
ASTUDIAETH GOFAL IECHYD CANOLBARTH CYMRU

Adroddiad
ar gyfer Llywodraeth Cymru

Marcus Longley, Mark Llewellyn, Tony Beddow a Rhys Evans
Athrofa Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru - Prifysgol De Cymru

Medi 2014

wihsc



CYNNWYS

DIOLCHIADAU	IV
RHAGAIR	V
CRYNODEB GWEITHREDOL.....	VI
A. RHAGARWEINIAD A METHODOLEG	12
1. BLE MAE 'CANOLBARTH CYMRU'?	12
2. SIALENSIAU O GYFLENWI GOFAL IECHYD MEWN LLEOLIADAU GWLEDIG	13
2.1 CYD-DDIBYRNAETH O FEWN Y SYSTEM GOFAL IECHYD	15
3. DULL O FYND ATI I YMDRIN Â'R ASTUDIAETH.....	17
3.1 DADANSODDI DOGFENNAU	19
3.2 CASGLU TYSTIOLAETH O FANNAU ERAILL	19
3.3 YMGYSYLLTU'N UNIONGYRCHOL Â'R BOBL YNG NGHANOLBARTH CYMRU	19
4. NATUR YR ADRODDIAD	21
B. CYD-DESTUN	22
1. DEMOGRAFFEG	22
1.1 CEREDIGION.....	22
1.2 POWYS.....	23
1.3 GWYNEDD.....	25
2. ADOLYGIAD LLENYDDIAETH	26
2.1 PROBLEMAU CYFFREDINOL SY'N WYNEBU CYMUNEDAU CEFN GWLAD.....	26
2.2 MYNEDIAD.....	27
2.3 CYFLENWI GWASANAETH.....	28
2.4 MATERION Y GWEITHLU.....	31
3. CYD-DESTUN POLISI A PHRACTIS.....	31
3.1 HYFFORDDIANT MEDDYGOL	31
3.2 YSBYTAI.....	33
3.3 GOFAL SYLFAENOL.....	35
3.4 GOFAL IECHYD GWLEDIG YNG NGHYMURU	35
4. CYNLLUNIAU BYRDDAU IECHYD YNG NGHANOLBARTH CYMRU	40
4.1 HYWEL DDA	40
4.2 POWYS.....	43
4.3 BETSI CADWALADR.....	45
4.4 DARPARIAETH O LOEGR	45
C. BARN Y CYHOEDD YNG NGHANOLBARTH CYMRU	46
1. PRYDERON AM YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS.....	48
2. TEITHIO	51
3. GWASANAETHAU'N CAEL EU SYMUD ALLAN O'R ARDAL	53
4. DIOGELWCH A LLES	54
5. DIFFYG EMPATHI AR RAN Y RHAI SY'N GWNEUD Y PENDERFYNIADAU	55

6.	DIFFYG DULL STRATEGAETH GYDLYNOL O DDELIO Â GOFAL IECHYD.....	56
7.	CYNALIADWYEDD	58
8.	MATERION ERAILL	59
D.	SYSTEMAU GOFAL IECHYD GWLEDIG TU ALLAN I GYMRU	63
1.	GOFAL IECHYD GWLEDIG YN YR ALBAN	63
1.1	ARRAN	65
1.2	SKYE (YR YNYS HIR)	66
1.3	YSBYTAI CYFFREDINOL GWLEDIG	67
1.4	ELGIN	68
1.5	RECRIWTIO A HYFFORDDIANT.....	68
1.6	RHWYDWEITHIAU CLINIGOL A REOLIR.....	71
2.	GOFAL IECHYD GWLEDIG YNG NGWEDDILL Y BYD	73
2.1	MATERION TRAWSTORIAD, CYSYNIADAU A FFRAMWEITHIAU	74
2.2	MODELAU AR WAITH	77
2.3	CRYNODEB.....	83
E.	CYFLENWI GOFAL IECHYD YNG NGHANOLBARTH CYMRU	85
1.	ADALW BRYB/BRYSBENNU A CHLUDIANT	85
1.1	GOFAL LLE MAE AMSER YN HOLLBWYSIG – ‘AWR EURAID’?.....	86
1.2	GWASANAETHAU AMBIWLANS BRYB.....	87
1.3	ADALW BRYB A GWASANAETH TROSGLWYDDO (EMRTS).....	87
2.	CLUDIANT HEB FOD YN ACHOS BRYB	89
3.	GWNEUD PENDERFYNIADAU A STRWYTHURAU PROFFESIYNOL.....	89
3.1	BYRDDAU IECHYD	89
3.2	RHWYDWEITHIAU CLINIGOL	90
3.3	‘BOTH OLWYN A SBOCSEN’	90
3.4	RÔL Y CYNGOR MEDDYGOL CYFFREDINOL, Y COLEGAU MEDDYGOL BRENHINOL A’R DEONDAI....	91
4.	TELEFEDDYGAETH A’I DDEFNYDD YNG NGHYMRU	92
4.1	TELEFEDDYGAETH, TELEIECHYD A THELEOFAL.....	92
4.2	EFFEITHIAU TELEFEDDYGAETH	93
4.3	TELEFEDDYGAETH YNG NGHYMRU	94
5.	RHAI MATHAU O ARBENIGEDDAU	96
5.1	LLAWFEDDYGAETH YN YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS	96
5.2	ANAESTHETEG YN YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS	102
5.3	BYDWREIGIAETH, OBSTETREG A GYNAECOLEG	102
5.4	CARDIOLEG YN YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS	104
5.5	CANSER.....	107
5.6	IECHYD MEDDWL.....	108
5.7	YSBYTAI CYMUNED.....	110
5.8	GOFAL SYLFAENOL A CHYMUNEDOL.....	111
6.	EGLURDER A SICRWYDD	116
F.	CASGLIADAU	118
1.	CALON Y MATER	118
2.	GWASANAETHAU SYLFAENOL A CHYMUNEDOL.....	119
3.	GWASANAETHAU GOFAL EILAIDD.....	121

4.	STAFFIO GOFAL EILAIDD	124
5.	GWELLA MYNEDIAD	125
5.1	ADALW MEDDYGOL BRYD.....	126
5.2	MYNEDIAD ARFEROL AR GYFER APWYNTIADAU NEU YMWELIADAU.....	127
5.3	GALLU'R GWASANAETH AMBIWLANS.....	127
5.4	YR IAITH GYMRAEG.....	127
5.5	TELEIECHYD	128
6.	GWASANAETHAU IECHYD MEDDWL	128
7.	ACHOSI I NEWID DDIGWYDD.....	129
7.1	TREFN LYWODRAETHOL	129
7.2	YMGLYMIAD Y CYHOEDD.....	130
8.	Y CAMAU NESAF	130
G.	ARGYMHELLION.....	132
	ATODIAD 1 · CYFRIFOLDEBAU AR DRAWS Y SYSTEM GOFAL IECHYD	135
	ATODIAD 2 · MODEL GOFAL IECHYD MEWN CYMUNEDAU GWLEDIG	136
	ATODIAD 3 · DOSBARTHIAD TREFOL/GWLEDIG LLYWODRAETH YR ALBAN	137
	ATODIAD 4 · YSBYTAI CYMUNED 'NHS HIGHLAND'.....	138
	ATODIAD 5 · 'NHS SCOTLAND' – LEFELAU GOFAL HEB EI DREFNU	144
	ATODIAD 6 · STRWYTHUR ARFAETHEDIG STAFF MANNAU ANGHYSBELL A GWLEDIG YN YR ALBAN.....	145
	ATODIAD 7 · TABLAU DATA A FFIGYRAU.....	147
	ATODIAD 8 · STAFF MEDDYGOL YMGYNGHOROL WEDI'U LLEOLI YN YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS - BIP HYWEL DDA.....	162
	ATODIAD 9 · GWASANAETHAU SY'N YMWELD AG YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS – BIP HYWEL DDA	163
	ATODIAD 10 · GWASANAETHAU YSBYTY CYMUNED, CEREDIGION – BIP HYWEL DDA.....	164
	ATODIAD 11 · GWASANAETHAU YSBYTY CYMUNED – MEIRIONNYDD, BIP BETSI CADWALADR	171
	ATODIAD 12 · YMGLYMU'R CYHOEDD: ELFENNAU DULL NEWYDD O FYND ATI	174
	ATODIAD 13 · YMATEB BWRDD IECHYD PRIFYSGOL HYWEL DDA I ASTUDIAETH GOFAL IECHYD CANOLBARTH CYMRU	179
	ATODIAD 14 · YMATEB COLEG BRNEHINOL Y FFIGYRAU I ASTUDIAETH GOFAL IECHYD CANOLBARTH CYMRU.....	187
	ATODIAD 15 · CYFEIRIADAETH	193

DIOLCHIADAU

Mae nifer o bobl, grwpiau a sefydliadau y mae rhaid i mi ddiolch iddyn nhw ar y cychwyn cyntaf.

Yn bennaf, rydyn ni'n hynod o ddiolchgar i aelodau o'r cyhoedd ar hyd a lled Canolbarth Cymru a gymerodd ran lawn yn amcanion yr astudiaeth. Roedd gan lawer o'r bobl hyn brofiad personol uniongyrchol o gyflenwi a derbyn gofal iechyd yng Nghanolbarth Cymru ac roedd ac y mae eu brwdfrydedd dros rannu eu storïau yn amlwg. Bu nifer o bobl a grwpiau lleol yn ystyried y materion hyn ers blynyddoedd ac rydyn ni'n arbennig o ddiolchgar iddyn nhw am ddelio â thîm yr astudiaeth yn gwrtais gan barchu'r Cylch Gorchwyl ac annibyniaeth y tîm astudiaeth bob amser.

Mae ein dyled yn fawr hefyd i nifer fawr o glinigwyr lleol, yn feddygon, yn nyrsys, therapyddion, technegwyr – a rheolwyr cyffredinol a gweinyddwyr eraill a rannodd eu barn yn onest ynghyd â'r dystiolaeth am y sefyllfa gyfredol ac roedd cael safbwynt rheng flaen ar y sialensiau yn eu hwynebu o gymorth mawr i ni.

Bu'r tîm astudiaeth yn cydweithio'n agos gyda ac maen nhw wedi derbyn cymorth drwy gydol y broses gan y tri Bwrdd Iechyd sy'n gwasanaethu'r rhan hon o Gymru: Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda, Bwrdd Iechyd addysgu Powys a Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr. Rydyn ni'n arbennig o ddiolchgar am waith caled iawn y rhai a ddaeth â'r data i ni, y data hynny y seiliwyd llawer o'r adroddiad arno.

Mae nifer o bobl eraill o'r tu allan i Gymru y dylen ni eu cydnabod hefyd. Mae'r tîm astudiaeth wedi gwneud defnydd helaeth o brofiad cydweithwyr yn Yr Alban yn enwedig lle gwelwyd tebygrwydd rhwng y sialensiau yno a'r rhai yn wynebu Canolbarth Cymru. Rhoddon nhw o'u hamser yn hael a phob amser yn barod i rannu dogfennaeth a barn a fu'n hanfodol i ni ddod i'n casgliadau. Cymerodd nifer o sefydliadau eraill ran yn ein hastudiaeth hefyd ac unwaith eto rydyn ni'n ddiolchgar iddyn nhw am hyn. Ymhlith y rhain roedd y Colegau Brenhinol a Chynghorau Tref a sefydliadau ar draws amrediad o wahanol fuddiannau - i drafod naill ai amodau meddygol neu grwpiau demograffig.

Rydyn ni hefyd yn ddyledus i Lywodraeth Cymru am ein comisiynu i wneud y gwaith hwn a gobeithio y bydd y cyfraniad hwn yn cwrdd nid yn unig â'r Amodau Gorchwyl ond hefyd yn effeithio ac yn dylanwadu'n sylweddol a pharhaol ar y ddarpariaeth o wasanaethau gofal iechyd ar draws Canolbarth Cymru yn y dyfodol

Dylid nodi mai gwaith y tîm astudiaeth yn gyfan gwbl ydy'r adroddiad hwn a daethpwyd at y casgliadau yn annibynnol heb unrhyw ddylanwad allanol. Argymhellwn y'r adroddiad i chi.

TIM ASTUDIAETH GOFAL IECHYD CANOLBARTH CYMRU

Yr Athro Marcus Longley
Dr Mark Llewellyn
Professor Tony Beddow
Rhys Evans
Dr Patrick Coyle
Dr Juping Yu
Dr Elizabeth Folkes
Dr Susanna Kimani
Marina McDonald
Ceri Jenkins

Athrofa Iechyd a Gofal CymDeithasol Cymu (WIHSC) · Medi 2014

RHAGAIR

Mae pobl yng Nghanolbarth Cymru yn dymuno cael gwasanaeth iechyd sy'n darparu gwasanaethau uchel eu hansawdd, diogel a hygyrch sy'n gynaliadwy. Yn hyn y beth dydyn nhw ddim yn wahanol i'w cyd-ddinasyddion ym mhob man arall. Maen nhw'n sylweddoli nad yw'n ymarferol cael pob gwasanaeth arbenigol posibl ar garreg eu drws, ond daeth hi'n glir yn ystod yr astudiaeth eu bod yn disgwyl dau beth: y dylai gwasanaethau iechyd sylfaenol Canolbarth Cymru fod cystal â'r hyn ydyn nhw mewn mannau eraill; a dylai eu hanghenion fod yr un mor bwysig i'r GIG â'r rhai yn rhannau mwy poblog o'r wlad.

Mae'r astudiaeth hon yn ystyried sut gellir gwireddu'r disgwyliadau hyn. Yn amlwg, mae sialensiau mawr yn wynebu gwasanaethau yng Nghanolbarth Cymru. I'w datrys mae angen syniadau newydd am y dull o gyflenwi gofal yn yr ardaloedd gwledig; mae angen i bobl gyd-drafod y manylion; ac mae angen ffocws a phenderfyniad. Dydy hyn ddim yn golygu triniaeth arbennig: mae'n golygu dod o hyd i atebion gwahanol i wahanol broblemau, heb gyfaddawdu ar ansawdd y gofal.

Bu'r astudiaeth hon yn rhyfeddol o galonogol. Mewn cyfnod o ddifaterwch ac ymddieithrio o ran y cyhoedd, cawson ni ein cyffwrdd gan angerdd ac ymrwymiad pobl i wasanaeth sy'n golygu llawer iddyn nhw a gan ba mor ddifrifol y maen nhw wedi ystyried y materion hyn. Cyfrannodd bron i 1,000 o bobl i'r astudiaeth mewn amrywiaeth o ffyrdd dros yr wyth mis diwethaf. Ym mhob ardal – ymhlith grwpiau cymunedol a grwpiau o gleifion, clinigwyr a rheolwyr ar hyd a lled Canolbarth Cymru – buon ni'n ddigon ffodus i weithio gyda phobl sydd wir yn pryderu am ddyfodol eu GIG, yn gallu gweld y peryglon sydd yn ei wynebu ac am ddarganfod dulliau newydd o ddelio gyda'r peryglon hynny. Diolch iddyn nhw am eu help brwdfrydig. Mae angen arweinyddiaeth ar Ganolbarth Cymru nawr i chwalu'r amheuan a'r drwgdybiaethau sydd wedi codi ac i weithredu atebion ymarferol i'r problemau hyn.

Y newyddion canologol ydy bod sefyllfa gofal yng Nghanolbarth Cymru yn parhau yn un iach: dydy cleifion ddim yn derbyn triniaeth eilradd. Ond ni fydd y sefyllfa hon yn parhau heb i bethau newid. Mae'r adroddiad yn gorffen gyda deuddeg argymhelliad a ddylai adfer hyder y cyhoedd yn nyfodol eu gwasanaeth iechyd.



Yr Athro Marcus Longley

Cyfarwyddwr Astudiaeth Gofal Iechyd Canolbarth Cymru

Cyfarwyddwr Athrofa Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru (WIHSC) ac Athro Polisi Iechyd Cymhwysol, Prifysgol De Cymru

CRYNODEB GWEITHREDOL

Comisiynodd Llywodraeth Cymru Athrofa Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru i ystyried yr opsiynau ar gyfer darparu gwasanaeth gofal iechyd uchel ei safon a chynaliadwy yng Nghanolbarth Cymru. Roedd gwahanol anghenion cymunedau gwledig a sialensiau traws-ffiniau y rhanbarth hwn yn awgrymu bod angen adolygu'r system.

Treuliodd y tîm astudiaeth wyth mis yn gwrandao ar bobl ar draws Canolbarth Cymru, yn gweithio'n ddwys gyda chlinigwyr, Byrddau Iechyd, cyrff proffesiynol a llawer eraill, gan ystyried y gwersi a ddysgwyd gan ardaloedd eraill o'r DU ac yn rhyngwladol lle deliwyd â sialensiau tebyg.

GWASANAETHAU SYLFAENOL A CHYMUNEDOL

Mae Gofal Iechyd tu allan i ysbytai yng Nghanolbarth Cymru, fel mewn mannau eraill, ynghanol cael eu hadinio'n strategol. Ymhlith pethau eraill, mae angen datblygu swyddogaethau newydd i reoli cyflyrau hir-dymor, mae angen ail-ystyried y ffiniau rhwng gofal sylfaenol ac eilaidd a iechyd a gofal cymdeithasol, ac mae angen datblygu parhaus a sylweddol ar isadeiledd y gofal a geir tu allan i'r ysbyty. Yn y cyfamser, mae angen delio â phroblemau difrifol ym maes recriwtio a chyllido. Mae'r Cynllun Gofal Sylfaenol cenedlaethol newydd yn rhan bwysig o'r ffordd ymlaen. Yn lleol, mae sgôp i feddygfeydd gydweithio'n agosach, datblygu'r cysyniad o 'Feddyg Cefn Gwlad', ehangu nifer y meddygon teulu cyflogedig ac ystyried o'r newydd sut i greu cyfleoedd ychwanegol gyda thâl ar gyfer meddygon teulu. Rhoddir sylw sylweddol i'r angen i adnewyddu cynllun hyfforddi galwedigaethol meddyg teulu a rôl ysbytai cymuned yn cynorthwyo gofal cymunedol ehangach. Cydnabyddir bod gan y Byrddau Iechyd rôl hanfodol i ysgogi ac i fod yn sail i'r syniadau hyn, ac i weithio gyda gofal sylfaenol a chymunedol i roi'r cyfryw newid ar waith. Derbynnir mai grwpiau lleol o feddygon teulu a staff eraill ydy'r prif gyfrwng i ail-lunio'r ddarpariaeth, ac maen nhw wedi datblygu ar wahanol gyflymder ar draws ardaloedd y tri Bwrdd Iechyd. Mae'r goreuon yn rhannu eu hadnoddau, yn meddwl yn greadigol ac yn dylanwadu ar agweddau eraill o'r system gofal. Mae llawer mwy o waith i'w wneud, er enghraifft, rhannu risg, cydrannu adnoddau, cwrdd â'r lefelau staffio gofynnol, ystyried rolau newydd a gwella'r ystâd.

GWASANAETHAU GOFAL EILAIDD

Yn gyfredol, mae dau ysbyty cyffredinol, un yn Aberystwyth a'r llall yn yr Amwythig – yn darparu mwyafrif o'r gofal eilaidd ar gyfer Canolbarth Cymru, gyda chysylltiadau pwysig gyda nifer o ysbytai eraill ymhellach i ffwrdd. Mae'r astudiaeth hon wedi ffocysu'n benodol ar batrwm gofal eilaidd Ysbyty Cyffredinol Bronglais. Bydd rhaid i Fwrdd Iechyd addysg Powys gynnal rhagor o waith i gynllunio i ad-drefnu'r gwasanaethau y mae Lloegr yn eu darparu – yn enwedig yn Sir Amwythig ac oddiyno – sy'n gwasanaethu rhan fawr o ddwyrain Canolbarth Cymru. Mae cynlluniau sydd ar y gweill yn Lloegr i ad-drefnu rhai o'r gwasanaethau yn berthnasol yma; mae hefyd yn bosibl y gallai Bronglais (ac eraill) ddatblygu modelau gwasanaeth sy'n arbennig o ddeniadol i feddygon teulu a chleifion yn rhannau dwyreiniol o Ganolbarth Cymru. Fodd bynnag, mae'n anodd ar hyn o bryd i ddychmygu symudiad o anfon cleifion o Loegr i Fronglais.

O ran Ysbyty Cyffredinol Bronglais, gallai chwe gwasanaeth allweddol lunio'i ddyfodol:

- Ni ddylid disgwyl i uwch staff weithio ar wahân yn gymharol ynysig yn broffesiynol;
- Dylai fod digon o staff priodol ar gael bob amser;
- Rhaid darparu staff llanw (*cover*) ar gyfer staff allweddol pan fyddan nhw i ffwrdd;
- Rhaid bod cyfleusterau o ansawdd da ar gael i ddelio ag unrhywbeth annisgwyl;
- Ni ddylid disgwyl i staff weithio tu allan i'w maes arbenigol; a

- Rhaid ei bod yn bosiblo i gynnal y gwasanaeth hyd y gellir ei ragweld.

Mae nifer o ddatblygiadau defnyddiol ar y gweill yng ngweddill y GIG, datblygiadau sy'n cynnig syniadau newydd am chwe maen prawf y gwasanaeth. Mae angen trafodaethau lleol i ategu hyn, trafodaethau a fydd yn cynnwys clinigwyr ym Mronglais a mannau eraill yn eu rhwydweithiau clinigol. Ym maes cardioleg, dydy'r adolygiad a gomisiynwyd gan Goleg Brenhinol y Ffisigwyr ddim yn cynnig sail boddhaol i symud ymlaen gydag ad-drefnu gwasanaethau ar draws Hywel Dda. Dangosodd trafodaethau a drefnwyd fel rhan o'r astudiaeth hon faint o'r meini tramgwydd ymarferol yn erbyn cyflawni'r chwe maen prawf gwasanaeth y gellir eu goresgyn. Cynhelir sesiwn bellach fis Hydref i gychwyn trafodaethau ym maes llawdrinaeth; mae angen gwaith pellach ar ddyfodol gwasanaethau mamolaeth ac obstetreg.

Un dull amlwg i ddelio â'r cyfan o'r chwe maen prawf gwasanaeth ydy datblygu rhwydweithiau clinigol. Ceir enghreifftiau rhagorol o rwydweithiau fel hyn yn gweithio'n dda i Ganollbarth Cymru ac yn enwedig i Ysbyty Bronglais; ond hefyd ceir enghreifftiau lle mae'r trefniadau wedi cael trafferthion. Mae angen bod yn fwy eglur am lwybrau cleifion a pha ysbytai ydy'r 'both olwyn' a pha ysbyty sy'n 'sbocsen', yn seiliedig ar yr hyn sydd orau i'r claf yn hytrach na'r hyn sy'n weinyddol gyfleus yn nhyb rhai.

Yn amlwg, mae gan y Byrddau Iechyd rôl allweddol i'w chwarae ymhob un o'r darpar drafodaethau hyn. Isod, byddwn yn trafod sut i atgyfnerthu cyd-ymdrechion y tri Bwrdd Iechyd; ond yn ogystal â hyn, bydd angen i Hywel Dda reoli ei wasanaethau eilaidd yn y dull gorau i gwrdd ag anghenion y boblogaeth (o'r tri Bwrdd Iechyd) y mae'n ei gwasanaethu. Mynegwyd cryn bryder gan glinigwyr, y cyhoedd a budd-ddeiliaid eraill am fwriadau ymddangosiadol Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda ynglŷn ag Ysbyty Cyffredinol Bronglais ac am yr anawsterau o weithio gyda'r Bwrdd ar y materion hyn a materion eraill. Mynegodd nifer o glinigwyr lleol a rhai cyrff proffesiynol allanol bryder a'u rhwystredigaeth nad oedd Y Bwrdd wedi rheoli rhai agweddau o'r ddarpariaeth gyfredol a heb fynd i'r afael â rhai o'r problemau amlwg yn ddigon trylwyr ac egnïol, er enghraifft, sicrhau bod y rhwydweithiau clinigol cyfredol yn gweithio'n effeithiol. Roedd diffyg barn glir am ddyfodol Bronglais yn cymhlethu'r canfyddiadau hyn ymhellach a thrwy hynny yn cynyddu ofnau pobl.

Yn y cyd-destun hwn, croesewir y cyflwyniad ar ddiwedd gwaith yr astudiaeth hon gan dîm gweithredol Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda mewn cydweithrediad agos ag uwch glinigwyr yn fawr iawn, *'Sylwadau Amlinellol Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda i gefnogi Astudiaeth Canolbarth Cymru'*. Mae'n delio nid yn unig â darparu gwasanaethau eilaidd ond yn gwneud datganiadau defnyddiol iawn am eu disgwyliadau am y dyfodol, yn enwedig o ran Ysbyty Cyffredinol Bronglais. Bydd hyn yn sail gadarn i gyfnod o ymgysylltu dwys gyda'r holl fudd-ddeiliaid, yn enwedig gyda chlinigwyr lleol a'r cyrff proffesiynol.

STAFFIO GOFAL EILAIDD

Mae model staffio meddygol Ysbyty Cyffredinol Bronglais yn un anarferol, gyda lefelau uchel o fewnbwn gan ymgynghorwyr a staff heb fod yn hyfforddi. Yn aml mae'n gofyn am rotas 'ar alwad' beichus, patrymau anarferol gwaith, cymhwysedd mewn ystod ehangach na'r arfer o sgiliau clinigol a mynediad cyfyng iawn i'r gronfa o feddygon sydd o dan hyfforddiant, y mae'r mwyafrif o ysbytai yn dibynnu arnyn nhw. Yr effaith ydy ei bod hi'n fwy anodd recriwtio staff. Mae ansicrwydd a fydd hi'n bosibl parhau i recriwtio o dan y fath fodel.

Yr ateb ydy dull deuol o fynd ati, ystyried pob posibilrwydd o dargedu ymgeiswyr tebygol i'w recriwtio ac yr un pryd creu barn gredadwy ac optimistaidd o gyflenwi gwasanaeth yn y dyfodol. Cafwyd ymateb positif iawn gan y Ddeoniaeth Ôl-radd a'r Ysgol Feddygol yn ogystal â'r Colegau Brenhinol perthnasol, a Rhaglen Iechyd Cydweithredol De Cymru a chlinigwyr lleol yn yr astudiaeth hon sy'n argoeli'n dda ar gyfer y dyfodol.

Yn anochel, prif bwnc pob trafodaeth ar anawsterau staffio ydy'r angen i recriwtio a chadw digon o

feddygon, ond mae gan grwpiau eraill eu sialensiau hefyd.. Mynegwyd pryder am ymarferoldeb hyfforddi nyrsys yn y dyfodol, er enghraifft, gan ffocysu ar yr angen i sicrhau bod darpar nyrsys yn cael eu recriwtio o Ganolbarth Cymru ac yn gallu gwneud y rhan fwyaf o'u hyfforddiant yno, er mwyn eu hannog i aros yn y rhanbarth ar ôl cymhwyso.

GWELLA MYNEDIAD

Mae daearyddiaeth Canolbarth Cymru yn siarad drosto'i hun. Mae angen i'r Byrddau Iechyd ailddyblu eu hymdrechion i ddileu unrhyw deithiau diangen ar gyfer cleifion drwy:

- Sicrhau bod yr elfennau hynny o lwybr cleifion y gellir eu cyflenwi'n lleol yn cael eu cyflenwi'n lleol;
- Trefnu clinigau a gwasanaethau eraill i gydnabod anawsterau cludiant;
- Rhoi dewis i'r claf o leoliad eu gofal arbenigol;
- Darparu gwybodaeth gyfredol a manwl ar gyfer y cleifion a'u teuluoedd ar faterion megis cludiant cyhoeddus, llety addas dros nos ar gyfer ymwelwyr ayb; a
- Gwneud llawer mwy o ddefnydd o deleiechyd – tanddefnyddir hyn yn sylweddol yng Nghanolbarth Cymru.

Mae gan y gwasanaeth ambiwlans rôl bwysig iawn i'w chwarae yn asesu anghenion cleifion cyn mynd â nhw i'r ysbyty ac mae datblygu'r uwch sgiliau hyn yn y gwasanaeth yn amlwg yn fanteisiol mewn ardaloedd gwledig. Mae datblygiad Gwasanaeth Adalw Meddygol Brys a Gwasanaeth Triniaeth ar gyfer Cymru yn rhywbeth i'w groesawu ond ni fydd yn effeithio'n sylweddol ar batrwm cyffredinol gofal yng Nghanolbarth Cymru hyd y gellir ei ragweld.

Dylai anghenion pobl gyda 'nodweddion gwarchoddedig' fod yn waelodol i'r holl ystyriaethau hyn. Yn benodol, mae'r GIG yng Nghanolbarth Cymru yn cael trafferth i sicrhau bod pobl sy'n dymuno cael mynediad i wasanaethau drwy gyfrwng y Gymraeg yn gallu gwneud hynny'n hawdd.

GWASANAETHAU IECHYD MEDDWL

Gwnaed cynnydd sylweddol mewn datblygu gwasanaethau iechyd meddwl ar draws y rhanbarth, ond mae angen rhagor o waith ar rai elfennau – yn enwedig mynediad i ofal brys yng Ngogledd Powys, mynediad i gyfleusterau cleifion preswyl mewn ysbytai ar draws y rhanbarth a darparu gofal ar gyfer pobl â dementia.

SICRHAU BOD PETHAU'N NEWID

Mae'r trefniadau cyfredol ar gyfer cynllunio strategol a chyd-gyflenwi ar draws Canolbarth Cymru yn eitha cymhleth, a does dim un corff yn ei 'berchnogi. Mae tri Bwrdd Iechyd yn rhannol gyfrifol am Ganolbarth Cymru; mewn dau achos– Betsi Cadwaladr a Hywel Dda – dim ond cyfran gymharol fechan o'u holl boblogaeth a chleifion sy'n croesi ffiniau gweinyddol yn aml. Ar hyn o bryd, does dim peirianwaith effeithiol yn bodoli a fyddai'n sicrhau bod y tri Bwrdd Iechyd- ynghyd â'u gwasanaeth ambiwlans a'u partneriaid GIG yn Lloegr - yn cyd-drefnu eu cynllunio. Mae angen cynllunio grymus a'r gallu clinigol i fynd i'r afael â'r amrywiol dasgau a ddisgrifir yn yr adroddiad hwn, gan gynnwys:

- Darparu arweinyddiaeth i feddwl am iechyd cefn gwlad, i ystyried modelau newydd o ofal sy'n addas ar gyfer anghenion Canolbarth Cymru ym maes gofal sylfaenol/cymunedol ac eilaidd, ac i bontio'r bwlg rhwng gofal iechyd a gofal cymdeithasol a sut y gellir eu cyflenwi, gan ystyried profiadau manau eraill;
- Delio â'r gwahanol broblemau yn ymwneud ag hyfforddi, recriwtio a chadw staff, problemau a fyddai, fel arall, yn tanseilio unrhyw ddarpariaeth, arwain trafodaethau ar y pynciau hyn gyda chyrff megis y Colegau Brenhinol, y Ddeoniaeth Ôl-radd ac ystyried dulliau newydd o ddenu

ymgeiswyr da i Ganolbarth Cymru;

- Cael y rhwydweithiau clinigol i weithio'n iawn a monitro'u perfformiad ar gyfer Canolbarth Cymru yn erbyn meini prawf perthnasol ar sail deilliannau;
- Sicrhau bod holl elfennau'r system yn lleol yn gweithio'n dda gyda'i gilydd ar draws Canolbarth Cymru – gan gynnwys gofal iechyd sylfaenol/cymunedol ac eilaidd (Cymru a Lloegr), llywodraeth leol a phob trydydd sector a'r sectorau annibynnol, darparwyr cludiant;
- Arwain proses ymglymiad o ddifrif gyda'r cyhoedd a gyda'r staff, proses a fydd yn sefydlu ymddiriedaeth a chyfathrebu hawdd, yn creu cyfle i gyd-benderfynu, delio â bylchau yn y wybodaeth ac yn manteisio i'r eithaf ar adnoddau sylweddol cymdeithas wâr; a
- darparu arweinyddiaeth leol weladwy, hygyrch sy'n adfer hyder pobl bod eu GIG yn gweithredu er eu lles nhw.

Yn fyr, mae angen i gyrff y GIG adeiladu ymddiriedaeth a chreu model gwasanaeth a fydd yn gweithio yn y rhan hon o Gymru. Mae'r ddau beth yn dibynnu ar ei gilydd.

Yng Nghanolbarth Cymru, mae angen corff gyda mwy o ddylanwad, corff ag atebolrwydd cadarnach a chorff sy'n fwy gweledol gyda'r adnoddau a'r aelodaeth ar gyfer y dasg a amlinellwyd uchod (y teitl gwaith: **Grŵp Gofal Iechyd Cydweithredol Canolbarth Cymru**). Gallai lunio bwriadau comisiynu'r tri Bwrdd Iechyd a bod yn atebol i'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol am ei waith neu i'r Dirprwy Weinidog Iechyd. Mae angen ystyried ei gyfansoddiad yn fanwl ond model da fyddai Cyd-Bwyllgor o'r tri Bwrdd Iechyd, yn cynnwys Cadeirydd a Phrif Weithredwr pob un a Chadeirydd annibynnol wedi'i b/phenodi gan y Gweinidog ar gyfer y Cyd-Bwyllgor. Ar y cyfryw bwyllgor byddai aelodau lleol, rôl gadarn i'r clystyrau o feddygon teulu/cymunedol sy'n gwasanaethau Canolbarth Cymru a chynrychiolwyr yr awdurdodau lleol, y trydydd sector ac Ymddiriedolaeth y Gwasanaethau Ambiwylans. Yr un mor bwysig fyddai cynrychiolaeth o'r Colegau Brenhinol, y Ddeoniaeth Ôl-radd a'r gymuned ymchwil. Dylid bod yn atebol i'r tri Bwrdd Iechyd a hefyd i Lywodraeth Cymru ac i fecanweithiau archwilio a geir mewn llywodraeth leol

Y CAMAU NESAF

Mewn nifer o fannau yn y rhanbarth cafwyd lefel uchel o ddrwgdybiaeth, camddealltwriaeth a phryder ynglŷn â chynlluniau'r Byrddau Iechyd ar gyfer dyfodol y gwasanaeth gofal iechyd, ac yn enwedig o ran Bronglais. Teimlai llawer o bobl – yn arbennig yn ardaloedd Hywel Dda a Betsi Cadwaladr – eu bod wedi'u hynysu a'u hanghofio gan yr awdurdodau. Ymddangosai iddyn nhw nad oedd un o'r cyrff oedd yn gyfrifol am eu gofal naill ai'n barod neu heb y gallu i ddatrys y broblem o gwrdd â'u hanghenion.

Rhaid ystyried bod mynd i'r afael â'r sefyllfa hon yn fater uchel ei flaenoriaeth ar gyfer Grŵp newydd Gofal Iechyd Cydweithredol Canolbarth Cymru. Rydyn ni'n amlinellu elfennau allweddol dull gwahanol o fynd ati:

I grynhoi:

- Mae gofal sylfaenol yng Nghanolbarth Cymru eisoes yn wynebu sialensiau difrifol, a allai waethygu heb gyfuniad o weithredu lleol a chenedlaethol
- Dylai Ysbyty Cyffredinol Bronglais barhau i fod yn ganolfan allweddol ar gyfer gofal eilaidd cyhyd ag y gellir ei ragweld, ond mae angen newidiadau sylweddol yn y dulliau o weithio
- Gall y Byrddau Iechyd wneud mwy i leihau effaith teithio ar gleifion
- Mae angen arweinyddiaeth newydd, fydd yn dod â'r tri Bwrdd Iechyd ac eraill at ei gilydd er mwyn symud y set gymhleth hon o newidiadau yn ei blaen ac adfer hyder y cyhoedd yn nyfodol y gwasanaethau.

ARGYMHELLION

Yn fwriadol ni wneir nifer fawr o argymhellion, ond mae pob un angen arweinyddiaeth, ymdrech fawr a gweithredu'n wirioneddol gyflym:

1. Dylai'r tri Bwrdd Iechyd sefydlu cyd-fecanwaith ar gyfer trefn lywodraethu (teitl gwaith: **Grŵp Gofal Iechyd Cydweithredol Canolbarth Cymru**) fel a ddisgrifir yn yr adroddiad hwn, er mwyn gweithredu nifer o'r argymhellion isod.
2. Dylid sefydlu sail newydd **ymglymiad y cyhoedd** yng Nghanolbarth Cymru a'i gyd-drefnu gan Grŵp Gofal Iechyd Cydweithredol Canolbarth Cymru.
3. Dylai'r tri Bwrdd Iechyd ailddyblu eu hymdrechion i fynd i'r afael â'r pwysau sy'n wynebu'r sector **gofal sylfaenol lleol**, gan ddatblygu gwasanaethau ategol, creu modelau newydd, rhannu swyddogaethau a darparu cymorth busnes, ystyried modelau trefniadaeth newydd ar gyfer meddygfeydd a, lle bo'n bosibl, darparu cymorth ariannol a dargedwyd. Mae manteision i'w cael os bydd y Byrddau yn cyd-drefnu eu hymdrechion i gwrdd ag amgylchiadau penodol Canolbarth Cymru ac ystyried rhannu datrysiadau lle bo'n briodol.
4. Dylai **Cynllun Gofal Sylfaenol** cenedlaethol Llywodraeth Cymru ddelio â'r lliaws sialensiau cyffredin a systematig y mae'r sector gofal sylfaenol; yn eu hwynebu, sialensiau sydd tu hwnt i sgôp y Byrddau Iechyd.
5. Dylai Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda, gyda chymorth y ddau Fwrdd Iechyd arall gadarnhau ei weledigaeth o **ddarpar rôl strategol Ysbyty Cyffredinol Bronglais** a'r cyfeiriad strategol y mae'n bwriadu ei ddilyn. Mae cyflwyniad y Bwrdd Iechyd i'r astudiaeth hon (Atodiad 13) yn sail da ar gyfer y cyfryw weledigaeth. Wedyn, bydd angen ystyried yn fanwl y llwybr ac opsiynau gwasanaeth ond bod hynny'n ddigon penodol i dawelu meddwl darpar staff a'r staff cyfredol a'r cyhoedd y bydd yr ysbyty yn parhau i fod yn ganolfan aciwt a bydd darpariaeth brys a darpariaeth heb fod â brys yn mynd i'r afael â phroblemau bod yn anghysbell. Dylai nodi'r meini prawf y mae rhaid eu cyflawni, ar sail y Chwe Maen Prawf Gwasanaeth a geir yn yr adroddiad hwn (Gweler Tabl F3.1, Adran F).
6. Dylai staff clinigol ymhob maes arbenigol fod yn cymryd rhan weithredol mewn **trafodaethau clinigol** gyda'u cydweithwyr am sut y dylid datblygu gwasanaethau. Bydd angen i Fwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda, yn gweithio ar ran Grŵp Gofal Iechyd Cydweithredol Canolbarth Cymru, arwain a hwyluso'r broses. Rhaid mynd i'r afael ag anawsterau'r berthynas rhwng yr ysbytai a dylai gynnwys cynrychiolwyr o'r sector gofal sylfaenol, y Colegau Brenhinol, y Ddeoniaeth a'r darparwyr gwasanaeth o'r Alban a mannau eraill sydd wedi delio'n llwyddiannus â rhai agweddau o ddarpariaeth gofal aciwt gwledig. Dylai'r broses hon, gan gynnwys adolygiadau gan .gyrff proffesiynol, ddelio â materion penodol i arbenigedd (gweler isod) ond hefyd eu cyd-ddibyniaeth a'r cysyllteddau gyda gofal cyn-ysbyty a rhwng ysbytai a'i gilydd, ynghyd â llwybrau cleifion. Mae'n bwysig bod y Colegau Brenhinol meddygol yn cymryd rhan yn y gwaith hwn, ynghyd â chyrrff gwybodus proffesiynau eraill.
7. Dylid cychwyn nawr ar y gwaith pellach o archwilio'r opsiynau ar gyfer darparu gwasanaethau **cardioleg** yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais, gwaith a fydd yn ystyried ystod eang yr amgylchiadau sy'n bodoli yn yr ysbyty hwn a gwerthuso dulliau gwahanol o sefydlu'r math o gymorth rhwydwaith clinigol sydd ei angen. Dylai hyn adeiladu ar y trafodaethau cychwynnol a gynhaliwyd fel rhan o'r astudiaeth hon a chyflwyniad Coleg Brenhinol y Ffisigwyr i'r astudiaeth hon (gweler Atodiad 14), y ddau yn cynnig sail i fod yn optimistaidd bod atebion eraill yn werth eu hystyried.
8. Dylid cynnal proses debyg o ran **llawfeddygaeth gyffredinol**, yn adeiladu ar y trafodaethau a agorwyd yn yr Astudiaeth hon a'u cynnal ym mis Hydref 2014 ac ar gyfer gwasanaethau **mamolaeth ac obstetreg** yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais.

9. Dylid dileu **teithiau diangen i gael mynediad i ofal** drwy gyd-archwilio'n gynhwysfawr y llwybrau perthnasol er mwyn sicrhau bod gofal yn cael ei ddarparu yn nes at gartref cleifion; trefnir clinigau ac unrhyw ddarpariaeth arall i liniaru anawsterau teithio; anogir cleifion i ddewis opsiynau sy'n cydfynd â'i hanghenion, a darperir gwybodaeth ar gyfer cleifion ac ymwelwyr i'w helpu i gael mynediad i wasanaethau anghysbell. Bydd angen ymdrech ar y cyd i sicrhau hyn, ymdrech fydd yn croesi ffiniau ysbyty a Byrddau Iechyd.
10. Dylid cefnogi a hyrwyddo cynlluniau i ddatblygu **uwch sgiliau yn y gwasanaeth ambiwlans** yng Nghanolbarth Cymru.
11. Dylid cael cyd-ymdrech gan y tri Bwrdd Iechyd i ganfod y cyfleoedd i wneud llawer mwy o ddefnydd o **dele-iechyd** a phenderfyniad i'w weithredu yn y dyfodol agos.
12. Dylai'r tri Bwrdd Iechyd, gan gydweithio gyda phrifysgolion lleol ac eraill ddatblygu a chynorthwyo canolfan ragoriaeth mewn **gofal iechyd cefn gwlad**, gyda ffocws arbennig ar ymchwil, datblygu a lledaenu tystiolaeth ym maes ymchwil i'r gwasanaeth iechyd sy'n delio â sialensiau penodol Canolbarth Cymru. Mae potensial yn hyn o beth i gynnal gwaith o bwysigrwydd rhyngwladol. Dylid trefnu **cynhadledd** uchel ei phroffil yng Nghanolbarth Cymru fel y disgrifir yn yr adroddiad hwn, ar unwaith.

A. RHAGARWEINIAD A METHODOLEG

Rydyn ni'n teimlo ei bod yn bwysig bod yr adroddiad hwn yn cychwyn wrth ddiffinio'r ardal dan ystyriaeth, natur y system rydyn ni'n ei hastudio ac yn darparu darlun cywir o'r prosesau ymchwil a gynhaliwyd yn ystod yr astudiaeth.

1. BLE MAE 'CANOLBARTH CYMRU'?

Doedd ein Hamodau Gorchwyl ddim yn diffinio Canolbarth Cymru ar ein cyfer ac felly dydyn ni ddim wedi cynnig diffinad. Yn rhannol oherwydd nad oedden ni'n credu mai ein gwaith ni oedd hyn – datgan bod ardaloedd o fewn ystod neu tu allan i ystod ein gwaith – na chwaith doedden ni ddim am anwybyddu na gwrthod unrhyw sylw gan bobl oedd â rhywbeth perthnasol i'w ddweud oherwydd eu cod post.

Sylweddolwn hefyd ei fod, ac y bydd, yn bwnc llosg, yn enwedig pan ddaw i'n adeg cynllunio a chyflenwi atebion i'r sialensiau a ddisgrifir yn y ddogfen hon.

Er mawr syndod, yn ystod y gwaith hwn ychydig iawn o bobl a ofynnodd 'Ble mae 'Canolbarth Cymru'? Nid yn annisgwyl, mae consensws am yr ardaloedd hynny sy'n ddigamsyniol yng Nghanolbarth Cymru (Aberystwyth, Machynlleth, Y Drenewydd a Llandrindod). Ond y ffiniau ar gyrion yr ardal sydd braidd yn aneglur (Aberhonddu, Caerfyrddin, Blaenau Ffestiniog).

Er mwyn chwilio am fodolau tebyg o gyflenwi gwasanaeth ar gyfer yr adroddiad hwn roedd rhaid i ni ystyried nodweddion allweddol yr ardal ac mae'r mwyafrif yn dueddol o gytuno mai ardal wledig ydy hi yn ei hanfod. Mae natur wledig yr ardal yn bwysig oherwydd mai hyn sydd i gyfrif am gymaint o'r sialensiau penodol, sef unigedd, gofynion cludiant, diffyg más critigol ayb. Ac eto mae yna hyd yn oed anghydweld am y term 'gwledig'/'cefn gwlad'.

Mae cyfarwyddyd Llywodraeth Cymru¹ yn datgan yn glir:

“Er bod y cwestiwn yn un syml, mae nifer o agweddau i’r ateb. Mae nifer o ffyrdd synhwyrol i ystyried yr hyn ydy natur wledig.” “Does dim un diffiniad unigol sy’n gymwys ar gyfer pob pwrpas. Mae llawer o opsiynau a allai fod yn fwy neu’n llai priodol mewn gwahanol amgylchiadau.”

Mae'r cyfarwyddyd yn mynd ymlaen i drafod nodweddion ardal denau ei phoblogaeth, y defnydd o'r tir, mynediad i wasanaethau a maint aneddiadau fel dulliau o ddiffinio a ydy ardal yn wledig ai peidio. Yn wir, defnyddir rhai o'r ffactorau hyn yn yr adroddiad hwn, yn arbennig i roi syniad o debygrwydd rhwng ardaloedd tu allan i Gymru a'r ardal dan sylw. Ond, dydyn ni ddim yn defnyddio diffiniad penodol o'r gair 'gwledig'/'cefn gwlad' yn yr adroddiad hwn oherwydd nad astudiaeth o'r Gymru wledig mo hon; astudiaeth yn canolbwyntio ar Ganolbarth Cymru ydy hi. Fel y cyfryw, gallai fod nifer o'r enghreifftiau o arloesedd a drafodir yn y ddogfen hon yn berthnasol i ardaloedd gwledig Cymru sydd tu allan i ardal Canolbarth Cymru. Mae eraill, cyn yr adroddiad hwn, eisoes wedi ceisio diffinio'r ardal ac yn wir ceisio ei diffinio ar gyfer yr adroddiad hwn. Mae nifer o ymatebwyr wedi cynnig eu diffiniadau eu hunain a mapiau i ni sydd wedi bod yn gyfraniadau defnyddiol iawn.

Fodd bynnag, penderfynon ni fabwysiadu cyn ddisgrifiad o Ganolbarth Cymru, disgrifiad a gydnabuwyd yn ffurfiol at bwrpas yr astudiaeth hon. Yn ystod Cynulliad Cenedlaethol cyntaf Cymru, sefydlwyd 'Pwyllgor Rhanbarthol Canolbarth Cymru'.² Diffiniodd y Pwyllgor Ganolbarth Cymru fel ardal sy'n:

¹ <http://wales.gov.uk/docs/statistics/2008/080313sb102008en.pdf>

² <http://www.assemblywales.org/en/bus-home/archive-business/bus-second-assembly/2-mwr/Pages/bus-committees-second-mwr-committee.aspx>

“cynnwys Ceredigion, Powys a'r ardal o Wynedd sy'n cynnwys cyn ddsbarth Meirionnydd ”

Bydd diffinio unrhyw ranbarth neu ardal yn bwnc dadleuol bob amser, ond bydd gwybod ble mae Canolbarth Cymru mewn gwirionedd yn gynyddol bwysig wrth i'r gwaith hwn fynd yn ei flaen. Yr hyn mae'n ei olygu ydy bod Canolbarth Cymru, yn ôl y diffiniad hwn ac at bwrpas yr astudiaeth hon yn ardal ddaearyddol eang, ardal a wasanaethir gan dri Bwrdd Iechyd gwahanol:

- Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda
- Bwrdd Iechyd addysgu Powys; a
- Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr.

Mae hyn yn gyd-destun pwysig ar gyfer yr hyn sydd yn dilyn ac fel y dywedodd ymatebydd o'r Alban mewn cyfweiliad ar gyfer yr astudiaeth hon, “os nad ydych yn benodol am leoliad eich ymchwil, sut gallwch chi fod yn sicr pwy sy'n gyfrifol am y camau gweithredu sydd eu hangen?”

2. SIALENSIAU O GYFLENWI GOFAL IECHYD MEWN LLEOLIADAU GWLEDIG

Mae llawer o sialensiau yn effeithio ar gyflenwi gofal iechyd mewn cymunedau gwledig. Mae'r adran hon yn adleisio themâu'r adolygiad llenyddiaeth ac ystyriaeth o ddogfennaeth polisi iechyd gwledig yn gynt.

Yn gyntaf, mae poblogaethau trefi a phentrefi gwledig yn gymharol fach o'u cymharu â dinasoedd a threfi mwy Cymru a weithiau mae'r heolydd a'r cysylltiadau trên rhyngddyn nhw'n anodd. Mae hyn yn sialens i'r rhai sy'n eu cyflenwi ac yn anodd i'r rhai sy'n ceisio'u defnyddio o ran y pellter o ganolfannau sefydlog neu'r amser teithio i ymweld â chleifion yn eu cartrefi.

