Aseswyd y cynigion hyn yn erbyn meini prawf eang yn ymwneud ag integreiddio, gweddnewid, trefniadau newydd/ychwanegol, buddiannau, pwysigrwydd strategol a threfniadau llywodraethu. O ganlyniad, hysbyswyd y rhanbarthau bod y cynigion hyn wedi'u cymeradwyo i gael arian ym mis Ebrill.

40. Mae'n rhy gynnar dadansoddi cynnydd pob cynnig ar hyn o bryd, ond bydd swyddogion yn parhau i fonitro gweithgarwch yn agos ac i gyfarfod ag arweinwyr rhanbarthol. Mae cymhlethdod y cynlluniau hefyd yn ei gwneud yn anodd diffinio unrhyw wariant o'r Gronfa ar sail darpariaethau iechyd yn unig. Fodd bynnag, mae'r Gronfa'n adeiladu ar arfer da sy'n bodoli eisoes ac yn sicrhau y caiff gwasanaethau mwy integredig eu darparu ledled Cymru. Er enghraifft, gall ganiatáu ar gyfer arian ysgogi er mwyn cynorthwyo gyda gwaith gweddnewid a

newid, treialu modelau darparu newydd, dileu rhwystrau, fel yr angen i sicrhau arian cychwynnol, ac ymrwymïadau gan nifer o sefydliadau.

### **Cyllideb Atodol 2014-15**

41. Yr unig newidiadau sy'n cael eu gweithredu yn y gyllideb atodol gyntaf ar gyfer 2014-15 i Brif Grŵp Gwariant AIGC yw newidiadau i'r cyllidebau Gwariant a Reolir yn Flynyddol. Mae'n ofynnol i Fyrddau Iechyd Lleol ac Ymddiriedolaethau'r GIG ddarparu rhagolygon rheolaidd o'u gofynion ariannu o ran Gwariant a Reolir yn Flynyddol.

➤ **Lleihad mewn gwerth– cynnydd o £4.605 miliwn**

Mae'r gofynion ariannu ar gyfer lleihad mewn gwerth yn amrywio yn dibynnu ar yr adeg y cwblhawyd y cynlluniau cyfalaf a phrisïadau cysylltiedig, a newidiadau mewn mynegeion prisio.

➤ **Darpariaethau - cynnydd o £10.000 miliwn**

Mae arian darpariaethau yn ymwneud â'r gofynion o ran blaenddarpariaethau a ragwelwyd ar gyfer Cronfa Risg Cymru, a aseswyd o'r gronfa ddata hawliadau a gynhelir gan Wasanaethau Cronfa Risg Cymru Partneriaeth Cydwasanaethau GIG Cymru.

*(DS: Nid yw'r cynnydd hwn yn effeithio ar wariant Cronfa Risg Cymru o dan Gyllideb Terfyn Gwariant Adrannol yr Adran)*

Mae'r ffigurau diwygiedig yn adlewyrchu'r rhagolygon diweddaraf a gafwyd ac a gofnodwyd fel rhan o broses Amcangyfrifon y DU i Drysorlys EM.

# Eitem 10

Yn rhinwedd paragraff(au) vi o Reol Sefydlog 17.42

Mae cyfyngiadau ar y ddogfen hon



Ein cyf/Our ref LF/MD/0711/14

David Rees AC  
Cadeirydd y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol  
HSCCommittee@wales.gov.uk

4 Medi 2014

Annwyl David,

**Cynnig Cydsyniad Deddfwriaethol Atodol (LCM) y Bil Cyfiawnder Troseddol a Llysoedd – trosedd Camdriniaeth neu Esgeulustod Bwriadol**

Diolch am y llythyr at Gwenda Thomas AC yn gofyn am eglurhad ar faterion yn ymwneud â'r Cynnig Cydsyniad Deddfwriaethol Atodol. Gan y byddaf i'n arwain y ddadl, roedd yn briodol i mi ymateb i'ch ymholiadau.