Fel enghraifft o hyn, un o'r dulliau awgrymwyd o fesur natur wledig yng nghanllawiau Llywodraeth Cymru³ oedd ystyried mynediad i wasanaethau. Mae'r ffigyrau isod yn dangos y nifer o gleifion cofrestredig yn ardaloedd Canolbarth Cymru sydd wedi gorfod teithio dros 15 munud yn y car dim ond i weld Meddyg Teulu.

TABL A2.1 · AMSEROEDD TEITHIO I WELD MEDDYG TEULU, CANOLBARTH CYMRU

Ffynhonnell: Arsyllfa Iechyd y Cyhoedd Cymru, Proffiliau Clwstwr Meddygon Teulu, 2013⁴

Bwrdd Iechyd	Ardal	Cyfanswm nifer y cleifion cofrestredig	Cleifion >15 munud o'u Meddyg Teulu	
			Nifer	Canran
Powys	Gogledd Powys	64,690	14,650	22.6%
	Canol Powys	28,730	6,290	21.9%
	De Powys	42,250	5,390	11.9%
Betsi Cadwaladr	Meirionnydd	32,090	5,580	17.4%
Hywel Dda	Gogledd Ceredigion	48,080	8,120	16.9%
	De Ceredigion	48,050	8,030	16.7%
CYFANSWM		263,890	48,060	18.2%

³ <http://wales.gov.uk/docs/statistics/2008/080313sb102008en.pdf>

⁴ <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/922/page/67714>. Mae Tabl B1.3 isod yn rhoi rhagor o wybodaeth am berchnogaeth ceir modur ym Mhowys.

Ym Mhowys mae rhaid i 19.4% o gleifion (bron yn un o bob pump) deithio dros 15 munud ond mae'r broblem yn llawer mwy difrifol yng ngogledd y sir (22.6% o gleifion cofrestredig) nag ydyw yn y de (11.9%). Mae'r ffigyrau ar gyfer Meirionnydd (17.4%) a Cheredigion (16.8%) yn debyg heb fawr o wahaniaeth rhwng Gogledd a De Ceredigion.

At ei gilydd, mae dros 48,000 o gleifion cofrestredig yn yr ardaloedd hyn yng Nghanolbarth Cymru sydd yn gorfod teithio dros dri deg munud i gadw apwyntiad meddyg ac i ddychwelyd adref. Byddai rhaid cynnwys ac ystyried yr amser aros a'r amser a dreuliodd gyda'r Meddyg i gael darlun cywirach o'r amser sydd ei angen i weld Meddyg Teulu. Dydy'r ystadegau hyn ddim chwaith yn rhoi gwybodaeth a oes car ar gael iddyn nhw ei ddefnyddio. Mae darpar ganlyniadau amlwg i hyn gan y bydd y claf yn ystyried yr ymrwymiad teithio a'r amser wrth geisio gwneud apwyntiad ac felly, y potensial i beidio â chwilio am ymyrraeth gynnar.

Yn ail, mae cadw neu gaffael y staff medrus angenrheidiol yn aml yn golygu perswadio Meddygon Teulu, ymgynghorwyr, bydwagedd, nyrsys (mewn ysbyty, meddygfa ac yn y gymuned), radiograffyddion ac eraill i sylweddoli beth ydy manteision dull gwledig o fyw. Mewn llawer o achosion, mae angen cynyddol i'r cyfryw staff symud o glymdrefi mwy o ran maint lle maen nhw'n derbyn hyfforddiant ar hyn o bryd a lle maen nhw a'u teuluoedd yn teimlo'n gartrefol. Yn broffesiynol hefyd, pwysleisiodd droeon bod manteision ac anfanteision i bractis proffesiynol mwy annibynnol mewn cymunedau o'r fath ac mae clinigwyr sy'n cael eu temtio i ystyried cyfnewid practis trefol prysur am sialensiau gwahanol y cymunedau mwy anghysbell yn gweld pethau'n wahanol.

Yn drydydd, yn anochel mae graddfa'r gwaith mewn sefyllfa wledig ynghlwm wrth faint y boblogaeth dan sylw ac mae hyn yn golygu nad ydy'r gwasanaethau yn ddigon ystywyth i ddelio â sefyllfaoedd lle mae staff medrus yn gadael neu'n absennol am gyfnodau oherwydd salwch, hyfforddiant neu ddatblygiad personol.

Yn bedwerydd, fel y trafodir yn nes ymlaen yn yr adroddiad hwn, mae datblygiadau yn y modd y mae rhai rhannau o'r proffesiwn meddygol yn ystyried y ffordd orau i gyflenwi gofal ysbyty yn effeithio'n uniongyrchol ar allu'r GIG i gynnal gofal ysbyty aciwt. Yn syml, y duedd dros yr 20 mlynedd diwethaf ym mhrif arbenigedd llawfeddygaeth a meddygol ysbyty ydy mwy o arbenigo. Er enghraifft, rhannwyd llawfeddygon orthopaedig cyffredinol yn arbenigwyr y penglin, y glun, yr ysgwydd, llaw a'r asgwrn cefn Ym maes llawfeddygaeth gyffredinol hefyd arbenigedd y colorectal, y fron, y thoracs ac is arbenigeddau eraill. Mae is-rannu arbenigedd fel hyn wedi gwella ansawdd y llawfeddygaeth ac yn sgil hynny y canlyniadau ar gyfer cleifion sy'n derbyn y cyfryw wasanaethau (gostyngiad yng nghyfraddau marwolaethau a morbidrwydd) ond yn yr amser cyfyngedig oedd ar gael ar gyfer yr astudiaeth hon, dydy WIHSC ddim wedi gallu asesu sut mae datblygiadau o'r fath wedi effeithio ar ganlyniadau ar draws yr holl system ofal. Fodd bynnag, dydy WIHSC ddim wedi dod ar draws unrhyw dystiolaeth bod y newid yn y broses o recriwtio, hyfforddi a datblygu staff meddygol – yn enwedig mewn arferion ysbyty ym maes arbenigeddau meddygol a llawfeddygol – wedi digwydd ar ôl ystyried eu heffaith cyffredinol ar draws yr holl system ofal.

Canlyniad arbenigo fel hyn oedd bod angen i bob arbenigwr wasanaethu poblogaeth lawer mwy na'r meddygon cyffredinol blaenorol. Atgof pell ydy'r dyddiau lle roedd Ysbyty Cyffredinol Ardal gyda 300 o welyau yn gofalu am 200,000 o bobl gyda thri llawfeddyg cyffredinol, tri ffigiwr ac un neu ddau o llawfeddygon orthopaedig. Nawr, mae nifer o is-arbenigwyr yn ceisio gweithio gyda'i gilydd ond mae clwstwr o sgiliau fel hyn yn galw am ddalgych ehangach o boblogaeth. Ar ben hynny, mae cymhlethdod peth o'r gofal angen arbenigedd clinigol arall – cymorth gydag anaestheteg a diagnosis – er mwyn manteisio i'r eithaf ar arbenigedd medrus. Yn anochel, tuedd cynyddu arbenigo ydy canolbwyntio mwy a mwy o wasanaethau ar lai a llai o ysbytai sydd yn eu tro yn dueddol o gael eu lleoli mewn dinasoedd a threfi mwy Cymru.

Effaith hyn ar gymunedau cefn gwlad ydy symud nifer o wasanaethau ysbyty allan o ysbytai lleol a'u gosod filltiroedd i ffwrdd. Fel y nodwyd uchod, ymateb polisi ydy cynnig dau ateb cyffredinol i'r duedd hon – a thybio na ellir gwrthsefyll pwysau o'r fath oddi fewn i'r proffesiwn meddygol na'i addasu i gwrdd ag anghenion cymunedau gwledig. Rhaid derbyn bod rhaid i boblogaethau gwledig deithio ymhellach i dderbyn gofal arbenigol i leoliad y cyfryw ofal. Ymateb arall ydy ystyried a ellir cadw'r sgiliau arbenigol hynny yn yr ardaloedd gwledig neu ddod â nhw i mewn i'r ardaloedd gwledig drwy amrywiaeth o newidiadau yn y modd y mae staff meddygol yn cael eu hyfforddi, eu defnyddio a sut caiff eu sgiliau proffesiynol eu gloywi. Gellir gwneud hyn drwy wneud mwy o ddefnydd o dele-fyddyaeth a chylchdroi neu 'hedfan-i-mewn' y timau meddygol a thrwy sesiynau cyfnodol cynlluniedig o uwch raddio sgiliau timoedd clinigol gwledig drwy fynd ar ymlyniad i ysbytai mwy o ran maint.

Yn bumed, wrth i bellter daearyddol rhwng staff a leolir mewn ysbyty a staff iechyd yn y gymuned gynyddu mae'n llai tebygol y bydd y ddau fath o staff yn cymysgu'n gymdeithasol a phroffesiynol. Mae hyn yn lleihau cyfleoedd i gyfnewid ac adeiladu ymddiriedaeth a dealltwriaeth rhyngddyn nhw.

Yn chweched, mae cleifion gyda mân anafiadau neu salwch yn gyfarwydd â galw i mewn i ganolfannau cyhoeddus ar gyfer triniaeth tu allan i oriau arferol, hyd yn oed os na luniwyd y cyfryw leoliadau i gyflenwi gofal o'r fath. Mae trigolion yn dal i ystyried ysbytai lleol yn fannau lle mae gofal o'r fath ar gael ac mae ymateb i'r gofynion hyn mewn modd diogel wedi profi'n her.

2.1 CYD-DDIBYNIETH O FEWN Y SYSTEM GOFAL IECHYD

Mae cyflenwi gofal iechyd da yn dibynnu ar set gymleth o gyd-ddibyniaethau clinigol sydd eisoes wedi'u sefydlu ar draws yr holl system. Yn yr adran hon ceir braslun o'r prif rai.

RHWNG GOFAL SYLFAENOL A GOFAL EILAIDD

Er 1948, mae'r GIG wedi dibynnu ar berthynas broffesiynol rhwng gofal sylfaenol (meddygon teulu a gwasanaethau eraill yn y gymuned) a gofal eilaidd (ysbytai) – rhwng meddygon ar y cychwyn cyntaf ac yn ddiweddarach rhwng set ehangach o staff proffesiynol yn gweithio yn y ddau faes gofal megis nyrsys ardal a nyrsys practis a staff adfer. Gwasanaethau meddygon teulu sy'n cyflenwi'r rhan fwyaf o ofal parhaus i gleifion, gan gynnwys cyngor ar gadw'n iach, rhaglenni sgrinio a brechu a hefyd delio gydag achosion brys tu allan i oriau arferol. Yn aml, bydd meddygon teulu yn penderfynu bod angen i glaf fynd i ysbyty i dderbyn gwasanaethau a gofal y staff yno, naill ai i ddiagnosisio neu i drin cyflwr arbennig neu i gynghori'r Meddyg Teulu ar y gofal parhaus sydd angen ar glaf.

Elfen allweddol o bractis cyffredinol da ydy'r gallu i ganfod pryd mae angen gwasanaethau ysbyty ond hefyd pa rannau o'r gwasanaeth hwnnw sydd eu hangen. Yn aml, gellir trefnu i gleifion gael eu diagnosisio mewn ysbyty drwy eu hanfon i'r adran allanol, i'r adran belydr-X a phatholeg a chynllunio hyn fel rhan o gynllun bwriadol i ddod o hyd i wraidd yr hyn sy'n pryderu'r claf. Weithiau mae rhaid trefnu ar frys yn achos cleifion sy'n ddifrifol sâl ac angen sylw arbenigol ar frys.

Mae'r gwasanaeth ysbyty yn dibynnu ar Feddygon Teulu i drefnu'r gofal y gallan nhw ei gynnig i'w cleifion er mwyn cadw'r galw ar wasanaethau ysbyty i lawr cyn ised â phosibl. Gall tan-gyfeirio a gor-gyfeirio cleifion i ofal eilaidd olygu goblygiadau anffafriol i'r cleifion ac i wasanaeth yr ysbyty. Mae gofyn canfod bod angen gofal ysbyty ar glaf yn fuan a'i gyfeirio i adran briodol yr ysbyty tra byddai pobl y dylid rheoli eu cyflwr o fewn y maes gofal sylfaenol yn cael cysur o wybod nad oes angen iddyn nhw fynd i'r ysbyty. Hefyd, mae gofalu am gleifion sy'n dychwelyd adref o'r ysbyty – efallai am ofal hir-dymor o gyflwr cronig neu derfynol - yn rhan bwysig o bractis cyffredinol.

O FEWN Y SECTOR GOFAL EILAIDD

Os bydd cleifion yn dewis cael eu cyfeirio ymlaen at ymgynghorydd i gael barn ar y gofal mae'r Meddyg

Teulu yn ei gynnig neu am ddiagnosis, neu fynd i'r ysbyty am archwiliad neu driniaeth, yn aml mae gofal da mewn ysbyty yn defnyddio sgiliau nifer o arbenigwyr clinigol. Os bydd gofyn am brofion diagnostig, bydd angen sgiliau dehongli a diagnostig y gwasanaeth patholeg (technegwyr a meddygon maes biocemeg, haematoleg, firoleg er enghraifft), neu angen technegau sganio a thechnegau eraill yr adran radioleg.

Gallai Meddygon Teulu gyfeirio claf yn hollol ddidwyll at ymgynghorydd yn un o ganghennau meddygaeth (cardioleg, clefyd y frest, adferiad, clefyd siwgr ayb) dim ond i ddarganfod bod profion diagnostig manwl yn dangos bod rhaid trosglwyddo'r claf i ofal ffisigwr neu lawfeddyg arall – neu i ddau (neu fwy) o ymgynghorwyr gyfuno'u sgiliau i gwrdd ag anghenion penodol y claf. Mae hyn yn digwydd weithiau yn achos clefion sydd eisoes yn dioddef o nifer o gyflyrau ac sydd angen triniaeth ar gyfer cyflwr neu anaf newydd. Mae rheolaeth feddygol, mewn rhai achosion yn elwa o gael fferyllwyr profiadol wrth law a all helpu i lunio trefn ar gyfer claf sydd angen cymryd llawer o feddyginiaeth.

Os bydd angen llawdriniaeth, rhaid i lawfeddygon ac anaesthegwyr gydweithio i sicrhau'r canlyniad gorau – weithiau'n galw am dechnegau a sgiliau anaestetig penodol (er enghraifft, wrth ofalu am ferched beichiog neu os bydd angen llawdriniaeth fawr ac yn sgil hynny angen gofal a rheolaeth dwys ôl-driniaeth). Er mwyn cwrdd â holl anghenion gwahanol gofal clefion – drwy weithdrefnau diagnostig ac yn enwedig os oes angen gofal ar y claf – mae sgiliau a phrofiad y staff nyrsio yn hanfodol bwysig i les a gwellhad y claf. Mae'n ofynnol i ysbytai heddiw gael cnewyllyn o nyrsys profiadol yn hyddysg yn y dasg o reoli clefion gydag anghenion cymhleth a/neu anghenion gofal dwys.

Yn olaf, yn aml, bydd angen cynllunio wrth ryddhau claf o'r ysbyty a threfnu ôl ofal gan y Meddyg Teulu, staff adfer neu weithwyr cymdeithasol – yn enwedig os bydd rhaid newid cartref y claf i'w helpu i ymdopi â bywyd bob dydd.

Gallai Meddygon Teulu gael eu hunain yn anfon claf i'r ysbyty ar frys ar ôl ei g/weld yn y feddygfa neu gartref a phenderfynu bod angen gofal ysbyty arno/arni. Er efallai bydd gan y Meddyg Teulu syniad petrus o'r hyn sy'n bod ar y claf, rhaid ei h/anfon i'r ysbyty lle ceir ystod eang o sgiliau i'w d/diagnosisio a'i th/drin. Os bydd rhaid i Feddyg Teulu drefnu i glaf fynd i ysbyty ar frys, yn aml ni ellir cynnal profion trylwyr ymlaen llaw a weithiau dydy hanes meddygol llawn y claf ddim ar gael.

GOFAL EILAIDD A THRYDYDDOL

Gall yr ysbyty lleol gynnig llawer o'r gofal i glefion. Fodd bynnag, mewn rhai amgylchiadau, mae'r cyflwr dan sylw angen gofal gwasanaeth rhanbarthol (neu genedlaethol hyd yn oed), yr hyn a elwir yn aml yn wasanaeth trydyddol. Yn aml, dim ond ymgynghorwyr sydd wedi bod yn rhan o ddiagnosisio cyflwr y claf sy'n dewis gwasanaethau o'r fath. Er enghraifft, bydd Meddyg Teulu sy'n amau bod claf yn dioddef o glefyd y galon yn ei g/chyfeirio at y cardiolegydd lleol am archwiliad pellach. Os bydd angen llawdriniaeth ar y galon, byddai'r ymgynghorydd yn ei g/chyfeirio at un o'r canolfannau sy'n arbenigo mewn llawdriniaeth i'r galon - a'r Meddyg Teulu, y tîm gofal sylfaenol yn darparu'r gofal ôl-diriniaethol a'r ymgynghorydd lleol i'w drefnu a'i gyflenwi.

GWASANAETHAU BRYD

Yn achos rhai clefion, mae rôl y gwasanaethau brys yn un hanfodol i sicrhau canlyniadau da. Achosion brys ydy tua hanner y clefion sy'n cael llawdriniaeth llawfeddygol. I rai, mae angen llawdriniaeth i ddellio â chanlyniadau damwain ar y ffordd, ar ffermydd, yn y cartref neu wrth wneud gweithgareddau hamdden megis cerdded ar y bryniau. I eraill efallai bod angen llawdriniaeth ar un o organau diffygiol y corff. Achosion brys ydy'r rhan fwyaf o glefion â chyflwr meddygol sydd yn gorfod cael gofal ysbyty.

Mae'r rhan y mae'r gwasanaethau ambiwlans (ar y ffordd a thrwy'r awyr) a gwasanaethau brys eraill megis gwylwyr y glannau, tîm achub mynydd, yr heddlu, y gwasanaeth tân yn hanfodol bwysig ym

mwyafrif y digwyddiadau annisgwyl lle mae rhaid i bobl fynd i ysbyty i gael triniaeth feddygol neu lawdriniaeth. Mae cyrraedd y lleoliad, sefydllogi'r claf, ei ryddhau a'i gysuro, asesu a oes angen sgiliau ysbyty a pha sgiliau sydd eu hangen, penderfynu ble mae'r sgiliau hynny ar gael ar y diwrnod a throsglwyddo'r claf yno mor fuan ac mor gyfforddus â phosibl i gyd yn cyfrannau at ganlyniad tebygol i'r claf.

Dydy pob achos brys ddim yn gorffen yn cael eu derbyn i'r ysbyty. Caiff rhai eu hasesu yn yr adran ddamweiniau neu mewn uned asesu/glinigol feddygol ac yna dychwelyd adref (neu i leoliad gofal arall) ar ôl cael diagnosis ynghyd â chynllun triniaeth gofal. Fodd bynnag, mae'n hanfodol bod y cyfryw gleifion yn cael mynediad i'r un ystod o sgiliau diagnostig/asesu ag sydd i'w cael mewn ysbytai aciwt mwy o ran maint sy'n gallu llunio gofal da a chynlluniau rhyddhau.

Felly, mae'r berthynas rhwng y rhai sy'n cwrdd gyntaf â'r claf ac i ba raddau y gallan nhw gynnal prosesau asesu digonol yn elfen allweddol i ddeall sut y dylai system ofal weithredu mewn ardaloedd gwledig. Os mai mewn ysbytai aciwt mawr sydd bellter o leoliad y digwyddiad y caiff asesiadau diagnostig manwl eu gwneud, yna mae'n amlwg, mae'r amser teithio i'r ysbyty hwnnw yn dyngedfennol. Ar ben hynny, gorau oll os bydd yr ysbyty sy'n gwneud yr asesiad hefyd yn gallu cynnal y driniaeth – gan fod trosglwyddo cleifion sydd eisoes wedi bod ar daith bell i ysbyty arall bellter i ffwrdd yn amlwg yn annymunol.

GOFAL CYMDEITHASOL

Gall gofal cymdeithasol da chwarae rhan bwysig i ddiogelu pobl yn eu cartrefi fel bod y galw ar y gwasanaethau meddygol yn cael eu cadw i lawr cyn ised â phosibl. Gall hefyd hwyluso'r broses o ryddhau cleifion o'r ysbyty pan fyddan nhw'n ddigon da i adael. Mae gofal cymdeithasol yn cynnwys asesu'r hyn sydd ei angen ar glaf ar ôl ei ryddhau o'r ysbyty – yn enwedig yn ystod yr wythnosau cyntaf i helpu gyda'r tasgau byw o ddydd i ddydd a gyda gofal personol – a gallai hynny olygu addasu ychydig ar gartref y claf i'w wneud yn ddiogel. Prin ydy'r achosion lle mae angen cartref newydd.

3. DULL O FYND ATI I YMDRIN Â'R ASTUDIAETH

Derbyniodd tîm astudiaeth Athrofa Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru (WIHSC) ddrafft o'r nod a'r amcanion ar ôl datganiad ysgrifenedig y Gweinidog 25 Ionawr 2014.⁵ Yna roedd yr Amodau Gorchwyl hynny yn agored ar gyfer sylwadau a derbyniwyd 145 o ymatebion. Ar ôl cyflwyno adroddiad i Lywodraeth Cymru ar sylwedd yr adborth hwnnw,⁶ cyhoeddwyd yr Amodau Gorchwyl terfynol 17 Mawrth 2014 ar gyfer y tîm astudiaeth ynghyd â datganiad ysgrifenedig Gweinidogaethol.⁷ isod ceir yr Amodau Gorchwyl:

Astudiaeth Gofal Iechyd Canolbarth Cymru – Yr Amodau Gorchwyl Terfynol

Nod ac Amcanion

Canfod y materion a darparu ddatrysiadau (gan gynnwys modelau) ar gyfer darparu gwasanaethau hygyrch, uchel eu hansawdd, diogel a chynaliadwy ar gyfer gofal iechyd, gwasanaethau a fydd yn gweddu orau i gwrdd ag anghenion y rhai sy'n byw yng Nghanolbarth Cymru, sydd o ran natur yn bennaf yn ardal wledig ac anghysbell. Bydd hyn yn cynnwys sut orau i ddatblygu modelau cyflenwi gwasanaeth ar draws gofal sylfaenol a chymunedol, y gofal eilaidd a ddarperir yn Ysbyty Bronglais a gwasanaethau iechyd meddwl. Bydd yr astudiaeth yn nodi'r hyn y gellid ei wneud nawr ac yn y dyfodol, yn ystyried y canlynol yn benodol:

⁵ <http://wales.gov.uk/about/cabinet/cabinetstatements/2014/healthcaremidwales/?skip=1&lang=en>

⁶ Ceir disgrifiad o'r broses hon yn yr adroddiad ar y wefan: <http://wihsc.southwales.ac.uk/documents/download/63/>

⁷ Gweler: <http://wales.gov.uk/about/cabinet/cabinetstatements/2014/midhealthcarestudy/?skip=1&lang=en>

- anghenion iechyd a disgwyliadau'r cyhoedd – yn cynnwys: y dewisiadau o gael gofal wedi'i gyflenwi yn agos adre; taclo anghydraddoldebau iechyd; y ddarpariaeth o wasanaethau drwy gyfrwng y Gymraeg a thystiolaeth o effaith penderfynyddion ehangach iechyd (e.e. unigedd ffisegol a chymdeithasol, mynediad i gludiant cyhoeddus, cyflogau is na'r cyfartaledd, nodweddion demograffig) ar boblogaeth Canolbarth Cymru.
- modelau gweithlu yn delio â phob grŵp o fewn y gweithlu – gan gynnwys proffil, recriwtio a chadw, safonau proffesiynol, goblygiadau i wasanaethau (ansawdd a ffurfwedd) a darpar fodelau (e.e. cynlluniau ar gyfer datblygu rôl ymarferwyr cefn gwlad, meddygon cyffredinol, trefniadau cyfeillio gyda chanolfannau trydyddol, clinigiau allgymorth a gwasanaethau adalw meddygol brys ayb.);
- modelau trefniadaeth gwasanaeth, cyllido a chynaliadwyedd – yn cynnwys cynlluniau a safbwyntiau ar y ffurfwedd sy'n gweddu orau i gyflenwi'r gofal iechyd optimaidd ar gyfer cleifion yng Nghanolbarth Cymru. Dylai hyn gynnwys y rhwystrau rhag cynllunio cydlynol a chydweithio ynghyd â rhai atebion dynodedig;
- arloesi a chymhwyso modelau newydd – yn cynnwys, i ba raddau ceir cynigion cadarn, neu gyfleoedd ehangach i wneud defnydd o dechnolegau iechyd a thelefedygaeth, tele-iechyd, Skype, ffôn e-bost a thechnoleg ddigidol arall er mwyn gwella hygyrchedd ac ansawdd gwasanaeth;
- integreiddio gwasanaeth – cyfleoedd ar gyfer atgyfnerthu gweithio mewn partneriaeth, yn enwedig y cydgysylltiad rhwng gofal iechyd a chymdeithasol a'r sector gwirfoddol a'r darparwyr annibynnol; ac
- unrhyw faterion yn codi ar hyd y ffin rhwng Lloegr a Chymru gan gynnwys y darpar berthynas gyda darparwyr iechyd gofal Lloegr.

Dull

Parhaodd cyfnod cyntaf y gwaith am 4 wythnos lle cynhaliwyd trafodaethau cychwynnol gyda budd-ddeiliaid allweddol i ystyried y materion, datblygu methodoleg briodol ac amserlen ar gyfer yr astudiaeth.

Ar gyfer ail gyfnod y gwaith bydd WIHSC yn penderfynu ar fethodoleg a fydd yn darparu dadansoddiad trylwyr a gwrthychol o'r dystiolaeth berthnasol i'r Amodau Gorchwyl ac yn sicrhau bod pob safbwynt yn cael eu hystyried. Rhagwelir y bydd yr astudiaeth yn cynnwys

- hidlo'r wybodaeth gyfredol ar y pwysau penodol y mae cyflenwyr gwasanaeth yng Nghanolbarth Cymru yn eu hwynebu, gan gynnwys llenyddiaeth wedi'i chyhoeddi, y Cynllun Iechyd Gwledig (yn cynnwys astudiaethau sy'n sail i'r Cynllun), a gwaith y Grŵp Gweithredu'r Cynllun Iechyd Gwledig;
- adolygu'r llenyddiaeth sydd wedi'i chyhoeddi a thystiolaeth arall o fodelau cyflenwi gwasanaeth sydd wedi golygu gwelliant yng nghanlyniadau pobl sy'n byw mewn ardaloedd prin eu poblogaeth ac ardaloedd gwledig;
- dadansoddi'r Cynlluniau Tymor Canolig ar gyfer datblygu (gan gynnwys yr ymchwil/dadansoddiad perthnasol sydd ar gael) gan ffocysu ar yr hyn maen nhw'n ei ystyried yn faterion penodol a thrawsbynciol yn ymwneud â chyflenwi gwasanaeth yng Nghanolbarth Cymru. Dylai hyn gynnwys ystyriaeth o ddatblygiadau diweddaraf sydd ar y gweill ymhob un o'r Byrddau; ac
- ymgysylltu â'r holl fudd-ddeiliaid perthnasol gan gynnwys aelodau a grwpiau o'r gymuned leol, pobl broffesiynol maes iechyd a gofal cymdeithasol, rheolwyr arweiniol, cyrff proffesiynol a chynrychioladol (gan gynnwys y Colegau Brenhinol a'r Ddeonioaeth), y sectorau gwirfoddol ac annibynnol sydd â diddordeb mewn gweithredu i wella iechyd a lles y bobl sy'n byw yng Nghanolbarth Cymru. Ni ddylid cyfyngu hyn i'r rhai sy'n gweithio i GIG Cymru.

Amserlen y Digwyddiadau

Mae'r cyfnod ymgysylltu wedi dod i ben a bydd y rhaglen waith lawn yn cychwyn yn syth ac wedi'i chwblhau erbyn mis Medi eleni.

Allbwn

Ar ôl y cyfnod cyntaf, cyhoeddwyd adroddiad ar y cam ymgysylltu ynghyd ag amodau gorchwyl diwygiedig,

methodoleg glir ac amserlen. Ar ôl yr ail gyfnod cyhoeddir adroddiad cryno yn delio â gofynion uchod. Mae'n bwysig bod gwasanaethau gofal iechyd yn addasu a gwella'n barhaus a rhagwelir y bydd yr adroddiad hwn yn egluro pethau ac yn sylfaen gadarn er mwyn gallu datblygu dull cadarnach o fynd i'r afael â chyd-gynllunio gwasanaethau iechyd yn yr ardal.

Er mwyn delio â'r Amodau Gorchwyl uchod, datblygodd tîm yr astudiaeth fethodoleg a oedd yn cynnwys nifer o elfennau a gaiff eu hesbonio a'u dehongli yn y penodau isod. Roedd tair prif elfen i'r dull o fynd ati.

3.1 DADANSODDI DOGFENNAU

Roedd gan y tîm nifer fawr o ddogfennau i'w hasesu a'u gwerthuso. Ceir canlyniadau'r gwaith hwn ym Mhennod B (Cyd-destun) isod. Roedd hyn yn cynnwys adolygiad o'r llenyddiaeth academiaidd a llwyd gan ganiatáu i ni ar bob cam i gael syniad o ba faterion oedd yn drawsbynciol ac felly'n faterion y gallai gwahanol rannau o'r DU a'r byd hefyd wedi eu hwynebu ac o bosibl fynd i'r afael â nhw. Roedd y cyfnod hwn o waith hefyd yn cynnwys casglu set o ddata demograffig a data arall (ceir hyn ym Mhennod C – Sialensiau a Chyfleoedd Gofal Iechyd Gwledig).

3.2 CASGLU TYSTIOLAETH O FANNAU ERAILL

Ail agwedd hanfodol y dull oedd casglu corff o dystiolaeth at ei gilydd ar fodolau eraill o wasanaeth oedd yn gweithredu mewn cyd-destun tebyg i un Canolbarth Cymru. Roedd hyn yn golygu chwilio'n rhyngwladol am achosion tebyg – o ran y math o system gofal iechyd ac o ran daearyddiaeth a demograffi. Yn y DU, canolbwyntiwyd yn bennaf ar Yr Alban a rhannau o Loegr ond hefyd chwiliwyd am dystiolaeth o fodolau gofal effeithiol yn Seland Newydd, Canada ac America.

Roedd y gwaith hwn yn gyfuniad o ddatdamsoddi data eilaidd ac ymchwil wrth ddesg, gyda nifer o gyfweiliadau – yn bennaf dros y ffôn neu ar Skype – gyda gwybodusion allweddol yn genedlaethol ac yn rhyngwladol. O gofio'r tebygrwydd, roedd Yr Alban yn ffynhonnell ragorol o ddeunydd o'r fath a cheir adroddiad ar ganlyniadau'r gwaith hwn ym Mhennod E (Systemau Gofal Iechyd Tu Allan i Gymru).

3.3 YMGYSYLLTU'N UNIONGYRCHOL Â'R BOBL YNG NGHANOLBARTH CYMRU

O bell ffordd, elfen fwyaf arwyddocaol y dull oedd trydydd cyfnod y gwaith lle canolbwyntiwyd ar ymgysylltu â'r bobl hynny yng Nghanolbarth Cymru oedd fwyaf perthnasol i'r astudiaeth – yn aelodau o'r cyhoedd, yn gleifion, yn staff clinigol, rheolwyr ac yn weinyddwyr neu fudd-ddeiliaid eraill. Roedd hon yn elfen bwysig a chynhyrchiol iawn o'r astudiaeth a theithiodd y tîm dros 20 o weithiau ar draws Canolbarth Cymru i glywed yn uniongyrchol yr hyn oedd yn bwysig i'r bobl.

Mae Tabl A3.1 yn darparu golwg gyffredinol ar y nifer o weithiau cysylltodd gwahanol grwpiau o bobl neu unigolion â ni yn ystod y cyfnod casglu data sylweddol ar gyfer yr astudiaeth. Roedd nifer o haenau i'r gwaith hwn.

AELODAU O'R CYHOEDD A CHLEIFION

Cychwynnodd y tîm system 'agored' i dderbyn gwybodaeth gan aelodau'r cyhoedd a chleifion ac yn agored iawn o'r cychwyn cyntaf ein bod yn croesawu pob math o dystiolaeth – o hanesion a phrofiadau o effaith a gafodd derbyn neu hyd yn oed peidio â derbyn gwasanaethau yng Nghanolbarth Cymru arnyn nhw neu ar eraill i ddata mwy meintiol ei natur. Ni chawsom ein siomi gan y nifer a ymatebodd nac yn ansawdd yr ymatebion a dderbyniwyd rhwng mis Mawrth a mis Medi.

TABL A3.1 · CYFRANWYR I ASTUDIAETH GOFAL IECHYD CANOLBARTH CYMRU

Ffynhonnell: Y Tîm Astudiaeth

Math o gyfranwyr ⁸	Nifer
Aelod o'r cyhoedd	494
Pobl broffesiynol	244
Grwpiau	191
CYFANSWM	929

Yn ogystal ag ymatebion digymell aelodau o'r cyhoedd, trefnodd y tîm ddau gyfarfod cyhoeddus yn gynnar ym mis Gorffennaf lle gwahoddwyd pobl i gyflwyno'u data. Profodd y sesiynau casglu gwybodaeth hyn yn boblogaidd gyda llawer yn eu mynychu – 111 o bobl yn y cyfarfod yn Aberystwyth a 48 yn y cyfarfod yn Llanidloes. Gwahoddwyd y tîm hefyd i nifer o gyfarfodydd eraill a drefnwyd gan eraill yn arbennig i gyfrannu i'r astudiaeth – rhaid nodi cyfarfodydd Tywyn, Blaenau Ffestiniog ac Aberystwyth. Cymerodd y Cynghorau Iechyd Cymuned ar draws Canolbarth Cymru hefyd ran yn yr astudiaeth gan gyfrannu tystiolaeth naill ai fel uniglioni neu mewn cyfarfod a drefnwyd yn arbennig yng Ngharno yn ystod mis Gorffennaf. Buon ni hefyd yn ffodus yn Y Drenewydd bod Cyngor y Dref wedi dod at y tîm astudiaeth ac awgrymu eu bod nhw yn casglu data perthnasol i'n Hamodau Gorchwyl. Lansiwyd rhaglen ymgynghori fawr (gydag 147 o ymatebwyr lleol) ac mae'r canfyddiadau o'r gwaith hwn yn rhan bwysig o'r adroddiad hwn.

Roedd y gweithgareddau hyn mor arwyddocaol a sylweddol, y teimlad oedd ei bod yn briodol i ni eu hystyried yn drylwyr mewn adran ar wahân ac mae Pennod D (Barn y Cyhoedd yng Nghanolbarth Cymru) yn darparu esboniad manwl o'r set ddata bwysig hon. Dadansoddwyd yr holl dystiolaeth yn thematig ac felly gellir sicrhau bod y canfyddiadau allweddol yn ddibynadwy ac yn gyfraniad cadarn a phwysig i'r adroddiad yn gyffredinol.

CLINIGWYR

Gwahoddwyd y tîm hefyd i glywed yn uniongyrchol gan nifer o glinigwyr – ar draws system gofal iechyd Canolbarth Cymru gyfan – am eu hofnau, eu dyheadau a'r atebion i'r sialens o ddarparu gofal iechyd yn y rhan hon o Gymru. Fe wnaethon ni gyfwrdd clinigwyr, derbyn papurau ganddyn nhw neu ymgysylltu â chlinigwyr ar draws y sector gofal sylfaenol ac eilaidd a hefyd ar draws ystod eang o arbenigeddau.

Mae eu tystiolaeth yn sail i nifer o ganfyddiadau a thrafodaeth ym Mhennod F (Cyflenwi Gofal Iechyd yng Nghanolbarth Cymru) ac roedd nifer o'r uwch glinigwyr yn gyfranwyr pwysig yn y ddwy sesiwn a ddaeth â'r ffigiwr lleol a'r llawfeddygon at ei gilydd, ynghyd â chynrychiolwyr cyfatebol o'r Coleg Brenhinol a Deoniaeth Cymru. Disgrifir y sesiynau yn fanwl isod ond rhan hanfodol bwysig o'n hastudiaeth oedd dod â'r bobl allweddol ynghyd i drafod, herio a procio er mwyn ystyried cynaliadwyedd y gwasanaethau yng Nghanolbarth Cymru.

⁸ Dydy'r tri chategori hyn ddim yn darparu teipoleg perffaith ar gyfer y bobl oedd yn rhan o'r astudiaeth ond y gobaith ydy y byddan nhw'n darparu dull synhwyrol o ddsbarthu'r niferoedd. Aelodau'r cyhoedd oedd yr unigolion hynny a fynychodd y cyfarfodydd, a anfonodd e-byst aton ni neu gyfrannau tystiolaeth fel arall. Mae pobl broffesiynol yn cyfeirio at y gweithwyr ym maes gofal iechyd ar draws pob arbenigedd a siaradodd â ni yn ystod yr astudiaeth neu a ysgrifennodd bapurau yn llawn o syniadau pwysig. Hefyd, y llygwyr oedd wedi ffurfio grwpiau neu sefydliadau a roddodd wahoddiad I ni gwrdd â nhw neu a gyflwynodd dystiolaeth i'r tîm astudiaeth. Roedd pump ar hugain o grwpiau yn rhan o'r broses.

Y BYRDDAU IECHYD

Roedd y tri Bwrdd Iechyd eu hunain ynghyd ag Ymddiriedolaeth Ambiwylans Cymru yn bartneriaid pwysig yn yr astudiaeth ac ni ddylid tanbriso ein rôl yn ymgysylltu â nhw. Roedd hi'n bwysig o'r cychwyn cyntaf eu bod yn cael cyfle i gyfrannu i'r drafft o'r Amodau Gorchwyl a gwnaeth bob un ohonyn nhw hynny.

Roedd hefyd adegau – naill ai fel grwpiau neu mewn sefyllfa un i un – lle rydyn ni wedi gweithio gyda nhw ar faterion yn ymwneud â'r astudiaeth. Chwaraeon nhw ran hanfodol bwysig yn darparu llawer o'r data y mae'r adroddiad yn ei ddefnyddio.⁹

BUDD-DDEILIAID ERAILL

Cysylltodd nifer o grwpiau a sefydliadau eraill, er efallai ddim o reidrwydd wedi'u lleoli yng Nghanolbarth Cymru ond sydd, serch hynny â rol ganolog yn system gofal iechyd Canolbarth Cymru – megis Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru, Comisiynydd yr Iaith Gymraeg ac ystod o grwpiau penodol â ni.

Cynhaliwyd, fel y soniwyd eisoes, dau gyfarfod pwysig pan ddaeth tri o'r budd-ddeiliad hanfodol at ei gilydd ar gyfer trafodaeth yn null 'Chatham House' ar ddyfodol gwasanaethau gofal iechyd yng Nghanolbarth Cymru. Cwrddodd y tri pharti – y clinigwyr lleol (yn ffigisgwyr a llawfeddygon) cynrychiolwyr cyfatebol o'r Coleg Brenhinol a Deoniaeth Cymru - yng Nghanolbarth Cymru ac mae canlyniadau'r trafodaethau hynny wedi bod yn gyfrwng i symud y drafodaeth yn ei blaen yn lleol.

4. NATUR YR ADRODDIAD

Uchod, nodwyd strwythur yr adroddiad ac yn y bôn mae Penodau B i F yn sôn am ein 'canfyddiadau'. Mae'r ddwy bennod sy'n dilyn – Casgliadau (Pennod G) ac Argymhellion (Pennod H) yn ystyried holl dystiolaeth yr adrannau blaenorol ac yma ceir ein dadansoddiad ni o'r sefyllfa gyfredol. Eraill sydd i farnu, ond rydyn ni'n teimlo bod y penodau hyn gyda'i gilydd yn mynd i'r afael ag Amodau Gorchwyl yr astudiaeth mewn modd gwbl wrthrychol ac annibynnol. Ein Casgliadau a'r Hargymhellion ni yn unig ydy'r rhain a'n gobaith ydy y bydd y darllenwyr yn cytuno eu bod yn cynrychioli adnabyddiaeth ac asesiad onest a didwyll o'r problemau cyfredol a rhai o'r atebion posibl ar gyfer darparu gwasanaethau gofal iechyd hygyrch, uchel eu hansawdd, diogel a chynaliadwy i'r rhai sy'n byw yng Nghanolbarth Cymru.

⁹ Ar y cychwyn cyntaf, dylid nodi bod y tablau data yn yr adroddiad hwn wedi'u llunio naill ai o ffynonellau cyhoeddus neu drwy ofyn yn uniongyrchol i'r Byrddau Iechyd ac eraill am wybodaeth. Datgelir ffynhonnell y wybodaeth yn ymyl pob un o'r tablau data naill ai yng nghorff yr adroddiad neu yn yr Atodiad.

B. CYD-DESTUN

Mae nifer o agweddau a all ddarparu cyd-destun rhagorol ar gyfer yr astudiaeth hon ac maen nhw wedi'u cynnwys yn y bennod hon.

1. DEMOGRAFFEG

Yr her gyntaf wrth ddarparu unrhyw ystadegau perthnasol ar gyfer iechyd neu ddemograffeg Canolbarth ydy nad yw'r ardal wedi'u diffinio. Fel y nodwyd eisoes, at ein pwrpas ni, rydyn ni'n cymryd mai siroedd Ceredigion, Powys a Meirionnydd ydy Canolbarth Cymru. Dylid ystyried y data cyd-destunol gan gofnodi nad creu sail o dystiolaeth gadarn ar gyfer ardal Canolbarth Cymru ydy ei bwrpas. Ac nid yw chwaith heb ei broblemau megis sgiwio wrth gynnwys ardaloedd tu allan i unrhyw ddiffiniad o Ganolbarth Cymru h.y. rhannau gogleddol Gwynedd. Ond yn hytrach, darparu cyd-destun demograffig ar gyfer y drafodaeth yn nes ymlaen yn yr adroddiad hwn.

1.1 CEREDIGION

Mae Ceredigion yn ardal Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda ac mae'n llai o lawer na Phowys o ran daearyddiaeth (1,795km²) a'i phoblogaeth preswyl parhaol (76,000). Fodd bynnag, mae'n werth nodi bod nifer y twristiaid yn chwyddo'r boblogaeth yn flynyddol (2.7 miliwn yn 2011).¹⁰ Yma hefyd ceir nifer sylweddol o fyfyrwyr sy'n dod i fyw yng Ngheredigion bob blwyddyn. Mae dros 11,000 yn astudio ym Mhrifysgol Aberystwyth gyda 1,000 pellach ym Mhrifysgol Cymru Y Drindod Dewi Sant, Llanbedr Pont Steffan.¹¹ Yn debyg i Powys, mae gan Geredigion ganran ychydig yn uwch o bobl hŷn na'r cyfartaledd cenedlaethol. Mae'n werth nodi serch hynny, bod y wybodaeth isod wedi'i seilio ar bobl oed 65 a throsodd tra bod tabl Powys yn defnyddio pobl oed 75 a throsodd fel categori.

TABL B1.1 · DATA DEMOGRAFFIG , CEREDIGION

Ffynonellau: Y Swyddfa Ystadegau Gwladol a Llywodraeth Cymru drwy Infobase Cymru¹²

Categori'r data	Ceredigion	Cymru
Poblogaeth oed 65+	22%	19.5%
Disgwyliad oes – Dynion	79.9	78.2
Disgwyliad oes – Merched	83.9	82.2
Ysmygwyr cyfredol	20%	23%
Pobl â salwch cyfyngus hir dymor	20.7%	23.3%
Teuluoedd heb gar neu fan	19.5%	26%
Trigolion sy'n defnyddio car neu fan i deithio i'r gwaith	61.9%	70.2%
Trigolion sy'n defnyddio cludiant cyhoeddus i deithio i'r gwaith	3.1%	6.6%

¹⁰ <http://www.ceredigion.gov.uk/public%2Dit/tourism/stats/steam/CerRepRR11.pdf>

¹¹ Higher Education Statistics Agency (Yr Asiantaeth Ystadegau Addysg Uwch), 2012/13.

¹² <http://www.infobasecymru.net/IAS/profiles/profile?profileId=169&geoTypeld=#iasProfileSection1> a hefyd <http://wales.gov.uk/docs/statistics/2014/140716-local-area-summary-eredigion-en.pdf>

Mae dangosyddion iechyd Ceredigion yn gwahaniaethu o bwynt neu ddau yma a thraw o'r canrannau cenedlaethol – mae disgwyliadau oed dynion a merched ychydig yn uwch na'r cyfartaledd cenedlaethol ond ychydig llai o ysmygwyr a phobl gyda salwch cyfyngus hirdymor. Fodd bynnag, fel y gellid disgwyl gyda chymuned wledig yn bennaf mae'r data ar gludiant yn sylweddol wahanol. Dim ond 19.5% o gartrefi sydd heb gar neu fan o'i gymharu â'r cyfartaledd cenedlaethol o 26%, a dim ond 3.1% sy'n defnyddio cludiant cyhoeddus i deithio i'r gwaith o'i gymharu â 6.6% yn genedlaethol. Eto, mae Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda yn cwmpasu rhannau o'r hyn y gellid eu hystyried yn Ganolbarth Cymru (Ceredigion) yn ogystal ag ardaloedd y byddai rhai yn eu hystyried tu allan i'r ardal (Sir Benfro neu Sir Gaerfyrddin) ac mae rhaid ystyried y data sy'n dilyn yn y cyd-destun hwnnw.

TABL B1.2 · DATA IECHYD, BWRDD IECHYD PRIFYSGOL HYWEL DDA

Ffynonellau: Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru¹³

Categori'r data	Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda	Cymru
Cyfanswm y boblogaeth	383,900	3,082,400
Y boblogaeth oed 75 a throsodd	10.1%	8.8%
Disgwyliadau oes ar enedigaeth - gwryw	77.9 oed	77.2 oed
Disgwyliadau oes ar enedigaeth – benyw	82.1 oed	81.6 oed
Oedolion sydd dros eu pwysau neu'n ordew	57%	58%
Oedolion sy'n ysmegu	21.3%	22.8%
Oedolion sy'n yfed dros yr hyn a argymhellir	39%	42.9%
Brechiadau MMR	93.7%	94.6%
Genedigaethau byw fesul 1000 o ferched oed 15-44	60.4	61.2%
Derbyniadau brys i ysbyty (Cyfradd safonol Ewropeaidd fesul 1,000 o'r boblogaeth o dan 75 oed)	61.3	65.9

Dylid nodi bod y boblogaeth ychydig yn hŷn o ran oed (10.1% o'r boblogaeth dros 75 oed o'i gymharu ag 8.8% o'r boblogaeth genedlaethol); mae llai o bobl yn yfed dros yr hyn a argymhellir (39% o'i gymharu â 42.9% yn genedlaethol) a nifer is o dderbyniadau brys i ysbyty (61.3 o bobl fesul 1,000 o dan 75 oed o'i gymharu â 65.9 y fil yn genedlaethol).

Yn Ffigwr AP7.1 (Atodiad 7), cawn ddata mwy manwl am y boblogaeth sy'n rhagamcanu hyd at 2036 o fewn 7 band oed. Mae Ffigwr AP7.2 (Atodiad 7) yn rhoi data poblogaeth yn cymharu canrannau holl boblogaeth ardal Hywel Dda â Chymru – yn ôl dynion a merched – mewn 18 band oed.

1.2 POWYS

Ynghyd â Cheredigion, mae hon yn ardal sydd ddiamau yn rhan o 'Ganolbarth Cymru'. Yn 5,179km² yn ddaearyddol hwn ydy'r awdurdod lleol mwyaf ac mae ardal y Bwrdd Iechyd at bwrpas y gwaith hwn yn cynnwys tua 25% o arwynebedd tir Cymru. Fodd bynnag, dim ond dros 4% o boblogaeth Cymru sy'n byw yma. Mae Tabl AP7.14 (Atodiad 7) yn rhagamcanu poblogaethau tri lle ym Mhowys hyd at 2020 a rhagwelir y cynnydd mwyaf yng Ngogledd Powys.

¹³ <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/922/home>

O gymharu'r tablau isod, gallwn weld bod gan Bowys boblogaeth uwch o rai dros 75 oed na chyfartaledd Cymru (11.1% ac 8.8% yn eu tro), a disgwyliadau oes dynion a merched ychydig yn uwch (79.5 oed ac 83.2 oed o'u cymharu â'r cyfartaledd cenedlaethol o 77.2 oed ac 81.6 oed). Ar draws dangosyddion iechyd eraill megis cyfraddau gordewdra, nifer o enedigaethau, nifer o ysmygwyr neu nifer y rhai sy'n yfed dros yr hyn a argymhellir, mae canrannau Powys yn debyg i gyfartaleddau Cymru (o fewn pwynt neu ddau). Fodd bynnag, mae llawer llai o dderbyniadau brys i ysbyty na'r cyfartaledd cenedlaethol – 52.1 fesul 1000 y boblogaeth o dan 75 oed o'i gymharu â 65.9.

Mae poblogaeth Powys yn fwy tebygol o fod yn berchen ar gar na chyfartaledd Cymru (dim ond 17.5% o deuluoedd Powys sydd ddim yn berchen ar gar neu fan o'i gymharu â 26% o deuluoedd Cymru) ac yn llawer llai tebygol o ddefnyddo cludiant cyhoeddus na gweddill Cymru (dim ond 1.6% o'r boblogaeth sy'n defnyddio cludiant cyhoeddus i deithio i'r gwaith o'i gymharu â 6.6% o'r boblogaeth genedlaethol).¹⁴

Yn ddiddorol, mae llai o bobl yn defnyddio car neu fan i deithio i'r gwaith na'r cyfartaledd cenedlaethol (62.5% ym Mhowys o'i gymharu â 70.2% yn genedlaethol). Dydy data blaenorol a gynhyrchwyd gan Gynulliad Cenedlaethol Cymru yn 2008¹⁵ ddim yn cynnig eglurhad am hyn o ran cyfraddau cyflogaeth, felly gallai awgrymu bod pobl yn gweithio mewn mannau lleol.

TABL B1.3 · DATA DEMOGRAFFIG A IECHYD, POWYS

Ffynonellau: Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru a'r Swyddfa Ystadegau Gwladol drwy Infobase Cymru¹⁶

Categori'r data	Powys	Cymru
Cyfanswm y boblogaeth	132,700	3,082,400
Y boblogaeth oed 75 a throsodd	11.1%	8.8%
Disgwyliadau oes ar enedigaeth - gwryw	79.5 oed	77.2 oed
Disgwyliadau oes ar enedigaeth – benyw	83.2 oed	81.6 oed
Oedolion sydd dros eu pwysau neu'n ordew	54.6%	58%
Oedolion sy'n ysmegu	21.4%	22.8%
Oedolion sy'n yfed dros yr hyn a argymhellir	39.4%	42.9%
Brechiadau MMR	93.4%	94.6%
Genedigaethau byw fesul 1000 o ferched oed 15-44	58.5%	61.2%
Derbyniadau brys i ysbyty (Cyfradd safonol Ewropeaidd fesul 1,000 o'r boblogaeth o dan 75 oed)	52.1	65.9
Teuluoedd heb gar na fan	17.5%	26%
Trigolion sy'n defnyddio car neu fan i deithio i'r gwaith	62.5%	70.2%
Trigolion sy'n defnyddio cludiant cyhoeddus i deithio i'r gwaith	1.6%	6.6%

¹⁴ <http://www.infobasecymru.net/IAS/profiles/profile?profileId=169&geoTypeld=>

¹⁵ <http://www.assemblywales.org/powys.pdf>

¹⁶ <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/922/home> a hefyd <http://www.infobasecymru.net/IAS/profiles/profile?profileId=169&geoTypeld=>

1.3 GWYNEDD

Ar ben arall Canolbarth Cymru mae Gwynedd. Byddai sir hanesyddol Meirionnydd sydd yn rhan ddeheuol Gwynedd ac yn cynnwys trefi, megis Dolgellau a Blaenau Ffestiniog, yn ôl y diffiniad a ddefnyddir yn yr astudiaeth hon yn ffitio'n naturiol i mewn i'r ardal y gellir ei galw'n Ganolbarth Cymru, ond ni fyddai ardaloedd Arfon a Dwyfor yn cynnwys trefi fel Bangor a Chaernarfon yn gallu cael eu hystyried yng Nghanolbarth Cymru. Fodd bynnag, ni fu'n bosibl dadelfennau'r data isod felly, rydyn ni'n symud ymlaen ar sail Gwynedd gyfan gyda phoblogaeth o 121,911 ac arwynebedd o dros 2,500 km².^{17,18}

TABL B1.4 · DATA DEMOGRTAFFIG, GWYNEDD

Ffynonellau: Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr

Categori'r data	Gwynedd	Cymru
Poblogaeth 0-15 oed	17.2%	18%
Poblogaeth 65 oed neu drosodd	21.9%	19.5%
Disgwyliadau oes – Dynion	78.8	78.2
Disgwyliadau oes– Merched	83.1	82.2
Ysmygwyr cyfredol	22%	23%
Pobl â salwch cyfyngus hirdymor	20.6%	23.3%
Teuluoedd heb gar na fan	23.9%	26%
Trigolion sy'n defnyddio car neu fan i deithio i'r gwaith	63.3%	70.2%
Trigolion sy'n defnyddio cludiant cyhoeddus i deithio i'r gwaith	4.7%	6.6%

Yn debyg i'r ardaloedd eraill a drafodwyd uchod, dim ond ychydig o wahaniaethau nodedig sydd rhwng y data ar gyfer Gwynedd a'r cyfartaleddau cenedlaethol. Canran ychydig yn uwch o bobl hŷn (21.9% o'i gymharu â'r cyfartaledd cenedlaethol o 19.5%) a llai o bobl gyda salwch cyfyngus hirdymor (20.6% o'i gymharu â'r cyfartaledd cenedlaethol o 23.3%).

Yn debyg i ardaloedd eraill mae llai o bobl na'r cyfartaledd cenedlaethol yn defnyddio car neu fan i deithio i'r gwaith (63.3% yn defnyddio car neu fan i deithio i'r gwaith o'i gymharu â'r cyfartaledd cenedlaethol o 70.2 %; 4.7% yn defnyddio cludiant cyhoeddus i deithio i'r gwaith o'i gymharu â'r cyfartaledd cenedlaethol o 6.6%), ond mae canran y teuluoedd sydd berchen car ychydig yn is na'r cyfartaledd cenedlaethol (dydy 23.9% o deuluoedd yn yr ardal ddim yn berchen ar gar neu fan o'i gymharu â'r cyfartaledd cenedlaethol o 26% o deuluoedd sydd ddim yn berchen ar gar neu fan).

Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr sy'n gwasanaethu ardal gogleddol a deheuol Gwynedd. Fodd bynnag, mae'r ardal yn ymestyn ar draws Gogledd Cymru hyd at y ffin â Lloegr, yn cynnwys ardaloedd gwledig Sir Ddinbych a Sir Fflint yn ogystal ag ardaloedd fel Wrecsam. Eto mae'r ffigyrau'n dangos mai dim ond ychydig o amrywiaeth sydd rhyngddyn nhw a'r cyfartaleddau cenedlaethol.

¹⁷ <http://www.infobasecymru.net/IAS/profiles/profile?profileId=169&geoTypeId=>

¹⁸ <http://wales.gov.uk/docs/statistics/2014/140716-local-area-summary-gwynedd-en.pdf>

TABL B1.5 · DATA IECHYD BWRDD IECHYD PRIFYSGOL BETSI CADWALADRFfynonellau: Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru¹⁹

Categori'r data	Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr	Cymru
Cyfanswm y boblogaeth	692,000	3,082,400
Y boblogaeth oed 75 a throsodd	9.6%	8.8%
Disgwyliadau oes ar enedigaeth - gwryw	77.6 oed	77.2 oed
Disgwyliadau oes ar enedigaeth – benyw	81.7 oed	81.6 oed
Oedolion sydd dros eu pwysau neu'n ordew	55.8%	58%
Oedolion sy'n ysmegu	23.1%	22.8%
Oedolion sy'n yfed dros yr hyn a argymhellir	42.9%	42.9%
Brechiadau MMR	95.8%	94.6%
Genediaethau byw fesul 1000 o ferched oed 15-44	64.8	61.2%
Derbyniadau brys i ysbyty (Cyfradd safonol Ewropeaidd fesul 1,000 o'r boblogaeth o dan 75 oed)	61.8	65.9

2. ADOLYGIAD LLENYDDIAETH

Cynhaliwyd adolygiad o'r llenyddiaeth a gyhoeddwyd a ffynonellau perthnasol eraill er mwyn sefydlu hyd a lled tystiolaeth yr ymchwil cyfredol i'r problemau sy'n effeithio ar gyflenwi gwasanaeth Canolbarth Cymru. Lluniwyd y strategaeth chwilio gan ddefnyddio termau oedd yn adlewyrchu natur wledig ac anghysbell Canolbarth Cymru a'r nod oedd canfod y sialensiau cynhenid wrth ddarparu gwasanaethu i'r cyfryw boblogaethau yn ogystal ag unrhyw esiampl o dystiolaeth o arferion da cynllunio gwasanaeth, cyflenwi gwasanaeth ac ymglymiad y gymuned.

Er y dylid nodi bod gan Humphreys²⁰ bryderon am addasrwydd dulliau adolygu systematig wrth ddelio â sefyllfaoedd gwledig/anghysbell, yn awgrymu bod gwasanaethau iechyd cefn gwlad a gwasanaethau iechyd eraill yn gymhleth iawn a bod cynnal ymchwil iddyn fel delio â phroblemau "drwg".

2.1 PROBLEMAU CYFFREDINOL SY'N WYNEBU CYMUNEDAU CEFN GWLAD

Cydnabyddir bod rhai o brif benderfynyddion iechyd megis unigedd ffisegol a chymdeithasol, mynediad i gludiant cyhoeddus, tai gwael a chyflogau is na'r cyfartaledd, yn effeithio'n anghymesur ar gymunedau cefn gwlad.²¹ Ynghlwm wrth hyn mae'r ffaith bod yna yn aml breimiwm cost ar gyfer darparu gwasanaethau mewn ardaloedd gwledig.²²

Mae'r boblogaeth sy'n heneiddio yn cynyddu'n gyflymach mewn awdurdodau gwledig nag mewn awdurdodau trefol, ac i wneud pethau'n waeth, mae pobl ifanc yn mudo o'r ardal a phobl hŷn yn dod i mewn i'r ardal. Mae'r dystiolaeth yn awgrymu bod strwythurau anffurfiol traddodiadol cymorth yn

¹⁹ <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/922/home>

²⁰ Humphreys et al (2009)

²¹ Scottish Government / Senedd Yr Alban (2010)

²² Asthana and Halliday (2004)

erydu oherwydd y mudo i mewn ac allan a hynny'n arwain at newidiadau yn strwythur cymunedau cefn gwlad.²³ Wrth iddyn nhw heneiddio, mae pobl hŷn yn dueddol o brofi profedigaeth, colli cludiant annibynnol, colli annibyniaeth, diffyg symudedd ac unigedd. Mae isadeiledd gwael cludiant cyhoeddus ac unigedd yn gwneud y problemau'n waeth mewn ardaloedd gwledig. Mae byw yng nghefn gwlad a heneiddio yn gysylltiedig â risg uwch o eithrio cymdeithasol a nodir bod hygyrchedd yn ffactor yn hyn o beth.²⁴

Mae llai o achosion o salwch meddwl mewn ardaloedd gwledig. Fodd bynnag, gyda phoblogaeth sy'n gynyddol heneiddio, mae'r nifer o bobl yn dioddef o ddementia yn debygol o gynyddu ac mae'r dystiolaeth yn dangos nad ydy ardaloedd gwledig yn gallu delio â'r cynnydd hwn.²⁵

2.2 MYNEDIAD

Ceir bod pobl yn byw mewn ardaloedd gwledig dan liaws o anfanteision wrth ystyried y mater o fod o fewn cyrraedd daearyddol i wasanaethau. Mae ymchwil yn dangos bod yna gysylltiad rhwng y defnydd a wneir o'r gwasanaethau a'r pellter sydd rhwng y claf a'r ysbyty;- 'pella'n byd lleia'n byd ('distance decay').²⁶ Mae teithio pellter i gael gwasanaethau arbenigol yn gostus yn ariannol, yn emosiynol ac yn gorfforol. Mae'n cymryd dros 40 munud i yrru i ysbytai cyffredinol ardal yng Nghymru ac mae pobl sy'n byw yn agos i'r ffin yn defnyddio ysbytai yn Lloegr gan eu bod yn nes.²⁷ Mae'r Adran Drafnidiaeth yn amcangyfrif bod pobl yn ardaloedd gwledig Lloegr a Chymru yn teithio tua 40% ymhellach na phobl yn y rhan fwyaf o ardaloedd trefol ac mae trigolion cefn gwlad yn teithio'r pellter ychwanegol hyn bron i gyd mewn car.²⁸

Oherwydd bod pobl mewn ardaloedd gwledig yn dibynnu cymaint ar eu ceir i deithio yn golygu bod mwy o risg i eithrio pobl oherwydd diffyg symudedd yn arbennig ymhlith yr henoed a'r rhai gydag anghenion iechyd. Mae'r cynllun iechyd gwledig yn amlgu'r ffaith nad oes gan 11% o deuluoedd yng nghefn gwlad Cymru gerbyd a phobl ar gyflogau isel a phobl dros 65 oed yn ganran uchel o'r categori hwn.²⁹ Mewn cymdeithas sy'n dibynnu ar allu symud o gwmpas, byddai unrhyw rwystr i fynediad a symudedd yn effeithio ar bopeth arall sy'n achosi dieithrio cymdeithasol.³⁰

Yn ogystal â mwy o amser teithio a chostau ariannol byw yng nghefn gwlad, nodwyd hefyd ganlyniadau'r ffaith bod cysylltiad rhwng ansawdd bywyd a chlugiant o ran iechyd corfforol a meddyliol. Mae dystiolaeth bod canlyniadau trigolion cefn gwlad yn waeth na rhai trigolion trefol o ran cyflyrau megis clefyd siwgr ac asthma o ganlyniad i bobl yn chwilio am ddiagnosis yn hwyrach.³¹ Po hira ydy'r pellter at Feddyg Teulu gwaetha'r prognosis a'r cyfraddau goroesi ar gyfer rhai canserau, eto'n rhannol oherwydd cyfyngiadau symudedd.³² Mae pobl yn y rhan fwyaf o rannau gwledig Canolbarth Cymru yn gorfod teithio dros 21 munud i weld Meddyg Teulu.³³

Mewn adolygiad o fodolau gofal iechyd gwledig yn Awstralia, ystyrir bod problemau mynediad a

²³ Burholt a Dobbs (2012)

²⁴ Doheny a Milbourne (2013)

²⁵ Chichlowska a Carnes (2013)

²⁶ Shergold a Parkhurst (2012)

²⁷ Llywodraeth Cynulliad Cymru (2009)

²⁸ Adran Drafnidiaeth (2010)

²⁹ Llywodraeth Cynulliad Cymru (2009)

³⁰ Kenyon, Rafferty a Lyons (2003)

³¹ Deaville (2001)

³² Grŵp Gweithredu Iechyd (2011d)

³³ Canolfan Iechyd Cymru (2007)

symudedd yn ganolog. Ni ellir ystyried systemau gofal iechyd yng ngwasanaethau ardaloedd gwledig heb feddwl am y system drafnidiaeth sydd naill ai'n mynd â'r gwasanaethau at y bobl neu'n dod â'r cleifion at y gwasanaethau hynny.³⁴ Gallai fod angen cludiant iechyd ar wahanol bwyntiau o fewn y system gofal iechyd – i'r man cyrraedd (sef hwyluso pethau i bobl fynychu gofal meddygol sylfaenol); cysylltu gwahanol rannau o'r system gofal iechyd (megis trosglwyddo cleifion o un sefydliad i'r llall); lle mae angen mynediad parhaus ar gleifion (megis canolfan adfer, gofal dydd, gofal am gleifion sydd â salwch difrifol); ac i gynnal iechyd cymdeithasol a seicolegol (yn cynnwys mynediad i amwynderau cymdeithasol, diwylliannol a hamdden).

2.3 CYFLENWI GWASANAETH

GOFAL SYLFAENOL

Dangoswyd bod gan wledydd sy'n meddu ar systemau cadarn ar gyfer gofal iechyd sylfaenol systemau gofal iechyd mwy effeithiol, effeithlon a mwy teg³⁵ a chafwyd ymgais i ganfod modelau o arferion da y gellid eu hefelychu. Cafwyd nifer o adolygiadau o 'fodelau newydd o ofal iechyd sylfaenol' yn ystod y blynyddoedd diweddar. Cymharodd rhai fodelau o ofal iechyd sylfaenol ar draws gwledydd³⁶ ac o fewn gwledydd,^{37,38} ac eraill yn canolbwyntio ar y diwygio a'r gwelliannau a fu ym maes gofal iechyd sylfaenol yn rhyngwladol.^{39,40} Mae Wakerman et al yn canolbwyntio'n benodol ar fodelau gofal sylfaenol mewn cymunedau cefn gwlad ac anghysbell.⁴¹

Cytunir nad ydy'r un atebion yn berthnasol i bob man a does dim un model yn gallu diwallu anghenion pob cymuned. Mae nifer o deipolegau wedi dod i'r amlwg. Mae'r model o Feddyg Teulu annibynnol, arunig yn gyffredin i bob un ond maen nhw'n gwahaniaethu pan ddaw hi i lefelau integreiddio, mecanweithiau cyllido a lefel ymglymiad y gymuned. Er nad ydy'r modelau hyn yn debyg, maen nhw'n rhannu rhai o'r un themâu allweddol. Maen nhw'n nodi nifer o alluogwyr yn cynnwys yr angen am gyllid digonol a mecanweithiau cyllido priodol; practis aml-ddisgyblaethol; cyfranogiad y gymuned; gwell systemau i gyfleu gwybodaeth iechyd a gweledigaeth ac arweinyddiaeth.

Mae rhai awduron wedi dadansoddi elfennau hanfodol y galluogwyr hyn ymhellach. Gwahaniaethodd Weatherill rhwng yr *elfennau sylfaenol* (tимоedd gofal sylfaenol, isadeiledd gwybodaeth, casglu gwybodaeth a'i lledaenu) a'r *elfennau trawsffurfio* (arweinyddiaeth, gosod dinasyddion yng nghanol eu gofal a ffocws ar ganlyniadau iechyd).⁴² Yn ei adolygiad o fodelau o ofal sylfaenol effeithiol mewn cymunedau gwledig yn Awstralia, gwahaniaethodd Wakerman et al hefyd rhwng nifer o *alluogwyr amgylcheddol hanfodol* (polisi priodol, cysylltiadau cydnaws rhwng y Wladwriaeth a'r Taleithiau a pharodrwydd y gymuned) a *gofynion gwasanaethau hanfodol* (cyllido, gweithlu, trefn lywodraethol/rheolaeth/arweinyddiaeth, isadeiledd a chysyllteddau).⁴³

Mae diffyg ansawdd a dyfnder ym maes rheolaeth hefyd yn broblemau sylweddol sy'n cyfyngu ar

³⁴ Humphreys, Wakerman a Wells (2006)

³⁵ Starfield, Shi, a Macinko (2005)

³⁶ Marriott a Mable (2000)

³⁷ Weatherill (2007)

³⁸ Lamarche et al (2003)

³⁹ Naccarella et al (2006)

⁴⁰ McDonald et al (2006)

⁴¹ Wakerman et al (2006)

⁴² Weatherill (2007)

⁴³ Wakerman et al (2006)

effeithiolrwydd gwasanaethau iechyd ar gyfer cefn gwlad a mannau anghysbell.^{44,45} Ffactorau holl bwysig eraill wrth lunio gwasanaethau gofal iechyd sylfaenol ydy maint y boblogaeth a'i dosbarthiad – mae modelau 'llwyddiannus' wedi mynd i'r afael ag annarbodion maint drwy gydgrynhoi màs critigol poblogaeth, boed yn boblogaeth annibynnol mewn tref wledig neu'n boblogaeth wedi'i gwasgaru ar draws rhanbarth.⁴⁶

INTEGREIDDIO GWASANAETHAU

Dull arall o fynd ati a amlygir yn yr ymchwil a gyhoeddwyd ydy un sy'n cydbwysu darbodion maint gyda darbodion ystod drwy integreiddio gwasanaethau. Mae'r dyhead i fabwysiadu modelau a dulliau o ofal integredig yn ganolog i ddatblygiad strategol y gwasanaethau iechyd ac mae corff cynyddol o ymchwil yn y maes hwn.⁴⁷ Ac eto does dim un model cyfundrefnol unigol na dull wedi cael eu nodi, ond yng ngwerthusiad sefydliad 'The Kings Fund' awgrymir bod mabwysiadu dull o reoli poblogaeth (yn hytrach na strategaethau i reoli clefydau) a lunir i ystyried blaenoriaethau anghenion cymunedau lleol yn holistaidd yn dueddol o greu canlyniadau gwell ar gyfer cleifion.⁴⁸ Mae argymhellion eraill yn cynnwys osgoi polisi o'r brig i lawr sy'n gofyn am gyfuno strwythurol neu drefniadaeth a symud rhwystrau sy'n ei gwneud hi'n fwy anodd i ardaloedd integreiddio gofal megis gwahaniaethau mewn cyllido a chymhwysedd. Mae nifer o astudiaethau yn awgrymu sefydlu timoedd mewn cymdogaethau wedi'u grwpio o gwmpas gofal sylfaenol a/neu ardal ddaearyddol naturiol, yn cynnig gwasanaeth 24/7 fel mater o drefn ac yn cael ei ategu gyda gwasanaethau gofal cymdeithasol a chymunedol hyblyg ac ymatebol iawn.⁴⁹

PRACTIS AML-DDISGYBLAETHOL

Cydran allweddol sy'n sail i fodolau rhanbarthol effeithiol ydy practis aml-ddisgyblaethol. Mae'r syniad bod asiantaethau'n cydweithio yn hanfodol i wasanaethu iechyd gwledig yn ganolog i'r egwyddorion y mae Fuller et al yn eu hyrwyddo. Eu dadl nhw ydy pan na fydd timoedd gwasanaethau lleol yn gallu cydweithio bydd y system gwasanaeth lleol yn mynd ar wasgar ac yn ddigyswllt, a bydd hyn yn cyfyngu ar y mynediad i wasanaethau a'r dilyniant yn y gofal.⁵⁰ Mae cydweithio llwyddiannus yn dibynnu ar dargedau cytûn; hyder yn eraill sy'n darparu gwasanaeth a deall swyddogaethau y gwahanol bartneriaid. Nodwedd arall a ddistyrir weithiau ydy buddsoddi mewn rheoli newidiadau a'r angen am gymorth parhaus drwy'r broses o newid.⁵¹

YMGLYMIAD Y GYMUNED

Er bod rhai pethau cyffredin mewn ardaloedd gwledig, mae anghydraddoldebau iechyd yn amrywio'n sylweddol, ac mae hyn yn gofyn am ymatebion wedi'u targedu'n lleol sy'n cyd-fynd ag anghenion iechyd y boblogaeth leol.⁵² Gan hynny, mae polisi rhyngwladol yn ffocysu mwy a mwy ar rôl cymunedau ym maes llunio gofal iechyd, ei gyflenwi a'i werthuso er mwyn osgoi cynnig yr un ateb i bob man os nad yw'n berthnasol, dull aneffeithiol o fynd ati.⁵³

⁴⁴ Weymouth, Davey, a Wright (2007)

⁴⁵ Wakerman a Davey (2008)

⁴⁶ Goodwin et al (2014)

⁴⁷ Gareth (2013)

⁴⁸ Edwards (2014)

⁴⁹ Munoz (2013)

⁵⁰ Fuller et al (2004)

⁵¹ Zwarenstein, Goldman a Reeves (2009)

⁵² Farmer, Prior a Taylor (2012)

⁵³ Kenny et al (2013)

Mae polisi cyfredol y DU yn hyrwyddo ‘cyd-gynhyrchu’ gwasanaethau iechyd a gofal – gyda defnyddwyr a darparwyr gwasanaethau yn gweithio mewn partneriaeth. Fodd bynnag, mae Kenny et al yn dadlau y gallai’r dybiaeth fod gan bob unigolyn a chymuned yr adnoddau, y sgiliau personol a’r parodrwydd i fod ymwneud â gwasanaethau a gyd-gynhyrchir olygu goblygiadau ar gyfer tegwch mynediad cymdeithasol a daeryddol i wasanaethau iechyd a gofal.⁵⁴ Cafwyd bod ymglymiad cymunedol wedi bod yn alluogydd allweddol i sefydlu modelau gofal iechyd sylfaenol effeithiol mewn ardaloedd gwledig ac anghysbell yn yr un modd â chyfranogiad cymunedol priodol yn y drefn lywodraethol er mwyn gwella hunan-reolaeth.⁵⁵

DATGANOLI GWASANAETHAU

Ystyrir ‘lleoliaeth’ yn un o’r ffactorau allweddol sy’n penderfynu ymddygiad yn enwedig mewn ardaloedd gwledig ac mae llunio gwasanaethau o gwmpas ‘daearyddiaeth gydlynol’ yn hanfodol. Mae angen cydbwysio manteision y gost o ganoli gwasanaethau iechyd, gofal iechyd eilaidd a thrydyddol yn benodol yn erbyn y dyhead o ddod â gwasanaethau yn nes at gymunedau gwledig ac i leihau’r galw ar ysbytai cyffredinol sydd eisoes dan bwysau.

Mae ysbytai cymuned yn rhan hanfodol i ddarpariaeth gofal iechyd mewn nifer o ardaloedd gwledig. Daeth adolygiad GIG Heaney ar y rhan y gallai ysbytai cymuned ei chwarae ym moderneiddio’r GIG i’r casgliad nad oes un farn bendant ar y rhan y dylai ysbytai cymuned ei chwarae yn y strwythur continwwm gofal.⁵⁶ Mae’n ymddangos bod ysbytai cymuned yn gallu gweithredu fel safle gofal gwir ganolraddol, yn darparu pecynnau gofal sy’n rhy gymhleth i gleifion aros yn eu cartrefi, ond hefyd gallan nhw weithredu fel lleoliad i gleifion sydd ddim bellach angen gofal arbenigol ysbyty yn y sector dwys. Fodd bynnag, prin ydy’r dystiolaeth sy’n dangos pa mor effeithiol ydy ysbytai cymuned. Mae’r astudiaethau sy’n bodoli yn nodi bod tystiolaeth brin o’r gwahaniaethau rhwng gofal arbenigol mewn ysbyty a chanlyniadau grwpiau dethol o gleifion; mae maint y samplau yn fach, cyfyng ydy’r cymariaethau yn aml a dydy’r addasiadau ar gyfer y detholiad o achosion ddim yn glir. Yn ôl Heaney mae prinder ymchwil gadarn yn adlewyrchu’r diffyg gwerthuso cynllunedig a systematig yn ogystal â’r ansicrwydd am amcanion a nodau ysbytai cymuned. Mae hyn yn ei dro yn deillio o’r diffyg cynllunio a datblygiad ad-hoc ysbytai cymuned yn gyffredinol.⁵⁷

Yn ddieithriad, mae Ysbytai Cyffredinol yn sgorio’n uchel ar fesurau boddhad cleifion ac mae Llywodraeth Cymru yn cydnabod bod y cyhoedd yn meddwl y byd o gyfleusterau o’r fath. Awgrymir bod diffyg dyhead ac uchelgais mewn nifer o ardaloedd o ran ysbytai cymuned a gwasanaethau cymunedol. Mae’r papur yn nodi y dylid sbarduno ysbytai cyffredinol ardal i ddim ond darparu’r gwasanaethau hynny na ellir eu cyflenwi’n ddiogel ac effeithiol mewn cymunedau, yn hytrach na bod gwasanaethau cymunedol yn agweddau o ofal wedi’u datganoli o’r “canol”, a thrwy hynny ddisodli’r model ‘gwthio’ cyfredol gan am un sy’n ‘tynnu’ cleifion at wasanaethau trefnus uchel eu hansawdd yn nes adre.⁵⁸

Ceir peth cefnogaeth i’r egwyddor hon yn Adolygiad Cochrane o glinigau Allgymorth Arbenigol mewn lleoliadau gofal sylfaenol ac ysbytai gwledig. Yn ôl y dystiolaeth sydd ar gael, gwelwyd gwelliannau ar gyfer cleifion o ran mynediad, canlyniadau a defnydd o’r gwasanaeth, yn enwedig pan gaiff y cyfryw wasanaeth ei gyflenwi fel rhan o ymrraeth amlweddol. Fodd bynnag, daeth yr adolygiad i’r casgliad mai prin oedd manteision modelau allgymorth mewn lleoliadau trefol sydd heb fod o dan anfantais ac yn

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Wakerman et al (2006)

⁵⁶ Weatherill (2007)

⁵⁷ Heaney et al (2006)

⁵⁸ Grŵp Gweithredu Iechyd Gwledig (2011d)

debygol o fod yn gostus.⁵⁹

2.4 MATERION Y GWEITHLU

Mae astudiaethau wedi cydnabod bod recriwtio staff i ardaloedd gwledig a'u cadw yn fater treiddiol iawn gan gydnabod dylanwad llawer o ffactorau unigol ac amgylcheddol yn cynnwys ystod eang practis, diffyg cymorth proffesiynol, baich gwaith trwm, ynysu proffesiynol, prinder adnoddau a diffyg isadeiledd ar gyfer teuluoedd.⁶⁰

O ganlyniad, mabwysiadwyd a gwerthuswyd nifer o strategaethau. Cafwyd bod llawer o'r rhain wedi dylanwadu'n bositif ar gadw staff gan gynnwys cyflwyno meddygaeth gwledig yn arbenigedd diffiniedig i'w astudio mewn prifysgol, gwella mynediad i addysg barhaus, llwybrau datblygu gyrfa, lleoliad gwaith yng nghefn gwlad, creu swyddi arbenigol meddygol yng nghefn gwlad a darparu rhwydweithiau cymorth cymheiriaid. Ymhlith y cymhellion priodol nodwyd y canlynol; ymreolaeth bod mewn cysylltiad â'r gymuned, byw yn y wlad ac amrywiaeth o waith.^{61,62}

Yn ystod y blynyddoedd diweddar, cafwyd ymdrech i ehangu rolau ymarferwyr clinigol yn gweithio mewn lleoliadau gwledig. Yn gyffredinol, mae adolygiadau'n awgrymu bod angen rhagor o ymchwil a gwerthuso gan fod diffyg consensws amlwg ar gwmpas y swyddogaethau hyn a sut dylid eu cydlynu. Un o'r anawsterau a nodwyd er enghraifft gyda rôl ymarferwyr cynorthwyol mewn ardaloedd gwledig ydy ei bod hi'n anodd newid y gymysgedd sgiliau mewn gweithluoedd bach a gwasgaredig. Pan fydd pobl yn gweithio ar eu pen eu hunain mewn lleoliad gwledig, gall eu goruchwylio fod yn her ac efallai mai ymarferwr cofrestredig fyddai'r ateb mwyaf cost-effeithiol a'r opsiwn mwyaf hyblyg i gyflogwr.⁶³

Pwysleisiwyd hefyd bwysigrwydd rhwydweithiau. Nodwyd bod anffurfioldeb yn ffactor allweddol wrth hwyluso rhwydweithiau gwledig gyda chysylltiadau personol hirsefydlog a chynefindra. Mae hyn yn gryfder gan ei fod yn hybu cyfathrebu a chydweithio a'r gallu i fod yn hyblyg wrth ymateb i newidiadau mewn polisi a chyllid. Gall rhwydwaith sy'n dibynnu ar gysylltiadau cymdeithasol adeiladu perthynas gadarn gyda phobl broffesiynol iechyd gwledig a'u helpu i gynnwys y bobl broffesiynol hynny yn y gymuned leol, nodweddion a gafwyd sy'n helpu i gadw gweithlu yng nghefn gwlad. Yn baradocsaid, fodd bynnag, pan fydd trosiant staff caiff rhwydwaith anffurfiol ei wanhau gan fod rhwydweithiau anffurfiol yn seiliedig ar ymddiriedaeth rhwng staff a'r naill yn helpu'r llall yn hytrach nag ar weithdrefnau ffurfiol, felly rhaid ailsefydlu'r ymddiriedaeth hon a'r cydbwysedd hwn pan fydd staff newydd yn cael eu recriwtio.

3. CYD-DESTUN POLISI A PHRACTIS

Yn ogystal â'r papurau, yr adroddiad a'r ddogfennau polisi y cyfeiriwyd atyn nhw uchod, mae pedwar maes pwysig y mae angen delio â nhw o'r cychwyn cyntaf. Mae'r rhain yn ymwneud â darpar rôl y gweithlu meddygol a sut caiff ei hyfforddi, swyddogaeth gofal ysbyty a gofal sylfaenol a'r polisi cyfredol ar gyfer gofal iechyd gwledig yng Nghymru.

3.1 HYFFORDDIANT MEDDYGOL

Fel y disgrifiwyd uchod, mae'r proffesiwn meddygol ers blynyddoedd wedi mynd ar hyd y llwybr o

⁵⁹ Gruen et al (2003)

⁶⁰ Buykx et al (2010)

⁶¹ Grobler et al (2009)

⁶² Wilson et al (2009)

⁶³ Thiel et al (2013)

gynyddu is-arbenigol. Er bod hyn efallai wedi gwella safonau mewn gofal arbenigol, roedd pryder cynyddol nad oedd yn diwallu anghenion cleifion gydag afiechydon cymhleth. Yn ystod 2013, cynhaliwyd aolygiad annibynnol – *Shape of Training* – i sefydlu strwythur a fydd yn cynhyrchu meddygon sy'n gallu gweithio ym meysydd cyffredinol eu harbenigedd.⁶⁴ Cafodd Greenaway et al mai anghenion y claf ddylai benderfynu sut mae meddygon y dyfodol yn cael eu hyfforddi. Mae cleifion a'r cyhoedd angen mwy o feddygon a all ddarparu gofal cyffredinol mewn arbenigeddau eang ar draws ystod o wahanol leoliadau gwahanol, oherwydd y nifer cynyddol o bobl yn dioddef o aml-afiechydon, poblogaeth sy'n heneiddio, anghydraddoldebau iechyd a chynnydd yn nisgwyliaidau cleifion. Mae'r cydbwysedd rhwng arbenigwyr a meddygon cyffredinol yn newid, a bydd gofyn i feddygon gael hyfforddiant mewn meysydd mwy arbenigol er mwyn cwrdd ag anghenion cleifion a'r gweithlu lleol.

Yn eu hadroddiad, mae Greenaway et al yn disgrifio dull o fynd i'r afael â hyfforddiant meddygol yn y dyfodol a fydd yn cynhyrchu arbenigwyr wedi'u hyfforddi mewn meysydd ehangach. Mae nifer o gerrig milltir allweddol yn y dull newydd hwn o fynd ati i hyfforddi. Dylai meddyg gael ei gofrestru'n llawn pan fydd yn graddio o'r ysgol feddygol ac ar ôl graddio bydd meddyg yn ymgymryd â Rhaglen Sylfaen am ddwy flynedd gyda chyfle i gynorthwyo cleifion a'u dilyn ar hyd eu llwybr gofal cyfan. Ar ôl y Rhaglen Sylfaen, bydd meddyg yn derbyn hyfforddiant arbenigol eang ei sail. Caiff arbenigeddau neu feysydd practis eu grwpio gyda'i gilydd, yn ôl carfannau gofal cleifion (megis iechyd menywod, iechyd plant a iechyd meddwl) a'u diffinio gan y berthynas ddeinamig a chysylltiol rhwng yr arbenigeddau.

Ar draws pob hyfforddiant arbenigol gall meddygon ddatblygu galluoedd cyffredinol sy'n ategu eu proffesiynoldeb yn eu practis meddygol a bydd yr hyfforddiant arbenigol eang ei sail ar ôl y Rhaglen Sylfaen yn para rhwng 4 a 6 blynedd yn dibynnu ar ofynion yr arbenigedd yn ogystal â'r cynnydd a wna unigolion drwy'r cwricwla. Pan fydd meddyg yn newid arbenigedd yn y grwpiau arbenigol neu rhyngddyn nhw, gall drosglwyddo'r cymwyseddau perthnasol y mae wedi'u caffael mewn un arbenigedd i'w faes newydd o bractis heb orfod ail-adrodd yr un peth yn yr arbenigedd newydd. Bydd hyfforddiant academaidd clinigol wedi'i ariannu'n genedlaethol yn llwybr hyfforddiant hyblyg lle byddai meddygon yn gallu ffocysu eu hyfforddiant academaidd yn eu maes academaidd neu eu hymchwil ac ar yr un pryd ymgymryd â hyfforddiant eang ei sail.

Pwynt gadael hyfforddiant ôl-radd fydd Tystysgrif Hyfforddiant Arbenigol, yn nodi'r pwynt lle gall meddygon weithio yn y maes maen nhw'n gallu heb unrhyw oruchwyliaeth glinigol. Bydd y rhan fwyaf o feddygon yn gweithio ym maes cyffredinol eu harbenigedd eang, ar sail anghenion cleifion a'r gweithlu drwy eu gyrfa. Bydd disgwyl iddyn nhw gynnal a datblygu eu sgiliau yn eu maes arbenigol a'u galluoedd generig drwy ddatblygiad proffesiynol parhaus a chwrdd â gofynion ail-ddilysiad. Gallai meddygon ddymuno wella'u gyrfa drwy gael arbenigedd ychwanegol mewn meysydd o ddiddordeb arbennig ac mewn hyfforddiant is-arbenigedd drwy raglenni hyfforddiant ffurfiol sicr eu hansawdd yn arwain at gymhwyster yn y maes hwnnw.

Yn seiliedig ar ganfyddiadau'r adolygiad, gwnaeth Greenaway et al 19 o argymhellion ar gyfer darpar hyfforddiant meddygol ac isod ceir y rhai mwyaf perthnasol i'r cyd-destun hwn:

- Rhaid canfod rhagor o ddulliau o ymglymu cleifion yn addysg a hyfforddiant meddygon;
- Rhaid i ysgolion meddygol ynghyd â sefydliadau priodol eraill sicrhau y gall graddedigion meddygol ar adeg eu cofrestru weithio'n ddiogel mewn sefyllfa glinigol ar lefel briodol i'w cynhwysedd ac yn meddu ar brofiad o anghenion cleifion a'u dirnad;
- Rhaid cyflwyno fframwaith galluoedd generig ar gyfer cwricwla hyfforddiant ôl-radd yn seiliedig ar Arferion Meddygol Da (Good Medical Practice) sy'n delio â'r canlynol;

⁶⁴ Greenaway et al (2013)

- Rhaid cyflwyno cyfnod profiad gwaith hirach ar gyfer meddygon dan hyfforddiant i weithio mewn timoedd gyda goruchwilywr;
- Dylid cyfyngu hyfforddiant i leoliadau sy'n darparu hyfforddiant a goruchwyliaeth uchel eu hansawdd, lleoliadau sydd wedi'u cymeradwyo a'u hansawdd wedi'u sicrhau gan y Cyngor Meddygol Cyffredinol;
- Rhaid i bob meddyg fod yn gallu rheoli cleifion gyda salwch difrifol gydag aml afiachusrwydd o fewn eu meysydd arbenigol eang a bydd y rhan fwyaf o feddygon yn parhau i gynnal y sgiliau hynny yn eu darpar yrfaeod;
- Rhaid ystyried y modd y caiff y trefniadau hyfforddi eu cydlynu i gwrdd ag anghenion lleol tra'n cynnal safonau'r DU.

Mae'r adroddiad yn datgan bod rhaid wrth gynllunio gofalus ar ran y DU gyfan i roi'r argymhellion hyn ar waith, eu cyflwyno'n raddol gan gadw sefydlogrwydd yr holl system wrth ei diwygio.

3.2 YSBYTAI

Sefydlwyd Comisiwn Ysbyty'r Dyfodol (The Future Hospital Commission) yn 2012 gan Goleg Brenhinol y Ffisigwyr. Mae'r adroddiad, *Future Hospital: caring for medical patients*, yn datgan gweledigaeth y Comisiwn ar gyfer gwasanaethau ysbytai wedi'u strwythuro o gwmpas anghenion cleifion, gan ffocysu ar ofal cleifion meddygol difrifol, trefniadaeth y gwasanaethau meddygol, a rôl ffisigwyr a meddygon yn hyfforddiant ar draws arbenigeddau meddygol yn Lloegr a Chymru.⁶⁵ Argymhellodd yr adroddiad y dylai darpar wasanaethau ysbyty gael eu llunio yn dilyn yr 11 egwyddor craidd canlynol:

1. Rhaid cwrdd â safonau sylfaenol gofal bob amser;
2. Parchu a gwerthfawrogi profiad cleifion cymaint ag effeithiolrwydd clinigol;
3. Cyfrifoldeb dros ofal pob claf yn glir a hysbys;
4. Cleifion yn cael mynediad effeithiol ac amserol i ofal, gan gynnwys apwyntiadau, profion, triniaeth a symud allan o ysbyty;
5. Ni fydd cleifion yn symud ward onibai bod hyn yn anghenrheidiol i'w gofal clinigol;
6. Trefniadau cadarn a thrylwyr wedi'u sefydlu ar gyfer trosglwyddo gofal;
7. Cyfathrebu da gyda chleifion ac am gleifion ydy'r norm;
8. Llunnir gofal i hwyluso hunan ofal a hyrwyddo iechyd;
9. Gwasanaethau wedi'u teilwra i gwrdd ag anghenion cleifion unigol gan gynnwys cleifion agored i niwed;
10. Mae gan bob claf preswyl gynlluniau sy'n adlewyrchu eu hanghenion clinigol a chymorth; a
11. Staff yn cael eu cynorthwyo i gyflenwi gofal diogel a thosturiol ac wedi ymrwymo i wella ansawdd.

Er mwyn cyflawni gweledigaeth y Comisiwn ar gyfer gwasanaethau ysbyty, mae angen newidiadau sylfaenol o ran strwythur ysbyty a dulliau gwaith ar gyfer staff.

EGWYDDORION A MODELAU GOFAL NEWYDD

Nododd y Comisiwn fodel sylfaenol newydd o ofal a luniwyd i annog cyd-gyfrifoldeb dros ofal cleifion ar draws proffesiynau a thimoedd gofal iechyd. Argymhellir dulliau newydd o weithio mewn ysbyty a rhwng ysbyty a'r gymuned, gyda chymorth trefn ariannol a rheolaeth, dulliau fydd yn rhoi mwy o flaenoriaeth i ofalu am gleifion gydag anghenion meddygol brys. Dylai gofal ddod at gleifion a'i gydlynu o

⁶⁵ Coleg Brenhinol y Ffisigwyr (2013) – cyhoeddir fersiwn mwy Cymreig ei ffocws o'r adroddiad hwn yn yr Hydref a.

gwmpas eu hanghenion meddygol a chymorth. Hefyd, bydd gofal effeithiol ar gyfer pobl hŷn sy'n dioddef o ddementia yn help i sefydlu perthnasedd safon gofal ar gyfer oedolion agored i niwed. Mae angen i bob ysbyty sefydlu'r strwythurau newydd canlynol i gyd-drefnu gofal cleifion.

- Yr *Adran Feddygol* fydd yn gyfrifol am yr holl wasanaethau meddygol ar draws yr ysbyty gan gydweithio'n agos gyda phartneriaid ym maes gofal sylfaenol, cymunedol a gwasanaethau gofal cymdeithasol i gyflenwi gwasanaethau meddygol arbenigol ar draws yr economi iechyd dan arweiniad pennaeth meddygaeth (gweler Ffigwr AP1.1, Atodiad 1);
- Bydd *Canolfan Gofal Aciwt* yn dod â meysydd clinigol yr Adran Feddygol at ei gilydd a ffocysu ar yr asesu cychwynnol a sefydlogi cleifion sy'n feddygol ddifrifol sâl gyda chymorth Canolfan Gydgyssylltu Glinigol;
- Y *Ganolfan Gydgyssylltu Glinigol* fydd y ganolfan reoli weithredol ar gyfer safle'r ysbyty a'r Adran Feddygol, yn darparu gwybodaeth ar gyfer staff gofal iechyd, y wybodaeth sydd ei hangen arny hgw i ofalu'n effeithiol am y claf, cadw gwybodaeth fanwl, gyfredol am anghenion gofal a statws clinigol y claf a chydlynu staff a gwasanaethau.

GOFAL SAITH DIWRNOD AR GAEL LLE MAE CLEIFION EI ANGEN

Oherwydd datblygiadau ym maes gwyddorau meddygol, mae nifer cynyddol o gleifion yn cael eu derbyn i ysbyty yn dioddef o nifer o anwylderau ac ystod o anghenion cymorth ac mae'r adroddiad yn cydnabod bod angen i ysbytai newid eu dull o weithredu er mwyn delio'n ddigonol â'r anghenion hynny. Ymhlith pethau eraill, yn ymarferol bydd hyn yn golygu'r canlynol:

- Bydd timoedd meddygol arbenigol yn gweithio nid yn unig mewn wardiau arbenigol ond ar draws yr ysbyty a'r gymuned, gyda Meddygon Teulu a gofal cymdeithasol yn cyfrannu at y gofal cyffredinol;
- Unwaith bydd claf yn cael ei dderbyn i ysbyty, ni fydd yn symud gwely onibai bod ei anghenion clinigol yn galw am hynny;
- Dylai cleifion gael un asesiad cychwynnol a gofal parhaus gan dîm sengl;
- Dylai cleifion meddygol sy'n ddifrifol sâl yn breswyl mewn ysbyty gael yr un mynediad i ofal meddygol dros y Sul â'r hyn maen nhw'n ei dderbyn yn ystod yr wythnos, gyda gofal yn y ward wedi'i flaenoriaethu yng nghynlluniau gwaith meddyg;
- Gall cleifion gael yr hawl i osgoi salwch a a chael adferiad drwy gyfathrebu effeithiol, rhannu yn y penderfyniadau a hunanreoli; a
- Meddygon fydd yn arwain yn glinigol ar faterion diogelwch, canlyniadau cleifion a phrofiad y cleifion a bydd mecanweithiau i fesur profiad cleifion o'r gofal.

ADDYSG, HYFFORDDIANT A DATBLYGIAD MEDDYGON

Bydd hyfforddiant ac addysg feddygol yn datblygu gwybodaeth a sgiliau meddyg i reoli demograffeg cyfredol a demograffeg cleifion yn y dyfodol. Bydd gweithlu cyffredinol ffisigwyr yn cynnwys cymysgedd o sgiliau i gyflenwi'r gofal arbenigol priodol, gofal dwys a chyd-drefnu'r gofal. Er mwyn sicrhau'r gymysgedd o sgiliau sydd ei hangen i gyflenwi gofal priodol i gleifion, bydd cyfran uwch o feddygon yn cael eu hyfforddi a'u defnyddio i gynnig gofal meddygol mewnol arbenigol. Bydd cyfraniad cofrestrwydd meddygol yn cael ei werthfawrogi ac yn derbyn rhagor o gefnogaeth yn y gwasanaethau aciwt a'r gofal ar lefel y ward drwy gael presenoldeb hyfforddwyr meddygol ac ymgynghorwyr ac uwch ymgynghorwyr dros y saith diwrnod.

3.3 GOFAL SYLFAENOL

Yn yr adran hon rydyn ni'n gwneud defnydd o'r adroddiad diweddar *Gofal Sylfaenol yng Nghymru (Primary Care in Wales)*⁶⁶, sy'n darparu tystiolaeth ar gyfer modelau llwyddiannus a chyfeiriad y ffordd maen nhw'n meddwl ynghlyn â'r polisi a fydd yn sail i ddarpar elfennau gofal sylfaenol y systemau gofal iechyd yng Nghymru.

Diffinnir gofal sylfaenol fel y pwynt cyswllt cyntaf gofal parhaus, cynhwysfawr a chydgyssylltiedig a ddarperir ar gyfer unigolion a phoblogaethau na wahaniaethir gan systemau oed, rhyw, clefyd ac organau. Mae'r gweithlu craidd gofal yn cynnwys gwasanaethau meddygol, nyrzio sylfaenol a chymunedol, bydwreigiaeth a gwasanaethau ymwelwyr iechyd, deintyddiaeth, optometreg, fferylliaeth, therapi a gwasanaethau diagnostig, Galw Iechyd Cymru/NHS direct, gwasanaethau hyrwyddo iechyd a staff rheoli a chymorth perthnasol yn ogystal â gwasanaethau Meddyg Teulu tu allan i oriau arferol.

Yng Nghymru, mae amrywiaethau annerbyniol yn dal i fodoli yn narpariaeth ac ansawdd gwasanaethau gofal sylfaenol er bod system gofal iechyd sylfaenol da iawn eisoes yn bodoli. Ymhlith rhai o'r materion cyffredin mae anawsterau cael mynediad i wasanaethau ac anghydbwysedd anghynaliadwy rhwng baich gwaith a'r gallu/'capasiti'.

Mae'r adolygiad yn hyrwyddo model sy'n rhesymu bod angen gwerthuso strwythur (trefn lywodraethol, amodau economaidd a datblygiad gweithlu), y broses (mynediad, parhad gofal a rhychwant y gofal) a'r canlyniadau (ansawdd gofal, effeithiolrwydd y gofal a thegwch y gofal) er mwyn asesu pa mor effeithiol ydy unrhyw bolisi ar ofal sylfaenol, rhaglen neu fodel gwasanaeth (gweler Tabl B3.1 isod).

Mae'r adroddiad yn dod i'r casgliad nad ydy'r modelau cyfredol yn gynaliadwy. Argymhellir newid i ddulliau yn seiliedig ar ofal sylfaenol a phoblogaethau, ynghyd â'r ffaith y dylai timoedd gofal sylfaenol gynnwys ystod ehangach o aelodau. Canlyniadau clir ddylai fod yn ffocws unrhyw fodel neu bolisi newydd, a modelau o ddarpariaeth wedi'u seilio ar egwyddorion wedi'u canoli ar y gymuned ac ymglymiad dinasyddion fyddai fwyaf tebygol o fod y mwyaf trosglwyddadwy i'r cyd-destun Cymreig. Ymhlith nodweddion allweddol system gofal sylfaenol ardderchog yng Nghymru a argymhellir mae:

1. Gofal sylfaenol yn cael ei gyflenwi gan dimoedd bach cyfarwydd;
2. Trefnir darparwyr gofal sylfaenol yn glystyrau neu rwydweithiau;
3. Ar lefel clwstwr bydd gofal iechyd sylfaenol wedi'i ganoli ar y gymuned yn cael ei gyflenwi;
4. Seilir comisiynu a chynllunio gwasanaethau iechyd o atal i ofal terfynol ar anghenion ac asedau;
5. Comisiynir clystyrau gan y Byrddau Iechyd a chân nhw eu had-dalu yn ôl canlyniadau wedi'i cytuno;
6. Bydd clystyrau yn dryloyw ac yn atebol; a
7. Bydd clystyrau yn cynnwys unedau gofal sylfaenol megis practisau cyffredinol.