Ers imi osod y Cynnig Cydsyniad Deddfwriaethol ar 24 Mehefin 2014, mae'r Prif Weinidog wedi amlinellu'r blaenoriaethau deddfwriaethol ar gyfer y Cynulliad dros y flwyddyn nesaf. Yn y cyhoeddiad hwn, ar 15 Gorffennaf, cyhoeddodd y Prif Weinidog Fil i ddatblygu'r gyfundrefn rheoleiddio ar arolygu i amddiffyn a hyrwyddo lles pobl yng Nghymru sydd â'r angen mwyaf am ofal a chymorth.

Ni roddwyd sylw yn y Memorandwm Cydsyniad Deddfwriaethol i'r gorgyffwrdd rhwng y troseddau hyn a'r Bil Rheoleiddio ac Arolygu sydd ar y gweill. Gobeithio y bydd o gymorth i'r pwyllgor imi roi amlinelliad o fy marn i a barn y Dirprwy Weinidog Gwasanaethau Cymdeithasol.

O ran gweithwyr gofal cymdeithasol, byddai'r ddarpariaeth ar gyfer trosedd o'r fath o fewn sgôp y Bil Rheoleiddio ac Arolygu arfaethedig. Mae'r Bil yn ymwneud â rheoleiddio darparwyr gofal cymdeithasol a'r gweithlu gofal cymdeithasol. Fodd bynnag, mae wedi'i gyfyngu'n unig i ofal cymdeithasol tra bod y drosedd a gyflwynwyd ym Mil Llywodraeth y DU yn berthnasol i ofal cymdeithasol ac iechyd.

Nid oes unrhyw cyfle i ddeddfu mewn perthynas â gweithwyr gofal iechyd yn ystod tymor y Cynulliad hwn. Mae'n fwy ansicr byth a fydd cyfle o'r fath yn codi yn ystod y Cynulliad nesaf, a byddai'n golygu bod nifer o flynyddoedd cyn y gellir cyflwyno trosedd mewn perthynas â gweithwyr gofal iechyd beth bynnag. Yn ychwanegol at hyn, pe bai'r troseddau'n cael eu cyflwyno mewn dau fil ar wahân, un ar gyfer iechyd ac un ar gyfer gofal cymdeithasol, nid oes sicrwydd y byddai'r troseddau'n cael eu cyflwyno yn union yr un fath. Am y rhesymau hyn rwyf innau a'r Dirprwy Weinidog o'r farn ei bod yn iawn i'r darpariaethau ym Mil y DU, sy'n cyflwyno'r troseddau hyn, fod yn berthnasol i Gymru yn ogystal â Lloegr, yn amodol ar gytundeb y Cynulliad. Rwyf felly wedi gosod Cynnig Cydsyniad Deddfwriaethol gerbron y Cynulliad yn gofyn am ei gydsyniad i gyflwyno trosedd mewn perthynas â gweithwyr gofal



iechyd a gweithwyr gofal cymdeithasol drwy Fil Cyfiawnder Troseddol a Llysoedd Llywodraeth y DU.

Mewn ymateb i'ch ymholiadau eraill:

Mae "Darparu Gofal Diogel, Gofal Tosturiol" yn nodi ymateb Llywodraeth Cymru i Adroddiad Robert Francis i'r digwyddiadau yn Ymddiriedolaeth Sefydledig GIG Canolbarth Swydd Stafford. Mae'n dangos ein hymrwymiad i ddarparu gofal diogel a thosturiol i bawb sy'n defnyddio ein gwasanaethau. Nod Llywodraeth Cymru yw sicrhau bod gennym ddiwylliant sy'n canolbwyntio ar anghenion a hawliau cleifion bob amser. Mae Darparu Gofal Diogel, Gofal Tosturiol yn sôn am yr angen i ddatblygu anoddefgarwch o ofal annerbyniol. Felly mae cyflwyno trosedd o'r fath yn ategu polisi Llywodraeth Cymru.

Yn y Gwasanaethau Cymdeithasol Cynaliadwy, a gyhoeddwyd yn 2011, nododd y Dirprwy Weinidog Gwasanaethau Cymdeithasol yr egwyddorion ar y ffordd ymlaen ar gyfer datblygu gofal cymdeithasol. Un o'r egwyddorion allweddol oedd diogelwch, a fynegwyd fel hyn: "Mae gennym oll, yn hen ac yn ifanc, yr hawl i gael ein diogelu rhag niwed ac esgeulustod lle gellir ei osgoi."