3.4 GOFAL IECHYD GWLEDIG YNG NGHYMRU

Dylid ystyried anghenion iechyd gwledig yng nghyd-destun materion cymdeithasol, economaidd, cludiant, tai a gofal cymdeithasol. Mae nifer y bobl hŷn ar gynnydd, llawer gyda chyflyrau lluosog sydd angen ymyriadau. Ar ben hynny, mae'r boblogaeth sy'n heneiddio mewn awdurdodau gwledig yn cynyddu'n gyflymach nag mewn awdurdodau trefol gyda phobl ifanc yn symud allan a phobl hŷn yn symud i mewn i'r ardaloedd gwledig.⁶⁷ Mae'r newid demograffig hwn yn effeithio'n sylweddol ar anghenion gwasanaeth lleol a'r system gymorth ar draws gofal cymdeithasol a iechyd mewn cymunedau

⁶⁶ GIG Wales (2014)

⁶⁷ Grŵp Gweithredu Iechyd Gwledig (2011d, 2013)

TABL B3.1 · AGWEDDAU ALLWEDDOL SYSTEMAU GOFAL SYLFAENOL⁶⁸

STRWYTHUR Sut mae'r system yn cael ei rhedeg	PROSES Sut y darperir y system	CANLYNIADAU Sut mae'r system yn bod yn effeithiol
<p>Dylid newid y modd mae adnoddau'n cael eu dyrannu o'r ymyriadau hwyr costus cyfredol i'r potensial o gymorth ataliol sylfaenol a hybu iechyd - dull sydd wedi'i esgeuluso.</p> <p>Mae consensws y dylai cynllunio a darpariaeth gofal sylfaenol fod ar lefel-meso poblogaeth fach yn seiliedig ar anghenion gofal iechyd.</p> <p>Mae perchnogaeth gyhoeddus ar y lefel hon yn ddylanwad positif ar gynllun a chyflenwad gwasanaeth ac atebolrwydd.</p> <p>Mae angen canfyddadwy i ddatblygu rolau arweiniol ar gyfer y rhai ym maes gofal sylfaenol i sbarduno newid mewn polisi ac yn y modd y mae gwasanaethau yn cael eu cyflenwi.</p> <p>Mae consensws bod tuedd i systemau trefn lywodraethu mwy canolog wella ansawdd ac o help i ddelio ag amrywiaeth mewn ansawdd a chanlyniadau.</p> <p>Dim ond ychydig o fodelau sydd i'w cael mewn adroddiadau ar ofal sylfaenol o integreiddio gyda gofal cymdeithasol, er y dyfynnir hyn yn flaenoriaeth mewn polisiâu.</p>	<p>Bod yn rhagweithiol i wella iechyd a lles poblogaethau, nid yn unig y bobl sydd wedi cofrestru ac yn mynychu, drwy fwy o gydweithio gyda phartneriaid.</p> <p>Dylai timoedd gofal sylfaenol fod yn fwy er mwyn gallu cyflenwi'n fwy cyson ar lefel y boblogaeth. Ymhlith y modelau mewn uwch-bartneriaethau, ffederasiynau, rhwydweithiau gofal teulu a grwpiau ffurfiol ac anffurfiol eraill.</p> <p>Mae potensial i ehangu aelodaeth timoedd gofal sylfaenol i gynnwys pobl broffesiynol iechyd perthynol, mwy o arbenigwyr cyffredinol (e.e. paediatregyddion) neu i ystyried cyflogi staff cymunedol megis nyrsys ardal yn uniongyrchol.</p> <p>Does dim un model unigol o gyflogaeth a gellid ystyried mwy o amrywiaeth o opsiynau.</p> <p>Dylai rôl gofal sylfaenol newid o fod yn borthgeidwad i fod yn gydgyssylltwr/ llywiwr gyda gwasanaethau ehangach o gwmpas timoedd gofal sylfaenol.</p> <p>Yr angen am ragor o fodelau di-dor ar draws, yn a thu allan i oriau arferol, gyda darparwyr yn llai ar chwâl.</p> <p>Er gwaetha'r lliaws o fodelau rhyngwladol o ddarparu gwasanaeth, ni chafwyd yr un model unigol ar wahân i'r un o'r tîm bach generig yn cynorthwyo'r claf sydd yn gyffredin i'r rhan fwyaf o systemau iechyd uchel eu hansawdd.</p>	<p>Mae tuedd i wledydd yn meddu ar systemau cadarn ar gyfer gofal sylfaenol gael gwell canlyniadau iechyd, ond gyda gwariant ar iechyd ar gynnydd a llai o dwf mewn , mae hyn yn debygol o ddod yn fwy pwysig wrth gwrdd ag anghenion cyfnewidiol yn y dyfodol</p> <p>Ceir consensws bod gormod o amrywiaeth heb ei esbonio a di-alw amdano ym maes gofal sylfaenol yn y DUa dylid ei gyflenwi ar "raddfa fwy diwydiannol" sy'n rhoi blaenoriaeth i leihau'r amrywiaeth mewn ansawdd a chanlyniadau.</p> <p>Ymhlith y materion allweddol mae gwella'r dull o fesur perfformiad, datblygu dulliau mwy systematig o fynd ati i wella ansawdd a riportio tryloyw.</p> <p>Ystyrir bod ymrymuso ac ymglymu dinasyddion yn fodd i wella ansawdd drwy atebolrwydd.</p>

⁶⁸ Ibid.

gwledig. Yn 2009, datblygodd Llywodraeth Cymru strategaeth, y *Cynllun Iechyd Gwledig*,⁶⁹ yn sefydlu templed ar gyfer trawsnewid holl strategaethau iechyd Cymru yn beirianweithiau cyflenwi gwasanaethau ystyrion wedi'u teilwra'n fwy penodol i gwrdd â darpar anghenion iechyd cymunedau gwledig.

MATERION ALLWEDDOL YN YMWNEUD Â GOFAL IECHYD GWLEDIG

Nodwyd materion allweddol tri prif faes (mynediad, integreiddio a chydlyniad ac ymglymiad cymunedau) yn y Cynllun Iechyd Gwledig. Er nad yn gyfyngedig i gefn gwlad, mae'r amodau sydd eisoes yn bodoli yng nghefn gwlad yn effeithio'n ddwfn ar y materion hyn.

Cael mynediad i wasanaethau ydy sylfaen iechyd. Gall y pellter rhwng gwasanaethau a chymorth gael effaith fawr ar iechyd pobl cefn gwlad, sydd yn gyffredinol dda o'i gymharu â'r sefyllfa drefol neu ddinesig. O ran sicrhau gwasanaethau amserol ar gyfer pobl a chael pobl at y gwasanaethau ar draws y sector gofal sylfaenol, cymunedol eilaidd/arbenigol a chymdeithasol, mae angen gwella'r mynediad ar draws y sbectrwm, o oroesi argyfwng i gyflenwi gwasanaethau arferol yn gyfleus. Bydd angen atebion, mwy creadigol a hyblyg er mwyn sicrhau bod anghenion pobl cefn gwlad yn cael eu cyflawni yn y modd mwyaf priodol, yn ogystal ag atgyfnerthu datblygiadau sydd eisoes yn bodoli, megis teleiechyd a theleofal. Mae cludiant yn hanfodol bwysig i iechyd cefn gwlad. Bydd Cynlluniau Trafnidiaeth sy'n cael eu paratoi gan y Consortiwm Trafnidiaeth Rhanbarthol yn nodi blaenoriaethau cludiant ac ymyriadau cynlluniedig.

Mae angen modelau gwasanaeth integredig, cynllunio gweithlu a systemau i wella darpar ddarpariaeth a sicrhau bod yr holl adnoddau a'r sgiliau o fewn cymunedau'n cael eu defnyddio'n effeithiol. Bydd rhaid cael cydlyniad lawer gwell ar draws ffiniau trefnidaeth/proffesiynol a busnes a rhwng y GIG, llywodraeth leol a gwasanaethau'r trydydd sector.

Dydy cynaliadwyedd ysbytai cymuned llai ddim yn fater penodol i gefn gwlad, ond, mae eu rôl hanfodol ym mywyd cefn gwlad yn eu gwneud yn llawer mwy pwysig ac arwyddocaol yno nag yn yr ardaloedd trefol a dinesig. Mae cost yn ffactor perthnasol i bob gwasanaeth ac mae angen cydbwysedd rhwng ansawdd, màs critigol, mynediad a chostau er mwyn sicrhau bod anghenion pobl leol yn cael eu diwallu'n ddiogel ac effeithiol. Fodd bynnag, yng nghyd-destun cefn gwlad, nid màs critigol ddylai ddylanwadu'n derfynol ar y penderfyniad. Mae angen dadansoddiad ac ystyriaeth bellach ar gydbwysedd a dyraniad y ddarpariaeth ariannol.

Oherwydd bod cymunedau cefn gwlad yn anghysbell, mae'n rhoi mwy o bwyslais ar gydlyniad cymunedol, er ei fod yn adnodd pwysig ac yn ffactor â photensial enfawr i leoliadau trefol a dinesig. Mae angen gweithredu i gynorthwyo cydlyniad cymunedol, ymglymiad a pherchnogaeth a'u meithrin o fewn cynlluniau gwasanaethau prif ffrwd cymorth a chynorthwyo gwasanaethau a gyflenwir yn lleol, gyda'r trydydd sector hefyd â rôl bwysig yn hyn o beth. Mae cael ymddiriedaeth a chymorth cymunedau lleol yn hanfodol yn yr un modd â'r rhan sydd ganddyn nhw i alluogi'r cynllun ddigwydd.

MODEL O WASANAETHAU GOFAL IECHYD GWLEDIG

Argymhellir bod angen efallai i ofal iechyd mwy cymhleth ei natur gael ei ganoli a'i gyflenwi mewn nifer o ganolfannau arbenigol lle lleolir a chrynodir yr arbenigedd er mwyn sicrhau'r canlyniadu gorau posibl. Mae modelau o'r fath yn golygu gofyn i bobl deithio i gael mynediad i wasanaethau; fodd bynnag dylai mynediad i wasanaethau craidd a gofal llai arbenigol fod yn hygyrch mewn cymunedau lleol, yn enwedig mewn ardaloedd gwledig (gweler Ffigwr AP2.1, Atodiad 2).

Mae'r model hwn yn gofyn am weithlu gwahanol o dimoedd amlddisgyblaethol gyda chymwyseddau cyffredinol a hyblyg yn ogystal â mynediad i uwch sgiliau arbenigol. Fel yr amlinellwyd yn adroddiad

⁶⁹ Llywodraeth Cynulliad Cymru (2009)

Greenaway, mae symud i sefydlu gweithlu meddygol ehangach ei dull o ddelio â gofal cleifion yn golygu bod mwy o feddygon yn gallu gweithio mewn ardaloedd gwledig ac anghysbell. Mae'r Cynghrair Addysgol Gofal Iechyd Gwledig ac Anghysbell wedi gweithio'n galed i ddatblygu gweithlu GIG i ofalu am bobl mewn cymunedau gwledig ac anghysbell yn Yr Alban. Derbyniwyd adborth positif ar y rhaglen hon ac roedd llawer o feddygon yn gwerthfawrogi'r hyfforddiant rhagorol roedden nhw wedi'i gael, hyfforddiant â ffocws cadarn ar gyfathrebu a gwaith tîm.

Gallai'r gwelliannau olygu ail-feddwl am gynlluniau neu bolisiau sydd eisoes yn bodoli neu gyswllt gwell rhyngddyn nhw. Bydd hi'n anodd delio â her pellter ac adnoddau bob amser, ond drwy gydweithio a chydgyfrannu gwybodaeth, adnoddau a sgiliau'n fwy effeithiol, gellir cyflenwi gwasanaethau mwy effeithlon a phriodol ar gyfer y cymunedau mwyaf gwledig ac anghysbell.

CYFLENWI GWASANAETHAU GOFAL IECHYD GWLEDIG

Yn dilyn cyhoeddi'r Cynllun Iechyd Gwledig, datblygodd Grŵp Gweithredu Iechyd Gwledig (RHIG) bapur gwyrdd, *Delivering Rural Health Care Services (Cyflenwi Gwasanaethau Gofal Iechyd Gwledig)*, i nodi datblygiad modelau newydd o wasanaeth a rolau proffesiynol fel y disgrifiwyd yn y Cynllun Iechyd Gwledig.⁷⁰ Gwnaed argymhellion mewn pum maes o ran ymglymiad a pherchnogaeth, mynediad i wasanaethau, ail rymuso a bywiogi'r ysbty gymunedol a gwasanaethau yn y gymuned, datblygiad gweithlu a manteisio i'r eithaf ar dechnolegau newydd.

1. Ymglymu cymunedau a sefydlu "perchnogaeth" leol o wasanaethau gwledig.

Mynediad, integreiddio a chydlyniad cymunedol ydy'r egwyddorion sy'n sbarduno datblygiad iechyd gwledig. Wrth gynllunio gwasanaeth, mae angen ystyried a ffocysu'n ofalus ar anghenion penodol pob cymuned a'r gwasanaethau sydd ar gael ynddyn nhw, gan sylweddoli'r amrywiaeth sy'n bodoli yn y Gymru wledig. Dylai cymunedau lleol fod yn rhan bwysig o'r broses o gynllunio gwasanaeth, gyda'r timoedd arweinyddiaeth lleol rhyng-asiantaethol yn darparu cysylltiad rhwng y gymuned a'r Byrddau Iechyd, yr ALL, gofal sylfaenol, sector y contractwyr annibynnol a'r trydydd sector.

2. Mater "mynediad" – cydbwyso ansawdd gwasanaeth a'r pellter teithio at y gwasanaethau

Yn ystod y degawadau diweddar, tuedd y GIG ydy canoli gwasanaethau o gwmpas ysbytai mwy eu maint, ar y dybiaeth y gallai unedau mwy eu maint fod yn fwy cost effeithiol, yn uwch eu hansawdd ac yn cyflawni màs critigol. Fodd bynnag, mae teithiau hir yn cael effaith andwyol ar y canlyniadau, nodwedd a elwir yn "wanhad pellter" ("distance decay"). Dylai amser taith y gymuned wledig at y gwasanaeth fod yn rhan annatod o gynllunio gwasanaethau yn y sector gofal. Mae "pwynt cydbwysedd" rhwng y cyfryw wasanaethau a ddylai gael eu darparu'n ganolog mewn Ysbytai Cyffredinol mwy eu maint a'r gwasanaethau hynny y gellid eu darparu'n fwy lleol. Bydd y pwynt cydbwysedd hwn yn amrywio yn ôl amgylchiadau'r gymuned arbennig dan sylw. Bydd system gynllunio gofal iechyd aeddfed yn deall ac wedi mapio'r pwyntiau cydbwysedd hyn ar gyfer eu gwasanaethau a'u cymunedau.

3. Ail fywiogi a grymuso'r ysbty gymunedol a gwasanaethau yny gymuned

O gofio'r amrywiaeth mewn angen a phatrwm cyfredol y gwasanaethau drwy Gymru, nid yw'n bosibl nac yn briodol i bennu model gofal ar gyfer unrhyw gymuned wledig benodol. Isod, amlinellir rhai o'r egwyddorion creiddiol y dylid eu defnyddio wrth ail-lunio unrhyw wasanaeth, ynghyd â disgrifiadau o'r darpar welliannau.

- Mae anghenion poblogaethau cefn gwlad yn wahanol i rai trefol a dylid sylweddoli ac ymateb i hyn;

⁷⁰ Grŵp Gweithredu Iechyd Gwledig (2011d)

- mewn llawer ardal, cafwyd diffyg dyhead ac uchelgais ynglyn ag ysbytai cymuned a gwasanaethau cymunedol. Gallai'r gwasanaethau hyn sy'n uchel eu parch gan gymunedau gwledig gael eu datblygu i ddarparu gofal uchel ei ansawdd ac effeithiol;
- Mae angen blaenoriaeth a ffocws lleol ar gynllunio a rheoli gwasanaethau cymunedol gwledig gan ddilyn yr egwyddor mai dim ond y gwasanaethau hynny na ellid eu cyflenwi'n ddiogel ac effeithiol yn y gymuned y dylai ysbytai cyffredinol ardal eu darparu yn hytrach na bod gwasanaethau cymunedol yn agweddau o ofal a ddatganolwyd o'r "canol"; ac
- Mae'n hanfodol bwysig bod gwasanaethau'n cael eu cyd-drefnu a'u hintegreddio'n well ar gyfer cymunedau gwledig, gyda chyfathrebu amserol a phriodol rhwng sefydliadau a'i gilydd ac oddi fewn i sefydliadau.

4. Datblygu prawfesur polisi o safbwynt gweithlu gwledig

Mae GIG Cymru yn datblygu dulliau newydd o weithio ac arferion gwaith hyblyg gyda chymorth addysgol a phroffesiynol gan ddelio'n genedlaethol â phroblemau datblygu gweithlu. Fodd bynnag, mae cyfrifoldebau cynhenid ychwanegol i weithio mewn cymunedau gwledig. Wrth adeiladu ar bolisiau sydd eisoes yn bodoli ar adnoddau dynol, mae angen "prawfesur polisiau gwledig" sy'n adlewyrchu'r dyletswyddau a'r cyfrifoldebau ychwanegol. Mae'r polisi o weithio integredig ar draws y sector gofal mewn cymunedau gyda thimoedd yn seiliedig ar gymwyseddau yn dal i gael ei gefnogi. Cafodd Meddygaeth Wledig a Iechyd Gwledig y sylw a'r ffocws oedd yn adlewyrchu anghenion Cymru.

Meddygaeth Wledig

Mae angen hybu Practis Meddygaeth Wledig a Gyrfaedd Meddygol Gwledig yn fwy egniol, gyda meddygaeth wledig yn rhan o gwricwlwm israddedigion meddygol a'r rhaglen sylfaen, a chreu rhai swyddi hyfforddiant arbenigol yn y prif ddisgyblaethau gyda'r pwyslais ar feddygaeth wledig. Dylid diffinio'r cymwyseddau ychwanegol sydd eu hangen ar gyfer gwaith arbenigol mewn ysbytai gwledig a chymwyseddau patrwm gwaith yr arbenigwr cyffredinol o ran cyfrifoldebau mewn ysbyty ac yn y gymuned a chytuno ar y cymwyseddau hyn ar y cyd â phwyllgorau hyfforddi arbenigedd a'r Colegau Brenhinol. Dylai'r gwaith hwn ystyried sut gellid cydbwysio profiad a mynediad cleifion yn erbyn safonau clinigol sy'n ceisio darparu'r canlyniadau gorau posibl yn hytrach na'r hyn sy'n digwydd ar hyn o bryd sef bod y canlyniadau yn cael eu mynegi yn nhermau'r nifer o weithdrefnau neu lawdriniaethau.

O ran hyfforddiant Practis Cyffredinol, argymhellwyd bod y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol yn ystyried Cynllun Hyfforddiant Galwedigaethol (VTS) ar gyfer Practis Cyffredinol a glustnodir yn benodol yn gynllun hyfforddiant gwledig, cyfran resymol o swyddi ymestynnol ar ôl hyfforddiant galwedigaethol, a chyfran resymol o feddygon iau a myfyrwyr meddygol yn cael eu lleoli yng Nghanolbarth Cymru.

Iechyd Gwledig

O ran datblygiad proffesiynol nyrsys, mae Llywodraeth Cymru yn dal i weithio gydag Uwch Sefydliadau Addysgol i ddatblygu hyfforddiant ac achrediad cymwyseddau mewn dulliau sy'n hyblyg a hygyrch i'r rhai sy'n gweithio mewn mannau anghysbell.

Dylai uwch bractis fod yn elfen gydrannol o Bractis Iechyd Gwledig. Cynyddir lleoliadau dysgu clinigol mewn sefyllfaoedd gwledig ar gyfer rhaglenni cyn-cofrestru ac ôl-radd ar draws grwpiau proffesiynol er mwyn recriwtio a denu gweithlu'r dyfodol i'r ardaloedd gwledig. Dylai Byrddau Iechyd gydweithio gyda'r Colegau Brenhinol a sefydliadau addysgol i ddarparu cymorth datblygiad proffesiynol mewn dulliau newydd a hyblyg, yn enwedig ar gyfer ymarferwyr mewn ardaloedd mwy anghysbell, gan fanteisio i'r eithaf ar dechnoleg gwybodaeth.

5. Manteisio i'r eithaf ar dechnolegau newydd

Argymhellir y dylid manteisio i'r eithaf ar les telefeddygaeth, teleiechyd a theleofal, gan fod potensial gan y defnydd o dechnoleg yn y GIG i wella ansawdd, cyflenwad ac effeithiolrwydd gwasanaethau gofal iechyd.⁷¹ Mae hyn yn cynnwys darparu gofal iechyd i gleifion o bell gan ddefnyddio technolegau, megis ffonau symudol, gwasanaethau rhyngwrwyd, teledu digidol, fideo-gynadledda a chyfarpar hunan-fonitro. Gall hyn hefyd olygu bod y claf a chlinigwr yn ymgynghori mewn lleoliadau gwahanol drwy fideo-gynadledda; clinigwr yn diagnosiso cyflwr claf o bell gan ddefnyddio delweddau a drosglwyddir yn electronig megis sgan neu lun digidol; a defnyddio technoleg i fonitro cleifion gyda chyflwr hirdymor adre. Yn gyffredinol mae hyn yn golygu gwneud llawer mwy o ddefnydd o dele-feddygaeth, fel y trafodir yn nes ymlaen yn yr adroddiad hwn.

Wrth gynllunio neu gomisiynu gwasanaethau, dylai Byrddau Iechyd ystyried defnyddio technoleg i ddarparu gwell cymorth ar gyfer cleifion a chyflenwi gwasanaethau mwy effeithlon. Argymhellir y dylid datblygu dull cenedlaethol Cymru gyfan o fynd i'r afael â thelefeddygaeth er mwyn osgoi peryglon datblygiadau gwasgarog a thameidiog ac anghysonderau ar draws Byrddau Iechyd.

4. CYNLLUNIAU BYRDDAU IECHYD YNG NGHANOLBARTH CYMRU

Mae nifer o gyrff yn diwallu anghenion gofal pobl sy'n byw yng Nghanolbarth Cymru. Mae tri Bwrdd Iechyd yn gwasanaethu'r ardal, Hywel Dda, Powys a Betsi Cadwaladr. Ar gyfer rhai triniaethau efallai bydd angen i gleifion deithio i wasanaethau a ddarperir gan Fyrddau Iechyd eraill Cymru yn Ngogledd neu Dde Cymru neu fynd i Loegr. Mae Gwasanaethau Ambiwylans Cymru yn darparu cludiant brys a chludiant heb fod yn achosion brys ar gyfer cleifion. Mae'r cludiant brys yn golygu asesiad ac ymyriad medrus gan rai sy'n dra hyfforddedig. Mae gwasanaeth Ambiwylans Awyr Cymru hefyd ar gael.

Mae Hywel Dda yn cynllunio a gweithredu amrediad llawn o ofal GIG ar draws y system ofal ac eithrio gofal ambiwlans, a Betsi Cadwaladr yn yr un modd. O fewn ardal Powys, sy'n cynnwys gweddill Canolbarth Cymru, mae'r gwasanaethau gofal sylfaenol a gyflenwir, yn bennaf, wedi'u hategu gan naw ysbyty cymuned, rhai ohonyn nhw'n cynnig gwasanaethau Pelydr-X, gofal cleifion allanol, endosgopi, triniaeth arenol a gwasanaeth syrjeri dydd. Mae Powys yn 'comisiynu' gwasanaethau gofal eilaidd gan unarddeg o ysbytai/cyrff iechyd Lloegr a Chymru sydd ar ei therfynau a hefyd mynediad i ofal trydyddol ar gyfer ei thrigolion drwy wasanaethau arbenigol comisiynydd Cymru gyfan.

Gellir cywasgu'r pryderon sydd wedi codi yng Nghanolbarth Cymru, yn ogystal â'r sialensiau ariannol sy'n gyffredin i bob gwasanaeth cyhoeddus, yn dri maes perthynol:

- Yn gyntaf, cafwyd trafodaeth gyhoeddus am barhad gofal eilaidd yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais, Aberystwyth;
- Yn ail, mae pa mor gydnerth ydy'r gwasanaethau gofal sylfaenol – yn enwedig gwasanaethau Meddygon Teulu mewn rhannau o Ganolbarth Cymru – yn destyn trafod; ac
- Yn drydydd, mae'r angen i sicrhau mynediad i ofal iechyd priodol yn flaenoriaeth uchel i ardal mor wledig ac mae hyn yn amlygu pwysigrwydd rôl gwasanaeth Ambiwylans Cymru (ac Ambiwylans Awyr Cymru), cludiant cyhoeddus ac agweddau o defefeddygaeth – yn enwedig i gyflenwi ymateb amserol ac effeithiol i ddigwyddiadau annisgwyl heb eu cynllunio.

4.1 HYWEL DDA

Bu Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda ers 2009 yn ceisio ymgodymu â'r sialensiau sy'n ei wynebu cyn cymryd rhan yn adolygiad Cymru gyfan o ofal eilaidd. Yn 2010 cynhaliodd ymarfer gwrando ac

⁷¹ Grŵp Gweithredu Iechyd Gwledig (2013)

ymglymiad helaeth gyda chlinigwyr a budd-ddeiliaid er mwyn darganfod yr hyn oedd angen ei wneud yn lleol i gwrdd â'r sialensiau hynny – sicrhau canlyniadau iechyd da ar gyfer yr holl boblogaeth, darparu gofal ar gyfer pobl a llunio gwasanaeth gofal iechyd cynaliadwy – yn wyneb poblogaeth sy'n heneiddio, anawsterau recriwtio a chadw staff clinigol a darparu gwerth am arian.

Yn *Eich Iechyd: Eich Dyfodol (Your Health: Your Future)* ymgymrodd y Bwrdd Iechyd ag adolygiad mawr o gyflenwad gwasanaethau ar gyfer nifer o gytreffi a wasanaethir gan ysbytai mawr Llanelli, Caerfyrddin, Aberystwyth a Hwlfordd. Cododd rhai pryderon nad oedd y cyfryw gytreffi yn gallu darparu lefel llif a fyddai'n gallu cynnal timoedd clinigol ysbyty sy'n gynyddol fwy arbenigol ac yn dibynnu ar boblogaethau mawr am ddigon o waith achos i'w bwydo. Felly bu'r Bwrdd yn ystyried sut i leoli gwasanaethau clinigol cynaliadwy cyflenwol ymhob un o'r pedwar ysbyty cyffredinol, gan ystyried materion staffio rhagweladwy – gan gynnwys y rhai'n codi o ofynion hyfforddiant staff meddygol.

Bu'r Bwrdd hefyd yn ystyried sut gellid lleihau'r galw ar wasanaethau ysbyty aciwt drwy ragweld gofal yn well a gwell gofal yn y gymuned sy'n caniatáu i gleifion adael ysbyty yn ddiogel cyn gynted ag y mae eu triniaeth ar ben. O ran y prif arbenigeddau clinigol roedd newid i fod mewn asesu achosion llawfeddyol a meddygol aciwt a chyfleusterau cleifion preswyl fel bod ffocws Ysbyty'r Tywysog Phillip yn fwy dethol ei ffocws. Bu cryn drafod ar y opsiynau ar gyfer darparu gwasanaethau brys cydnerth (asesiadau cychwynnol ac yna ymyriad cymwys) ac addaswyd y cynigion gwreiddiol yn dilyn adborth gan bbl broffesiynol a'r cyhoedd, er enghraifft cafodd y cynnig y dylid gostwng ystod y gwasanaethau oedd yn cael eu cynnig o Ysbyty Cyffredinol Bronglais ei addasu.

Byddai gwasanaethau salwch meddyliol ar gyfer cleifion preswyl yn cael eu canoli yng Nghaerfyrddin gyda gwasanaethau mwy arbenigol yn cael darparu tu allan i ardal y Bwrdd; ar dimoedd iechyd meddwl Cymunedol fyddai'r baich mwyaf. Ar gyfer gwasanaethau canser, dibynnir ar ffynonellau allanol a'r rhwydwaith canser; dim ond gofal y fron a'r colon a'r rhefr fyddai i'w gyflenwi'n lleol (yn Ysbyty Tywysog Phillip) er y byddai clinigau cleifion allanol a chemotherapi yn cael eu darparu'n lleol.

Y ffordd arfaethedig ymlaen ar gyfer obstetreg a phaediatreg oedd symud Unedau Gofal Arbennig Babanod o Glangwili a Llwynhelyg a'u disodli gan uned dibyniaeth fawr babanod newydd-anedig Yng Nglangwili. Roedd y drafodaeth ar wasanaethau obstetreg/paediatreg yn adlewyrchu'r drafodaeth am llawfeddygaeth frys a meddygaeth, gyda'r eithriad, er bod y Bwrdd yn ceisio lleihau'r galw ar ysbytai o ran cleifion gyda chyflwr meddygol a (rhai) llawfeddygol dydy'r dull hwn o fynd ati ddim yn briodol ar gyfer nifer o fenywod beichiog (a'r newydd-anedig). Wrth ystyried yr opsiynau ar gyfer gwasanaethau mamolaeth, obstetreg a phaediatreg, dywedir bod rhaid cael lleiafswm o 2,500 o enedigaethau i alluogi meddygon dan hyfforddiant i ennill digon o brofiad.

GWASANAETHAU LLAWFEDDYGOL

Mae'r ddogfen dechnegol a gynhyrchwyd yn Awst 2012 yn nodi'r dystiolaeth gafodd ei hystyried pan luniwyd y darpar wasanaethau llawfeddygol – yn enwedig llawfeddygaeth frys tu allan i oriau. Cytunwyd ar y rhain gan uwch staff clinigol a'u hasesu gan ddefnyddio pum maen prawf wedi'u pwysoli (yn ymwneud â diogelwch, materion gweithlu, hygyrchedd i gleifion, y cyflenwi, cyweddu strategaethau a'r effaith).

Fe wnaeth y papur technegol ganolbwyntio ar dderbyniadau brys ar un ysbyty yn unig – naill ai Tywysog Philip, Bronglais, Glangwili neu Llwynhelyg. Cafwyd consensws yn deillio o hyn mai Glangwili fyddai'r cyfryw safle yn Hywel Dda ac yno dylai llawfeddygaeth frys fynd. O bwysu a mesur, roedd hi'n amlwg y dylid defnyddio adnoddau Ysbyty Glangwili ac i ddiddymu effaith y cynnydd mewn amser teithio i gleifion o ogledd a de orllewin Caerfyrddin drwy wella trefniadau cludiant.

Cyflwynodd papur technegol y Bwrdd achos cryf – ar sail ansawdd a diogelwch – i ganoli gwasanaethau mewn un ysbyty yn unig ar ôl gwerthuso'r meini prawf y cafodd y pedwar opsiwn eu barnu yn eu

herbyn. Glangwili oedd yr opsiwn clir i'w ddewis. Fodd bynnag, o ganlyniad i ymglymiad helaethach gyda'r cyhoedd ac eraill, newidiodd y Bwrdd ei gynnig dewisol a chytuno i gyflenwi gwaith llawfeddygaeth frys (ar wahân i drawma mawr) mewn tri ysbyty – Llwynhelyg, Bronglais a Glangwili.

GWASANAETHAU MEDDYGOL

Mae'r cynigion o ran arbenigedd meddygaeth a meddygol yn adlewyrchu'r rhai ar gyfer arbenigeddau llawfeddygol. Yn yr un modd, ar y cychwyn, lluniodd y Bwrdd nifer o opsiynau. Profwyd y rhain yn erbyn meini prawf wedi'u pwysoli'n debyg i'r rhai a ddefnyddiwyd ar gyfer y gwasanaethau llawfeddygol. Lluniodd y Bwrdd restr fer o ddau opsiwn: Opsiwn 1 – gwasanaethau cymunedol cadarnach o ran tri gwasanaeth cleifion preswyl yn Ysbytai Bronglais, Glangwili a Llwynhelyg; Opsiwn 2 – gwasanaethau cymunedol cadarnach o ran gwasanaethau cleifion preswyl ym Mronglais, Tywysog Philip a Glangwili. Opsiwn 1 oedd yr opsiwn cryfach yn amlwg ar sail meini prawf a dadansoddiad y Bwrdd.

Fodd bynnag, yn yr un modd â llawfeddygaeth, ar ôl profi'r opsiwn yn helaethach yn ystod y broses lawn o ymglymu'r cyhoedd ni dderbyniodd hwnnw ddigon o gefnogaeth. Felly, daeth y Bwrdd i'r casgliad mai'r 'status quo' ddylai fod yr opsiwn dewisol sef y byddai derbyniadau meddygol brys (yn ôl pob tebyg heb wahaniaeth ac wrth iddyn nhw godi ymhob un o'r ardaloedd y maen nhw'n eu gwasanaethu) yn cael eu cyfeirio i'r pedwar prif ysbyty.

Yn y ddogfen dechnegol dyfynnwyd ffactorau roedd Coleg Brenhinol Ffisigwyr yn tybio eu bod yn bwysig wrth ddarparu gofal uchel eu hansawdd ar gyfer cleifion meddygol sâl. Nodwyd mai canlyniad dull cyfredol Hywel Dda o ddefnyddio pedwar safle ydy bod "nifer o wasanaethau'n rhedeg gydag ymgynghorwyr heb gymorth ac mae hyn yn risg i ddiogelwch ac ansawdd". Yr unig opsiynau a gyrhaeddodd y rhestr fer i'w trafod mewn ymgynghoriad â'r cyhoedd ar ôl eu hasesu gan arbenigwyr clinigol ac arbenigwyr eraill oedd y rhai oedd yn "ddiogel yn glinigol ac yn weithredol bosibl eu cyflenwi".

Mae'r data ar dderbyniadau brys meddygol yn dangos cynnydd yn nerbyniadau ysbytai Glangwili a Thywysog Philip rhwng 2010/11 a 2011/12 o 10,948 i 11,874, ac yn ysbyty Llwynhelyg cynnydd o 5,236 i 6,060. Fodd bynnag, ym Mronglais bu gostyngiad o 2,788 i 2,547. Roedd Bronglais yn derbyn hanner baich y tri ysbyty arall. O'r 2,547 derbyniadau hynny, roedd 900 yn bobl tu allan i ardal y Bwrdd. Hefyd, adroddwyd bod patrwm derbyniadau i Fronglais yn wahanol i'r tri ysbyty arall oherwydd, yn annhebyg i Llwynhelyg, Tywysog Philip a Glangwili, dim ond 1% o dderbyniadau brys Ysbyty Cyffredinol Bronglais sy'n cael eu cyfeirio gan Feddyg Teulu (o'i gymharu â 17%-27% yn ysbytai eraill y Bwrdd); roedd 94% o'i dderbyniadau naill ai'n achosion 999 neu'n achosion hunan-gyfeirio, o'i gymharu â 69% ar gyfer Llwynhelyg.

Fodd bynnag, nid nifer y derbyniadau ydy'r holl stori wrth ystyried swyddogaeth ysbyty derbyn. Gallai'r mwyafrif o'r mynychwyr fod angen galluoedd asesu ysbyty o'r fath er mwyn cadarnhau unrhyw ddiagnosis dros dro, unrhyw gynllun gofal sydd ei angen a phenderfynu a ellir darparu'r gofal hwnnw mewn lleoliad ar wahân i ysbyty aciwt a thrwy hynny osgoi derbyniadau i brif ysbyty aciwt. Gan hynny, rhaid ystyried y nifer sy'n derbyn gofal meddygol yn hytrach na derbyniadau wrth ddadansoddi opsiynau gofal a chymryd y bydd y cyfryw fynychwyr angen rhyw lefel o asesiad clinigol – gan staff ysbyty neu, os caiff y trefniadau eu newid, gan gyfleuster clinigol arall yr un mor gymwys.

Yn wir, mae cyfanswm nifer y bobl sy'n mynychu'r gwasanaeth Damweiniau ac Achosion Brys, eu dull o gyrraedd a'r niferoedd sy'n cael eu derbyn, i ysbyty Bronglais (neu ysbyty arall), neu'n cael eu hanfon adre ar ôl derbyn asesiad clinigol cymwys yn ffactor pwysig i'w ystyried. Mae Tabl AP7.1 (Atodiad 7) yn dangos cyfanswm o 23,764 yn mynychu'r gwasanaeth hwn yn 2013/14 ac, o'r rhain, defnyddiodd 17,244 gludiant preifat. Roedd hi'n ymddangos bod tua 5,000 wedi cael asesiad blaenorol naill gan wŷr ambiwlans neu mewn bwn clinigol arall. Yna, mae Tabl AP7.2 (Atodiad 7) yn dangos o'r 17,244 oedd yn defnyddio cludiant preifat i fynychu, roedd 2,533 angen gael eu derbyn. Mae'n ymddangos felly bod y gwasanaeth Damweiniau ac Achosion brys yn gweithredu fel y man cyntaf mae tua 330 yn ei ddewis bob

wythnos i chwilio am help meddygol ac o'r rhain mae tua 50 bob wythnos angen gael eu derbyn. Os bydd ansawdd a lefel cymorth ar heolydd a'r awyr yn gwella, fel mae'r Bwrdd yn ei fwriadu, gallai cleifion o Ganolbarth Cymru gael eu hasesu gan ddulliau clinigol eraill ond mae hyn yn debygol o fod ymhell dros 2,500 os cynhelir asesiad a brysbennu mewn lleoliadau heb fod yn ysbytai (er enghraifft gan wasanaethau clinigol symudol).

GWASANAETHAU IECHYD MEDDYLIOL A GWASANAETHAU ANABLEDDAU DYSGU

Mae'r cynigion hyn yn unol â chyfeiriad cyffredinol teithio – cynnydd yn y gwasanaethau cymunedol gyda pheth gallu i gael cleifion preswyl ag afiechyd meddyliol sydd angen gwasanaethau o'r fath a gwasanaeth newydd (heb ei ragnodi) preswyl ar gyfer pobl ag anableddau dysgu.

YSBYTAI CYMUNED

Mae wyth Ysbyty cymuned ond dim ond saith sydd â gwelyau – cyfanswm o 133 gwely GIG, wedi'u hategu gan 10 gwely at ddefnydd y GIG yn y sector preifat a phum gwely pellach yn Ne Sir Benfro at ddefnydd gofal cymdeithasol. Yn 2011/12 derbyniodd yr ysbytai hyn 1,794 o gleifion, 725 yn uniongyrchol a 1,069 yn drosglwyddiadau o ysbytai eraill.

Mae ysbytai Aberaeron, Dyffryn Aman, Aberteifi, De Penfro, Tregaron ac Ysbyty Bwthyn Dinbych y Pysgod i gyd yn cynnig gwasanaethau cleifion allanol, yn gweld 5,273 o gleifion newydd a 14,008 o gleifion allanol ôl-driniaeth yn 2011/12. Mae pedwar ysbyty, Aberaeron, Aberteifi, De Sir Benfro a Thregaron yn lleoliadau lle gall staff gofal cymdeithasol weithredu. Cynhaliwyd astudiaeth o welyau mewn ysbytai cymuned yn 2010/11, a ddangosodd bod "nifer uchel" o gleifion yn barod i gael eu rhyddhau ac heb fod angen bod mewn ysbyty cymuned. Dangosodd hefyd nad oedd ymdeimlad o frys i gynllunio rhyddhau cleifion ac roedd rhestr aros hir am gyfarpar arbenigol/addasiadau i'r cartref (swyddogaeth y gwasanaethau cymdeithasol). Fodd bynnag, ni cheir ffigyrau am a) gleifion oedd yn aros i ddychwelyd i'w cartrefi blaenorol b) cleifion oedd yn aros am ddarpariaeth gofal amgen (unrhywle heblaw am eu cartref eu hunain yn ôl pob tebyg).

Roedd y Bwrdd yn gweld mai swyddogaeth ysbytai cymuned o ran cleifion preswyl oedd y canlynol: canolbwyntio ar adferiad a ffocws yn Ysbytai Dyffryn Aman, Llanymddyfri, Aberteifi a De Sir Benfro ar adferiad cleifion preswyl; Mynydd Mawr yn cau ar ôl i wasanaeth newydd ar gyfer henoed bregus gael ei greu yn Ysbyty Tywysog Philip ac Ysbyty Tregaron (lle nodwyd yn yr adolygiad bod 93% o'i gleifion preswyl yn barod i gael eu rhyddhau i lefel arall o ofal) yn colli 12 gwely ar gyfer cleifion preswyl o ganlyniad i ddatblygu cyd-brosiect iechyd a gofal cymdeithasol newydd – Cylch Caron.

Y SEFYLLFA GYFREDOL

Ni fu gweithredu cynlluniau Hywel Dda heb ei broblemau. Gwrthwynebwyd y darpar gynigion ar gyfer Ysbytai Tywysog Philip a Llwynhelyg yn gryf gan y cyhoedd gan gynnwys adolygiad barnwrol ond mae newidiadau eraill ar y gweill. O ran Ysbyty Cyffredinol Bronglais, fel y nodwyd uchod, bu'r Bwrdd yn pendronni am beth amser ynglyn â'i dyfodol a newid ei feddwl yn ystod y broses ymghynghori a phenderfynu gadael pethau fel y maen nhw. Gwelir gallu cyfredol Ysbyty Bronglais ar gyfer cleifion preswyl ac achosion dydd yn Nhabl AP7.7 (Atodiad 7). Mae cwestiynau am ddyfodol hirdymor Ysbyty Cyffredinol Bronglais yn parhau ac mae'r ansicrwydd hwn yn annerbyniol.

4.2 POWYS

Mae Bwrdd Iechyd Addysgu Powys yn gyfrifol am gwrdd ag anghenion iechyd 132,000 o bobl rhan helaeth o Ganolbarth Cymru. Mae ei nodweddion yn hollol wahanol i Fyrddau Iechyd eraill yng Nghymru. Mae prif ffocws ei gyflenwad gwasanaeth yn seiliedig ar ei wasanaethau gofal sylfaenol a gyflenwir yn bennaf gan gontractwyr annibynnol – yn annebyg i Fyrddau Iechyd eraill sy'n berchen ar

ddarpariaeth gyffredinol sylweddol ysbyty aciwt ac yn gweithredur cyfryw ddarpariaeth yn uniongyrchol.

Mae Bwrdd Iechyd addysgu Powys yn gweithredu naw ysbyty cymuned ond mae'n dibynnu ar ddarpariaeth ysbytai aciwt o'u cwmpas a weithredir gan eraill ar gyfer llawer o ofal eilaidd ei boblogaeth. Ceir ysbytai cymuned yn y Trallwng, Machynlleth, Y Drenewydd, Llanidloes, Trefyclo, Llandrindod, Bronllys, Aberhonddu ac Ystradgynlais. Yn Llanfair-ym-Muallt datblygwyd adnodd newydd ar gyfer gofal iechyd a chymdeithasol a ddisodlodd ysbyty cymuned y dref. Bu'r cydweithio agos rhwng Bwrdd Iechyd a Chyngor Sir Powys yn nodwedd o'r trefniadau lleol am beth amser ac mae'n bosibl i'r trefniadau hyn gael eu hatgyfnerthu.

Ac eithrio'i ysbytai cymuned a'i wasanaethau cymunedol mae Powys yn sicrhau gofal ar gyfer ei phoblogaeth fel contracwr gofal sylfaenol ac eilaidd yn hytrach na bod yn ddarparwr uniongyrchol – yn dibynnu ar 17 prif feddygfa Meddyg Teulu a 12 o ganghennau, 24 practis deintyddol, 25 optometryddion a 23 fferyllfa gymunedol. O gofio natur ddaearyddol yr ardal, rhaid i Bowys reoli ei chontractau gyda 11 corff iechyd arall yng Nghymru a Lloegr (yn cynnwys Pwyllgor Gwasanaethau Arbenigol Iechyd Cymru) ac mae'n gorfod dibynnu hefyd ar wasanaeth Ambiwlans Cymru.

Mae tri thîm daearyddol yn gweithredu ym Mhowys – canol, gogledd a de – sy'n goruchwylio cyflenwi gofal yn lleol ac sy'n comisiynu holl ofal eilaidd ar gyfer oedolion ac eithrio iechyd meddwl, gwasanaethau plant a menywod. Mae'n ceisio datblygu dull o fynd ati ar bum lefel i gael mynediad i ofal: gofal sy'n cael ei gyflenwi adre, gofal sy'n cael ei gyflenwi yn y gymdogaeth (poblogaeth o tua 15,000), gofal sy'n cael ei gyflenwi yn yr ardal leol (poblogaeth o tua 60,000), gofal ar lefel sirol, ac yn olaf gofal o'r tu allan i Bowys ei hun.

Dros y degawd diwethaf, ceisiodd Powys gadw a datblygu gwasanaethau GIG lleol a gwneud hyn drwy gymhwyso technoleg fodern i gyflenwi gwasanaethu'n uniongyrchol i gleifion – megis ymgynghoriadau o bell – a gwasanaethau anuniongyrchol sy'n cynorthwyo staff clinigol yn eu hyfforddiant a datblygiad amlddisgyblaethol a thrwy wahodd ymghynghorwyr a staff eraill o'r ysbytai o gwmpas i ymgymryd â gwaith cleifion allanol, gwaith diagnostig a llawfeddygol yn ei ysbytai cymuned.

Mae Powys yn wynebu pedair brif her:

1. Rhaid llunio a chyflenwi gwasanaethau sy'n gadarn yn glinigol ac ariannol yn eu hamgylchedd gwledig ac yn gallu dygymod â newid;
2. Rhaid hefyd ragweld a chwrdd ag anghenion sy'n newid;
3. Oherwydd ei daearyddiaeth rhaid iddi weithio gyda phum gwahanol system gofal allanol gan ddefnyddio comisiynu a phartneriaeth tra'n datblygu ei chysylltiadau lleol gyda chyrrff cyhoeddus eraill a chyrrff y trydydd sector; ac
4. Mae'n ymdrechu i gwrdd â gofynion Llywodraeth Cymru o fewn hinsawdd ariannol gynyddol llym.

O ran y sialens olaf, dylanwadir ar botensial y Bwrdd i sylweddoli darbodion gan swm sydd rhaid talu am wasanaethau a ddarperir ar gyfer eraill. Gweithredir ei wasanaethau gofal sylfaenol gan 40 o wahanol ddarparwyr, y mae'r taliadau yn nwylo trefniadau cenedlaethol. Yn yr un modd, mae mwyafrif o ddarpariaeth gofal eilaidd yn dod oddi wrth bedwar darparwr o Loegr a phum darparwr o Gymru ac ni all ddylanwadu o gwbl ar eu sail costau. Yn fyr, gall unrhyw ymateb i bwysau ariannol ddod o leihau'r swm a geisir yn hytrach na'i gost. Mae tua £57 miliwn yn cael ei wario yn ysbytai Lloegr a £34 miliwn yn Ysbytai Cymru a leolir mewn siroedd cyfagos gyda £27 miliwn arall yn cael ei wario ar ofal ysbyty trydyddol tu allan i'r sir.

Mae Powys yn dibynnu ar wasanaethau ysbyty aciwt Byrddau Iechyd eraill. Mae'n gwario £6 miliwn y flwyddyn gyda Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda, £9 miliwn gyda Bwrdd Iechyd Abertawe Bro Morgannwg a £17 miliwn gyda Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan. Cyfanswm Bwrdd Iechyd Prifysgol

Cwm Taf a Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro gyda'i gilydd ydy tua £2 filiwn.

4.3 BETSI CADWALADR

Fel y nodwyd uchod, at bwrpas yr adroddiad hwn mae Canolbarth Cymru yn cynnwys sir hanesyddol Meirionnydd, rhan o Wynedd. O ran patrymau defnyddio gofal iechyd sy'n ymddangos, mae'r rhan hon o Wynedd, a wasanaethir gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr yn defnyddio cyfleusterau gofal iechyd Canolbarth Cymru am y gofal.

Dydy'r nifer o gleifion ddim yn enfawr ond rhaid ystyried gofal iechyd ar gyfer y rhan hon o Gymru ym maes trefniadaeth rheoli a sefydlwyd i yrru newidadau gwasanaeth synhwyrol yn eu blaen ac wrth ystyried y llwybrau gofal yr ydyn ni wedi cyfeirio atyn nhw eisoes.

Yn ogystal â'r cleifion sy'n llifo o Feirionnydd i Ysbyty Cyffredinol Bronglais, ceir llif o gleifion, o Bowys yn arbennig, at wasanaethau a gynigir gan Betsi Cadwaladr. Cost hyn ydy tua £4 miliwn yn flynyddol ac mae £3 miliwn o hwn yn gysylltiedig â gofal iechyd meddwl.

4.4 DARPARIAETH O LOEGR

Mae Hywel Dda yn dibynnu'n bennaf ar Fyrddau Iechyd eraill Cymru am wasanaethau arbenigol, ond yn yr un modd â Byrddau eraill Cymru, mae'n defnyddio ysbytai Lloegr am wasanaethau arbenigol drwy Bwyllgor Gwasanaethau Arbenigol Iechyd Cymru. Fel y nodwyd uchod, daw gofal eilaidd ar gyfer pobl Canolbarth Cymru ym Mhowys gan ddarparwyr o Loegr yn South Staffs (£15m), Wyre Valley (£15m), Robert Jones ac Agnes Hunt (£7m) – ac Amwythig/Telford (£20m) lle mae cynlluniau ar y gweill i ad-leoli rhai gwasanaethau o Amwythig i Telford. Hefyd, mae ychydig o waith trydyddol o Bowys a drefnir drwy Wasanaethau Arbenigol Iechyd Cymru a thrwy'r pwyllgor hwn y mae'n gosod gwaith gwerth £27 miliwn yng Nghymru a Lloegr.

C. BARN Y CYHOEDD YNG NGHANOLBARTH CYMRU

Yn yr adran hon, rydyn ni wedi cyflwyno barn pobl am Wasanaethau Iechyd yng Nghanolbarth Cymru. Ymhlith yr ymatebwyr roedd cleifion, pobl broffesiynol maes iechyd ac aelodau cyffredin o'r cyhoedd. Cyflwynwyd sylwadau yn ysgrifenedig ac yn bersonol mewn cyfarfodydd a chofnodir y niferoedd yn yr adran fethodoleg uchod.

Dylid nodi na ofynnwyd am wybodaeth am ddemograffi na daearyddiaeth ymatebwyr (er bod rhai wedi cynnwys y cyfryw wybodaeth) ac felly nad ydy'r rhai y cyflwynir eu barn yma yn sampl cynrychioladol o boblogaeth Canolbarth Cymru drwyddi draw.

Dylid nodi hefyd na ofynnwyd am farn ar wasanaeth penodol. Mae ein Hamodau Gorchwyl wedi bod ar gael yn gyhoeddus ers cychwyn y gwaith hwn ac, fel rhan o'r paratoi ar gyfer y digwyddiadau cyhoeddus, awgrymwyd y byddai pobl am ganolbwyntio ar dri chwestiwn yn benodol:

- Beth ydy'ch asesiad o'r ddarpariaeth gyfredol yn y gwasanaethau gofal iechyd yng Nghanolbarth Cymru?
- Beth ydy'r bygythiadau i'r sefyllfa gyfredol?
- Beth ddylai digwydd er mwyn sicrhau gwasanaethau uchel eu hansawdd a chynaliadwy ar gyfer Canolbarth Cymru?

Wrth gofnodi'r ymatebion hyn rydyn ni wedi ceisio adlewyrchu'r prif faterion a godwyd. Gan fod rhai wedi rhoi gwybodaeth am ble maen nhw'n byw, rydyn ni hefyd wedi cydnabod hyn ymhob pob mater.

Does dim trefn benodol i'r modd y mae'r materion yn cael eu cyflwyno ond ein bod yn delio â'r prif fater yn gyntaf – pryderon am Ysbyty Cyffredinol Bronglais. Rydyn ni wedi cynnwys adran 'arall' hefyd i roi blas o rai o'r materion y cafwyd sylwadau arny'n nhw.

Rydyn ni wedi ceisio cynnwys astudiaethau achos lle bo'n bosibl (a olygwyd rhag i bobl gael eu hadnabod ond mae llawer o'r materion a'r sylwadau yn gorgyffwrdd).

Fel enghraifft, mae'r astudiaeth achos sengl hwn nid yn unig yn crynhoi nifer o'r pryderon a fynegwyd ond yn ein hatgoffa y gall pob un o'r 'materion' hyn gael effaith real a phersonol iawn ar ansawdd bywyd pobl sy'n byw yng Nghanolbarth Cymru.

ASTUDIAETH ACHOS

Annwyl Athro Longley,

Cyf: Gwasanaethau Gofal Iechyd Canolbarth Cymru – Bronglais

Siarades i â chi ar ddiwedd y cyfarfod nos Wener diwethaf yn Aberystwyth ac yn ôl fy addewid dyma fy sylwadau a'm profiadau:

Ym mis Chwefror eleni, cafodd fy ngŵr ddiagnosis o ganser datblygedig a bu'n cael cemotherapi ers hynny ym Mronglais. Yn ystod y cyfnod hwn cafodd ein mab ddiagnosis o Glefyd Kienbock yn ei arddwrn chwith. Mae'n llawchwith, yn dioddef o Syndrom Asperger ac OCD difrifol. Felly dwi'n ysgrifennu o safbwynt gwraig, mam a gofalwr – gofalwr dros ddau berson ac mae gen i Bŵer Atwrniaeth dros ein mab.

Rydyn ni wedi defnyddio'r gwasanaethau ym Mronglais ers bron i 20 mlynedd. Yn wir, roedd yn allweddol i'n penderfyniad i dderbyn swyddi yn yr ardal hon. Dros y 5 mlynedd diwethaf, fodd bynnag, rydyn ni wedi sylwi erydiad sylweddol mewn gwasanaethau ac wedi gwrando ar liaws o hanesion am

anawsterau oherwydd y broblem sylweddol hon.

Ar y foment mae ein byd ni wedi cael ei droi wyneb i waered oherwydd diagnosis fy ngŵr. Mae'n cael ei gyfyngu yn ei waith. Oherwydd hyn a phroblemau ein mab, rydyn ni nawr yn ceisio byw bywyd fel y daw hi o ddydd i ddydd.

Dywedir wrthon ni droeon gan y rhai sydd o blaid canoli gwasanaethau yn y de bod 'gwasanaethau bysys yn gwella', ein bod yn gallu gyrru neu fynd ar y trê, neu hyd yn oed fwy sarhaus rydyn ni wedi tynnu pethau i'n pen gan mai ein dewis ni oedd dod i fyw yma! Mae'r rhan fwyaf o bobol yn dod yma i weithio'n galed, cyfrannu i'r economi a thalu'n trethi.

Yn ddiweddar, bu rhaid i mi yrru ein mab 76.5 milltir i Ysbyty Castell Nedd Porth Talbot am apwyntiad orthopaedig nad oedden nhw'n gallu ymdrin ag e yma oherwydd diffyg arbenigedd. Dw i'n gyrru car 2 litr blwydd oed ac yn hoffi gyrru'n gyflym o fewn y cyfyngder cyflymdra felly faswn i ddim yn gyrru'n araf..

Yn gyntaf, es i â fy ngŵr i Bronglais am apwyntiad cynnar. Yna, gadael gyda'n mab am 11.45am ar gyfer yr apwyntiad 3 o'r gloch yng Nghastell Nedd gan ganiatáu 2 awr 4 munud yn ôl yr hyn y mae'r cylluniwr taith yn ei awgrymu. Oherwydd oedi oherwydd goleuadau traffig, traffig trwm a hefyd taith tu ôl i lwyth llydan cymerodd y daith drafferthus 3 awr 10 munud. Cyrhaeddod ni a 5 munud i'w sbario i chwilio am le parcio ayb. Yn ffodus roedd pethau'n rhedeg yn hwyr. Ar ôl ymgynghoriad gweddol fyr, pelydr-x a choffi cyflym, roedd rhaid ciwio i ddod allan o'r ysbyty, ciwio eto i fynd ar yr M4 a chyrraedd adre am 7.20 pm!

O Aberystwyth cymerodd yr apwyntiad yng Nghastellnedd Porth Talbot 7 awr 35 munud. Treuliodd 7% o'r amser hwnnw yn gweld yr ymgyngorydd, cael pelydr-x a lluniaeth a 93% o'r amser yn teithio!

Collodd fy mab dros hanner diwrnod o waith ac er mod i wedi ymddeol colles innau hefyd 7 awr o fy niwrnod prysur iawn. Doedd costau'r diesel am y daith 152.6 milltir nôl ac ymlaen ddim i'w groesawu ac roedd ein hôl troed carbon yn sylweddol. Mae fy mab a finnau yn rhesymol iach ond y peth creulon ydy bod y rhai sy'n gwneud y penderfyniadau yn gorfodi pobl sâl i wneud y mathau yma o siwrnai dro ar ôl tro .

Beth am fynd mewn ambiwlans? Os ydy taith car yn cymryd 3 awr, dydy taith anghyfforddus ac anwastad mewn ambiwlans yn cludo pobl sâl, yn galw mewn pentrefi ar y ffordd am fwy o gleifion ddim yn dderbyniol a beth bynnag, does dim llawer o ambiwlansys ar gael ac mae rheiny wedi'u neilltuo ar gyfer nifer fechan o'r achosion mwyaf anghenus.

Yr wythnos nesaf, rhaid i fy ngŵr gael sgan MRI a bydd hyn yn digwydd yn Llanelli er mwyn cael datrysiad gwell – yn ôl yr ysbyty. Fi fydd yn gyrru fy ngŵr y 144 milltir nôl a blaen ar gyfer yr apwyntiad yn Ysbyty Tywysog Philip. Yn ôl y cynlluniwr taith, taith o 2 awr ydy. Edryches i ar wasanaethau bws gan gofio y byddai rhaid aros am y bws gan obeithio dal y cysylltiadau mewn pryd . Byddai taith bws yn golygu taith tacsî o 10 munud i'r orsaf bws ynghyd â thaith o 3 awr 53 munud yn cynnwys cymryd y T1 i Gaerfyrddin, yr X11i Lanelli, yna'r B23 i'r ysbyty ynghyd â cherdded am 7 munud i gyrraedd yr ysbyty os ydych chi'n ddigon ffit. Yna'r un peth yn ôl yn hwyrach yn y dydd. Yn amlwg, wnaethon ni ddim dewis y bws.

Awgrymodd y bobl sy'n gwneud y penderfyniadau fynd ar y bws, felly byddai'n ddefnyddiol iddyn nhw (y rhan fwyaf ohon nhw'n dod o'r de) wneud siwrnai debyg ar fws o ddewis, yn y glaw a'r oerni o Ysbyty Treforys i Aberystwyth ac yn ôl, a chofiwch fod Treforys yn gyrchfan cyffredin i gleifion Aberystwyth. Wedyn byddan nhw mewn gwell sefyllfa i benderfynu ar symud ein gwasanaethau yn Aberystwyth i ysbytai pell i ffwrdd.

Oherwydd salwch ein mab rydyn ni hefyd yn pryderu bod gwasanaethau Iechyd Meddwl Bronglais yn

cael eu herydu e.e. cau Ward Afallon 2 flynedd yn ôl

Yn fwy allweddol i'n hanawsterau presennol, fodd bynnag ydy'r ffaith bod yr ymgynghorydd oncolegol ym Mronglais, Dr S Duranni wedi dychwelyd i Bacistan am flwyddyn. Roedden ni wedi cael achlust o hyn ond roedden ni'n meddwl y bydden nhw'n ein hysbysu'n ffurfiol os oedd hyn yn debygol o ddigwydd. Pan gyrhaeddod ni'r Uned Chemo'r wythnos ddiwethaf, fe wnaethon ni ddarganfod bod Dr Duranni wedi gadael y Dydd Gwener blaenorol a neb yn sicr a fyddai'n dychwelyd ai peidio. Roedd yr oncolegydd cynorthwyol yn gwneud ei gorau i lanw'r bwlch tan i locwm gael ei b/phenodi ond doedd neb yn gallu dweud pryd byddai hynny'n digwydd. Rydyn ni wedi cael ar ddeall bydd radiolegydd ymgynghorol yn dod yn lle Dr Duranni ar Fedi 22. Rydyn ni'n pryderu na fydd y person hwn yn gallu penderfynu ar faint o gemotherapi a dim ond yr arbenigwr cysylltiol fyddai'n gallu gwneud hynny. Beth sy'n digwydd os ydy hi i ffwrdd am ba reswm bynnag? Mae sôn bydd rhaid i'r uned chemo gau a bydd rhaid i grŵp arall o gleifion sâl ddibynnu ar berthnasau i'w cludo i'r de. Mae'n rhesymol i ddod i'r casgliad o dderbyn y sefyllfa bresennol. Dydyn ni ddim yn gwybod beth sy'n mynd i ddigwydd. Rydyn ni'n colli hyder. Roedd fy ngŵr yn edrych ymlaen at gael trafod canlyniadau ei sgan ar ddiwedd y mis gyda rhywun roedden ni'n ei nabod, rhywun oedd yn ein 'heiriolwr' a'n cyswllt ag ymgynghorwr pell nad oedden ni erioed wedi ei gwrdd. Byddai'n awgrymu'r camau nesaf, ysgrifennu llythyron i geisio sicrhau canlyniadu. Pwy fyddai'n gwneud hynny nawr? Mae amser o'r pwys mwyaf i'r rhai sy'n dioddef o ganser. Rhaid i bethau fynd yn eu blaen ond dydyn ni ddim yn cael gwybod dim. Dydy pobl sâl ddim yn haeddu hyn na'u teuluoedd chwaith.

Efallai bod y model canoli sy'n cael ei datblygu ar hyn o bryd yn y de yn gweddu i gytrefi o Gaerfyrddin i Gaerdydd lle ceir ffyrdd deuol, traffordd a theithiau byr rhwng canolfannau, ond nid yw'n gweithio yng Nghanolbarth Cymru. Mae angen cynllun newydd ar yr ardal hon wedi'i ganoli ar Fronglais os ydyn ni am wella bywyd pobl agored i niwed, pobl sâl a'u teuluoedd yma yng Nghanolbarth Cymru. Peidiwch ag ychwanegu at y baich mawr sydd gennym eisoes. Dydy hi ddim yn rhy hwyr. Mae Bronglais yn dal i weithredu fel Ysbyty Ardal ond cael a chael yw hi. Os bydd hi'n fawr gwell na chlinig, fel mae'n ymddangos weithiau, bydd yr ardal hon yn peidio â ffynnu'n economaidd.

Yn ôl Grŵp Cynllunio HSCWB Planning Group Ed: G Toft Pennod. 2 tud.39 'Mae cysylltiad rhwng iechyd unigolyn a chynaliadwyedd cymuned, ac maen nhw'n rhannu nodweddion tebyg. Mae'r hyn sy'n penderfynu iechyd unigolyn yn cynnwys tai da, mynediad i wasanaethau, cyflogaeth ystyrlon ac amgylchedd uchel ei ansawdd.' Mae'r rhain yn dibynnu ar ei gilydd. Felly, heb fynediad i wasanaethau gweddus, yn enwedig gwasanaethau iechyd yn ein cymuned, bydd sgil effeithiau ac ni fydd pobk am ddod i fyw a gweithio yma.

Rydyn ni wedi blino ar ein hanobaith, wedi blino ar ein teithio ac wedi blino ar y rhai sy'n gwneud y penderfyniadau ac aelodau'r Bwrdd sy' byth yn mynychu ein cyfarfodydd cyhoeddus.

Mae'r adrannau canlynol wedi'u rhannu yn saith prif fater yn ôl trigolion Canolbarth Cymru.

1. PRYDERON AM YSBYTY BRONGLAIS A DYMUNIAD I DANLINELLU SUT MAE YMATEBWYR YN TEIMLO PA MOR HANFODOL YDYW I ARDAL CANOLBARTH CYMRU

I ymatebwyr ar draws llawer o rannau o Ganolbarth Cymru mae darpar gynaliadwyedd Ysbyty Cyffredinol Bronglais yn hollbwysig. Dadansodwyd a chodwyd yr holl dystiolaeth fesul thema (gan ddefnyddio pecyn meddalwedd NVivo 10.0, a luniwyd ar gyfer y pwrpas). Y thema a ymddangosodd yn fwyaf mynych yn y data hwnnw ac a ddaeth i'r golwg yn y dadansoddiad oedd bod pobl ofn colli cyfleusterau Ysbyty Cyffredinol Bronglais.

Y rhain oedd y sylwadau mwyaf cyffredin. Er nad yw'r gwaith hwn yn ymwneud â dyfodol Bronglais yn unig, hwn oedd yr un mater roedd ymatebwyr am ei drafod fwyaf. Y pedwar maes y soniwyd amdanyn nhw amlaf o ran Bronglais ydy'r angen am wasanaeth Damweiniau ac Achosion Brys llawn a phryderon am wasanaethau iechyd meddwl, gwasanaethau cardiaidd a'r gwasanaethau colorectal (y colon a'r rhefr). Yn y bôn teimlad yr ymatebwyr oedd bod Bronglais yn adnodd lleol hanfodol a dylai unrhyw gynllunio adlewyrchu hyn a dangos sut caiff ei chadw a'i ddatblygu yn y dyfodol. Ar ben hynny, mae dymuniad sylfaenol i Hywel Dda dderbyn hyn ac iddyn nhw gyfleu eu hymrwymiad i'r adnodd a chynnig tystiolaeth i gefnogi hynny.

Mae ymatebwyr nid yn unig yn mynegi pryderon ond hefyd yn cynnig nifer o awgrymiadau ar sut i sicrhau dyfodol y gwasanaeth. Roedd y rhain yn cynnwys ail-lunio ardaloedd Byrddau Iechyd a sefydlu Bronglais yn ganolfan arbenigedd; datblygu Bronglais yn ganolbwynt ar gyfer Canolbarth Cymru; a diogelu'r adnodd yn ariannol a'i ddatblygu. Ymhlyg ac yn aml yn eglur yn yr ymatebion o Geredigion ydy'r teimlad bod gwasanaethau yn yr ardal, ac ym Mronglais yn benodol yn cael eu gadael i fynd rhwng y cŵn a'r brain. Mae ymatebwyr yn gweld patrwm o symud gwasanaethau y maen nhw'n ei ystyried yn strategaeth fwriadol yn hytrach na chyfres o ddigwyddiadau di-gyswllt:

“Mae'r ddarpariaeth gyfredol o ofal iechyd yn waeth nag yn yn 1979 pan ddechreuais i ddefnyddio Ysbyty Cyffredinol Bronglais. Rydyn ni wedi colli hanner ein gwelyau meddygol, llawfeddygol, orthopedig a gynaeoleg yn achosi brwydr gyson i nyrsys orfod ymdopi â phobl sy'n cael eu rhyddhau ar frys, symud gwelyau a chleifion, glanhau gwelyau ayb. a dydy hyn ddim yn helpu gofal y claf. Dydy wardiau Gofal Henoed ddim yn bodoli bellach ond nawr mae cleifion yn aros mewn wardiau aciwt yn yr ysbyty yn aros am welyau cartref gofal. Dydy gwasanaethau deintyddol, iechyd meddwl ac ENT (Clust, Trwyn a Llwn) bellach ddim yn cael eu cynnig yn lleol. Rhaid i ni nawr gadw ein “swyddogaethau ymarferol” craidd neu ni all yr ysbyty fodoli ond fel “corlan ddal” cleifion i'w trosglwyddo i Gaerfyrddin ac mae hyn yn eitha amlwg yn y cynllun.”

Mae ymatebwyr yng Nghaerfyrddin hefyd yn mynegi pryderon bod symud gwasanaethau Damweiniau ac Achosion Brys a gwasanaethau gofal brys eraill o Fronglais yn eu tyb nhw yn mynd i beryglu diogelwch cleifion:

“Dydy'r daith amgen i Gaerfyrddin ddim yn dderbyniol, mae'r daith yn rhy hir (dros yr 'awr euraid') ac yn aml mae oedi ar y ffyrdd neu ffyrdd wedi cau.”

“Eisoes mae ein gwasanaeth ambiwlans yn annigonol a gallai gael ei roi dan fwy o bwysau fyth ac, mewn mater o frys, yn llythrennol gallai fod yn fater o fywyd neu farwolaeth.”

“Wrth gwrs, dwi ddim yn gallu dweud a fyddai'r canlyniad o fam a baban iach wedi bod yn wahanol petai obstetregydd wedi bod ar gael a phetawn i wedi gorfod mynd ar daith boenus o 80-90 munud i Gaerfyrddin ar heolydd troellog ac anwastad, ond dwi'n amau'n fawr.”

Stori debyg a gawn ymhlith ymatebwyr Powys a'r ateb a awgrymwyd yn fwy aml na pheidio dros gadw gwasanaeth cynaliadawy yng Nghanolbarth Cymru oedd cadw, ac o bosib ehangu, gwasanaethau yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais. Mae ymatebwyr Gwynedd yn gwneud y pwynt bod Bronglais yn dioddef o fod yn 'sbocsen' yn hytrach na chael ei hystyried yn 'foth olwyn' ar gyfer Canolbarth Cymru (yn amlwg dyma beth mae mwyafrif yr ymatebwyr yn ei gredu ar draws pob ardal): *“Mae angen i Fronglais fod yn ganolfan Ymddiriedolaeth Canolbarth Cymru, yn darparu ystod lawn o wasanaethau arbenigol a fydd yn gwasanaethau cymunedau Ceredigion, Powys a Gwynedd yn hytrach na pharhau i'w hisraddio i hwyluso modelau trefol y mae Betsi Cadwaladr a Hywel Dda yn eu gweithredu ar y foment.”*

Yn yr un modd, mae'r rhai na roddodd eu lleoliad i ni yn mynegi cefnogaeth gadarn i'r gofal a gawson nhw yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais. Mae llawer o ymatebwyr yn galw am gadw'r gwasanaethau cyfredol tra hoffai eraill weld cynnydd yn y gwasanaethau sydd ar gael. Mae'r un cwestiwn yn codi'n gyson am y buddsoddiad yng ngwasanaethau'r adran Ddamweiniau ac Achosion Brys a'r gwasanaethau

angenrheidiol i gynorthwyo cleifion yn cyrraedd yr adran hon a chael eu prosesu: “Mae cymaint o arian wedi cael ei fuddsoddi i wella’r adran Ddamweiniau ac Achosion Brys, ac eto y gwasanaethau sy’n ei hategu efallai’n cael eu symud. Beth ydy’r rhesymeg tu ôl i hynny? Beth ydy’r pwynt o gael Ysbyty Cyffredinol mewn lleoliad da i wasanaethu Ceredigion, Gorllewin Powys a de Gwynedd ac yna cau unedau arbenigol mawr?”

ASTUDIAETH ACHOS

Ysgrifennaf am y ddarpariaeth o wasanaethau dermatoleg sydd ar gael o fewn Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda. Dw i wedi dioddef o ecsema drwy gydol fy oes, ces i fy nghyfeirio fis Medi diwethaf i Ysbyty Glangwili am driniaeth Ffototherapi.

Yn gyntaf gai ddiolch i staff yng Nglangwili am y driniaeth ragorol a ges i llynedd. Yn anffodus, don i ddim yn gallu gorffen y cwrs o driniaeth dim ond oherwydd mod i’n byw ym mhen eithaf gogledd Ceredigion; roedd fy nhriniaeth yn gofyn am ddwy sesiwn o 2 funud bob wythnos (3 yn ddelfrydol) ac ar gyfer hyn roedd disgwyl i mi deithio 125 o filltiroedd am bob sesiwn. Roedd hyn amhosibl i mi ei gynnal.

Mae hyn, mi deimlaf yn hollol annerbyniol o fewn yr Ymddiriedolaeth. Er efallai nad yw ecsema a psoriasis o anghenrheid yn gyflyrau sy’n bygwth bywyd, maen nhw’n sicr yn gyflyrau sy’n gallu effeithio ar ansawdd bywyd unigolyn ac yn fy achos i gwnaeth sesiwn 2 funud reolaidd o ffototherapi y byd o les i mi. Ar gyfer y driniaeth hon cymerodd y daith yno ac yn ôl tua 3 awr. Mae hyn yn afresymol ac yn annerbyniol; yn gadael ôl traed carbon enfawr, yn beryglus o ran teithio ar y ffordd (ddim yr heolydd gorau gyda chyfradd uchel o ddamweiniau) ac mae’n waharddol ac yn sicr yn anghynaliadwy.

Yn ffodus, roeddwn i’n hunan-gyflogedig, felly llwyddes i fynd pymnthege o weithiau i Gaerfyrddin cyn gorfod canslo fy nhriniaeth oherwydd cyfyngiadau amser a chost tanwydd. Dwi’n ei chael hi’n anodd credu y byddai cyflogwyr sy’n cyflogi llawer o bobl mor fodlon a pharod.

Pan ges i’r driniaeth hon nôl yn y 90au cynnar, roedd darpariaeth ar gael yn Ysbyty Bronglais yn Aberystwyth, ryw 10 munud i ffwrdd o fy nghartref. Dwi’n deall (fel menyw fusnes fy hun) bod angen torri costau mewn gwasanaethau ond mae canoli hyn yng Nghaerfyrddin yn wirion. Er mod i wedi gallu cael mynediad i ddarpariaeth, yr unig reswm ei fod yn bosibl oedd oherwydd fy amgylchiadau a fy ymrwymiad personol i, felly dw i’n teimlo’n gryf iawn bod ‘na lawer o bobl yng Ngogledd Ceredigion a Gwynedd sydd ddim yn gallu defnyddio’r adnodd hwn nawr.

Dw i’n amau a allai pobl sy’n gweithio llawn amser gael eu rhyddhau yn rheolaidd 2-3 gwaith yr wythnos i dderbyn triniaeth yng Nglangwili ac efallai’n cael trafferth i fforddio’r teithio i Gaerfyrddin. Rhaid cofio hefyd, na fyddai pobl hyn yn gallu ymgymryd â’r fath daith oherwydd eu hiechyd.

Mae’n rhyfeddol i mi bod nifer o filiynau o bunnoedd wedi cael eu buddsoddi mewn adran Ddamweiniau ac Achosion Brys ac uned ddydd newydd ym Mronglais ond bod uned ffototherapi syml ar gost **gymharol** fechan wedi cael ei symud a thrwy hynny amddifadu pobl o driniaeth syml, rhad glinigol brofedig.

Mae Hywel Dda wedi sefydlu clinig dermatoleg ym meddygfa Borth yng Ngogledd Ceredigion, felly pam na ellid sefydlu uned ffototherapi neu adfer y gwasanaeth ym Mronglais a thrwy hynny wella ansawdd bywyd pobl leol a lleihau’r ddibyniaeth ar steroids

O ddiddordeb, petawn i wedi parhau â fy nhriniaeth yng Nglangwili, byddai wedi golygu 30 ymweliad sy’n gyfystyr â theithio tua 3600 o filltiroedd, yn defnyddio tua 100 o alwyni o ddiesel a thua 15 diwrnod gwaith llawn yn cael eu treulio ar yr heol. Petawn i wedi gorfod defnyddio’r gwasanaeth ambiwlans faint fyddai hynny wedi’i gostio i’r Bwrdd Iechyd?

2. MAE'R TEITHIO Y MAE GOFYN I GLEIFION EI WNEUD YN EU LLETHU NHW A'U TEULUOEDD AC YN AML YN ANYMARFEROL GAN NAD YDY TEITHIO MEWN ARDALOEDD GWLEDIG YN 'DILYN Y MAP' YN AMLACH NA PHEIDIO. GALL HEOLYDD CUL SYDD ANGEN GOFAL YCHWANEGOL I'W TRAMWYO, DAMWEINIAU A THYWYDD GWael YCHWANEGU'N SYLWEDDOL AT YR AMSER Y MAE'R DAITH YN EI GYMRYD

Efallai nad yw'n syndod bod y drafodaeth ymhlith cymunedau gwledig ac anghysbell am fynediad i wasanaethau sydd ar gael mewn mannau sefydlog yn ffocysu'n bennaf ar broblem teithio a'i effeithiau: *"Mae teimlad cyffredinol yng Ngheredigion bod gwasanaethau gofal iechyd yn mynd yn anoddach i gael mynediad iddyn nhw ac yn gallu amrywio yn eu hansawdd. Mae rhestrau aros wedi ymestyn ac mae'r pellter teithio yn cynyddu. Mae hyn yn arwain at nifer o bobl yn lleisio pryderon am lefelau annheg darpariaeth y GIG yng Ngheredigion."*

Mae rhai ymatebwyr yn cwestiynu a fydden nhw'n gallu gael mynediad i wasanaethau petaen nhw'n methu â theithio ac mae hyn yn achos pryder:

"Does dim gwasanaethau i mi fedru cyrraedd Llwynhelyg na Threforys ar fy mhen fy hun ar gyfer apwyntiad. Dw i ddim yn y categori all gael cludiant am ddim a byddai tacsï yn rhy ddrud i mi ei fforddio. Felly sut gallwn i gyrraedd yno ac yn ôl?"

ASTUDIAETH ACHOS

Chwe wythnos yn ôl derbyniwyd fy modryb i'r ysbyty ac wedyn ei throsglwyddo i ward iechyd meddwl yn Ysbyty Llwynhelyg, Hwlfordd.

Gan mai fy ewyrth ydy ei pherthynas agosaf swyddogol (yn dilyn marwolaeth fy nhad) buon ni'n trafod gyda'r ward am ei chyflwr, ond oherwydd cyfrinachedd ni ddatgelwyd llawer; fodd bynnag, gofynnwyd iddo ddod â dillad, taclau ymolchi a pheth arian iddi. Roedd hyn yn gais rhesymol, ond ar y llaw arall yn wirion o ystyried y teithio oedd yn ei olygu.

Mae fy ewyrth, sy'n 74, yn dioddef gyda'i galon a dydy e ddim yn gyrru tu allan i'w bentref ger Aberystwyth. Roedd syniad y cais hwn o dan y fath amgylchiadau yn anghredadwy a thrist. Gan ddefnyddio diwrnod o fy ngwyliau blynyddol, fe wnes i ei yrru i ymweld â'i chwaer yn Ward St Caradog yn Ysbyty Llwynhelyg, menter a gymerodd ddiwrnod cyfan. Petai wedi defnyddio cludiant cyhoeddus yn cynnwys newid bysys, byddai'r daith ynddi'i hun wedi cymryd 3 ½ awr un ffordd iddo.

Mae hanes fel hyn yn awgrymu diffyg dealltwriaeth ac felly angen hyfforddiant ar staff i ystyried amgylchiadau y rhai sy'n byw mewn ardal anghysbell a gwledig. Mae nifer o ymatebwyr yn defnyddio'r term "goddef" i ddisgrifio'r teithiau y mae rhaid i gleifion a'u teuluoedd eu gwneud. Mae'n air sy'n cysylltu rheidrwydd y teithio â goblygiadau ehangach o dioddef. Mae hefyd yn awgrymu stoiciaeth y mae ymatebwyr hefyd yn ei arddangos, ond mae pen draw i bopeth:

"Mae'r trallod meddwl emosiynol o gael rhywun annwyl i ni mor bell i ffwrdd, yn dioddef, mewn poen, yn ddifrifol sâl, yn derbyn triniaeth i achub ei fywyd yn deimlad na ellir defnyddio geiriau i ddisgrifio'n sefyllfa ar hyn o bryd. Ond yn rhyfedd, oherwydd y gofal a'r driniaeth oedd eu hangen, rhaid oedd derbyn a goddef y sefyllfa fel ag yr oedd."

"...dw i ddim yn dweud am foment y dylen ni ddisgwyl gwasanaethau trydyddol yng Nghanolbarth Cymru. Yr hyn dwi yn ei ddweud ydy bod gennym hawl i wasanaeth rhesymol, hynaws hyd yn oed, yma yng Nghanolbarth Cymru."

Mae ymatebwyr yn Ne Ceredigion hefyd yn mynegi rhwystredigaeth am realiti teithio mewn ardal wledig a'r rhwystredigaeth nad ydy'r rhai sy'n cynllunio nac amserlennu gwasanaethau yn ystyried yr hyn sy'n gyfleus i gleifion:

"Mae traf'nidaeth gyhoeddus yn anghyfleus ac yn ddrud ac yn cael ei effeithio gan dywydd gaeafol. Mae llawer o deuluoedd yn dibynnu ar fysys na allan nhw fforddio"

"Mae Hywel Dda yn dweud wrthon ni mai'r rheswm dros israddo ysbyty Bronglais ydy gwneud triniaeth yn fwy diogel i ni. Sut gall hyn fod yn wir? Mae'r daith o Aberystwyth i Gaerfyrddin yn cymeryd o leiaf 90 munud ar hyd heolydd cul a throellog."

Mae ymatebwyr ym Mhowys yn rhannu'r un rhwystredigaeth am yr amser mae gofyn iddyn nhw deithio i gael mynediad i wasanaethau, yn enwedig pan fo'r apwyntiadau yn rhai arferol neu'n rhai cyflym iawn:

"Eleni yn unig, dw i wedi teithio dros 20 awr i gadw apwyntiadau ysbyty ac wedyn cael fy ngweld am amser byr, hyn ar gyfer 4 apwyntiad."

"Yn Llanidloes mae angen dybryd i gael mynediad i ysbytai yn Lloegr am afiechydon difrifol, gan nad yw'r daith ar hyd Dyffryn Hafren yn golygu gyrru dros fynyddoedd. Dydy fy ngŵr ddim yn gyrru a byddai teithio i Dde Cymru bron yn amhosibl os oes rhaid dibynnu ar ffrindiau a chcludiant cyhoeddus i gyrraedd apwyntiadau ysbyty, a rhai o'r rheiny ond yn para am 10 munud."

Mae ymatebwyr eraill o'r un ardal yn cwestiynu a fyddai'n gweithio fel arall: *"Mae gofyn i gleifion deithio o'r gogledd a'r de i Ganolbarth Cymru ar gyfer sylw heb fod yn achos brys yn amlwg yr un peth ag anfon cleifion o'r canolbarth i'r gogledd neu'r de ond dim ond drwy wneud hyn gallwch gael yr arbenigedd ar gyfer anghenion Damweiniadu ac Achosion Brys."*

Mae llawer o ymatebwyr yn nodi mai cyfrifoldeb y claf ydy teithio i gadw apwyntiad a'r teimlad oedd nad oedd hyn yn fater o bwys i'r rhai sy'n cynllunio gwasanaethau nac yn rhywbeth sy'n eu taro:

"Cyfrifoldeb y cleifion ydy trefnu cludiant ar gyfer y rhan fwyaf o apwyntiadau ysbyty ac ymweld ag ysbyty; mae gennym boblogaeth sy'n gynyddol yn heneiddio na all ymdopi â theithiau hir mewn car, yn enwedig pan fydd hi'n tywyllu a hefyd efallai ddim yn teimlo'n dda. Mae cludiant cyhoeddus yn anfyfych, hyd yn oed os yw'n bodoli, ac wedyn dydy e ddim ar gael gyda'r nos."

"Mae cludiant cyhoeddus yn anfyfych a hyd yn oed os yw'n bodoli (does dim gwasanaeth gyda'r nos) ac ni ddylid disgwyl i boblogaeth sy'n gynyddol heneiddio yrru'n bell – o bosibl yn teimlo'n sâl – ar heolydd anodd."

Mae ymatebwyr ym Mhowys hefyd yn cydnabod y straen y mae teithio yn ei roi ar deuluoedd cleifion sy'n gorfod trefnu ymweld a chynnal eu swyddi eu hunain neu fusnesau gwledig (megis ffermio) ar yr un pryd. Caiff gwasanaethau lleol, megis Meddygon Teulu ac ysbytai cymuned lleol, eu canmol ond ceir pryderon am hygyrchedd triniaethau y mae rhaid teithio i'w derbyn ac, yn benodol, y modd y cyflwynir yr opsiynau i gleifion drwy ddweud mai dyma'r unig ddewis. Fel y dywedodd un ymatebydd o Bowys:

"Mae teithio eisoes wedi costio bron i £1,000 i'r claf hwn a'i wraig ac mae mwy o driniaethau eto'n ei aros."

"Ni chafodd y claf hwn a'i wraig ddim dewis fel byddai'r driniaeth yn cael ei chynnig, dim ond neges ffôn i ddweud y byddai yn Hwlfordd."

Mae teithio a'i oblygiadau yn thema sy'n codi hefyd yn ymatebion y rhai na nododd eu lleoliad. Maen nhw hefyd yn cwestiynu a oes unrhywun yn wir ac yn benodol yn ystyried eu buddiannau:

"Rydyn ni'n deall realiti economaidd darparu iechyd gofal a'r materion ynghlwm wrth drothwyon o ran y nifer o achosion y mae rhaid i arbenigwyr ddelio â nhw er mwyn cynnal eu sgiliau. Ond credwn mai pastwn ydy hwn i guro'r rhai mwyaf mwyaf diamddiffyn yng Nghanolbarth Cymru, ac yn gweld ystod y gwasanaethau yn Ysbytai Cyffredinol Ardal Illai eu maint yn crebachu i ddim mwy nag ysbytai"

bwthyn.”

“Rhaid gofyn y cwestiwn, pam ein bod ni yma yng Nghanolbarth Cymru yn cael ein hanwybyddu a’n tanbriso.”

“Mae ardaloedd trefol a dinesig yn ystyried bod allgymorth ar gyfer cymunedau yn ddiangen - gan ddweud y gall cleifion ddod yn hawdd i leoliad canolog. Mewn ardaloedd gwledig mae’r amser mae’n ei gymryd a’r oedi sy’n digwydd wrth i glaf deithio i leoliad canolog yn aml yn drafferthus ac weithiau’n andwyol gan y gallai’r pellter fod yn fawr. Mae cael gofal yn nes adre lawer pwysicach mewn ardaloedd gwledig nag yn ardaloedd trefol. Rhaid i Fwrdd Iechyd gwledig, felly, ymateb drwy gyflwyno ethos o hunangynhaliath gymdogaethol gyda gwasanaethau amlddogyblaethol cyfatebol.”

“Er mwyn cwrdd ag anghenion iechyd gwledig, rhaid i’r gwasnaeth iechyd gynnig all-gymorth i drigolion cefn gwlad ac nid cymryd yn ganiataol bod trigolion cefn gwlad yn gallu cyrraedd cyfleusterau gofal iechyd mewn canolfan poblogaeth ‘gerllaw’.”

3. PAN GAIFF GWASANAETHAU EU SYMUD ALLAN O’R ARDAL MAE’N CYNHYDDU’R AMSER TEITHIO’N SYLWEDDOL I GLEIFION A STAFF AMBIWLANS SYDD EISOES YN WYNEBU SIALENSIAU TEITHIO

Mae ymatebwyr yn ystyried bod mynediad a theithio yn broblem ddeubig – os ydy cael sylw ar frys yn hanfodol bwysig mae pryder y gallai gwasanaethau fod yn rhy bell i ffwrdd ac os nad ydyn nhw’n amser-gritigol mae pryder y gallen nhw fod hyn yn oed ymhellach i ffwrdd: “Nid y teithio i dderbyn gofal arbenigol ydy’r broblem ond y teithio ymestynnol i dderbyn gwasanaethau gofal iechyd heb fod yn arbenigol/cyffredinol mewn Ysbyty Cyffredinol Ardal pan gaiff y cyfryw wasanaethau eu symud o’c ysbyty lleol.”

Mewn nifer o achosion mae’r ymatebwyr wedi cynnig enghreifftiau o brofiadau anodd, fodd bynnag mae hefyd digon o ymatebwyr yn mynegi pryder ar ran eraill sydd angen mynediad i wasanaethau. Mae hyn yn amlygu angen i gyfathrebu nid yn unig â chleifion ond hefyd â darpar gleifion a’r cyhoedd ehangach: “Mae cleifion o Ganolbarth Cymru sy’n sâl eu meddwl neu’n drallodus yn cael eu trosgwlyddo o gwmpas y wlad fel gwartheg yn mynd i’r farchnad. Sut gallwn ni honni ein bod yn gymdeithas wâr pan fyddwn ni’n trin pobl ddiamddiffyn yn y modd hwn?”

ASTUDIAETH ACHOS

Ces ddiagnosis o Afiechyd Cushings ac rwyf wedi derbyn triniaeth yng Nghaerdydd. Does gen i ddim yn erbyn mynd i Gaerdydd am niwrolawdriniaeth – derbyniais wasanaeth rhagorol yn Ysbyty’r Mynydd Bychan ac yn parhau i gael gofal da gan Feddygon Teulu gwych a Bronglais yn lleol – ond ces brofiadau gwael wrth gael fy nghyfeirio o’r 4 ysbyty gwahanol. Ces fy nghyfeirio o Bronglais i Glangwili a dwedwyd wrtha i fannu mod i ar restr aros, er bod fy ymgynghorydd Endocrinolegol wedi nodi mod i’n achos brys. Mae hyn yn dangos bod ymgynghorydd o ysbyty arall yn gallu diystyrru penderfyniad ymgynghorydd o ysbyty Bronglais ac mae’n dilyn na fyddai cleifion o Ganolbarth Cymru yn cael yr un flaenoriaeth â chleifion o Gaerfyrddin ayb. Yn ail, anfonais lythyr yn Gymraeg i Glangwili, ond dywedwyd wrtha i y byddai’n cymryd wythnos i’w gyfieithu gan nad oedd cyfieithydd mewnol. Dywedwyd wrtha i wedyn nad oedd fy nodiadau o’r ysbyty blaenorol wedi fy nilyn i fy apwyntiad mewn ysbyty arall. Roedd hi’n 5.30 ar nos Sul pan alwyd fi am lawdriniaeth yn y Mynydd Bychan ar y diwrnod canlynol. Heb gymorth fy nheulu fyddwn i ddim wedi gallu mynychu oherwydd diffyg cludiant cyhoeddus i gyrraedd yno. Beth fyddai cleifion hŷn a sâl wedi gallu ei wneud mewn sefyllfa debyg?

Mae mwyafrif llethol o’r ymatebwyr yn bositif am eu profiad o’r gwasanaethau ond mae ganddyn nhw

bryderon am ansawdd cyffredinol y gwasanaeth. Mae teimlad clir bod y gwasanaeth iechyd yng Nghanolbarth Cymru yn dirywio oherwydd bod gwasanaethau unigol yn cael eu diddymu un ar ôl y llall “...mae cyfnerthu gwasanaethau bob amser yn digwydd i un cyfeiriad fel bod gwasanaethau a staff yn cael eu tynnu allan o Ganolbarth Cymru. “

Fel mewn mannau eraill, mae ymatebwyr o Feirionnydd hefyd yn gwneud y pwynt am yr amser teithio a’u pryder bod symud y gwasanaethau o Fronglais yn cynyddu: “Mae’n annheg ofnadwy i’n gorfodi i deithio ymhell ar hyd heolydd bach, gyda diffyg cludiant cyhoeddus a fawr o obaith i gludiant brys gwrdd â chanllawiau Llywodraeth Cymru. “

Mae ymatebwyr yn lleisio pryder am y straen ar y gwasanaeth ambiwlans a pha mor addas ydy’r cyfryw wasanaeth:

“Does dim cymhariaeth o gwbl rhwng gweithredu Gwasanaeth Ambiwylans mewn cytreffi trefol a’i weithredu mewn ardal wledig eang. Yr hyn sy’n gwneud pethau’n waeth ydy heolydd cul a systemau gwael ar gyfer cyfathrebu.”

“Mae’r syniad o gael fy nhrosgwlyddo i Gaerfyrddin ar frys (neu unrhyw bryd) yn fy nychryn gan fy mod wedi gwneud y daith mewn ambiwlans, taith hynod o hir ac anghyfforddus, a brofwyd pan fu rhaid i’r gyrrwr stopio hanner ffordd i’r nyrs oedd yn teithio gyda ni chwydu!”

“Dydy’r Ambiwlan Awyr a ddyfynnwyd yn helaeth gan Hywel Dda mewn cyfarfodydd blaenorol fel modd o oresgyn yr amser teithio ychwanegol ddim yn hedfan mewn tywydd garw yn nhrymedd gaeaf, tywydd cyffredin i rannau o ddalgych Bronglais.”

4. DYLAI UNRHYW DRAFODAETH AR DDIOGELWCH GYNNWYS ASESIAID O LES EHangach Cleifion Nid Ffocysu’n Unig ar Ganlyniadau Neu Fynycheder y Gweithdrefnau

Mae hon yn thema gyson ymhlith ymatebwyr ar hyd a lled Canolbarth Cymru sef yr hyn ydy gwasanaeth ‘rhesymol’ o ran y galw a lles cleifion. Fodd bynnag, ceir ymdeimlad bod y gwasanaethau y mae ymatebwyr yn ystyried bod ganddyn nhw hawl iddyn nhw yn cael eu symud neu eu cwtogi:

“...pris arall mae disgwyl i ni fel pobl cefn gwlad ei dalu.”

“...effaith andwyol ar iechyd a lles trigolion Canolbarth Cymru sy’n gwneud yr un cyfraniad â phawb arall ond wedi’n tyngedu i dderbyn gwasanaethau israddol.”

“...daeth yn amlwg nad oes gan pobl Canolbarth Cymru bellach Wasanaeth Iechyd o’r safon maen nhw’n ei haeddu ac un maen nhw’n talu amdano.”

Mae llawer o ymatebwyr yn gwneud y pwynt bod ‘gofal’ nid yn unig yn golygu’r apwyntiad ei hun ond ymdeimlad ehangach o les. Maen nhw’n tynnu sylw at y rhai sydd wedi’u rhwystro rhag cael ymwelwyr a gofal oherwydd y pellter (yn enwedig y rhai sy’n ddiameddiffyn oherwydd eu hoed neu eu cyflwr) neu’r rhai sydd angen ôl-gymorth yn yr oriau, y dyddiau neu’r wythnosau yn dilyn apwyntiad.

Er bod ychydig o bobl yn derbyn bod angen ad-drefnu gwasanaethau, mae’r pwynt o les ehangach yn ymddangos dro ar ôl tro wrth gyfeirio at effaith teithio. Mae ymatebwyr yn cwestiynu drosodd a throsodd a ystyriwyd y claf neu’r apwyntiad yn unig – ydyn nhw’n gwneud i’r claf deimlo’n well neu ond yn trin y cyflwr ar adeg benodol? Fel y dywedodd yr ymatebydd hwn o Geredigion: “Gallwn weld rhesymeg delio â rhai o broblemau’n ymwneud â diogelwch y claf drwy gyfnerthu rhai gweithgareddau llawfeddygol, ond mae’n hawdd gor-ymestyn y ddadl hon, a thrwy hynny gwtogi ar ddiogelwch cyffredinol y claf drwy orfodi pobl sâl a pherthnasau dan straen i deithio ymhell, amddifadu cleifion o ymwelwyr a chynyddu’r anawsterau o gwblhau gofal effeithiol adref ar ôl cael eu rhyddhau o’r ysbyty.”

Dydy ymatebwyr ddim, yn cwestiynu ansawdd y gwasanaeth y byddan nhw’n ei dderbyn ar ôl teithio

ond mae eu hymatebion yn codi'r cwestiwn o ddiffiniad 'ansawdd'. Maen nhw dro ar ôl tro yn cyfeirio at ansawdd a diogelwch, holl brofiad y driniaeth – gan gynnwys y teithio – yn hytrach na'r rhyngweithio gyda'r gwasanaeth ar adeg y driniaeth: *“Mae'n dilyn bod rhaid i Ffranglais barhau i allu darparu'r llanw bwlch (cover) hwn. Nawr, beth sydd ei angen i wneud hyn? Rhaid iddo gynnwys tîm meddygol a all ymdopi ag achosion brys meddygol, damweiniau mawr ar y ffyrdd – mae hyn yn digwydd yn rhy fynych ar ein heolydd peryglus – ac achosion mamolaeth sy'n gwaethygu a hefyd gofal y rhai sy'n cael trawiad a thrin achosion o strôcs. Ac eto mae hyn oll dan fythygythiad, mae'n ymddangos oherwydd dywedir na ellir cynnal “gofal diogel” a dim ond yng Nglangwili gellir ei ddarparu, awr a hanner o Aberystwyth a 2½ awr o Dywyn neu Ddolgellau. Ni all gofal fyth â bod yn ddiogel os na ellir cael mynediad iddo mewn pryd! Yn wir, rhaid i safonau diogelwch gael eu hasesu mewn cyd-destun. A fyddai Glangwili'n cael ei gryfhau petai'n gyfrifoldeb yr un Bwrdd â Threforys, dim ond hanner awr i lawr y draffordd?”*

5. MAE RHAI PENDERFYNIADAU GAN Y RHAI SY'N CYNLLUNIO, GOSOD SAFONAU AC AD-DREFNU GWASANAETHAU YN AWGRYMU DIFFYG EMPATHI GYDA PHROFIADAU'R BOBL SY'N BYW YNG NGHANOLBARTH CYMRU

Dydy ymatebwyr ddim yn teimlo mai bai'r Byrddau Iechyd yn gyfangwbl ydy diffyg mynediad i wasanaethau oherwydd diffyg cludiant. Maen nhw'n sylweddoli mai trafndiaeth cyhoeddus gwael a rhwydwaith heolydd lle ceir tagfeydd cyson sydd yn rhannol i'w beio. Fodd bynnag, maen nhw'n cwestiynu a oes gan y rhai sy'n cynllunio gwasanaethau iechyd gydymdeimlad â'r sialensiau gwybyddus hyn.

Yr hyn sy'n deillio'n naturiol o hyn ydy bod rhai, fel yr ymatebydd hwn o Geredigion yn mynd yn eu blaen i gwestiynu a oes gan y cynllunwyr wir berthynas a chysylltiad â'r ardal y maen nhw'n ei gwasanaethu gan nad yw eu gweithredoedd yn dangos hynny o gwbl: *“Mae angen Bwrdd Iechyd arnon ni sy'n cynnwys pobl â'r deallusrwydd i sylweddoli'r sialensiau o fyw yn y lleoliad hwn. Ein gobaith ydy y bydd ganddyn nhw'r integriti i fynd i'r drafferth i ddysgu a datblygu dealltwriaeth o anghenion yr ardal.”* Mae llawer o ymatebwyr yn cysylltu'r “awr euraid” â gwybodaeth y bobl leol o'r amodau teithio.

Mae'n glir bod gan ymatebwyr bryderon am gynaliadwyedd y gwasanaeth yng Nghanolbarth Cymru. Maen nhw'n ystyried canoli fel rhywbeth sy'n digwydd ond dydyn nhw ddim yn ei ystyried yn opsiwn hyfyw ar gyfer yr ardal a'r her ddaearyddol y mae'n ei golygu i gleifion:

“Mae problemau amlwg i Geredigion o ran canoli, dydy'r ardal ddim yn barod ar gyfer model canoli heb isadeiledd gwell.”