Bydd cyflwyno'r drosedd hon yn cyfrannu at fodloni'r egwyddor hon, a'r nodau polisi sylfaenol sy'n llifo ohono, drwy egluro na fydd esgeulustod bwriadol yn cael ei oddef yn ein system gofal cymdeithasol. Bydd yn rhan o fframwaith deddfwriaethol ehangach sy'n amddiffyn dinasyddion rhag camdriniaeth ac esgeulustod mewn gofal cymdeithasol. Ym maes gofal iechyd a gofal cymdeithasol bydd yn cyfleu neges ac yn darparu arf ataliol i'r rhai sy'n gweithio mewn iechyd a gofal cymdeithasol y gallant gael eu dal i gyfrif drwy broses droseddol.

Yn ymgynghoriad yr Adran Iechyd ar ran Cymru a Lloegr tynnwyd sylw at y ffaith y bydd gweithwyr gofal mewn lleoliadau gofal iechyd eithriedig yn dal i fod yn agored i adran 1 o Ddeddf Plant a Phobl Ifanc 1933. Mae'r adran hon yn ei gwneud yn drosedd i unrhyw un sy'n gyfrifol am blentyn neu berson ifanc dan 16 ymosod yn fwriadol arno, ei gam-drin, ei esgeuluso, cefnu arno neu wneud y plentyn i ddioddef yn ddiangen neu niweidio ei iechyd. Roedd yr Adran Addysg yn Lloegr o'r farn nad oedd angen ymestyn sgôp y drosedd y tu hwnt i leoliadau gofal iechyd ffurfiol gan y gellid dal i gyfrif weithiwr gofal sy'n darparu gofal iechyd yn un o'r gwasanaethau a lleoliadau eithriedig os digwydd iddynt gam-drin neu esgeuluso eu claf yn fwriadol, gan fod yr achosion posibl yn gyfyngedig a bod digon o gamau diogelu eisoes yn bodoli yn yr amgylchiadau hynny.

Nid yw eithrio awdurdodau lleol o sgôp trosedd y darparwr gofal yn eithriad cyffredinol. Mae'n eithriad yn yr achosion hyn yn unig - mewn perthynas ag arfer eu swyddogaethau addysg, eu swyddogaeth wrth sicrhau digon o ofal plant yn eu hardal o dan Ran 2 o Ddeddf Gofal Plant 2006, neu mewn perthynas ag arfer eu swyddogaethau gwasanaethau cymdeithasol gyda phlant. Gall hyn gynnwys pan fydd gwasanaethau, a all fod yn ofal iechyd, yn cael eu cynnwys fel rhan o becyn integredig o wasanaethau a bennir gan yr awdurdod lleol neu ei asiant, wedi'i deilwra i anghenion plentyn arbennig.

Mae'r eithriad hwn yn cael ei gynnwys ar gais yr Adran Addysg yn Lloegr, er mwyn darparu cysondeb o safbwynt lleoliadau a gwasanaethau plant nad ydynt yn ymwneud ag iechyd, ac er mwyn eithrio atebolrwydd mewn amgylchiadau lle mae elfen yn unig o ofal iechyd yn y trefniadau a wneir gan awdurdod lleol wrth arfer ei swyddogaethau gwasanaethau cymdeithasol. Fodd bynnag, gall awdurdod lleol fod yn atebol o dan drosedd y darparwr gofal mewn perthynas ag arfer ei swyddogaethau sy'n ymwneud â gofal cymdeithasol oedolion, diogelu oedolion sy'n agored i niwed, etc.

Hyderaf fod hyn yn egluro'r pwyntiau pwysig a godwyd gennych.

Yn gywir

A handwritten signature in black ink that reads "Mark Drakeford". The signature is written in a cursive style with a large initial 'M'.

**Mark Drakeford AC / AM**

Y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol  
Minister for Health and Social Services



Mae cyfyngiadau ar y ddogfen hon