“Dydy hi ddim yn opsiwn i beidio â newid dim, fel mae'r GIG yn dadlau, ond mae angen i Ganolbarth Cymru newid cyfeiriad i'r hyn a gynigiwd ar gyfer Cymru yn y blynyddoedd diweddar. Neu fel arall, ni cheir diogelwch a chyfiawnder a bydd risg o argyfwng ar raddfa debyg i un Gogledd Staffs (sic) ddigwydd, nid i ofal ysbyty ond i hygyrchedd.”

Fel cynt, mae'r awgrym bod y sialensiau hyn mor hunan-amlwg i'r boblogaeth leol nes eu bod yn arwain at ymatebwyr i gwestiynu a ydy Byrddau Iechyd sy'n gwasanaethu'r ardal yn gyfredol yn deall eu hamgylchiadau.

Mae llawer o ymatebwyr ar draws ardaloedd Canolbarth Cymru yn cynnig sylwadau ar osod safonau 'un ateb yn addas ar gyfer pob man': *“Yn ogystal â'r gost, rhaid syweddoli nad ydy cwotas clinigol i gynnal sail sgiliau pobl broffesiynol gofal iechyd a osodir ar hyn o bryd gan y Cyngor Meddygol Cyffredinol, sy'n seiliedig mewn ardaloedd trefol mawr, yn gynaliadwy mewn practis gwledig. Mae hyn yn golygu nad ydy arbenigeddau efallai'n gynaliadwy ond ddim yn golygu bod dim darpariaeth o gwbl yn dderbyniol. Dylid cydnabod ac annog mathau mwy cyffredinol o arbenigedd meddygol”* Gwneir y pwynt lawer

gwaith y dylai'r rhai sy'n gosod safonau gydnabod a chymhwysio anghenion ac amgylchiadau penodol bywyd cefn gwlad a chymunedau.

Mae ymatebwyr hefyd yn cwestiynu oes gwrthdaro sydd heb ei ddatrys rhwng y modd y mae safonau'r proffesiwn meddygol yn cael eu trefnu ac anghenion poblogaeth wledig. Cafyd hyn gan ymatebydd o Bowys: *"Yn ddi-os bydd yr ysgolion meddygol, y Colegau Brenhinol a'r Deondai hyfforddi yn ceisio sicrhau bod staff meddygol yn cael eu haddysgu, eu hyfforddi a'u cymhwyso i'r safonau uchaf er mwyn gwasanethu cleifion yn briodol. Mae is-arbenigo wedi datblygu'n egwyddor sylfaenol cyflenwi gofal yn gyffredinol. Fodd bynnag, rhagwelir yr holl bethau hyn ar sail bod ystod o wasanaethau ar gael mewn nifer fechan o ysbytai mawr eu maint. Mae ysbytai mawr angen poblogaethau mawr er mwyn cyflawni eu swyddogaethau. Ceir y rhain mewn canolfannau trefol, cytrefi a dinasoedd mawr. Felly mae'n amlwg mai dyma'r cyfeiriad i ble mae pethau'n mynd. Dydy'r 'cyfeiriad meddwl' hwn ddim yn gallu neu efallai'n amharod i ystyried sut gellir trefnu gwasanaethau iechyd, eu staffio a'u cyflenwi'n ddiogel mewn ardaloedd gwledig, gyda'u poblogaethau bach, gwasgaredig sy'n dibynnu ar ysbytai cyffredinol aciwt bach o ran maint megis Ysbyty Cyffredinol Bronglais yn Aberystwyth."*

6. DYDY HI DDIM YN YMDDANGOS BOD PENDERFYNIAU ERAILL YN AWGRYMU DULL STRATEGOL CYDLYNOL O GYFLENWI GOFAL IECHYD, GWARIO ARIAN CYHOEDDUS NAC UNRHYW YMGLYMIAD CYHOEDDUS EFFEITHIOL

Mae'r rhai sydd wedi cael profiad o orfod teithio, ac yna sylweddoli faint o deithio y mae prosesu samplau/canlyniadau ayb. yn ei olygu, hefyd yn dechrau cwestiynu pa mor effeithiol ydy'r gwasanaeth. Mae hyn yn tanseilio hyder yn y Byrddau Iechyd ac yn codi'r cwestiynau am y defnydd effeithiol o gyllid. Fel y dywedodd ymatebydd o Geredigion: *"O dan y system bresennol trosglwyddir pob sbesimen cytolog a histoleg yn ddyddiol gan ddefnyddio gwasaneth negesydd preifat i Lanelli/Caerfyrddin i'w prosesu a'u riportio. Yn ogystal â'r pellter gwirion mae rhaid i'r samplau hyn deithio, rhaid ychwanegu cludiant cyrff ar gyfer archwiliad post mortem o ardal dalgylch Bronglais yr holl ffordd i Gaerfyrddin ac yna dychwelyd i'w claddu'n lleol. Bydd nifer o'r rhain bob un wythnos. Pa mor effeithlon ydy hyn?"*

Mewn geiriau eraill, nid dim ond y gost bersonol i gleifion a'u teuluoedd sy'n peri pryder ond hefyd am y gwasanaeth ei hun ac effaith y trefniadau teithio costus.

Teimlad llawer o ymatebwyr ydy eu bod yn cael eu cosbi bron am fyw mewn ardal brin ei phoblogaeth drwy ddarpariaeth o wasanaethau cyhoeddus annigonol eu safon.

Un rhwystredigaeth a leisiwyd gan ymatebwyr ym Mhowys oedd bod diffyg cyfathrebu a theimlad o gael eu hynysu:

"Teimlo ein bod yn byw mewn twll du – ymhell o ysbytai mawr – yr A55 a choridor yr M4 i bob pwrpas – dyma ni dim ond gyda Bronglais i'n gwasanethu ac mae dan fygythiad."

"Un o'r anawsterau yn lleol – anodd os nad amhosibl gwybod beth sy'n digwydd yn ysbyty Bronglais – dim rhestr o wasanaethau ayb. yn hysbysebu'r hyn maen nhw'n ei wneud yno. Does gan Ysbytai yng Nghymru ddim gwefannau – yr oll gewch chi ydy oriau ymweld a gwybodaeth am barcio ceir. Mae'n fater difrifol pan na chaiff pobl wybod am yr hyn sy'n mynd ymlaen mewn sefydliad sy'n gwario miliynau o bunnoedd. Mae'r rhan fwyaf o bobl yn dibynnu ar farn eu Meddyg Teulu am lawdriniaethau ond mae anwybodaeth yn sicr yn effeithio ar ein rhyddid dewis. Sut ydyn ni'r cyhoedd yn gwybod bod yr hyn y mae'r Byrddau Iechyd yn ei ddweud wrthon sy'n digwydd yn digwydd go iawn?"

"Sefydlwyd 'grŵp cynllunio iechyd strategol Canolbarth Cymru' yn cynrychioli'r tri bwrdd yn 2013

mewn ymateb i ymgyrchoedd lleol dan arweiniad Bwrdd Iechyd addysgu Powys. Fodd bynnag, dydy'r grŵp ddim wedi sicrhau unrhyw welliannau amlwg a heb rannu gwybodaeth am ei weithgareddau gyda sefydliadau monitro gyda'r gymuned yn gyffredinol."

Mater penodol gan ymatebwyr o ardal Blaenau Ffestiniog ydy'r mater a ydy cynllunio gwasanaeth iechyd yn ystyried nid yn unig y galw presennol ond y darpar alw ar y gwasanaeth – gan nodi'r cynnydd mewn chwaraeon awyr agored fel strategaeth adfywio lleol y bydd angen i gynllunio gwasanaeth iechyd ei ategui er mwyn bod yn llwyddiannus.

ASTUDIAETH ACHOS

Dros y blynyddoedd diweddar bu dirywiad cyson mewn gwasanaethau a chyfleusterau a rhestrir y rhain isod

- 1. Mae practis [Blaenau] erbyn hyn lawr i 2 feddyg teulu llawn amser gyda locwm ychwanegol yn eu helpu, ond dim ond am ychydig o wythnosau. Rhagwelwyd hwn gan y practis a'i dywedwyd ymlaen llaw ei fod yn ganlyniad cau'r ysbyty ac felly yn colli incwm. Hysbyswyd Betsi Cadwaladr am y pryderon hyn mewn llythyr o'r practis ar y pryd, ond dewis i'w anwybyddu wnaethon nhw.*
- 2. Erbyn hyn, does dim cangen o'r feddygfa yn Llan Ffestiniog ac mae'r adeilad ar werth. Petai'r practis yn dychwelyd i'r 4 meddyg arferol - ble fydden nhw'n cynnal eu meddygfa yn y pentref? Mae cangen y feddygfa yn Nolwyddelan ar agor am 1 diwrnod yr wythnos yn unig. Felly, dydy hi ddim yn syndod bod trigolion y ddau bentref hwn a'r ardaloedd gwledig iawn o'u cwmpas yn ystyried bod eu gwasanaeth gofal iechyd wedi dirywio'n sylweddol. Gyda'r galw am apwyntiadau yn cynyddu yn y Ganolfan Iechyd dydy hefyd ddim yn syndod bod yr amser aros am apwyntiad wedi cynyddu'n sylweddol ar gyfer holl gleifion y practis o gofio mai dim ond 2 Feddyg Teulu a locwm weithiau sydd ar gael i ddarparu gwasanaethau ar eu cyfer.*
- 3. Ers cau'r ysbyty cymuned mae'r Meddygon Teulu yn dal i wneud eu gorau glas i drin mân anafiadau, ond mae'n amheus gen i a ydyn nhw'n gallu gweithredu'r un ystod o wasanaethau ag â chynt. Fel y gwyddoch efallai agorwyd canolfan beicio i lawr allt, cyfleuster 'zip-wire' a chanolfan trampolîn dan-ddaear yn y dref gyda'r potensial o fân anafiadau mynych a weithiau anaf difrifol Rydyn ni'n ystyried bod colli'r Uned Mân Anafiadau (MIU) yn dangos diffyg rhagwelediad ar ran Betsi Cadwaladr. Bydd rhaid i anafiadau na ellir eu trin yn y feddygfa gael eu hanfon, am ba reswm bynnag, i Alltwen, 14 milltir i ffwrdd o'r Ganolfan Iechyd ac yn aml ymlaen i Ysbyty Gwynedd 30 milltir i ffwrdd.*
- 4. Canlyniad cau'r adran pelydr-X ydy anfon pob cais am ymchwiliadau Pelydr-X i Ysbyty Alltwen, 14 milltir i ffwrdd, ac ymhlyg â hynny goblygiadau teithio ar gyfer cleifion lleol Blaenau o 28 milltir yn ôl ac ymlaen neu 40 milltir ar gyfer trigolion Dolwyddelan.*
- 5. Canlyniad cwtogi ar sesiynau Ffisiotherapi ym Mlaenau Ffestiniog ydy cynnydd yn yr amser aros am driniaeth ar gyfer y rhai sy'n methu â theithio i Alltwen a chynnydd sylweddol i fynychu Alltwen eto'n golygu taith hir yno ac yn ôl.*

I grynhoi mae trigolion lleol yn dadlau bod cyfleusterau gofal iechyd yn yr ardal wledig hon wedi bod yn dirywio a byddan nhw'n parhau i ddirywio os na wrandewir ar eu pryderon. Rydyn ni'n cael ein hunain mewn sefyllfa lle nad oes gennym welyau ar gyfer cleifion preswyl, dim Uned Mân Anafiadau (MIU) arbenigol a dim cyfleusterau pelydr-X yn y dref. Mae Betsi Cadwaladr yn benderfynol i fwrw ymlaen gyda'u cynlluniau ar gyfer canolfan adnoddau yn adeilad yr Ysbyty Cymuned yn hytrach na chael ysbyty.

Dywedir bod cynllun Uwch Ofal yn y Cartref yn mynd i wneud iawn am golli gwelyau cleifion preswyl ac mae ar gyfer cleifion a fyddai yn flaenorol wedi bod angen cael eu derbyn i ysbyty. Fodd bynnag, dim ond ar gyfer 2 glaf y practis mae'r Uwch Ofal yn y Cartref ar gael am gyfnod o hyd at 2 wythnos. I mi

mae hwn yn ail ddewis gwael i ofal nyrsio llawn amser mewn ysbyty cymuned a chredaf y byddai'r mwyafrif o drigolion lleol yn cytuno.

Yn fy marn i, y canlyniad mwyaf tebygol fydd anfon cleifion o bractis Blaenau Ffestiniog i Ysbyty Gwynedd neu YGC ar gyfer triniaeth gychwynnol ac yna i Alltwen am gyfnod gwella neu adferiad. Canlyniad hyn ydy gofal gan feddygon a nyrsys anghyfarwydd mewn amgylchedd anghynefin sy'n mynd yn groes i'r cyhoeddiadau "Setting the Direction" (Gosod y Cyfeiriad) a'r "Cynllun Iechyd Gwledig".

O gofio'r colledion a restrwyd uchod, rydyn ni'n teimlo y gwahaniaethwyd yn ein herbyn o'i gymharu â threfi cyfagos llai eu maint megis Dolgellau a Thywyn sydd wedi cadw eu gwelyau ysbyty, Yr Uned Mân Anafiadau (MIU) a chyfleusterau Pelydr-X.

Mae llawer o ymatebwyr o'r ardal arbennig hon wedi lleisio pryder a dryswch ynglŷn â'r cynlluniau ar gyfer yr ardal gan ddyfynnu cau'r uned mân anafiadau a'r gost o amnewid y gwasanaeth hwnnw drwy ddulliau eraill - yr ambiwlan awyr er enghraifft. Yn amlwg mae dymuniad am fwy o gyfathrebu a dialog: "Dydy Iechyd Cyhoeddus Cymru ddim yn cyhoeddi proffiliau iechyd poblogaeth ar wahân ar gyfer pob ardal wledig. A'r Byrddau Iechyd Lleol ac ymddiriedolaethau yn cyfuno i lunio'r Byrddau Iechyd enfawr cyfredol, mae olion olaf asesu anghenion iechyd yn fanwl a chomisiynu ymatebol wedi diflannu yng Nghymru. Mae'n ymddangos nad ydy rheolaeth o ddarpariaeth llwybrau gofal o'r angen i ryddhau cleifion yn bodoli. Mae'n ymddangos bod ffocws y Byrddau Iechyd fwy ar reoli gwariant o fewn cyllideb nad yw ar gwrdd ag anghenion iechyd eu poblogaethau."

7. FEL ARFER CANMOLIR Y DRINIAETH OND MAE POBL YN PRYDERU AM GYNALIADWYEDD Y GWASANAETH

Ar y cyfan, mae ymatebwyr yn gyffredinol yn bositif iawn am y gwasanaeth y maen nhw'n ei dderbyn ar bwynt eu gofal. Mae'r staff eu hunain yn cael eu canmol yn fawr a diolchir iddyn nhw ac i waith gwasanaethau unigol megis yr un colorectal (colon a'r rhefr): "Rhoddodd yr ymghyngorydd oedd yn sefyll yn fy ymyl ei law ar fy ysgwydd, ystum wna i byth anghofio."

Sonnir am berfformiad da gwasanaethau o'i gymharu ag eraill tu allan i Gymru ond mae problemau'n cael yr un sylw - rhai y tybir sy'n ganlyniad i newidiadau yn y system e.e. tynnu gwasanaethau iechyd meddwl yn ôl.

Fel y soniwyd eisoes, mae lluo o sylwadau positif am Feddygon Teulu unigol ond ceir llawer o bryderon o ran a ydy isadeiledd gofal sylfaenol yn addas at y pwrpas. Barn y mwyafrif o ymatebwyr ydy bod Meddygon Teulu yn gwneud y gorau medren nhw ond mae pryderon bod argaeledd apwyntiadau yn lleihau yn yr modd â niferoedd y Meddygon Teulu sy'n fodlon dod yn lle'r rhai sy'n ymddeol neu'n symud i ffwrdd: "...mae'n ymddangos mai doctoriaid rhan amser sy'n gweithio yn ein meddygfeydd ac mae hynny'n gwneud dilyniant gofal gydag un meddyg yn anodd iawn."

Cydnabyddir ansawdd gwasanaethau Meddyg Teulu yng Ngheredigion a sylweddolir hefyd bod pwysau ar y cyfryw wasanaethau. Mae ymatebwyr yn ymwybodol nid yn unig o anhawster cael apwyntiad ond hefyd maen nhw wedi gweld y problemau mae rhai practisau wedi cael yn ceisio recriwtio a chysylltu â rôl Bronglais fel llwybr hyfforddi ar gyfer Meddygon Teulu:

"Mae beichau gwaith sy'n cynyddu, adnoddau sy'n dirywio a gweithlu sydd wedi'i gorymestyn yn gosod straen mawr ar wasanaethau sy'n parhau yn fan cyswllt cyntaf gyda'r gwasanaeth iechyd ar gyfer mwyafrif y bobl yng Nghymru."

"Gallaf ddyfynnu un enghraifft gyfredol yn ein practis Meddyg Teulu ein hun. Eleni fe wnaeth dau Feddyg Teulu ymddeol; hysbysebwyd 2 swydd ond ni chafwyd yr un ymateb, ddim hyd yn oed"

ymholiad petrus. Yn y gorffennol rydyn ni wedi bod yn ffodus iawn i allu recriwtio dau bartner i'r practis oedd wedi eu hyfforddi ym Mronglais. Yn ffodus, mae'r swyddi gwag presennol wedi cael eu llenwi gan ddau feddyg oedd wedi bod yn y practis fel doctoriaid locum yn y gorffennol. Mae cymaint o bractisau sy'n methu â llenwi swyddi gwag pan fydd meddygon yn ymddeol."

Canlyniad y pwysau hyn ar Feddygon Teulu ym Mhowys hefyd sy'n golygu bod pwysau ar fannau eraill yn y system. Fodd bynnag, ystyrir bod Meddygon Teulu yn ddarparu adnodd i liniaru peth o'r pwysau hynny:

"Yn rhy aml, mae gofal sydd heb fod yn achos brys yn cael ei ddarparu mewn ysbytai, ar gost uchel, pan fydd pobl am gael gofal yn eu cymuned leol."

"Cynyddu cyllideb Meddygon Teulu er mwyn gwrthdroi'r dirywiad mewn adnoddau a gwella ansawdd ac amrywiaeth y gofal i gleifion (felly'n galluogi dod â rhai gweithdrefnau ymchwiliol heb fod yn rhai brys - er enghraifft uwch sain – yn nes i'r gymuned.)"

Ceir bod yr ymatebwyr yn ystyried bod y gwasanaethau cyfredol yn fregus: *"Mae cyflenwi mwy o gyfanswm o ofal iechyd yn y gymuned yn cynyddu'r ffocws a'r ddibyniaeth ar wasanethau ymarferwyr cyffredinol ymhlith pethau eraill i gydlynu, rheoli a chyflenwi gwasanaethau meddygol. Mae hyn wedi gweithio'n llwyddiannus i raddau helaeth. Fodd bynnag, gallai strwythur oedran y Meddygon Teulu presennol ym Mhowys a'r anawsterau drwy'r DU gyfan i recriwtio a chadw meddygon teulu ddechrau effeithio ar gyflenwi gwasanaeth yn y dyfodol agos."*

Mae eraill o Flaenau Ffestiniog yn gwneud cwynion penodol am safonau'r gwasanaeth y mae'r cleifion yn ei dderbyn. Mae'r rhain yn cynnwys perthnasau cleifion a phobl yn gweithio o fewn y system ei hun. Mae'r sylwadau hyn yn fwy eithafol na'r rhai mewn ardaloedd eraill sy'n disgrifio gwasanaeth bregus; yma mae'r sefyllfa y mae'r cyfryw ymatebwyr yn ei disgrifio yn fwy argyfyngus:

"Ers cau'r Ysbyty Coffa gwelwyd dirywiad yn y safon gofal ar gyfer y bobl y soniwyd amdany'n nhw uchod [oedolion diamddiffyn a chleifion gofal lliniarol] ac er ein bod yn cydweithio'n agos gyda phobl broffesiynol eraill, nyrsys ardal, doctoriaid ayb. mae'n amlwg iddo gael effaith ar bawb. Mae meddygon a nyrsys wedi cael eu hymestyn i'r eithaf. Mae cleifion diamddiffyn a'r teuluoedd yn teimlo nad oes cymorth ar gael yn lleol ac yn ei chael hi'n anodd iawn, yn gostus ac weithiau'n amhosibl i deithio ymhell i dderbyn triniaeth, apwyntiadau a gwasanaethau eraill."

8. MATERION ERAILL

Yn amlwg bod problem **ymddiriedaeth** yn rhai o'r ymatebion. Mae rhai yn teimlo bod cyn-ymdrechion i ymglymu â'r cyhoedd wedi bod yn arwynebol neu'n fater o awdurdod 'yn cymryd arnyn i ymateb'.

Er bod rhai sylwadau'n benodol yn mynegi pryderon am unrhyw newidiadau i wasanaethau ym Mronglais, mae ymatebwyr mewn rhannau o Geredigion hefyd yn mynegi eu blinder gyda'r newid yn **Ysbyty Aberteifi** – nid dim ond bod y gwasanaethau yno wedi newid ond natur y modd y digwyddodd hynny a sut y cyfathrebyd y newid.

Codwyd y mater o **gyfathrebu** gwael gan nifer o ymatebwyr a'u teuluoedd o ran methu â chyfathrebu'n ddigonol gyda chleifion unigol a'u teulu ac o ran cyfathrebu gwael rhwng y Byrddau Iechyd a'u hetholaethau gwledig – dydy cynrychiolwyr y Byrddau ddim yn weledol yn y cymunedau ac mae cyfathrebiadau cyhoeddus drwy'r wasg yn feirniadol neu'n cael eu beirniadu.

Mae'r mater o **weinyddu gwael** a gallu gwasanaethau i gydweithio yn codi dro ar ôl tro ac mae hyn y codi cwestiynau am y **gallu i gyd-drefnu gwasanaethau**:

"Mae cludiant i'r clinigau priodol, ac yna'n ôl, yn broblem. Mae hyd yn oed taith o ddrws i ddrws yn eich car eich hun yn cymryd o leiaf 2 awr ond byddai defnyddio cludiant ysbyty yn cymryd llawer"

hirach, gan ei fod yn codi cleifion o fannau eraill ar y ffordd, er enghraifft, Llanbedr Pont Steffan, Castell Newydd Emlyn ayb. ac yna gollwng cleifion yng Nglangwili cyn mynd ymlaen i Dreforys a weithiau i Singleton hefyd. Mae'r cludiant i fod i gyrraedd rhwng 10.00am neu 2.00pm ond mae'n amhosibl i fod mewn tri lle ar yr un pryd. Ces i apwyntiad i gael llawdriniaeth ddydd yn Nhreforys ac amcangyfrifwyd byddai'r cludiant i fod i gyrraedd rhwng 10.00 a 10.30am ac roedd y llawfeddyg yn aros amdana i gyda theatr wag. Dw i'n cyrraedd yr ysbyty am 11.30am, yn cyrraedd y theatr o'r diwedd am 12.00, gyda chcludiant yn barod i ddychwelyd am 1.30pm pan dw i'n dal yn dod ataf fi fy hun ar ôl y driniaeth. Dro arall ar gyfer apwyntiad prynhawn cyrhaeddodd ambiwlans am 11.30am i fynd â fi i Gaerfyrddin ar ôl gollwng pobl mewn clinigau yn Aberystwyth a chodi pobl ar y ffordd gan gyrraedd Glangwili tua 1.00pm Ar ôl ymgynghoriad ces llawdriniaeth fechan ar ôl y clinig, felly roedd rhaid i'r cludiant aros nes mod i'n iawn i deithio nôl a chyrraeddais adre tua 6.00pm. Ces fy nghodi dro arall am 'check-up' yn ysbyty Treforys am 7.30am a chyrraedd adre am 6.30pm ar ôl gweld yr ymgynghorydd am lai na 10 munud."

"Wrth i fwy o adrannau ddod o dan fygythiad ym Mronglais a chael eu canoli yng Nghaerfyrddin ac ysbytai eraill yn Ne Cymru mae'r broblem yn mynd i waethygu. Mewn ardaloedd gwledig, os nad oes car gan unigolion, rhaid dibynnu ar gludiant ysbyty ond mae'r Gwasanaeth Ambiwllans eisoes yn brysur. Mae cludiant heb fod yn achos brys (sy'n cynnwys cludiant i glinigau) dan fygythiad gan nad oes digon o ambiwlansys/tacsis ayb ac mae'n gostus i'w ddarparu. Does dim cludiant cyhoeddus at ddefnydd cleifion.

"Mae'r clinigau yng Nghaerfyrddin, ac o bosib Treforys, yn ei chael hi'n anodd i letya rhagor o gleifion. Yn hytrach na chau clinigau ym Mronglais oherwydd nadoes digon o achosion i feddygon orfod diweddarau eu gwybodaeth, hyfforddiant ayb. efallai bod opsiwn o gynyddu nifer yr adrannau arbenigol a chael cleifion i deithio o dde Ceredigion a Phowys, yn hytrach na mwy o ganoli yn Ne Cymru. Bydd Bronglais yn ei chael hi'n gynyddol anodd i recriwtio staff da wrth i nifer yr adrannau gael eu cwtogi a chyfleoedd hyfforddi yn mynd yn llai ac yn llai. Gallai iechyd Canolbarth Cymru ddarparu canolfan ragoriaeth arall, yn hytrach na chael ardal lle nad ydy meddygon yn dymuno gweithio."

"...rydyn ni'n galw ar Lywodraeth Cymru i ail-sefydlu Pwyllgor Canolbarth Cymru i ddarparu ffocws i ddatblygu strategaethau newydd ar gyfer y rhanbarth ac i gynorthwyo i oresgyn yr ymdeimlad o unigedd ac ymleiddio sy'n gynyddol amlwg yma."

Mae materion cyfathrebu hefyd yn codi'u pen sef pryderon bod diffyg rhannu gwybodaeth ar gyfer cleifion sy'n mynychu gwahanol leoedd yn golygu eu bod yn cael eu siomi.

Cododd rhai ymatebwyr y mater o'r **iaith Gymraeg**: "...mae tua 40% o boblogaeth Canolbarth Cymru, a chymiant â 50% o ddalgych Ysbyty Bronglais yn ddwyieithog, felly dylai fod yn agwedd sylweddol bwysig o wasanaethau yn y rhanbarth."

Awgrymwyd i ni bod y gallu i gyfathrebu mewn iaith yr ydych yn meddwl a theimlo ynddi nid yn unig yn hawl y dylai pobol ei ddisgwyl ar sail cydraddoldeb ond ei bod yn sylfaenol i ddeall y cysylltiad rhwng iechyd a diwylliant yn well. Dydy pawb ddim yn deall y rôl mae diwylliant a iaith yn ei chwarae wrth ddewis (neu beidio â dewis) gwasanaethau iechyd a gellid gwneud llawer i fynd i'r afael â hyn. Adroddwyd i ni y byddai hyn i gyd yn rhagdybio system iechyd a fyddai'n gweithredu i ganiatáu i bobl gyfathrebu drwy gyfrwng y Gymraeg (neu unnrhyw iaith arall) oherwydd drwy wneud hynny bydden nhw'n hybu eu teimlad o les a iechyd.

Mae nifer teg o ymatebwyr yn mynegi pryderon am **yr ymholiad hwn**. Mae rhai yn teimlo bod yr Amodau Gorchwyl yn rhy gyfyng ac felly'n diystyrru rhai opsiynau (megis ad-drefnu'r Byrddau Iechyd) cyn i'r gwaith gychwyn hyd yn oed. Codwyd cwestiynau a oedd y rhai a fyddai'n dymuno cyfrannu yn cael y cyfle i wneud hynny. Yn marn rhai ymatebwyr dylid bod wedi cynnal mwy o ddigwyddiadau cyhoeddus i ganiatáu rhagor o gyflwyniadau. Mae eraill yn nodi bod gofyn am gyflwyniadau ysgrifenedig yn syth yn difreinio'r rhai a

fyddai'n cael hynny'n rhwystr.

Ar ôl dweud hynny, roedd cael cynnig sylwadau ar drefniadau presennol y Byrddau Iechyd ar draws Cymru a chael holi a oedd y ffurfwedd gyfredol yn galluogi iddyn nhw gyflwyno'u pryderon a'u hamgylchiadau a delio â nhw.

Mae ymatebwyr yn nodi nad **cyfrifoldeb** un grŵp o bobl ydy cyflenwi gwasanaethau iechyd i ardal a elwir yn unigol - Canolbarth Cymru – ac sy'n rhannu daearyddiaeth benodol a set o sialensiau: *“Mae Bro Ddyfi ar y “platiau tectonig” lle mae ffiniau tri Bwrdd Iechyd a thri awdurdod lleol yn cwrdd. Mae llawer o bobl yma yn byw mewn sir wahanol i'w darparwr gofal iechyd ac mae rhaid i'r mwyafrif ddefnyddio gwasanaethau o leiaf dau Fwrdd Iechyd. Os gweithredir argymhelliad Comisiwn Williams na ddylid cael ail-lunio mawr ar ffiniau gwasanaethau cyhoeddus yng Nghymru, gallai'r sefyllfa hon barhau hyd y gellir ei rhagweld.”*

Mae nifer o ymatebwyr yn cynnig ateb i hyn sef Bwrdd Iechyd newydd gyda chylch gwaith penodol ar gyfer Canolbarth Cymru:

“Mae'n hawdd anwybyddu'r hyn sydd ddim yn yr amlwg.”

“Mae 2 fygythiad i'r ddarpariaeth gyfredol arian neu ddiffyg arian a diffyg Bwrdd Iechyd lleol.”

Dydy rhai ddim yn mynd mor bell â hyn ond yn cytuno na luniwyd y trefniadau presennol mewn modd sy'n gwasanaethu anghenion y boblogaeth arbennig hon. Ymhlith awgrymiadau eraill a dderbyniwyd mae sefydlu Memoranda o Ddealltwriaeth rhwng y Byrddau Iechyd ac ail-drefnu ffiniau Bwrdd Iechyd.

Mae ymatebwyr yn nodi bod perygl i'r ffin rhwng **Lloegr a Chymru** greu rhaniad ffug. Dydy'r ymatebwyr hyn ddim am gyfyngu eu hopsiynau i ddim ond troi tua'r Gorllewin am driniaeth a theithio.

Fodd bynnag, er bod llawer hefyd yn sylweddoli nad ydy derbyn triniaeth yn Lloegr, o dan drefn GIG wahanol, heb ei gymhlethdodau, caiff ei ystyried yn fater o gyfiawnder cymdeithasol: *“Yn y bôn, yr hyn mae rhaid ei sylweddoli ydy bydd cost gofal iechyd y pen mewn ardaloedd llai poblog bob amser yn uwch nag mewn dinasoedd mawr. Ond tra bo'r GIG yn mynnu credu mewn gofal iechyd cyffredinol, mae gan gleifion ymhob man hawl sylfaenol i gydraddoldeb triniaeth ac ni ddylid gwneud hyn drwy symud baich y cyfryw gostau o'r darparwyr a'i rhoi ar ysgwyddau cleifion.”*

Gwnaeth Cyngor Tref y Trallwng gyfraniad pwysig i'r adran hon ac i'r astudiaeth drwyddi draw. Daeth y Cyngor Tref at y tîm astudiaeth ynglŷn â rhagweithio i ymglymu'r trigolion a chasglu eu profiadau yn gwbl annibynnol. Gofynnwyd i 417 o drigolion Sir Drefaldwyn am eu profiad o ofal iechyd ac mae adroddiad ar y gwaith hwnnw wedi cael ei gyhoeddi.⁷² Isod cawn olwg gyffredinol ar eu canfyddiadau pwysicaf.

CYFRANIAD ANNIBYNNOL I'R ASTUDIAETH – Cyngor Tref Y Trallwng

Ynghyd â holl ymatebion mewn cyfarfodydd a chyflwyniadau gan unigolion, daeth cynrychiolwyr o **Gyngor Tref Y Trallwng** aton ni hefyd, pobl oedd yn gwybod o'u profiad personol pa mor bwysig oedd cynllun gwasanaethau iechyd lleol i'r ardal a phobl oedd am gymryd rhan rhagweithiol mewn casglu barn i fod yn sail i'r gwaith.

Aethon nhw ati i holi trigolion yn Y Trallwng i gael eu barn a ddehonglwyd wedyn yn set o argymhellion. Cytunwyd ar fethodoleg yr arolwg gyda WIHSC er mwyn cael y gwerth mwyaf o'r canfyddiadau. Fe drefnon nhw gasglu'r data drwy arolwg ar-lein, canolfannau galw heibio a grwpiau ffocws. Roedd ymatebwyr yn hunan-ddewisol.

Dangosodd y wybodaeth a gasglwyd bod amrywiaeth dybryd yn eu boddhad gyda gweinyddiaeth y man cyswllt cyntaf. Roedd hi'n ymddangos bod sefydlu'r cyswllt cyntaf yn gywir (neu'n anghywir) yn gosod y safon am weddill profiad y claf.

⁷² See: <http://www.welshpooltowncouncil.gov.uk/downloads/0000/1890/HEALTHREPORTENGLISHPUBLISHED.pdf>

Mynegwyd pryderon am gludiant, yn adleisio'r profiadau a ddisgrifwyd gan aelodau eraill o'r cyhoedd mewn manau eraill yn y ddogfen hon. Cafwyd ychydig o gwynionam amser ymateb ambiwlans, ond cafwyd llawer o gwynion am faint o amser roedd rhaid i bobl aros am apwyntiad gyda meddyg teulu penodol. Roedd pryder hefyd nad oedd digon o gyllid GIG yn cyrraedd gwasanaethau'r rheng flaen.

Un o'r materion allweddol oedd yn gwneud y gwaith hwn yn wahanol i'r ymatebion eraill oedd y ffocws ar faterion trawsffiniol. Mae pryder mawr am y modd y mae gwasanaethau'n cael eu trefnu yn Swydd Amwythig a'r hyn mae'n ei olygu o ran amser teithio a mynediad i driniaethau a hygyrchedd. Mae'r gwahaniaeth yn yr amser aros a mynediad i driniaethau rhwng Lloegr a Chymru hefyd yn hollol amlwg i'r ymatebwyr hyn. Roedd hyn hefyd yn ymddangos i ddwysáu'r potensial o chwalu'r gweinyddu a'r cyfathrebu gan adael i'r cleifion unioni hyn eu hunain.

Codwyd dau bwynt pellach am y diffyg o ddarpariaeth gwasanaeth ar gyfer cleifion MS a theimlad y cyhoedd yn yr ardal oedd bod eu barn am y gwasanaeth iechyd yn cael ei anwybyddu.

Isod, ceir crynodeb o'u hargymhellion. Ceir yr adroddiad llawn ar:

<http://www.welshpooltowncouncil.gov.uk>

1. **Ysbyty Amwythig** - gwasanaethau Damweiniau ac Achosion brys a gwasanaethau cymorth yn cael eu cadw yn Amwythig o leiaf nes ceir darpariaeth briodol ar gyfer Canolbarth Cymru.
2. **Cyllido'r GIG** – rhaid ail fynd i'r afael â chyllido'r GIG yng Nghymru gyda mwy o arian yn mynd o Lywodraeth Cymru yn uniongyrchol i gyflenwi gwasanaethau
3. **Amser teithio a lleoliad y driniaeth** – Rhaid cyflwyno Cynllun Cludiant Ysbyty i ddelio â'r diffyg cludiant cyhoeddus i fannau gofal yn Ysbytai Amwythig a Telford.
4. **Gweinyddu a'r man cyswllt cyntaf** – rhaid gwirio manylion a rhaid eu bod yn gywir yn y man cyswllt cyntaf; dylai cleifion fod yn gallu gwneud apwyntiad dilynol cyn gadael y man gofal; rhaid i ymgynghorwyr, meddygon a staff sy'n trin yr un cleifion gyfathrebu'n fwy effeithiol.
5. **Gofal meddygol** – dylid ail-gyflwyno'r system o 'Matron' yn rheoli wardiau er mwyn codi safon y gofal.
6. **Cyflenwi Gofal Lleol** – dylid datblygu system o gyflenwi mân driniaethau ac apwyntiadau i weld ymgynghorwyr yn lleol.
7. **Darparu Nyrs MS** – angen penodi nyrs MS ar frys i weithio allan o Amwythig yn gwneud ymweliadau cartref yn Sir Drefaldwyn.
8. **Traws ffiniau** – dylai darpariaeth trawsffiniol o wasanaethau a gynigir i drigolion Cymru fod ar yr un lefel â'r hyn a gynigir i drigolion Lloegr. Un Gwasanaeth Iechyd 'Cenedlaethol' ddylai fod.
9. **Meddygfeydd lleol** – cynnydd yn nifer Meddygon Teulu i liniaru sefyllfa amseroedd aros ac i ddarparu gwasanaeth tele-feddygaeth ar gyfer mân anhwylderau
10. **Salwch Cronig** - dylai pecynnau gwybodaeth ar gyfer y rhai yn dioddef o salwch cronig fod ar gael mewn meddygfeydd.
11. **Cysylltiadau cyfrifiadurol** - rhaid i systemau cyfrifiadurol ar draws y DU fod yn ddigon cydnaws i rannu gwybodaeth yn hawdd ac effeithlon.

D. SYSTEMAU GOFAL IECHYD GWLEDIG TU ALLAN I GYMRU

1. GOFAL IECHYD GWLEDIG YN YR ALBAN

Er ein bod wedi ystyried enghreifftiau o sut mae mannau eraill yn y byd yn mynd i'r afael â phroblemau iechyd gwledig yn y ddogfen hon, un ardal sydd wedi tynnu ein sylw ydy'r Alban. Yn yr adran hon byddwn yn ystyried nid yn unig rhai o'r datrysiadau ond hefyd y strategaethau sydd wedi arwain at y atebion hynny.

Yn Arolwg Iechyd Llywodraeth Yr Alban o 2012⁷³, mae 74% o oedolion yn ystyried bod eu hiechyd yn dda neu'n dda iawn; mae chwarter o'r dynion ac 18% o ferched yn yfed ar lefel beryglus neu niweidiol; mae 62% o oedolion yn cwrdd â chanllawiau gweithgaredd corfforol (150 munud o weithgaredd canolig neu 75 munud o weithgaredd corfforol egniol yr wythnos); mae bron i ddau allan o bob tri oedolyn (64%) dros eu pwysau neu'n or-dew a 46% yn dweud eu bod yn dioddef o gyflwr hirdymor. Mae Audit Scotland yn eu hadroddiad 'Health Inequalities in Scotland'⁷⁴ (Rhagfyr 2012), yn awgrymu bod lefelau amddifadedd yn is mewn ardaloedd gwledig, a hynny yn ei dro yn arwain at ddisgwyliad oes uwch (2-3 blynedd).

Ceir gweledigaeth strategol trosfwaol Llywodraeth Yr Alban yn eu hadroddiad *2020 Vision for Healthcare in Scotland*.⁷⁵ Mae'r datganiad yn cynnwys nifer o ddogfennau ategol, yn cynnwys Strategaeth Ansawdd a Map Llwybr, ond yn ei hanfod eu gweledigaeth ydy:

Y bydd pawb erbyn 2012 yn gallu byw'n hirach ac yn iachach yn eu cartrefi eu hunain neu mewn lleoliadau cartrefol. "Mae gennym system gofal iechyd lle rydyn ni wedi integreiddio gofal iechyd a chymdeithasol, ffocysu ar ataliad, rhagweld a chynorthwyo hunan-reolaeth. Pan fydd angen triniaeth a methu â darparu'r cyfryw driniaeth mewn lleoliad yn y gymuned, byddwn yn cynnig triniaeth gofal dydd. Ble bynnag fo'r lleoliad, bydd y gofal a ddarperir a'r diogelwch o'r ansawdd flaenaf, gyda'r unigolyn ynghanol pob penderfyniad. Bydd ffocws ar sicrhau bod pobl yn dychwelyd i'w cartrefi neu i'w hamgylchedd cymunedol cyn gynted ag y mae'n briodol gyda'r risg lleiaf o gael eu hail-dderbyn i'r ysbyty."

Yn ôl Llywodraeth Yr Alban, "Mae cefn gwlad Yr Alban yn 94% o'r màs tir yn Yr Alban ac mae bron i bumed ran o'r boblogaeth yn byw yno".⁷⁶ Diffiniad Llywodraeth Yr Alban o'r term 'gwledig' neu 'gefn gwlad' ydy aneddiadau gyda phoblogaeth o lai na 3,000. Ar ben hynny, maen nhw'n is-ddosbarthu'r aneddiadau hyn yn ddau is-gategori pellach – gwledig hygyrch (gyda thaith o lai na 30 munud i'r anheddiad agosaf gyda phoblogaeth o 10,000 neu fwy; a 'gwledig anghysbell' (y rhai â thaith o dros 30 munud).

Mae ffigyrau Llywodraeth Yr Alban hefyd yn dangos bod eu poblogaeth wledig ar gynydd.⁷⁷ Rhwng 2001 a 2010 bu cynnydd o 12.1% ym mhoblogaeth ardaloedd gwledig hygyrch Yr Alban a chynnydd o 6.2% yn yr ardaloedd gwledig anghysbell o'i gymharu â chynnydd o 1.7% yng ngweddill Yr Alban. Mae'r cynnydd oherwydd y mudo i ardaloedd gwledig Yr Alban.

Mae'r GIG yn Yr Alban yn cynnwys 14 o Fyrddau GIG rhanbarthol a 7 Bwrdd Arbennig⁷⁸ sy'n

⁷³ <http://news.scotland.gov.uk/News/The-Scottish-Health-Survey-2012-46f.aspx>

⁷⁴ http://www.audit-scotland.gov.uk/docs/health/2012/nr_121213_health_inequalities.pdf

⁷⁵ <http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/Policy/2020-Vision>

⁷⁶ <http://www.scotland.gov.uk/Resource/0040/00403004.pdf>

⁷⁷ *ibid* p.2

⁷⁸ <http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/NHS-Workforce/NHS-Boards>

cynorthwyo'r Byrddau Rhanbarthol drwy ddarparu gwasanaethau arbenigol e.e. Gwasanaeth Ambiwylans Yr Alban, NHS24 (y gwasanaeth cyngori) a NHS Education. Mae'r Byrddau'n atebol i Weinidogion Llywodraeth Yr Alban a'u cynorthwyo gan Gyfarwyddiaeth Gofal Cymdeithasol Llywodraeth Yr Alban.⁷⁹

Ceir hefyd dri Grŵp Cynllunio Rhanbarthol⁸⁰ – Gogledd Yr Alban, Gorllewin Yr Alban a De Ddwyrain Yr Alban – sy'n galluogi Byrddau'r GIG yn yr ardaloedd hyn i gynllunio gwasanaethau y gellir eu rhannu ar draws eu hardaloedd daearyddol. Mae'r map (Atodiad 3) yn dangos bod natur wledig yn effeithio ar y Byrddau hyn i gyd bron.

Yn 2012, gwahoddwyd un o'r Byrddau, NHS Highland, gan Ysgrifennydd y Cabinet yn Yr Alban i ddatblygu a phrofi eu modelau eu hunain ar gyfer iechyd a gwasanaethau gofal gwledig anghysbell yn Yr Alban.

Un amod o'r gwaith oedd bod rhaid i unrhyw argymhelliad:

- Fod yn berthnasol i holl ardaloedd anghysbell Yr Alban:
- Adlewyrchu'r cyd-destun newydd ar gyfer iechyd a gofal cymdeithasol integredig; a
- Bod yn addas ar gyfer ei brofi mewn ardaloedd gwledig a threfol/dinesig o'r Alban.

Y cynnig a wnaeth NHS Highlands mewn ymateb i hyn oedd:

"Mae NHS Highland yn bwriadu defnyddio Ymchwil Weithredu a Dysgu i ddatblygu a phrofi'r dull o fynd ati i ddatblygu modelau newydd o wasanaeth. Mae'n glir mai'r atebion mwyaf cynaliadwy ydy'r rheiny sydd wedi datblygu gydag ymglymiad yr holl fudd-ddeiliaid allweddol i gyd ac ymglymiad y cymunedau y maen nhw'n eu gwasanaethu. Gan gydnabod na fydd un model sengl yn addas ar gyfer pob ardal, ein cynnig ydy caniatáu i nifer o fodelau gael eu datblygu a'u profi ond gyda rhai egwyddorion allweddol cytûn".⁸¹

Mae'r ddogfen hefyd yn cynnig strwythur y drefn lywodraethu i oruchwylio'r gwaith gan gynnwys Bwrdd Rhaglen i reoli'r mentrau a gweithredu fel grŵp ymgynghorol ymchwil.

Mae casgliadau'r adroddiad yn ei gwneud hi'n glir "bod llawer o waith i'w wneud gyda chymunedau, rhai ohonyn nhw'n pryderu am unrhyw newid yn enwedig os gwelir bod gwasanaethau'n cael eu cwtogi a'u hymdeimlad o fod yn 'ddiogel' dan fygythaid. Un elfen allweddol llwyddiant felly ydy sicrhau bod cymunedau yn rhan o'r broses o chwilio am atebion a chwarae rhan yn datblygu datrysiadau i gynnal y cymunedau hynny yn ystyr ehangach y gair."⁸²

Isod ceir crynodeb o argymhellion yr adroddiad:

- Does dim un model penodol a fydd yn mynd i'r afael â'r sialensiau a breuder mewn gwasanaethau gofal mewn ardaloedd anghysbell a gwledig ac felly cynigir dull o fynd ati drwy ymchwil weithredu;
- Mae'r atebion yn gorwedd yng nghyd-ymdrechion darparwyr gwasanaethau cyhoeddus a'r cymunedau eu hunain ac felly argymhellir dull cynhwysol, ar y cyd, o fynd ati, efallai bydd angen hyrwyddiad medrus i gynorthwyo'r broses hon;

⁷⁹ <http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/About/Structure>

⁸⁰ http://www.sehd.scot.nhs.uk/mels/HDL2002_10.pdf

⁸¹ NHS Highland (2012: 23):

http://www.nhshighland.scot.nhs.uk/OurAreas/ArgyllandBute/Documents/An_Approach_to_Building_Sustainability_of_Health_and_Care_Services_in_Remote_and_Rural_Areas_FINAL_redacted.pdf

⁸² Ibid, p.27

- Am resymau trefn lywodraethu clinigol, ni ddylid bellach gefnogi practis un meddyg a lle bo'n bosibl dylid mabwysiadu model darparu gwasanaeth ar gyfer cymdogaeth gyfan wedi'i gyflenwi gan dîm aml broffesiynol, yn seiliedig ar sgiliau allweddol a chymwyseddau.
- Dylai rheoli risg, gan gynnwys profion mainc a phroffion strès fod yn rhan annatod o ddatblygu unrhyw ddatrysiad;
- Mae perchnogaeth gymunedol a hyder mewn modelau gwasanaeth newydd yn hanfodol; dewisiadau 'gweld a chyffwrdd' eraill ar sail trefniadau trosiannol neu gynlluniau peilot yn dangos ymrwymiad i'r rhaglen; a
- Dylid cael archwiliad o ffactorau i alluogi trawsbortffolio yn Llywodraeth Yr Alban, er enghraifft Addysg, Cyllid, Cludiant ac Isadeiledd.

Cymeradwyodd Ysgrifennydd y Cabinet y cynnig a wnaed yn y papur yn Awst 2013 (gydag ymrwymiad o gyllid o £1.5m).⁸³

Mae papur NHS Highlands yn ei gwneud hi'n glir nad oes un ateb yn addas ar gyfer pob sialens ynghlwm wrth lunio a chyflenwi system gofal iechyd, felly yn yr adran hon rydyn ni'n ystyried sut mae darparwyr a chymunedau wedi datblygu datrysiadau penodol a phwrpasol. Mae'r adran hon yn mynd yn ei blaen i ystyried ymateb cymdogaethau i'r sialensiau sy'n eu hwynebu.

1.1 ARRAN

Ar Ynys Arran, maen nhw wedi penderfynu i fanteisio i'r eithaf ar effaith yr adnoddau sydd ar gael drwy gydweithio:

'ARRAN RESILIENCE'⁸⁴

Mae'r gwasanaethau ar Arran wedi ffurfio partneriaeth waith, ynghyd â'r gymuned, i ddatblygu a chynnal gwasanaethau ar yr ynys. Arran ydy'r seithfed ynys o ran maint yn Yr Alban gyda phoblogaeth o 5,000 sy'n chwyddo i dros 25,000 yn ystod misoedd yr haf. Mae'n cymryd dros awr i yrru o un pen i'r llall. Er bod hon yn ardal eang i wasanaethau brys ei gwasanaethu, mae nifer o dimoedd ymroddedig ac amrywiol yn ddaearyddol ar Arran.

Ym mis Hydref 2010 sefydlwyd grŵp cysylltu, yn cynnwys arweinwyr a dirprwy arweinwyr pob tîm. Y grŵp hwn oedd sail Arran Resilience. Mae'r grŵp hwn nawr yn cwrdd yn rheolaidd i ddatblygu a gwella'r cyfathrebu rhwng y tîmoedd brys ac ystyried materion megis rhannu cyfleoedd hyfforddi a bod yn ymwybodol o alluoedd pob tîm.

Prif elfen Arran Resilience ydy'r Cyfarfodydd Cyswllt rheolaidd, a gynhelir bob 2-3 mis. Mae'r cyfarfodydd yn dod ag arweinwyr pob tîm 'Resilience' at ei gilydd i drafod materion sy'n berthnasol i ymateb amlasiantaethol a gwytnwch yr Ynys i ddelio ag argyfyngau cyffredinol.

Dydy hyn ddim wedi cynyddu faint o adnoddau sydd ar gael ond fe'i lluniwyd i sicrhau eu bod yn cael eu defnyddio mor effeithiol ac effeithlon â phosibl.

Un argymhelliad o'r gwaith a ymgwymerwyd gan Grŵp Cynllunio Gogledd Yr Alban⁸⁵ oedd na ddylid annog na hybu practisau Un Meddyg Teulu, gan gydnabod y problemau mae ynysu yn eu hachosi o ran recriwtio a lles y gweithlu. Yn hytrach, cynigiodd y Grŵp y dylid cyflenwi drwy Dimoedd Gofal Sylfaenol

⁸³ <http://scottishgovernment.presscentre.com/News/-1-5m-for-rural-healthcare-36d.aspx>

⁸⁴ <http://www.arranresilience.org.uk>

⁸⁵ <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/222087/0059735.pdf>

Ymestynnol a Thimoedd Gofal Cymunedol Ymestynnol:

“Dylai Tîm Gofal Sylfaenol Ymestynnol (EPCT) gynnwys yr Ymarferfydd Cyffredinol (Y Meddyg Teulu) (er efallai mai gwasanaeth ymweld ydyw) a chynnwys holl bobl broffesiynol maes gofal iechyd a gofal cymdeithasol megis Nyrs Iechyd Cymunedol, Bydwraig, Rheolwr Gofal, Gweithwyr Cymdeithasol, Gweithwyr Cymorth ac addysg. Dylai pob practis dderbyn gwasanaethau ymweld gan Nyrsys Seiciatrig Cymunedol, Gweithwyr Proffesiynol Perthynol i Iechyd (AHP) ac Arbenigwyr megis Nyrs Macmillan neu Seicoleg Glinigol. Gallai’r tîm ehangach, megis parafeddygon ambiwlans a thechnegwyr, hefyd gael eu lleoli o fewn Practis Meddyg Teulu a’u defnyddio i gynorthwyo’r EPCT i ymgymryd â gofal rhagflaenol yn y gymuned pan fydd eu hangen i ddelio ag argyfwng. Dylai’r EPCT weithio mewn partneriaeth ag asiantaethau eraill. Os ychwanegir gweithwyr proffesiynol ehangach o faes Gofal Cymdeithasol, Tai, Addysg, NHS 24 a’r Sector Gwirfoddol at y Tîm Gofal Sylfaenol Ymestynnol, caiff wedyn ei alw’n ‘Dîm Gofal Cymunedol Ymestynnol’ (ECCT). Dylid defnyddio’r holl adnoddau sydd ar gael yn y gymdogaeth i adeiladu ‘Gwytnwch Cymunedol’ (‘Community Resilience’). Enghaifft o hyn fyddai ymestyn cynlluniau’r ymatebwyr 1af i gynnwys Gwylwyr y Glannau, y Frigâd Dân a’r Comisiwn Coedwigaeth”⁸⁶

Yn yr un modd â phrosiect yr ‘Arran Resilience’ y soniwyd amdano’n gynharach, mae’r ffocws yma ar gydweithredu a defnyddio adnoddau’n effeithiol er lles y gweithlu, cleifion a’r gymuned.

1.2 SKYE (YR YNYS HIR)⁸⁷

Mae gan Yr Ynys Hirr (Ynys Skye) fodel o ‘ymarferwyr gwledig’ lle mae Ysbyty Broadford⁸⁸ yn cael ei staffio gan Feddygon Teulu yn meddu ar sgiliau ychwanegol neu wedi cael hyfforddiant ychwanegol mewn anaestheteg a thrawma. Datblygwyd y model ar ôl ymgynghori â’r gymuned leol a sylweddolwyd bod maint eu cymuned (poblogaeth o 13,000) angen ryw fath o wasanaeth brys ond fyddai ddim yn gallu cynnal Ysbyty Cyffredinol. Yn hytrach mae Broadford yn uwch Ysbyty Gymuned.

Mae rôl ysbytai yn hanfodol bwysig i gyflenwi gofal yn ardaloedd gwledig helaeth Yr Alban ac mae’r ethos sy’n sail i Weledigaeth 2010 yn ei gwneud hi’n hawdd gweld pam fod gan Lywodraeth Yr Alban feddwl uchel o Ysbytai Cymuned fel modd o gyflenwi gwasanaethau meddygol yn Yr Alban. Yn eu Strategaeth 2012 ‘Community Hospitals Strategy Refresh’⁸⁹ eglurir y gall Ysbyty Cymuned fod yn ysbyty, uned neu ganolfan ond mai Meddygon Teulu sy’n arwain y gofal (mewn cysylltiad ag ymgynghorwyr a gweithwyr proffesiynol eraill). Mae’r ddogfen yn mynd ymlaen i egluro pwrpas Ysbyty Cymuned.:

“Yn syml, mae gan ysbytai cymuned dair swyddogaeth. Yn gyntaf, maen nhw’n cynorthwyo adferiad a gwellhad cleifion ar ôl arhosiad mewn ysbyty aciwt; yn ail maen nhw’n darparu pen arbenigol y gwasanaethau cymunedol, naill ai drwy gydlynw gofal o gwmpas cleifion uchel eu risg, yn darparu/cyd-leoli gwasanaethau yr oedd rhaid i gleifion yn y gorffennol deithio i safleoedd mwy eu maint i gael gwely neu dderbyn arbenigedd clinigol (megis gofal lliniarol a iechyd meddwl); yn drydydd maen nhw’n darparu rhai gwasanaethau diagnostig a chleifion allanol. Mae mwyafrif o’r ysbytai cymuned a’r gwasanaethau clinigol y maen nhw’n eu darparu yn barod i weld cleifion yn y rhan fwyaf o’r categorïau hyn.”

Yn ymarferol, mae hyn yn golygu, er enghraifft, bod Ysbyty Coffa Mackinnon yn gwasanaethu tua 13,000 o bobl ac yn darparu’r gwasanaethau ar y safle a gwasanaeth ymweld – gweler Atodiad 4 am

⁸⁶ Scottish Government / Llywodraeth Yr Alban (2008a: 40)

⁸⁷ <http://www.arranresilience.org.uk>

⁸⁸ <http://www.nhshighland.scot.nhs.uk/Services/Pages/DrMacKinnonMemorialHospitalBroadfordHospital.aspx>

⁸⁹ Scottish Government / Llywodraeth Yr Alban (2012)

restr o'r gwasanaethau a ddarperir yn yr ysbyty hwn ac yn Ysbytai Cymuned eraill NHS Highland.

1.3 YSBYTAI CYFFREDINOL GWLEDIG

Un o swyddogaethau ysbyty cymuned ydy sefydlogi cleifion cyn eu trosglwyddo i ganolfan arbenigol. Yn berthynol i'r Ysbyty Cyffredinol mae'r model o'r Ysbyty Cyffredinol Gwledig (RGH). Yn y bocs isod ceir diffinad Llywodraeth Yr Alban o Ysbyty Cyffredinol Gwledig:

YSBYTAI CYFFREDINOL GWLEDIG, YR ALBAN

Caiff Ysbytai Cyffredinol Gwledig mwy eu maint eu staffio gan feddygon, nyrsys a gweithwyr proffesiynol eraill ym maes gofal iechyd, pobl yn meddu ar sgiliau cyffredinol ac arbenigol priodol i anghenion y gymuned. Bydd ganddyn nhw fwy o adnoddau diagnostig arbenigol nag Ysbytai Cymuned ac yn darparu ystod o wasanaethau cleifion allanol, cleifion achosion dydd a gwasanaethau adferiad. Fel lleiafswm byddan nhw'n darparu:

- *gofal dan arweiniad nyrs ar gyfer achosion brys, rheoli mân anafiadau a mân anhwylderau gyda chynghor meddygon ac arbenigwyr eraill os bydd angen hyn*
- *rheoli cychwynnol o achosion o esgyrn sydd wedi torri*
- *llawfeddygaeth reolaidd a brys*
- *rheoli cyflyrau meddygol aciwt*
- *rheoli cleifion sydd wedi cael strôc*
- *rheoli cyflyrau hirdymor*
- *gwasanaethau eang eu hystod ar gyfer cleifion allanol*
- *gofal mamolaeth dan arweiniad bydwragedd*
- *rheoli cleifion gyda phroblemau mwy cymhleth cyn iddyn nhw gael eu trosglwyddo*⁹⁰

Isod, ceir disgrifiad o'r modd y mae'r Ysbyty Cyffredinol Gwledig yn ffitio i mewn gyda gweddill y gwasanaeth gofal iechyd:

“Mae Fframwaith Cenedlaethol ar gyfer Newid mewn Gwasanaethau (NFSC) wedi diffinio gwasanaethau yn ôl lefel y gofal yn ymestyn o lefel 1, sef gwasanaethau a ddarperir yn y gymuned megis Ymarferwyr Cyffredinol a NHS 24, i Lefel 4 – sef gwasanaethau a gyflenwir yn genedlaethol, gwasanaethau arbenigol iawn. Bydd cyfleusterau Lefel 2 yn cynnwys diagnosis asesiad a thriniaeth ar gyfer cyflyrau cyffredinol. Nodir mai gwasanaethau derbyn creiddiol ydy cyfleusterau Lefel 3 ac ar gael yn lleol 24/7 ar gyfer llawfeddygaeth gyffredinol, meddygaeth gyffredinol ac orthopaedeg, obstetreg gyda chymorth anaestheteg a radioleg. Hefyd, gallai un neu fwy o'r arbenigeddau canlynol gynorthwyo'r rhain wrth dderbyn cleifion: paediatreg, obstetreg a gynaeoleg. Er nad ydy Ysbyty Cyffredinol Gwledig yn ffitio i mewn i unrhyw un o'r categorïau uchod, gellir ystyried ei fod yn ffitio orau i gategori cyfleuster lefel 2 + ”⁹¹

Eglurir y lefelau y cyfeiriwyd atyn nhw yn y diagram yn Ffigwr AP5.1 (Atodiad 5) ac isod: “Bydd yr Ysbyty Cyffredinol Gwledig yn dal i fodoli mewn rhwydwaith â chanolfannau mwy eu maint. Gallai'r rhain fod yn Ysbytai Cyffredinol Ardal neu'n Ganolfannau Trydyddol. Dylai fod gan Ysbyty Cyffredinol Gwledig drefniadau i gyfeirio cleifion yn briodol i ofal diffiniol, yn seiliedig ar lwybrau gofal cadarn a fydd weithiau yn osgoi'r Ysbyty Cyffredinol Ardal fwy lleol. Bydd trefniadau ffurfiol yn bodoli rhwng y

⁹⁰ Scottish Government (2008b)

⁹¹ Llywodraeth Yr Alban (2010: 27)

ganolfan mwy ei maint a'r Ysbyty Cyffredinol Gwledig i gynorthwyo cyflenwi gofal yn lleol, trefniadau a elwir yn rhwydweithiau rhwymo (obligate networks)." (Cyflenwi ar gyfer Gofal Iechyd Gwledig tud 28)⁹² Mae'r adroddiad yn mynd yn ei flaen i nodi'r lleiafswm o wasanaethau ddylai fod ar gael mewn Ysbyty Cyffredinol Gwledig a'r baich gwaith llawfeddygol creiddiol – gweler Tabl D1.1 drosodd.

Ar hyn o bryd mae chwe Ysbyty Cyffredinol Gwledig yn Yr Alban, sef Y Gilbert Bain, Shetland; Ysbyty Balfour, Orkney; Ysbyty Western Isles (Ynysoedd y Gorllewin); Ysbyty Cyffredinol Caithness, Wick, Ysbyty Belford, Fort William; Ysbyty Lorn and Isles, Oban.

1.4 ELGIN

Yn ystod ein hymchwil ar gyfer yr astudiaeth hon awgrymwyd y byddai Elgin yn gymharydd da ar gyfer Bronglais. Lleolir Elgin yn Moray tua 2 awr o Aberdeen ar y ffordd a thros awr i Inverness ar y ffordd. Mae'n rhan o NHS Grampian sy'n gwasanaethu poblogaeth o dros 500,000⁹³ ar draws Moray ac Aberdeenshire.

Mae gan Elgin ei hun boblogaeth o tua 20,000⁹⁴ a chaif ei wasanaethu gan Ysbyty Cyffredinol Ardal Dr Gray's. Lleolir y rhan fwyaf o wasanaethau ysbyty ardal NHS Grampian yn Aberdeen ar wahan i Dr. Gray a chyfres o Ysbytai Cymuned llai eu maint a chanolfan gofal dydd lliniarol arbenigol (yn Elgin hefyd). Mae Dr Gray's yn darparu ystod eang o wasanaethau gan fod £22milwn wedi'i wario ar ail-ddatblygu'r ysbyty yn y 1990au ar ôl adolygiad gan Swyddfa'r Alban o wasanaethau iechyd aciwt yn Moray. Erbyn hyn mae'n darparu'r gwasanaethau canlynol:

LLAWFEDDYGAETH GYFFREDINOL

Wroleg
Y Fron
VBG / Wlserau ar y Goes
Colorectal

MEDDYGAETH GYFFREDINOL

Gastroenteroleg
Diabeteg
Endocrinoleg
Geriatreg
Strôc
Cardioleg

GYNAECOLEG

GUM

ORTHOPAEDEG

Llaw
Torri asgwrn
Ysgwydd
GPSI (Ysgwydd)
Cefn/ Penglin
Paeds
Clun

OBSTETREG

Cynllunio Teulu
Gofal Cyn geni

PAEDIATREG

Asthma
Clefyd Siwgr

CLINIGAU A GWASANAETHAU ERAILL

Anaestheteg
Radioleg
ENT (Clust, trwyn a llwnc)
Ophthalmoleg
Clinig Poen
Dermatoleg
Ffisiotherapi
Therapi Galwedigaeth
Dieteg
Seiciatreg
Dialysis arenrol
Rhiwmatoleg
Oncoleg
Orthotydd
Deintyddol
Y Frest
Orthoptydd
Orthodontedd
Clyw
Therapi lleferydd a laith
Triniaeth Traed
Damweiniau ac Achosion Brys

1.5 RECRIWTIO A HYFFORDDIANT

Mae natur wledig Yr Alban nid yn unig yn her i lunwyr modelau cyflenwi, ond hefyd mae'n codi'r cwestiwn o'r sialensiau yn wynebu'r ymdrech i recriwtio a hyfforddi. Er mwyn darparu'r gwasanaethau

⁹² ibid.

⁹³ http://www.nhsgrampian.co.uk/nhsgrampian/gra_display_hospital.jsp?pContentID=65&p_applic=CCC&p_service=Content.show&

⁹⁴ <http://www.scrol.gov.uk/scrol/browser/profile.jsp?profile=Population&mainArea=Elgin&mainLevel=Locality>

TABL D1.1 · LLEIAFSWM Y GWASANAETHAU A DDYLAI FOD AR GAEL MEWN YSBYTAI CYFFREDINOL GWLEDIG YR ALBAN A'R BAICH GWAITH LLAWFEDDYGOL CREIDDIOL

Ffynhonnell:Llywodraeth Yr Alban (2010: 30 a 32)

HEB EI DREFNU	WEDI'U CYNLLUNIO
<p>Gwasanaeth Gofal Brys dan Arweiniad Nyrs yn rheoli mân anafiadau a mân anhwylderau;</p> <p>Y gallu i ddadebru cleifion;</p> <p>Y gallu i reoli derbyniadau llawfeddygol a meddygol aciwt;</p> <p>Rheolaeth gychwynnol achosion o dorri esgyrn a thrin cymalau a'u hystwytho;</p> <p>Gwasanaeth mamolaeth dan arweiniad bydwragedd;</p> <p>Dadebru'r newydd anedig;</p> <p>Y gallu i ddiagnosio a rheoli cychwynnol o blentyn difrifol sâl neu wedi'i anafu;</p> <p>Y gallu i reoli cleifion sydd angen uwch ofal cyn cael eu trosglwyddo;</p> <p>Trefniadau clir ar gyfer adfer a throsglwyddo priodol.</p>	<p>Rheoli cleifion sydd wedi cael strôc;</p> <p>Adferiad a gofal llai dwys;</p> <p>Gofal ôl llawdriniaeth, gofal llai dwys, adferiad a gofal dilynol;</p> <p>Rheoli cleifion gyda chyflyrau hirdymor gan gynnwys haemodialysis, a gofal canser fel rhan o rwydwaith;</p> <p>Darparu gofal dydd ar gyfer plant yn y gymdogaeth;</p> <p>Llawfeddygaeth ddethol arferol;</p> <p>Gwasanaethau ymweld.</p>
DIAGNOSTIG	CYMORTH
<p>Y gallu diagnostig, gan gynnwys:</p> <p>Delweddu: Cipio delweddu wedi'u ddigideiddio, Sganio Uwch sain a sganio CT;</p> <p>Labordai:</p> <p>Ystod cyfyngedig o Fiocemeg, Haematoleg a thraws baru gwaed.</p> <p>Endoscopi: GI uchaf ac isaf, Cystoscopi;</p> <p>Ymyriad llawfeddygol e.e. biopsi o friwiau</p> <p>Ymchwiliad cardiaidd gan gynnwys:</p> <p>Profi am strês ac Echocardiograffi .</p>	<p>Cynorthwyo penderfyniad clinigol drwy gysylltiadau iechyd gyda chanolfannau eraill;</p> <p>Cymorth fferyllfa</p>
BAICH GWAITH LLAWFEDDYGOL BRYG	LLAWFEDDYGAETH CYNLLUNIEDIG
<p>Apendicectomi;</p> <p>Toriad Cesaraidd;</p> <p>Endoscopi (yn cynnwys rhoi pigiad yn y gwythiennau);</p> <p>Gwacáu gweddillion beichiogiad</p> <p>Rhwygiadau;</p> <p>Rheoli cychwynnol achos o dorri asgrwn ac ysgiad cymalau;</p> <p>Trwsio twll wlsr;</p> <p>Rheoli gwaedlif (gan gynnwys splenectomi);</p> <p>Echdoriad ac anastomosis o'r coluddyn;</p> <p>Llawdriniaeth ar feichiogrwydd ectopig;</p> <p>Draenio'r frest;</p> <p>Draenio anaf i bilen y galon (ar gyfer tamponêd cardiaidd) ynghyd â phwytho anaf treiddiol.</p>	<p>Biopsi o friwiau;</p> <p>Colecystectomi a/neu archwiliad o ddwythell y bustl ;</p> <p>Enwaedu;</p> <p>Endoscopi;</p> <p>Gweithdrefnau ar wely'r ewin;</p> <p>Gweithdrefnau peri-refrol;</p> <p>Echdoriad ac anastomosis o'r coluddyn;</p> <p>Gwaith trwsio syml ar y ceilliau;</p> <p>Llawdriniaeth ar y sgrotwm gan gynnwys fasectomi;</p> <p>Llawdriniaeth ar wythiennau faricos</p>

hyn yn y cyfleusterau ddisgrifiwyd uchod, mae'n amlwg bod angen eu staffio'n briodol. Ond dydy hyn ddim yn fater syml nac yn un heb ei broblemau. Er bod ystadegau ar gyfer Yr Alban yn dangos mudo i mewn i'r ardaloedd gwledig, mae'n dal yn ffordd o fyw nad yw'n siwtio pawb. Gall recriwtio ar gyfer swyddi meddygol mewn ardaloedd anghysbell a gwledig fod yn broblem. Wrth drafod ar gyfer yr adroddiad hwn, amlygodd Cyngor Iechyd Yr Alban yr ymdrechion ar Eigg lle cafwyd problemau recriwtio meddygon teulu. Fel ateb posibl mae Meddyg Teulu lleol wedi cynnig cynllun i ffurfio rhwydwaith gyda 7 Meddyg Teulu lleol arall. Bydden nhw'n gweithio ar rota – yn cymeryd eu tro i fynd i'r parctisau mewn mannau anghysbell, yn cefnogi ei gilydd a hefyd bydden nhw wedi cael eu lleoli yn un neu fwy o'r Ysbytai Cyffredinol Gwledig yn yr ardal dan sylw.

Mae Ynys Jura hefyd ers nifer o flynyddoedd wedi cael trafferth i recriwtio meddygon. O ganlyniad, bu'r cyngor cymuned lleol yn rhan o'r ymdrech i geisio sicrhau bod unrhyw hysbysebu am swyddi yn ffocysu ar fwy na'r swydd ond yn hytrach yn hybu a hyrwyddo darlun mwy hollataidd o apêl bywyd gwledig. Fe wnaethon nhw hefyd gael cyhoeddusrwydd i'r ymgyrch recriwtio ar y cyfryngau cymdeithasol.⁹⁵

Fodd bynnag, mae mwy i'r sialens hon na dim ond gwerthu ffordd o fyw i ddarpar ymgeiswyr. Mae anghenion cymuned wledig yn wahanol a mwy amrywiol na rhai cymuned drefol sydd â mynediad haws i gyfleusterau arbenigol.

Mae datblygu arbenigedd 'llwybr gwledig' yn rhan o hyfforddiant Meddyg Teulu yn gydnabyddiaeth o anghenion arbennig practis gwledig⁹⁶. Mae Prifysgol Aberdeen yn cynnig opsiwn⁹⁷ dwy flynedd 'Anghysbell a Gwledig' i israddedigion sy'n rhoi profiad iddyn nhw o weithio yn yr Ysbytai Cyffredinol Gwledig ar draws Ucheldiroedd Yr Alban a lleoliad gwaith gyda Meddyg Teulu mewn cymuned anghysbell.

Cynorthwyir y rhaglen hon a'i hyrwyddo'n frwdfrydig gan Ddeoniaeth Gogledd Yr Alban ar eu gwefan⁹⁸:
"Mae'r Rhaglen Llwybr Gwledig Cenedlaethol GPST yn opsiwn cyffrous sy'n cael ei gynnig am y tro cyntaf yn 2012. Rydyn ni'n rhagweld y bydd galw mawr am y rhaglen hon a dim ond yn Rownd 1 o recriwtio y cynigir hi."

Dydy materion hyfforddiant pwrpasol a phenodol ddim yn newydd i agenda'r Alban. Nôl yn 2007, datblygodd NHS Education for Scotland (Addysg GIG Yr Alban) Gynghrair Addysgol Gofal Iechyd Anghysbell a Gwledig⁹⁹ (RRHEA) i ddarparu cymorth addysgol i Fyrddau anghysbell a gwledig ac i fod yn gyswllt rhwng y Byrddau a darparwyr addysg ar draws Yr Alban.

Mae RRHEA nawr yn gweithio ar y cyd â NHS Highland, NHS Education for Scotland, Prifysgol Aberdeen, Prifysgol Sterling, NHS24 a Chanolfan Teleiechyd a Theleofal Yr Alban i ddatblygu Ysgol Iechyd a Lles Gwledig Yr Alban (SSRH a W). Mae gan SSRH a W bum ffrwd waith:¹⁰⁰

- **Ffrwd Waith A** – Lluoio a chyflenwi addysg hyfforddiant ac ymchwil proffesiynol trosglwyddadwy anghysbell a gwledig ar sail tystiolaeth ar gyfer a gyda gweithlu iechyd a gofal cymdeithasol Yr Alban;

⁹⁵ <https://www.facebook.com/PerfectPracticeJura>

⁹⁶ <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20006803>

⁹⁷ <http://www.abdn.ac.uk/smd/medicine/remote-rural.php>

⁹⁸ <http://www.scotmt.scot.nhs.uk/general-practice/programme-information/north-of-scotland-gp-training-programmes.aspx>

⁹⁹ <http://www.rrheal.scot.nhs.uk>

¹⁰⁰ <http://www.rrheal.scot.nhs.uk/media/194026/final%20ssrh&w%20summary%202013.pdf>

- **Ffrwd Waith B** – Arwain datblygiad addysg, hyfforddiant ac ymchwil yn y defnydd arloesol o dechnoleg ym maes dysgu, teleaddysg a thelelofal i wella darpariaeth gwasanaeth iechyd anghysbell a gwledig, gofal cymdeithasol a lles;
- **Ffrwd Waith C** – i gynnal ymchwil anghysbell a gwledig ac asesu effaith er mwyn cynyddu'r sail dystiolaeth i allu gwella ac ail-lunio gwasanaethau i ymateb i ofynion poblogaeth anghysbell a gwledig;
- **Ffrwd Waith D** – Codi proffil opsiynau gyrfa anghysbell a gwledig i ddylanwadu ar recriwtio a chadw proffesiynau iechyd a gofal cymdeithasol mewn ardaloedd anghysbell a gwledig; a
- **Ffrwd Waith E** – Cysylltu partneriaid y diwydiannau perthnasol ag academiâu, darparwyr addysg a chlinigwyr anghysbell a gwledig.

Mae'r adroddiad *Delivering Remote and Rural Health Care for Scotland*¹⁰¹ yn cynnig diagram yn dangos sut gellid trefnu adnoddau staff (gweler Ffigwr AP6.1 a 6.2, Atodiad 6). Mae dau bwrpas i ddiagram fel hyn – yn gyntaf mae'n dangos bod llwybrau a chyfleoedd gyrfaol i ddewis yr opswin gwledig; ac mae'n dangos empathi gyda'r gweithlu sydd eisoes yn bodoli ac unrhyw ddarpar weithlu a'u hanghenion i weld lle maen nhw'n ffitio i mewn i'r darlun ehangach. Mae pob un o'r enghreifftiau uchod yn dangos sut mae arloesedd ym maes gofal iechyd o fewn i fframwaith cyffredinol yn cael ei annog fel dull o gwrdd â sialensiau gwlad sy'n bennaf yn wledig ei natur.

1.6 RHWYDWEITHIAU CLINIGOL A REOLIR

Un peth newydd sy'n werth ei nodi ydy cyflwyno Rhwydweithiau Clinigol a Reolir. Rhith endidau ydy Rhwydweithiau Clinigol a Reolir wedi'u llunio i godi safonau gofal cleifion drwy integreiddio gwasanaethau a chydweithredu. Diffiniodd Llythyr y Rheolwyr Gweithredol¹⁰² Rhwydweithiau Clinigol a Reolir fel "grwpiau cysylltiedig o weithwyr proffesiynol a sefydliadau o faes gofal sylfaenol, eilaidd a thrydyddol, mewn cydweithrediad a'i gilydd, heb gael eu cyfyngu gan ffiniau presennol y Byrddau Iechyd a'r ffiniau proffesiynol presennol er mwyn sicrhau darpariaeth mwy cyfiawn o wasanaethau clinigol effeithiol, uchel eu safon drwy'r Alban." Cynigir y rhwydweithiau gan unrhyw Fwrdd neu Grŵp Cynllunio os ydyn nhw'n gweld na ellir cael mynediad i ofal arbenigol i ofal arbenigol na bod adnoddau un Bwrdd unigol yn gallu cynnal y cyfryw ofal. Ceir enghraifft o sut gall y Rhwydweithiau Clinigol a Reolir weithio ar draws ffiniau yn natganiad amcanion Rhwydwaith Cardiaidd Cynenedigol Yr Alban:

Mae Rhwydwaith Cardiaidd Cynenedigol Yr Alban (SCCN) yn Rhwydwaith Clinigol Cenedlaethol a Reolir (NMCN) a chafodd ei sefydlu yn Ebrill 2013. Isod ceir amcanion dynodedig y rhwydwaith:

Hyrwyddo gwelliant parhaus yn ansawdd gwasanaethau'r Alban ar gyfer plant ac oedolion â chyflwr cardiaidd cynenedigol drwy sicrhau bod rhwydweithiau ffurfiol ac anffurfiol wedi'u sefydlu, rhwydweithiau sy'n cysylltu gwasanaethau ar draws Yr Alban a rhyngwynebau gydag agenda'r DU ar gyfer cyflyrau cardiaidd cyn-enedigol.

Cydlynu cynllunio'r Alban gyfan gyda chynrychiolwyr o fyrddau'r GIG, grwpiau cynllunio rhanbarthol, clinigwyr a chleifion i sefydlu a datblygu:

- *Llwybrau a phrotocolau;*
- *Rhwydweithiau cenedlaethol cysylltiedig di-dor (ar gyfer babanod heb eu geni, y newydd anedig drwy'r cyfnod pontio i fod yn oedolion ac ar gyfer oedolion);*
- *Ymwybyddiaeth glinigol o gyflyrau cynenedigol y galon;*
- *Gofal brys ar gyfer plant ac oedolion gyda chyflwr cynenedigol y galon;*

¹⁰¹ Llywodraeth yr Alban (2010)

¹⁰² <http://www.nsd.scot.nhs.uk/%5C%5C/services/nmcn/index.html>

- Gofal cyn-geni ar gyfer pobl ifanc beichiog ac oedolion gyda chyflwr cynenedigol y galon.

*I weithio gyda gwasanaethau i gynorthwyo i barhau i ddarparu gofal diogel a chynaliadwy ar gyfer plant ac oedolion â chyflwr cardiaidd cynenedigaeth ar draws GIG Yr Alban.*¹⁰³

Daeth adolygiad NHS Scotland (GIG Yr Alban) o Rwydweithiau Clinigol a Reolir yn 2011 i'r casgliad er bod 'anghysondebau' yn strwythur ac arolygiaeth rhai rhwydweithiau, roedden nhw'n teimlo'n sicr bod y rhwydweithiau drwy'r Alban gyfan yn ychwanegu gwerth sylweddol at GIG Yr Alban. Yn arbennig, tanlinellwyd y manteision i gleifion yn byw mewn ardaloedd gwledig:

Ystyriwyd mai gwerth ychwanegol Rhwydweithiau Clinigol a Reoli sy'n gweithredu drwy'r Alban gyfan ydy eu bod yn torri ar draws ffiniau Bwrdd GIG ac yn hwyluso'r strwythurau a'r prosesau angenrheidiol i sicrhau tegwch mynediad i ofal arbenigol a safonau'r cyfryw ofal i holl gleifion Yr Alban a'u gofalwyr, waeth ble maen nhw'n byw o ran perthynas a chanolfan arbenigol. Felly, bydd gan glaf mewn ardal anghysbell a gwledig fynediad i ofal arbenigol drwy drefniant rhwydwaith ffurfiol rhwng clinigwyr a gwasanaethau lleol ac arbenigol hyd yn oed pan gyflenwir gofal yn lleol.

Enghraifft o effaith Rhwydweithiau Clinigol a Reolir ar waith ydy ei rôl ym mhrosiect GEMSS .

CYNHYRCHU TYSTIOLAETH YM MHROSIECT GWASANAETHAU PARLYS YMLEDOL (GEMSS)¹⁰⁴ YN GWERTHUSO GOFAL NYRS ARBENIGOL AR GYFER CLEIFION YN DIODDEF O BARLYS YMLEDOL (MS)¹⁰⁵

Mae ardaloedd daearyddol y prosiect GEMSS yn cynnwys Ymddiriedolaeth Gofal Iechyd GIG Northumbria, ardal â phoblogaeth o 316,000 a dwy nyrs arbenigol MS yn eu gwasanaethu (1.8 cyfwerth ag amser cyflawn - WTE). Rhyngddyn nhw mae ganddyn nhw 276 o gleifion ac mae Bwrdd Iechyd y Western Isles sydd â phoblogaeth o 26,500 ac un nyrs arbenigol MS (1.0 WTE) sydd â 92 o gleifion yn ei gofal.

Cyn cyflwyno'r gwasanaeth, roedd cleifion MS yn dod o dan ofal y Meddyg Teulu Lleol a byddai rhaid iddyn nhw deithio naill i Glasgow neu i Newcastle am ofal arbenigol. Fel arfer efallai, mai dim ond 1 neu 2 glaf fyddai gan Feddyg Teulu yn dioddef o MS ac felly cyfyng fyddai eu profiad a'u gwybodaeth o anghenion y cleifion hyn.

Fodd bynnag, mae'r Alban erbyn hyn wedi cyflwyno rhwydweithiau Clinigol a Reolir¹⁰⁶ ar gyfer meysydd arbenigol, yn gweithio ar draws ffiniau Byrddau Iechyd. Mae cleifion yn cael eu cynrychioli ar y Rhwydweithiau hyn ac yn derbyn hyfforddiant i gymryd arnynt rôl eiriolwyr ac yn sianelau ar gyfer eu cymunedau. Mae'r Rhwydweithiau yn cysylltu'r arbenigeddau gyda'i gilydd yn yr ysbytai mwy eu maint â gofal iechyd lleol a chleifion. Rhwydwaith Clinigol a Reolir ar gyfer Niwroleg yn Ynysoedd y Gorllewin oedd y catalydd i gyflwyno nyrsys arbenigol MS. Roedd hi'n amlwg nad oedd y safon cenedlaethol gofal a nodwyd – sef bod rhaid i bob claf MS gael adolygiad blynyddol gyda nyrs arbenigol – yn cael ei gyflawni ac felly ystyriwyd mai'r ateb oedd cyflwyno'r nyrsys a fyddai'n cwrdd ag anghenion y claf a chw'rdd â'r safon anghenrheidiol.

Gwnaeth cyn nyrs practis Meddyg Teulu gwrs hyfforddiant a chwrs sefydlu a ddarparwyd gan Ymddiriedolaeth MS a Phrifysgol Dinas Birmingham er mwyn gwneud y swydd. Oherwydd maint yr ardal dan sylw, yn flaenorol gallai ymweliad ad hoc ag un claf fod wedi cymryd hyd at wythnos mewn rhai o'r ardaloedd mwya anghysbell. Nawr gall y nyrs gynllunio ei hamserlen o gwmpas yr ymweliadau a grwpio ardaloedd a chleifion gyda'i gilydd. Mae'r nyrsys hyn yn darparu cymorth a gofal arbenigol, yn

¹⁰³ <http://www.sccn.org.uk/about-us>

¹⁰⁴ <http://www.mstrust.org.uk/professionals/gemss/>

¹⁰⁵ Gwybodaeth o gyfweiliad ar gyfer yr y papur hwn

¹⁰⁶ <http://www.nsd.scot.nhs.uk/%5C%5C/services/nmcn/index.html>

trefnu ymgynghoriadau teleofal gydag ymgynghorwyr o ysbytai, o feddygfa eu Meddyg teulu lleol neu eu hysbyty cymuned a hyfforddi gwasanaethau lleol mewn anghenion arbenigol e.e. bu un nyrs yn gweithio gyda'r adran ffisiotherapi lleol i'w helpu i ddeall anghenion penodol cleifion MS.

Ar gyfer blwyddyn gyntaf eu penodiad, ariannwyd dwy o'r tair Nyrs yn rhannol gan elusennau MS. Mae prosiect GEMSS wedi cynorthwyo'r gwasanaethau hyn i fonitro a darparu data ar werth y Nyrsys er mwyn dadlau dros gyllido parhaus. Mae'r data a'r ffaith mai Bwrdd Iechyd Yr Alban a chomisiynwyr lleol yn Northumbria oedd yn gorfod talu costau teithio ar gyfer cleifion wedi arwain y Byrddau Iechyd i gyllido'r swyddi hyn. Defnyddir y broses o reoli perfformiad a metrigau gwerthuso nid dim ond i brofi gwerth am arian ond hefyd i ddadansoddi perfformiad ar gyfer darpar welliannau ac i sefydlu baich gwaith derbyniol ar gyfer pob un o'r Nyrsys.

Mae'r duedd o weld cynnydd yn y boblogaeth wledig a chymaint o'r Alban yn dod o fewn y categori 'gwledig' yn tanlinellu pwysigrwydd llunio gofal iechyd sy'n gallu cwrdd ag anghenion y gymuned hon.

Mae'n ymddangos bod Llywodraeth Yr Alban wedi bod yn brescriptif i raddau yn y modd y maen nhw'n disgwyl cwrdd â'r sialensiau hyn gyda'u dymuniad i gyflenwi cymaint â phosibl o ofal iechyd cyn agosed adre â phosibl. Mae eu dogfen bolisi hefyd yn ymddangos ei bod yn atgyfnerthu pwysigrwydd ysbytai cymuned a'r model o Ysbyty Cyffredinol Gwledig.

Fodd bynnag, dydy hi ddim yn ymddangos eu bod wedi bod yn rhy brescriptif. Mae'r canllawiau'n derbyn y ffaith bod rhaid i wasanaethau gwrdd ag anghenion lleol, bod rhaid i arloesi fod yn broses o dreialu pwrpasol a gwerthuso yn hytrach na mynd ati i ddefnyddio dull parod o ddelio â phethau. Maen nhw hefyd wedi creu proses sy'n golygu y gall Byrddau Iechyd drwyddi draw gwrdd â'r galw arbenigol ond i'r strwythurau hyn gael eu seilio ar ofynion gofal iechyd y claf at i fyny yn hytrach na'i himpio a'u gorfodi ar bobol oddi uchod.

Mae addysg, hyfforddiant a chymwysterau hefyd yn esblygu sy'n cyflenwi gweithlu wedi'u paratoi ar gyfer, a'u cymhwyso i gwrdd ag anghenion, y cymunedau hyn.

2. GOFAL IECHYD GWLEDIG YNG NGWEDDILL Y BYD

Wrth drafod polisi y cwestiwn a ofynnir droeon ydy 'beth sy'n gwneud Cymru mor wahanol?' O ran iechyd, mae'r ateb yn hawdd – mae datganoli wedi golygu bod Cymru wedi dilyn ei thrywydd ei hun a darganfod ei hatebion ei hun. Ond ochr arall y cwestiwn ydy 'oes unrhyw le arall sy'n debyg i Gymru ac os felly beth allwn ni ddysgu ganddyn nhw?'

Yn yr adran hon rydyn ni wedi ceisio chwilio am enghreifftiau o sut y delir â rhai o'r trafferthion a grewyd neu a wynebwyd gan y rhai sy'n byw mewn ardaloedd anghysbell a gwledig mewn gwledydd eraill. I'r perwyl hwn rydyn ni wedi ymgymryd ag ymchwil pen desg a chynnal cyfweiliadau gyda gweithwyr meddygol proffesiynol ledled y byd.

Mae'n bwysig nodi ein bod yn yr adran hon wedi edrych tu allan i ffiniau Cymru, gan fod y gymuned feddygol iechyd yn wybyddus â chymaint o'r arloesi sy'n digwydd yma. Soniwyd a chafwyd sylwadau ar yr arloesi sy'n digwydd yng Nghymru mewn papurau eraill hefyd.

Lle bu'n bosibl, rydyn ni wedi rhoi'r sialensiau y delir â nhw yn yr enghreifftiau y daethon ni ar eu traws a gwybodaeth am y cymunedau a wasanaethir yn eu cyd-destun. Yr hyn na wnaethon ni oedd cymharu'r enghreifftiau â'r set arbennig o sialensiau yng Nghanolbarth Cymru yn uniongyrchol. Na chwaith awgrymu y gallai neu fyddai pob enghraifft yn ateb i'r trafferthion hyn.

Yn hytrach, eglurebau ydy'r enghreifftiau o sut mae eraill wedi cymhwyso syniadau i greu ateb i'w problemau eu hunain. Efallai wir y gallai rhai o'r atebion hyn gael eu defnyddio i fynd i'r afael â'r silensiau'n wynebu Canolbarth Cymru ond mae hynny i gynllunwyr, ymarferwyr a chyhoedd

Canolbarth Cymru i'w benderfynu. Dylid nodi hefyd na fydden ni'n disgwyl i unrhyw benderfyniad ar briodoldeb gael eu gwneud ar sail y disgrifiadau a'r wybodaeth yn y bennod hon; mae rhagor o fanylion ar gael a byddai angen hynny yn sail i unrhyw broses drylwyr o wneud penderfyniadau.

Rhennir yr adran hon yn ddwy ran. Yn yr ail ran ceir enghreifftiau o fodelau gwasanaeth wedi'u dosbarthu'n fras yn fodelau gofal sylfaenol a modelau gofal eilaidd. Yn y rhan gyntaf rydyn ni'n ystyried cysyniadau a fframweithiau ar gyfer mynd i'r afael â materion sy'n croestorri ar draws yr holl feysydd hyn megis addysg, modelau gwasanaeth cyfan, cynllunio neu gludiant.

2.1 MATERION TRAWSTORIAD, CYSYNIADAU A FFRAMWEITHIAU

Yn yr ymchwil ar gyfer yr adroddiad hwn, daeth yn glir bod rhai sialensiau sydd goruwch unrhyw fath arbennig o feddygaeth neu wasanaeth.

HYFFORDDI A RECRIWTIO GWEITHLU

Mae'r set gyntaf o sialensiau'n ymwneud â'r gweithlu ac yn benodol meysydd hyfforddiant, recriwtio a threfniadaeth.

I gychwyn, defnyddiwyd nifer o ddulliau fyddai'n denu myfyrwyr israddedig i'r proffesiwn meddygol ac yna ystyriwyd sut oedd sicrhau bod practis mewn ardaloedd gwledig yn ddeniadol.

Yn UDA un fenter i fynd i'r afael â phroblemau staffio a recriwtio i ardaloedd gwledig ydy'r cynllun **Ad-dalu Benthyciadau gan y Gwasanaeth Iechyd Cyhoeddus (Public Health Service Loan Repayment)**.¹⁰⁷ Yn y cynllun mae'r Llywodraeth yn ad-dalu eu benthyciadau i fyfyrwyr meddygol newydd raddio, os byddan nhw'n ymrwymo i weithio am dair blynedd mewn ardal wledig a ddynodwyd yn ardal na wasanaethir yn feddygol ddigonol.

Fodd bynnag, awgrymwyd mai un o ganlyniadau anfwriadol y rhaglen ydy bod tuedd i recriwtio ddigwydd o blaid ardaloedd gwledig. Awgrymwyd hefyd mai ad-dalu benthyciadau fyddai'r unig reswm dros dderbyn y cynllun.¹⁰⁸

Mae **Prifysgol Michigan** wedi bod yn datblygu hyfforddiant sy'n ffocysu'n benodol ar gyflenwi cyd-destun gofal iechyd gwledig. Mae'r maes llafur yn canolbwyntio'n bennaf ar ofal sylfaenol yn hytrach na chyfeirio myfyrwyr ymlaen i arbenigo neu i wneud ymchwil. Bydd y myfyrwr yn canolbwyntio'n bennaf ar feddygaeth teulu a bydd dosbarthiadau yn rhyng-ddisgyblaethol yn hytrach nag yn bwnc-benodol.

Targedwyd y recriwtio ar gyfer y cwrs hwn yn benodol at y rhai sy'n byw mewn cymunedau gwledig oherwydd y teimlad oedd mai dyma'r poblogaethau fyddai'n deall bywyd gwledig a pherthynas â bywyd cefn gwlad. Derbyniwyd dros 3,000 o geisiadau i flwyddyn gyntaf y cwrs a dim ond lle i 60 o fyfyrwyr.

Enghraifft arall o ddatrysiad addysgol i'r sialens o ddarparu gweithlu gwledig ydy Rhaglen y **Northern Family Medicine Education**¹⁰⁹, a leolir yn ardal wledig Goose Bay, Canada. mae Canolfan 'Labrador Centre' yno yn gyfleuster hyfforddi gan Brifysgol Newfoundland sy'n rhoi cyfle i fyfyrwyr a ffigisgwyr i hyfforddi mewn lleoliad gwledig ond hefyd yn cynnig cyfleoedd gyrfaoel a chymorth i'r gymuned feddygol leol.

¹⁰⁷ <http://www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Medical-Education-Debt/Loan-Repayment-Forgiveness/>

¹⁰⁸ Cyfweiliad â Dr Steven Berkshire, EdD, MHA, SPHR, FACHE; 'Director, Doctor Of Health Programme; University of Michigan', ar gyfer y papur hwn.

https://www.cmich.edu/colleges/CHP/hp_academics/health_sciences/faculty_staff/Pages/Steven-D.-Berkshire,-EdD,-MHA,-SPHR,-FACHE.aspx

¹⁰⁹ <http://www.lghealth.ca/index.php?pageid=42>

Felly, mae'n ymddangos bod nifer o fentrau a syniadau amgen eisoes yn bodoli am y modd y gellir denu'r gweithlu presennol a darpar weithlu i sefydliadau academiaidd a'u cynorthwyo yno.

PELLENIGRWYDD

Gyda daearyddiaeth yn her gyson i ddarparu hyfforddiant parhaus yn ardaloedd gwledig America, defnyddir tele-gynadledda yn helaeth i oresgyn y broblem. Ceir ymdrechion hefyd i gyflenwi hyfforddiant yn nes i'r gymuned gofal iechyd yn hytrach na'i ganoli yn y trefi mwy eu maint a'r dinasoedd. Enghraifft o hyn ydy rhaglen **Area Health Education Centers Program**¹¹⁰, sy'n ceisio lleihau'r teithio ar gyfer y rhai sy'n astudio ar y cwrs ac i fodloni angen nas diwallwyd o'r blaen.

Wrth gwrs, nid dim ond staff gofal iechyd mewn ardaloedd gwledig sy'n pryderu am drefniadau teithio, maen achos gofid i gleifion hefyd. Yn **Seland Newydd** caiff cleifion gymhorthdal teithio i helpu gyda chost o deithio ymhell i gael mynediad i wasanaethau.

I fod yn gymwys ar gyfer hyn rhaid ateb cwestiynau megis 'Ydych chi'n ymweld ag arbenigwr 6 gwaith neu fwy mewn 6 mis ac yn teithio dros 50 km un ffordd?' - ond o lwyddo yn eu cais, yna maen nhw'n cael eu had-dalu a gwelir y ffigyrau yn y tabl isod. Mae hwn yn ateb amgen i lunio isadeiledd cludiant sy'n gweddu i anghenion cleifion. Ceir y manylion yn Nhabl D2.1.

TABL D2.1 · LEFEL AD-DALIADAU AR GYFER CLEIFION, SELAND NEWYDD¹¹¹

Ffynhonnell: Llywodraeth Seland Newydd

Math o weithgaredd	Lefel yr ad-daliad
Pellter	28c y cilomedr
Llety	Hyd at NZ\$100 y noson
Cludiant cyhoeddus	Y gost wirioneddol
Taith awyren	Y gost wirioneddol
Tacsi	Y gost wirioneddol

CYLLIDO

Mae dyrannu cymorth ariannol yn rhywbeth cyffredin ond wedi'i anelu at y gwasanaeth yn hytrach na'r cleifion. Yn diweddar cymharodd Ysgol Economeg Llundain (LSE)¹¹² y modd caiff Meddygon Teulu ar drws Ewrop eu cyllido gan ddod i'r casgliad bod unarddeg o'r gwledydd yn cymelldalu practisau mewn ardaloedd nas gwasanaethir yn ddigonol drwy ddarparu cyllid ychwanegol.

Canlyniad y system gyllido a chomisynu yn UDA ydy sefydlu rhwydweithiau o Feddygon Teulu wrth i bractisau ffisigwyr gael eu cyd-grynhoi mewn rhwydweithiau mwy eu maint megis **Rhwydwaith McLaren**¹¹³

Mae manteision y rhwydweithiau hyn yn UDA amlwg, gan gynnwys y cyfle i rannu gwasanaethau. Ond hefyd mae'n gwneud hyfforddiant yn y swydd yn fwy hygyrch oherwydd byddai grwpiau gwreiddol

¹¹⁰ http://en.wikipedia.org/wiki/The_National_AHEC_Program

¹¹¹ <http://www.health.govt.nz/your-health/services-and-support/health-care-services/hospitals-and-specialist-services/travel-assistance/whos-eligible-travel-assistance>

¹¹² LSE Primary Care in Europe 2009, p. 32-37:<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4739&langId=en>

¹¹³ <http://www.mclaren.org/NorthernMichigan/AboutUsnm.aspx>

mwy yn darparu staff llanw (cover) i Feddygon Teulu unigol os byddan nhw am gael amser i ffwrdd i hyfforddi.

Dwy thema arall sy'n dod i'r amlwg yn y gwaith hwn ydy arloesi ym maes addysg a hyfforddiant, manteisio i'r eithaf ar y dechnoleg a'r cyllid. Yn yr modd, mae defnyddio a chreu rhwydweithiau yn hepl i gyflenwi gwasanaeth ac i ymestyn apêl ac effeithiolrwydd gwasanaeth gwledig.

Mae nifer o wledydd wedi ystyried systemau gofal iechyd sydd ar waith yn Unol Daleithau'r America i weld a oes gwersi i'w dysgu. Un o'r modelau sydd wedi denu llawer o sylw ydy'r un a grewyd gan gwmni **Kaiser Permanente**. Bu cryn ddadlau a oes cymhariaeth rhwng canlyniadau'r Kaiser Permanente â'r holl systemau tua allan i'r Unol Daleithau, mae llawer o bethau yn ethos y cwmni a allai daro tant ag anghenion cymuned wledig a system gofal iechyd yn enwedig y ffocws ar ataliad a gostwng yr angen i anfon pobl i'r ysbyty. Mae thema arall yn ymddangos sef sicrhau bod bwriad eich system gofal iechyd yn gydnaws â chynllun y system a faint o adnoddau sydd ar gael o fewn y system honno.

O'r adran hon felly mae themâu clir yn dod i'r golwg o'r enghreifftiau:

1. Rôl academia yn y broses rectriwtio, hyfforddi a chynorthwyo'r gweithlu;
2. Sicrhau bod hyfforddiant wedi'i lunio i gwrdd ag anghenion y gweithlu ac yn cael ei gyflenwi mewn dull sy'n gweddu i'w hanghenion;
3. Cynlluniau teithio sy'n deillio o anghenion y gweithlu a chleifion nid o ganlyniad i isadeiledd sydd eisoes yn bodoli;
4. Gall y defnydd o rwydweithio, yn cynnwys nid dimm ond y gwasanaeth iechyd ond hefyd asedau ehangach y gymuned megis cyfleusterau addysgol, gynyddu apêl ac effeithiolrwydd gwasanaethau gwledig.
5. Pwysigwydd llunio system o'r 'gwraidd i'r brig' – gan sicrhau bod yr adnoddau'n paru â phwrpas y system o sicrhau ymrwymiad cymunedau.

KAISER PERMANENTE

Pan grewyd y model gyntaf, nodwedd newydd y cytundeb cyllid gwreiddiol oedd yn hytrach na thalu fesul ymweliad meddygol, byddai'r tâl yn swm sefydlog bob blwyddyn ar gyfer pob aelod o'r cynllun. O ganlyniad petai modd i gadw pawb oedd yn y cynllun yn iach byddai elw'r cynllun yn cynyddu ac er budd i'r aelodau, eu teuluoedd a'u cyflogwyr.

Datbygodd y prosiect i fod yn Kaiser Permanente, ac mae wedi cadw'r egwyddor o ragdalu swm sefydlog fesul aelod yn hytrach na thaliad am y driniaeth feddygol a dderbyniwyd. O ganlyniad, y cymhelliad i'r Meddyg a'r system ydy ffocysu ar ofal ataliol, fel y gelir cadw'r costau cyn ised â phosibl. Mae'r gyfradd sefydlog yn galluogi KP i gyllido ar sail darlun cliriach o incwm ac o gostau ar gyfer cleifion.

Mae Meddygon Teulu yn gyflogedig yn hytrach na bod yn berchen ar bractis; maen nhw'n aelodau o'r sefydliad mwy sy'n berchen ar yr holl bractisau. Rhennir unrhyw elw a wneir gan y sefydliad ambarél hwn yn gyfartal rhwng bonws i'r staff (telir ar sail ansawdd perfformiad – diffinnir ansawdd yn ôl canlyniadau i'r cleifion) ac ail-fuddsoddi yn isadeiledd y drefniaeth.

Mae'r sefydliad yn rhagweld y bydd darpar anghenion iechyd yn ymwneud â salwch cronig, felly maen nhw'n canolbwyntio ar ddiagnosis cynnar a rheolaeth gan wybod y byddai peidio â gwneud hynny'n effeithio'n drwm ar elw a rhan o'r bonws. Y Meddyg Teulu sy'n dal i fod yn gyfrifol am eu cleifion er mai proses gydweithredol ydy'r llwybr craidd. Mae hyn yn rhoi lefel o gyfrifoldeb ac awdurdod dros yr holl driniaeth i'r Meddyg Teulu. .

2.2 MODELAU AR WAITH

Yn yr adran hon rydyn ni'n ystyried sut mae darparwyr a chymunedau wedi datblygu rhai atebion pwrpasol drwy edrych ar ystod o fodolau ymarferol a gafodd eu llunio i gwrdd ag anghenion penodol ac yn berthnasol a phriodol i'r cyd-destun. Mae ychydig o wahaniaeth rhwng gofal sylfaenol a gofal eilaidd ond, fel mae'r modelau yn dangos, yn aml mae hon yn llinell aneglur.

MODELAU GOFAL SYLFAENOL

Mae cymuned ffermio **Cumbria** yn wynebu risgiau penodol i iechyd fel y disgrifiwyd yn 'Rural health and healthcare – a North West Perspective'¹¹⁴, e.e. amser gwaith anghymdeithasol, amodau corfforol caled, stres. Mae galwadau'r gwaith (godro, cyneafu ayb) hefyd yn ei gwneud hi'n anodd i'r gymuned ffermio fynychu apwyntiadau Meddyg Teulu

Gan gydweithio gyda Sefydliad Ymchwil i Iechyd ym Mhrifysgol Caerhirfryn/Lancaster sefydlodd PCT Bae Morecambe '**Brosiect Iechyd Ffermwyr**'¹¹⁵ - gwasanaeth allgymorth dan arweiniad ymarferwr nyrsio. Darparwyd cyllid ar gyfer dau ymarferwr, hwythau yn dod o gefndir gwledig, ynghyd â gweithwyr cymorth, i ddefnyddio uned symudol ar gyfer gofal iechyd i ymweld ag ystod o leoliadau lle roedd ffermwyr yn cwrdd -- er enghraifft mart anifeiliaid a sioeau amaethyddol – a darparu cymorth, gofal a rheng flaen ar gyfer triniaeth. Roedd yr ymarferwyr nyrsio yn gyswllt rhwng y cleifion oedd yn defnyddio'r gwasanaeth a gwasanaethau gofal iechyd eraill. Roedden nhw'n cludo ystod o gyfarpar diagnostig ac ar ôl peth petruster, daeth y ffermwyr i'w derbyn, gan ddarparu adborth positif yn y gwerthusiad. Roedd yr ymarferwyr nyrsio yn gyfarwydd â'r ystod o broblemau oedd yn gyffredin ymysg y boblogaeth ac wedi'u hyfforddi sut i ddelio â nhw, er, o ddarganfod problemau difrifol, byddai'r rhain yn cael eu cyfeirio ymlaen ar eu hunion yn y man cyswllt.

Mae hon yn enghraifft o ateb pwrpasol yn cael ei ddatblygu, yr ateb wedi seilio ar ddealltwriaeth ac ymglymiad y gymuned gyfan.

Agwedd arall o gynllun penodedig Kaiser Permanente ydy'r defnydd o TG i reoli cleifion – i ganfod materion a grwpiau uchel eu risg, i reoli llif cleifion, canfod yr angen am adnoddau ayb. Gwnaed defnydd o'r nodwedd hon eisoes yn Lloegr¹¹⁶, lle mae un cynllun peilot yn **Northumbria** wedi ffocysu ar wella gwasanaethau gofal aciwt ac integreiddio gofal sylfaenol ac eilaidd. Maen nhw wedi sefydlu un man cyswllt ar gyfer cleifion, wedi defnyddio meddalwedd pwrpasol i gategoreiddio wardiau a chleifion mewn meysydd gofal aciwt er mwyn helpu nyrsys wedi'u hyfforddi'n benodol i reoli hyd arhosiad ac wedi penodi Meddyg Teulu yn Gyfarwyddwr Meddygol yr ymddiriedolaeth.

Rhoddyd cryn bwyslais hefyd ar fesurau i helpu cleifion i reoli eu gofal eu hunain ac i integreiddio gwasanaethau (hyfforddi cleifion, penodi gweithwyr allweddol ayb).

Ar ben hynny, fe wnaethon nhw ail-lunio'u gwasanaethau aciwt – adeiladau ysbyty newydd¹¹⁷ i ddelio ag achosion brys, gydag achosion a gwasanaethau arferol a llai difrifol yn cael eu cyflenwi yn yr ysbytai cyffredinol.

Yn Canada, diffinnir 22% o'r boblogaeth yn gymunedau 'gwledig'¹¹⁸ h.y. cymunedau â phoblogaeth o lai na 10,000. Fe ddatblygon nhw fodel gofal o'r enw **Iechyd Cymunedol (Community Health)**.¹¹⁹

¹¹⁴ <http://www.nwpho.org.uk/reports/ruralhealth.pdf>

¹¹⁵ <http://www.farm-ruralhealth.org.uk>

¹¹⁶ <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/PolicyPapers/Policy-paper-6.pdf>

¹¹⁷ <https://www.northumbria.nhs.uk/patients-and-visitors/getting-to-us/hexham-general-hospital>

¹¹⁸ http://cprn.org/documents/45652_en.pdf p.4

¹¹⁹ http://en.wikipedia.org/wiki/Community_health_centres_in_Canada

Sefydliadau di-elw ydy'r rhain gyda staff cyflogedig (nid rhai ffi am wasanaeth) a Byrddau sy'n cynnwys cynrychiolaeth o'r gymuned. Mae'r rhain yn canolbwyntio'n bennaf ar ofal sylfaenol ac ataliad a rhai wedi'u targedu'n benodol at adrannau o'r boblogaeth nas gwasanaethir yn ddigonol e.e. rhai'n derbyn gwasanaeth ieithyddol arbennig.

Mae **Islands Health Centre in Nova Scotia**¹²⁰ yn gwasanaethu cymunedau dwy ynys, cymunedau a fyddai fel arall yn gorfod teithio i'r tir mawr (poblogaeth tua 1,200, gyda 60% dros 65 oed). Mae'r Ganolfan yn cael ei staffio gan Ymarferwyr Nyrsio a Pharafeddygon sydd wedi ymestyn eu swyddogaeth ac yn gweithredu gyda chymorth Meddyg Teulu dros y ffôn (does dim Meddyg Teulu ar y naill ynys na'r llall). Mae'r ganolfan yn cynnig gofal sylfaenol a gwasanaethau brys.

Mae'r modelau hyn yn dibynnu ar rai amodau penodol – argaeledd a'r defnydd o wybodaeth wrth gynllunio a llunio a bod pobl yn derbyn nad ydy'r ateb terfynol efallai'n ffitio i mewn i gategoriâu sydd eisoes yn bodoli ac felly'n gorfod derbyn bod rhaid datblygu neu ymestyn rhai swyddogaethau neu swydd ddisgrifiadau.

MODELAU GOFAL EILAIDD

Fel y soniwyd uchod, does dim llawer o wahaniaeth mewn gofal sylfaenol a gofal eilaidd mewn aml i achos. Un enghraifft o hyn ydy'r modd y diwellir anghenion gwledig yn Dargaville, ar Ynys y Gogledd yn Seland Newydd (poblogaeth 4,455).

DARGAVILLE, SELAND NEWYDD

Yn y model hwn lleolir practis Meddyg Teulu yn yr un adeilad â'r ysbyty lleol. Y manteision amlwg ydy bod gan y Meddygon Teulu fynediad gwell i wasanaethau arbenigwyr a gofal eilaidd. Mae hefyd wedi galluogi i rai o'r Meddygon Teulu ddatblygu arbenigedd.

Mae'r practis yn sicrhau bod myfyrwyr meddygol yn dod i'r Ysbyty ar leoliad gwaith a bod pwyslais ar sicrhau bod y myfyrwyr hynny yn cael profiad o holl ystod y gwasanaethau y bydden nhw'n eu gweld mewn practis gwledig ond hefyd yn cael gweld manteision byw bywyd gwledig. Mae'r practis hefyd yn darparu gwasanaeth ar-aldad ar gyfer yr ysbyty a fyddai, er yn gallu darparu ystod diddorol o sialensiau, yn gofyn bod unrhyw Feddyg Teulu a fyddai'n cael eu recriwtio yn ymrwymo i'r syniad.

Mae mwyafrif o'r manteision a llwyddiant eu gwasanaethau integredig yn deillio o'r ffaith bod y gofal sylfaenol ac eilaidd wedi'u lleoli yn yr un adeilad a hynny'n golygu bod y cyfathrebu'n well ac yn naturiol.

Dylid nodi bod y gwasanaeth mamolaeth yn Dargaville ar gyfer gofal ôl esgor ac nid yr esgor ei hun.

Mae'r adroddiad ar arloesi mewn gofal iechyd gwledig lle gwelwyd yr enghraifft uchod¹²¹ yn datgan "Mae'n ymddangos bod pobl yn derbyn bod y gwasanaethau (mamolaeth) cyfredol a gynigir yn gynaliadwy ac yn uchel eu safon." Dydy hi ddim yn glir ai gweithwyr cymdeithasol neu'r gymuned leol sydd wedi derbyn y gwasanaeth fel ag y mae ar hyn obryd. Fodd bynnag os mai'r gymuned leol ydyw, mae hynny'n awgrymu bod cymunedau yn fwy tebygol o dderbyn gwasanaethau os ydyn nhw'n sicr eu bod yn gynaliadwy h.y. eu bod yn gallu bod yn sicr eu meddwl nad cam fyddai cyflwyno gwasanaeth newydd ar y ffordd i dynnu'r gwasanaeth cyfredol yn ôl. Mae hyn yn adleisio argymhellion adroddiad NHS Highlands i Ysgrifennydd y Cabinet y dylai treialon gael eu rhedeg ochr yn ochr â'r gwasanaethau

¹²⁰ http://cprn.org/documents/45652_en.pdf p.24

¹²¹ <http://www.nzirh.org.nz/wp-content/uploads/2011/12/Adroddiad-ar-astudaeth-o-fodelau-newydd-o-ofal-iechyd-gwledig-Final.pdf>, p.15

sydd eisoes yn bodoli yn hytrach na'u disodli, a byddai hynny'n help i ennill hyder y gymuned a chael gwerthusiad gonest.

Yn Canada, mae model yr **Ysbyty Gwledig/Rural Hospital** o gyflenwi yn galluogi'r mwyafrif neu'r cyfan o wasanaethau arbenigol gael eu darparu'n lleol ond yn cael eu cynnal gan staff anarbenigol a darparwyr gofal iechyd eraill. Yn aml, darperir gwasanaethau arbenigol gan Feddygon Teulu gyda hyfforddiant arbenigol penodol. I gefnogi hyn mae **Cymdeithas Ffisigwyr Gwledig/Society for Rural Physicians** yn cynnig cwrs hyfforddiant penodol ar gyfer Meddygon Teulu cefn gwlad mewn gofal critigol gwledig.¹²² Mae'r ysbytai gwledig hefyd yn cynnig mynediad i'w cymunedau i arbenigwyr teithiol. Fel arfer byddai ffisigwr teithiol yn cynnig yr arbenigeddau canlynol – orthopaedeg, paediatreg, llawfeddygaeth gyffredinol, cardioleg, seiciatreg, obstetreg/gynaecoleg, geriatreg, rhiwmatoleg, neffroleg, ophalmeg, adferiad, niwroleg a meddygaeth fewnol. Fodd bynnag, ymhlith y problemau y mae cleifion wedi'u profi wrth ddefnyddio'r Ysbytai hyn mae mynychder apwyntiadau gan fod y rhain yn aml wedi'u seilio ar gontractau gyda'r darparwr lleol; a phryder am ofal dilynol yn y gymuned, oherwydd efallai nad yr un arbenigwr fydd yn ymweld bob tro.

Yn nes adre, dyma enghreifftiau o Loegr.

YSBYTY GORLLEWIN CERNYW, PENZANCE

Mae poblogaeth Penzance tua 21,000. Mae nifer yr ymwelwyr yn ystod misoedd yr haf yn chwyddo hyd at ddeg gwaith hynny.

Roedd y gwasanaeth yn wynebu nifer o broblemau cyfarwydd, gan gynnwys cefnogaeth leol groch dros wasanaeth a ystyriwyd ei fod dan fygythiad, trafferthion i ddenu staff i'r ardal a diffyg ymdeimlad o ymglymiad ymhlith y gymuned leol o Feddygon Teulu yn y modd roedd gwasanaethau wedi cael eu trefnu a'u cyflenwi. O ganlyniad, cyflwynwyd model newydd o ddarpariaeth gofal brys 24 awr dan arweiniad meddyg. Sail hyn ydy canolfan gofal brys sydd wedi disodli'r adran ddamweiniau. Mae pedwar Meddyg Teulu sy'n brofiadol ym maes gofal brys ac argyfyngau yn gweithio'n rhan amser yn y ganolfan tra'n parhau i weithio yn eu practis lleol.

Mae dwy feddyfga ar ddyletswydd yn ystod y prynhawn gydag o leiaf un arall ar adegau eraill. Roedd y rhai oedd yn cynnal y peilot yn teimlo bod hyn yn apelio at Feddygon Teulu sy'n "dueddol o fod yn fwy sefydlog yn ddaeryddol a'u hannog i feddu ar yrfa bortffolio." Ar hyn o bryd, dim ond cleifion isel eu risg sy'n cael eu derbyn i wardiau Ysbyty Gorllewin Cernyw ar y penwythnosau ar ôl i rai ymgynghorwyr leisio pryderon yn dilyn ei bod yn groes i ganllawiau Coleg Brenhinol y Ffisigwyr i ymgynghorydd beidio â gweld cleifion o fewn 24 awr o gael eu derbyn. Mae gwaith yn cael ei wneud ar y drefn lywodraethu i fynd i'r afael â'r dymuniad i dderbyn cleifion uwch eu risg ar y penwythnosau hefyd. (Cylchgrawn y Gwasanaethau Iechyd, 9 Hydref 2012)¹²³

GWASANAETH RHYDDHAU GYDA CHYMORTH (ESD) YMDDIRIEDOLAETH GIG GOFAL IECHYD GOGLEDD DYFNAINT¹²⁴

Mae'r Ymddiriedolaeth yn gwasanaethu poblogaeth o 483,900, yn cynnwys ardaloedd gwledig helaeth

¹²² <http://www.srpc.ca/Rcc/index.html>

¹²³ <http://www.hsj.co.uk/hsj-local/local-briefing/analysed-a-new-model-of-hospital-care-in-cornwall/5050243.article#.U2OcPV64klI>

¹²⁴ <http://www.northdevonhealth.nhs.uk/stroke-services/early-supported-discharge-esd-service/>

o ran amddifadedd a phoblogaerth sy'n heneiddio. Erbyn 2030 mae'r ONS yn rhagweld y bydd 31% o boblogaeth Gogledd Dyfnaint dros 65 oed.¹²⁵ Bwriad y gwasanaeth ydy cael pobl sydd wedi dioddef strôc yn ôl i'w cartefi cyn gynted â phosibl. Ystyrir bod hyn yn arbennig o bwysig mewn ardal wledig fel hon ynghyd â'r manteision ar gyfer gwella; mae hefyd yn lleihau'r amser teithio i bobl ymweld â pherthnasau.

Cyn cyflwyno'r gwasanaeth, byddai arhosiad arferol mewn ysbyty yn golygu tua 16-18 wythnos i bob claf. Erbyn hyn mae cleifion yn cael dychwelyd adref cyn gynted ag y mae'r claf yn feddygol sefydlog a'r gwasanaethau cymorth ar gael. Mae timoedd ESD yn cynnwys gwahanol therapyddion sy'n ymweld a gweithio gyda'r cleifion yn eu cartrefi yn ôl cynllun personol. Mae cleifion hefyd yn cael cynnig y gwasanaeth Vista – rhaglen wythnosol o ymarfer a chyingor ar ddeiet a ffordd o fyw a ddarperir yn un o'r ysbytai, gyda'r bwriad i atal strôcs pellach ac i alluogi cleifion i gymdeithasu gyda rhwydwaith cymorth o ddioddefwyr strôc.

Mae'r gwasanaethau wedi gweld 13% mwy o gleifion yn dychwelyd adref yn uniongyrchol na chyn iddo gael ei gyflwyno; gwelwyd cyfartaledd hyd arhosiad mewn ysbyty ostwng o 6 diwrnod ac arbedion o £450,000. Ar hyn o bryd mae'n cael ei adolygu yn dilyn y peilot cychwynnol.

Unwaith eto, gyda'r modelau hyn, gwelwn ddatblygu ateb sy'n gofyn am syniadau newydd am yr hyn ydy'r broblem a sut y dylid ei datrys. Mae manteision clir i'r cleifion ond hefyd i'r gweithlu sydd, ymhob achos, yn fodlon achub ar y cyfle a grewyd gan y cynigion. Mae Seland Newydd yn defnyddio model o Ysbyty Cyffredinol Gwledig fel dull o ddelio ag anghenion cymuned wledig.

YSBYTY OAMARU, SELAND NEWYDD

Mae'r ysbyty yn gwasanaethu tua 22,000 o fewn ardal o 8,990 cilometr ar Ynys y De yn Seland Newydd.

Ysbyty Gwledig ydy hwn a'i wasanaethau'n gyfyng eu gallu gallu ar gyfer cleifion preswyl e.e. 4 gwely Uned Dibyniaeth Uchel ar gyfer gofal coronari, diffyg aciwt y galon, arrhythmia, sefydlogi cleifion meddygol ag anhwylderau anadlol aciwt; uned famolaeth dan arweiniad bydwraig; gwasanaethau radioleg a gwasanaethau eraill.¹²⁶

Sefydlogir cleifion yma cyn eu trosglwyddo i Dunedin ar gyfer llawfeddygaeth - 70 milltir i ffwrdd neu daith o awr a hanner mewn car. Mae sialensiau yn eu hwynebu, yn enwedig prinder staff llanw (cover) ar gyfer y bobl sy'n darparu'r gwasanaethau. Ar hyn o bryd mae eu sonograffydd yn absennol o'r gwaith felly mae rhaid i bobl yrru i Dunedin am sganiau.¹²⁷

Darperir ystod o glinigau cleifion allanol (yn cynnwys meddygaeth gyffredinol, ophthalmoleg ac obstetreg a gynaeoleg) gan ymgynghorwyr ar ymweliad o safleoedd mwy eu maint yn Dunedin¹²⁸, sy'n gwasanaethu poblogaeth o 300,000 ac ardal o 300 cilometr a Timaru¹²⁹, sy'n gwasanaethu 55,000 o bobl.

Mae'n darparu ystod o wasanaethau¹³⁰, yn cynnwys adran frys, radioleg, llawfeddygaeth, ward paediatreg ac uned gofal dwys.

¹²⁵ <http://www.northdevonhealth.nhs.uk/about/about-the-trust/>

¹²⁶ <http://www.oamaruhospital.co.nz/?services>

¹²⁷ <http://www.odt.co.nz/regions/north-otago/303018/long-drives-ultrasounds>

¹²⁸ http://en.wikipedia.org/wiki/Dunedin_Public_Hospital

¹²⁹ <http://www.scdhb.health.nz/timaru-hospital.html>

¹³⁰ <http://www.scdhb.health.nz/timaru-hospital.html>

Byddai diwrnod arferol yn Timaru yn golygu:

- 35 o bobl yn cael eu rhyddhau o'r ysbyty
- 45 o achosion yn mynychu'r adran frys
- 261 o ymweliadau i gartrefi ac ysgolion
- 281 o gleifion allanol yn mynychu

Mae Awstralia hefyd yn wynebu'r sialens i gyflenwi gofal iechyd i ardaloedd gwledig er, wrth gwrs, bod graddfa eu daearyddiaeth yn helaeth o'i gymharu â Chanolbarth Cymru. Fodd bynnag, mae'r her sylfaenol o gyflenwi gwasanaethau, yn achosion brys yn aml, i bobl yn dod o ardal eang yn dal i fodoli.

RHWYDWAITH IECHYD GWLEDIG CLINIGOL CARDIOFASGIWLAR INTEGREDDIEDIG, DE AWSTRALIA (ICCN CHSA)¹³¹

Mae'r boblogaeth sy'n cael eu gwasanaethu tua 1.6 miliwn yn ymestyn tros ardal o 980,000 cilomedr. Yn yr enghraifft hon, darperir gofal aciwt bron i gyd gan fffisigwyr gofal sylfaenol mewn 66 ysbyty (a dim ond mewn 10 y mae labordai patholeg).

Cyn cyflwyno'r rhwydwaith, ymhlith y problemau yng ngwasanaethau cardiaidd y rhanbarth roedd dehongli ECG, diffyg mynediad mewn pryd i ganlyniadau dynodwyr cardiaidd a mynediad i gyngor arbenigol yn cael eu cyfri fel y prif rwystrau. Er mwyn cael gwell mynediad i ofal cardiaidd seiliedig ar dystiolaeth, cynlluniwyd y model gofal 'iCARnet' (fersiwn peilot o ICCN CHSA) fyddai'n cynnwys y canlynol:

- llwybrau clinigol wedi eu cytuno ar gyfer poen yn y frest/ACS
- protocolau brysbennu
- protocolau diagnostig/haenau risg
- protocolau triniaeth
- darpariaeth ar gyfer profion pwynt gofal (PoCT) ar gyfer haeniad risg amserol a phenderfyniad, beth bynnag fo'r lleoliad daearyddol
- gwella mynediad i gyngor cardiolegydd ymgynghorol
- gwasanaeth galw personol cynyddol 24 awr/7 diwrnod
- amseroedd ymateb wedi'u cytuno sy'n llai na 10 munud
- mynediad llyfn i ofal cardiaidd trydyddol ar gyfer cleifion risg uchel
- darpariaeth o hyfforddiant meddygol cardiaidd cynhwysfawr parhaus i'r gweithlu o feddygon a nyrsys sy'n gwasanaethu'r ardaloedd hyn.

Roedd y datrysiadau hyn yn cynnwys "arfau clinigol, adnoddau a systemau wedi'u cynllunio i gynorthwyo'r practis gyda gofal cardiaidd aciwt gan ymarferwyr seiliedig ar dystiolaeth, yn cynnwys nyrsys o ardaloedd anghysbell ac o wahanol gefndiroedd a gyda lefelau gwahanol o brofiad a hyfforddiant. Yn gyfannol i'r gwasanaeth mae mynediad i gymorth Cardiolegydd, PoCT wedi ei reoli gan wyddonwyr clinigol y rhwydwaith ac addysg feddygol barhaus ar gyfer meddygon a nyrsys gwledig." (tud.1)¹³² Er mwyn profi effeithiolrwydd y ffigyrau ar gyfer cyfnodau arhosiad fel claf Syndrom Coronari Aciwt (ACS), cafodd amser aros nes cael angiograffi, ailfyndiad i ysbyty a marwolaeth yn yr ysbyty, cyn ac ar ôl cychwyn iCARnet eu cymharu gan ddangos gwelliannau amlwg o ran canlyniadau cardiaidd. Yn eu plith roedd:

¹³¹ <http://www.iccnetsa.org.au/home.aspx>

¹³² http://nrha.org.au/12nrhc/wp-content/uploads/2013/06/Tideman-Philip_Tirimacco-Rosy_ppr.pdf

- arhosiad byrrach
- lleihau'r niferoedd yn dychwekyd i'r ysbyty o fewn 30 diwrnod ar gyfer ACS
- arhosiad cyfan wedi ei leihau ar gyfer cleifion drosglwyddwyd i ysbyty metropolitan ar gyfer profian cardiaidd mewnwithiol
- lleihau niferoedd sy'n marw yn yr ysbyty gan osod graddfa marwolaeth ACS mewn ysbyty sy'n ymdebygu i raddfa yr ysbytai metro.

Isod, ceir dwy enghraifft bellach o ddarparu gwasanaethau aciwt yn ardaloedd gwledig Lloegr:

YSBYTY CYMUNED ABINGDON – UNED AMLDDISGYBLAETHOL BRYN¹³³

Mae'r uned yn gwasanaethu poblogaeth o 140,000 o gleifion (gyda chyfartaledd oed o 89) yn dod o 11 meddygfa Meddyg Teulu. Mae'r gwasanaeth yn rhedeg o 8am i 8 pm yn ystod yr wythnos ac o 10am i 4pm ar benwythnosau. Lluniwyd yr uned i ddelio â phroblem blocio gwelyau. Yn fwyaf cyffredin, mae'n delio gyda haint y frest a'r bledren a diffyg y galon ac yn gwasanaethu fel uned frys yn gyfan gwbl ar gyfer pobl hŷn.

Gellir cyfeirio cleifion i'r Uned gan Feddygon Teulu, nyrsys neu staff Ambiwlans a chaiff ei staffio gan Feddygon Teulu, nyrsys, therapyddion, gweithwyr cymdeithasol ayb. Mae asesiad a diagnosis yn fwriadol gyflym a gofal yn cael ei gyflenwi'n syth. Mae'r Uned yn cynnwys nifer fechan o welyau ar gyfer arosiadau tymor a thîm o nyrsys wedi'i neilltuo i gynorthwyo cleifion ar ôl iddyn nhw ddychwelyd adre.

Hanfod y gwasanaethau ydy ei fod yn dod â'r arbenigwyr sydd eu hangen fwyaf at y cleifion heb yr angen i'w derbyn i ofal aciwt. (Mae 65% o gleifion yn gallu aros yn eu cartrefi eu hunain i wella, cyfeirir 17% ymlaen i ysbyty).

GWASANAETH 999 MEDDYGON TEULU DE SWYDD CAERWRANGON (WORCESTERSHIRE)¹³⁴

Mae'r gwasanaeth yn gwasanaethu poblogaeth o 292,000 o gleifion ar draws 32 o bractisau Meddygon Teulu. Yma, mae'r Meddygon Teulu ar alwad i'r gwasanaeth 999 rhwng 12pm ac 8pm, 7 diwrnod yr wythnos.

Y drefn ydy bod ambiwlans yn cael ei anfon i'r argyfwng ond ar ôl cyrraedd gall y criw alw'r Meddyg Teulu allan os teimlir y gellir gofalu am y claf yn y fan a'r lle a wedyn adre yn hytrach na'i anfon i'r ysbyty.

Mewn cyfnod o 12 mis cafodd y Meddygon Teulu 1,221 o alwadau ac o'r rheimny dim ond 21% a gafodd eu hanfon i'r ysbyty. Mae'r gwasanaeth yn costio £20,000 y mis ond llwyddodd i atal 970 o bobl gael eu derbyn i'r Adran Ddamweiniau ac Achosion Brys ac arbed 500 o dderbyniadau i ysbyty gan arbed £1.1m.¹³⁵

Mae'r cyfan o'r uchod yn atgyfnerthu'r neges syml nad oes un ateb ar gyfer pob problem oherwydd yn

¹³³ <http://www.theguardian.com/healthcare-network/2013/oct/25/university-oxford-service-delivery-innovation-award-winner>

¹³⁴ <http://www.theguardian.com/healthcare-network/2013/oct/25/south-worcester-ccg-hospital-admissions>

¹³⁵ <http://www.southworcscg.nhs.uk/about-us/>

syml nad oes unrhyw ddwy broblem yn debyg.

Mae model Kaiser Permanente a ddisgrifwyd yn flaenorol hefyd yn darparu gwasanaeth brys ar gyfer ei aelodau. Fodd bynnag, yn unol â'i ethos, yn y bôn mae'n ceisio rheoli'r galw brys drwy dargedu'r gofal at grwpiau uchel eu risg. Targedodd un cynllun yn Colorado¹³⁶ y rhai hynny oedd wedi cael eu rhyddhau o'r ysbyty yn ddiweddar neu wedi'u canfod ar adeg eu cofrestru yn achosion 'uchel eu risg'. Mae'r **rhaglen cydlyniant gofal cronig** yn wasanaeth cymorth dros y ffôn wedi ei anelu at helpu'r cleifion hyn i reoli eu cyflwr ac osgoi'r angen am ofal brys.

Mae'r gwasanaeth yn cynnwys galwad ffôn pan nodir unrhyw drefniadau gofal cymdeithasol; trefnir apwyntiadau dilynol a nodi unrhyw angen cludiant neu help ariannol a gwneud y trefniadau angenrheidiol. Mae'r canlyniadau'n dangos mai dim ond 7% o'r rhai sydd wedi'u cofrestru ar y cynllun ymwelodd â'r adran frys dros gyfnod o 12 mis.

Mae'r math hwn o reolaeth yn defnyddio algorithmau a data cleifion i ganfod y rhai mwyaf tebygol o fod angen triniaethau brys os na chân nhw eu cynorthwyo ac mae hyn yn ffactor cyffredin o fodel KP. Yng Ngogledd California defnyddiwyd y dull hwn a llwyddwyd i ostwng y nifer o aelodau KP oedd yn defnyddio'r gwasanaethau o dros draean dros gyfnod o 11 o flynyddoedd.¹³⁷

Hanfod y cynllunio ydy canfod yr achosion mwyaf cyffredin sydd angen gofal brys ac achosion gwreiddiol yr angen hwnnw (methu â mynd i'r afael â hunan-ofal – apwyntiadau a meddyginiaethau) a chymhwyso atebion i'r achos gwreiddiol hwnnw yn y dull mwyaf cost effeithiol sef cymorth dros y ffôn ond hefyd gall gynnwys clinigau galw heibio neu apwyntiadau teleofal.

Y themâu o'r adran hon:

1. Mae'n hanfodol i ddeall yn llawn nid dim ond y problemau ond hefyd y gymuned ehangach a'u hymglymu yn y datrysiadau;
2. Mae cymhwyso gwybodaeth berthnasol benodol i'r cynllunio yn sylfaenol i sicrhau llwyddiant;
3. Mae modelau newydd yn creu rolau newydd sy'n galw am sgiliau newydd ond hefyd yn cynnig cyfleoedd newydd; a
4. Does dim un ateb penodol yn addas ar gyfer datrys pob problem bellach na chwaith dwy broblem debyg.

2.3 CRYNODEB

Yr hyn a drafowyd yma ydy nifer o ddulliau o fynd ati , a chyn mynd â nhw ymhellach, bydden ni angen gwybodaeth bellach am ganlyniadau. Ond sut felly gallen ni gymharu canlyniadau'r modelau hyn sy'n benodol i gyd-destun â'r cyd-destyn yng Nghanolbarth Cymru?

Rydyn ni'n gwybod bod meddygaeth ysbyty wledig yn arbenigedd cydnabyddedig er enghraifft yn Seland Newydd¹³⁸. Ond beth allai hyn olygu i recriwtio a dilyniant gyrfaoel a datblygu rolau newydd yng Nghymru?

Yr hyn a welwyd yn yr adran hon ydy bod pobl wedi canfod atebion i sialensiau penodol a'r atebion hynny wedi'u llunio i gwrdd â galwadau'r sialensiau hynny.

Fel egwyddor sylfaenol, mae'r modelau a ddisgrifiwyd uchod yn seiliedig ar geisio ateb y cwestiwn 'beth ydyn ni'n ceisio'i wneud?' Rhai o'r atebion ydy – 'creu gweithlu wedi'i gymhwyso'n briodol', 'recriwtio staff sydd am fod yn rhan o'n cymuned', 'cadw pobl yn iach ac allan o'r system gofal iechyd'

¹³⁶ <http://innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=2300>

¹³⁷ http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Case%20Study/2009/Jun/1278_McCarthy_Kaiser_case_study_624_update.pdf : 15

¹³⁸ <http://www.rnzcgp.org.nz/what-is-rural-hospital-medicine/>

neu ' darparu gwasanaeth i gymuned sydd ddim yn gweithio o ddydd i ddydd mewn tref neu ddinas rhwng 9am a 5pm'. Sialensiau byr dymor ydy rhai o'r rhain, eraill yn fwy hirdymor ond maen nhw i gyd yn rhai penodol.

Rydyn ni wedi enwi nifer o fodelau yn yr adran hon. Rhaid profi a ydyn nhw'n uniongyrchol drosglwyddadwy. Fodd bynnag mae'n werth rhoi ystyriaeth bellach i'r themâu sydd wedi dod i'r golwg:

1. Rôl academia a'r defnydd a wneir ohono yn recriwtio, hyfforddi a chynorthwyo'r gweithlu;
2. Sicrhau bod unrhyw hyfforddiant wedi'i lunio i gwrdd ag anghenion y gweithlu ac yn cael ei gyflenwi mewn modd sy'n gweddu i'w hanghenion;
3. Cynlluniau teithio sy'n deillio o anghenion y gweithlu a'r cleifion ac nid o ganlyniad i is-adeiledd sydd eisoes yn bodoli;
4. Gall y defnydd o rwydweithio, sydd yn cynnwys nid yn unig y gwasanaeth iechyd ond hefyd asedau'r gymuned ehangach megis cyfleusterau addysgol, gynyddu apêl ac effeithiolrwydd gwasanaethau gwledig;
5. Pwysigrwydd llunio system 'o'r gwraidd i'r brig' – gan sicrhau bod yr andodau'n matsio pwrpas y system a phwysigrwydd sicrhau ymglymiad y gymuned;
6. Dod i ddeall nid dim ond y problemau ond hefyd y gymuned ehangach a'u hymglymu yn y datrysiadau;
7. Mae cymhwyso gwybodaeth benodol, berthnasol i'r cgyllunio yn sylfaenol i gael llwyddiant;
8. Mae modelau newydd yn creu rolau newydd sy'n gofyn am sgiliau newydd ond hefyd yn cynnig cyfleoedd newydd; a
9. Does dim 'un' ateb unigol pwrpasol i bob problem a does dim un broblem sy'n gyffredin i bawb.

E. CYFLENWI GOFAL IECHYD YNG NGHANOLBARTH CYMRU

Mae'r bennod hon yn canolbwyntio ar wasanaethau canolog yn Nghanolbarth Cymru. Mae gan y gwasanaethau hyn, ac agweddau o'r ddarpariaeth, rôl bwysig i'w chwarae yn narpar system gofal iechyd drwyddi draw ar gyfer Canolbarth Cymru. Ar hyn o bryd, mae her sylweddol yn wynebu pob un. Yma, ystyrir natur yr her honno gan dynnu ar nifer o drafodaethau gyda chlinigwyr lleol ac eraill a'u cyflwyniadau ysgrifenedig yn ogystal â dadansoddiad o'r data ystadegol sydd ar gael. Rydyn ni hefyd yn ffocysu ar y cyfleoedd a'r hyn fyddai ei angen i'w cyflawni.

Dydy hwn ddim yn adolygiad cynhwysfawr o holl ofal iechyd yng Nghanolbarth Cymru ac nid Cynllun ydyw ar gyfer y dyfodol. Mae gwasanaethau eraill – heb eu hystyried yma – yr un mor hanfodol bwysig yn wynebu eu sialensiau a'u cyfleoedd eu hunain. Yn hytrach, mae'r bennod hon yn ystyried y materion hynny sydd angen cael eu dartrys yn fuan os ydy gweddill y system gofal iechyd i fod iwynebu'r dyfodol gyda hyder.

1. ADALW BRYB/BRYSBENNU A CHLUDIANT

Fel y nodwyd uchod, cyflenwir gofal iechyd a chanlyniadau gofal derbyniol orau pan fo'r system gofal gyfan yn gweithredu i gynllun ystyriol a fyddai'n rhagweld y mwyafrif o'r galw fyddai arni, pan fydd rolau'r prif chwaraewyr wedi'u diffinio'n glir a'u deall, a phan fydd yr adnoddau sydd ar gael yn gymesur â'r tasgau i'w perfformio. Swyddogaeth allweddol yn y system gofal ydy ymateb i'r galw am ofal brys. Mae'r galw hwn yn codi mewn dwy ffordd. Yn gyntaf, efallai bydd cleifion sydd ddim yn teimlo'n dda neu wedi cael anaf yn dod (neu bod rhywun arall yn dod â nhw) i'r ysbyty (neu weithiau i wasanaethau eraill y GIG). Yn ail efallai bod rhywun wedi galw am gymorth, naill ai i gartref y claf neu i leoliadau eraill lle mae pobl mewn trafferth.

Yng Nghanolbarth Cymru yn arbennig, mae'n hanfodol ei bod yn glir ynglŷn â'r modd y mae galwadau brys yn cael eu rheoli. Mae rhaid i'r bobl wybod sut y bwriedir i'r system gofal weithredu – yn enwedig ar adeg o strêss aciwt pan fydd pobl mewn poen neu wedi'u hanafu – fel eu bod yn gwybod beth i'w wneud. Ond rhaid i'r gwasanaethau hwythau ddeall beth ydy eu rôl wrth ymateb i alwadu am help. Pa lefel o asesu, diagnosio neu frysbenno y dylen nhw ei chyflawni, a pha leoliadau sydd ar gael iddyn nhw i gwrdd orau ag anghenion y claf (cleifion) y maen nhw'n delio ag e (â nhw). Yn y sefyllfa sydd ohoni, gellir disgwyl i bedwar prif wasanaeth gael ryw fath o rôl mewn adalw brys a brysbennu.

Yn gyntaf, bydd rhai cleifion yn cyrraedd adeiladau gofal iechyd (ysbyty o ryw fath fel arfer) yn ddirybudd a disgwyl y byddwch chi'n gallu cynnig help. Gallai'r rhain fod yn unedau brys ysbytai cyffredinol neu unedau damweiniau ystbytai llai neu maint ac ysbytai mwy lleol. Mewn rhai amgylchiadau bydd angen trosglwyddo cleifion ar frys o'r lleoliadau hyn i gyfleusterau mwy priodol. Bydd angen peth asesu ar gyflwr ac anghenion y claf yn y lleoliadau hyn petai ond i alw am gymorth pellach. Mae nifer sylweddol – er yn lleihau- o gleifion yn disgyn i'r categori hwn yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais (gweler Tabl E1.1) – tua 50 y diwrnod ar gyfartaledd.

Yn ail, gallai Meddygon Teulu ddod ar draws cleifion ag anghenion gofal brys – naill ai yn eu meddygfa neu wrth ymweld â nhw yn eu cartrefi – a bydd rhaid iddyn nhw wneud asesiad neu ddiagnosis dros dro a galw am gymorth pellach.

Yn drydydd, ar hyn o bryd, tasg y Gwasanaeth Ambiwlans ydy cael at fwyafrif y cleifion sydd angen gofal brys, penderfynu pa ofal pellach sydd angen arny'n nhw (ac o ble) ac yna mynd â'r claf i'r lleoliad hwnnw. Yn aml, defnyddir cerbydau ffordd ond os bydd rhaid teithio pellter mawr - neu os ydy'r 'amser i'r driniaeth' yn hanfodol bwysig (gweler isod) – gellid galw ar wasanaeth hofrennydd.

TABL E1.1 · CYFANSWM Y RHAI NEWYDD OEDD WEDI HUNANGYFEIRIO I'R ADRAN DDAMWEINIAU – YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS, EBRILL 2011-MAWRTH 2014*

Ffynhonnell: Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda

DYDDIAD	2011-12	2012-13	2013-14
Ebrill	1,753	1,564	1,486
Mai	1,816	1,842	1,811
Mehefin	1,561	1,650	1,438
Gorffennaf	1,732	1,633	1,638
Awst	1,868	1,812	1,709
Medi	1,626	1,598	1,473
Hydref	1,889	1,667	1,495
Tachwedd	1,645	1,482	1,272
Rhagfyr	1,411	1,496	1,162
Ionawr	1,379	1,356	1,166
Chwefror	1,480	1,385	1,145
Mawrth	1,749	1,712	1,506
CYFANSYMAU	19,909	19,197	17,301

* Yn seiliedig ar y rhesymau 'pwy sydd wedi eu hanfon' naill ai 'nhw neu wedi cyfeirio'u hunain'

Yn bedwerydd, defnyddir Ambiwlans Awyr Cymru (a weithiau hofrenyddion y lluoedd arfog) i gyrraedd lleoliadau anghysbell neu leoliadau oddi-ar-y-ffyrdd neu i fynd i ddamweiniau a digwyddiadau eraill lle ceir anafiadau difrifol ac angen cludo'r claf/ceifion yn gyflym i ysbyty.

1.1 GOFAL LLE MAE AMSER YN HOLLBWYSIG – 'AWR EURAID'?

Mae'n amlwg gorau po gynta mae cyflwr meddygol yn cael ei drin nac mae hynny'n arbennig o wir mewn achosion meddygol brys. Gallai hyn olygu gorau po agosa ydy claf at ysbyty mawr pan gaiff ei daro'n wael a gallai hynny olygu bod y rhan fwyaf ohonon ni dan anfantais os nad ydyn ni'n byw drws nesaf i gyfleuster o'r fath. Fodd bynnag, mae hynny'n amhosibl a dydy hi ddim mor syml â hynny. Mae'n wir dweud y bydd amser *optimal* i gychwyn y driniaeth ac felly mae amser *isoptimal* ond heb fod yn amser *critigol* sy'n ddiogel i aros. Mae hyn yn golygu y bydd cleifion yn gwneud yn well o fewn yr amser optimal ac i'r gwrthwyneb lle nad yw hyn yn bosibl, effeithir ar eu siawns gorau o wella.

Yn achos sefyllfaoedd brys ac argyfyngus mae'r amser optimal i driniaeth ddechrau yn dibynnu ar y cyflwr. Mae'r syniad o 'awr euraid' yn deillio o ofal trawma, a hyd yn oed o fewn cyfyngiadau'r arbenigedd hwnnw mae'n gorsymleiddio pethau. Bydd rhai problemau bob amser angen gofal yn syth e.e. llwybr anadlu wedi blocio a dyma'r rheswm pam bod parafeddygon wedi cymhwyso i allu mewndiwbio'r tracea. Gall arrhythmia mawr ar y galon fod yn angheuol os nad ydy'r cyfarpar priodol ar gael ac mae hyn fel arfer yn golygu mynd i'r ysbyty.

Mewn argyfwng neu sefyllfaoedd brys, mae'n hanfodol bwysig eu bod yn cael eu canfod a bod y claf wedyn yn cael ei gludo cyn gynted â phosibl i'r lleoliad sydd yn meddu ar y profiad, y sgiliau a'r cyfarpar i ddelio â nhw. Yn y rhan fwyaf o achosion, byddan nhw'n cael eu cludo i'r adran Ddamweiniau ac Achosion Brys yn lleol a hyn sy'n iawn yn y mwyafrif o achosion. Fodd bynnag, gall hyn fod yn broblem os gwneir newidiadau i'r gwasanaethau a ddarperir gan ysbyty a bod rhaid penderfynu ar y cyfleuster priodol i ddelio â phroblem arbennig yr unigolyn. Gallai mynd â'r claf i'r ysbyty anghywir olygu oedi cyn

gallu dechrau ar y driniaeth a thrwy hynny mynd ag e tu hwnt i'r amser optimal. Mae hyn yn arbennig o bwysig mewn ardaloedd anghysbell lle gallai claf gymryd amser sylweddol i gyrraedd ysbyty yn y lle cyntaf.

Mae rhoi genedigaeth yn haeddu ystyriaeth arbennig oherwydd gall sefyllfaoedd sy'n bygwth bywyd y fam a'r plentyn ac angen ymyriad cyflym iawn godi yn ystod yr esgor. Mae i ran fwyaf o feichiogrwydd ganlyniadau da heb fawr o ymyrraeth feddygol. Bydd gofal cyn-geni fel arfer yn canfod yr achosion hynny a fydd yn gofyn am ymyrraeth yn ystod yr esgor. Mae nifer o enghreifftiau bellach o ofal ac unedau dan arweiniad bydwraig yn delio ag achosion dethol sy'n annhebygol o gael problemau lle bydd y canlyniadau'n rhagorol, ond mae'r rhan fwyaf o'r rhain o fewn pellter rhesymol o uned dan arweiniad ymgynghorydd felly os cyfyd problemau annisgwyl yn ystod yr esgor, bydd y trosglwyddo yn gyflym ac yn gymharol hawdd. Mae 'na grêd y gall unedau dan arweiniad bydwraig ymhell o ymgynghorydd o'r fath fod yn risg.

Wrth ddarparu gofal brys ac argyfyngus mewn cymunedau anghysbell rhaid cael cydbwysedd rhwng cael digon o achosion o gyflwr arbennig i staff gael profiad a chadw eu sgiliau a'r amser mae'n ei gymryd i gyrraedd gwasanaethau amgen. Mewn llawer achos, rhaid hefyd gydbwyso hynny yn erbyn y cynnydd mewn triniaethau a chyfarpar soffistigedig a'r angen i'r defnydd o'r cyfryw gyfarpar fod yn gost effeithiol.

Does dim un reol pendant ar gyfer penderfynu faint o amser y gellir ei ganiatáu rhwng canfod cyflwr meddygol brys a'i drin, ond mae tystiolaeth ymchwil da ar gael mewn rhai achosion. Felly, defnydd cyfyng sydd i'r syniad o 'awr euraid' a dylid barnu pob achos yn ôl ei haeddiant.

1.2 GWASANAETHAU AMBIWLANS BRYD

Mae darparu gwasanaethau ambiwlans i ardaloedd anghysbell a gwledig yn wynebu sialensiau logisteg sylweddol ac mae'n anodd cynnal ystwythder darpariaeth gyda nifer fach o gerbydau. Oherwydd hyn, mewn rhai achosion cafwyd hi'n amhosibl i drosglwyddo cleifion o un ysbyty i'r llall. dywedwyd wrthon ni droeon am nifer o achosion pan, er enghraifft, bu hi'n amhosibl i drosglwyddo cleifion iechyd meddwl i unedau preswyl tu allan i Ganolbarth Cymru gyda'r canlyniad bod y cyfryw gleifion wedi gorfod aros mewn celloedd yn ngorsaf yr heddlu oherwydd dyna'r unig le diogel oedd i'w gael yn lleol.

Mae'r gwasanaeth yng Nganolbarth Cymru yn cael trafferth i gyrraedd targedau ymateb brys. Disgwylir iddyn nhw ymateb i 65% o'r galwadau mwyaf argyfyngus eu natur o fewn wyth munud – y galwadau hynny lle ceir rheswm i gredu bod bywyd mewn perygl neu os bydd gweithiwr proffesiynol gofal iechyd wedi gofyn am ambiwlans i gludo claf ar frys i'r ysbyty. Ar draws Cymru, mae'r targed wedi bod yn anodd ei wireddu, fel yng Nghanolbarth Cymru. Er enghraifft, isod ceir cyfraddau ymateb ar gyfer Canolbarth Cymru. Er enghraifft, ym Mehefin 2014, dyma gyfraddau ymateb ar gyfer Canolbarth Cymru (Tabl E1.2):

Mae gan y gwasanaeth ambiwlans gyfraniad mawr i'w wneud i sicrhau'r defnydd optimal o'r system gofal iechyd ar gyfer gofal brys. Mewn rhai mannau o Gymru, gwnaed cynnydd mawr mewn hyfforddi personél uchel eu sgiliau i gynnal ystod eang o asesiadau yn y lleoliad, a thrwy hynny osgoi anfon pobl i'r ysbyty yn ddiangen. Prin iawn ydy'r cyfryw staff yng Nghanolbarth Cymru ar hyn o bryd.

1.3 ADALW BRYD A GWASANAETH TROSGLWYDDO (EMRTS)

Yn bresenol mae egin wasanaeth clinigol ychwanegol sy'n cael ei ystyried yn berthnasol i Ganolbarth Cymru sef Y Gwasanaeth Adalw a Throsglwyddo. Paratowyd Braslun o'r Rhaglen yng Ngorffennaf 2014 ac mae'n cael ei noddi gan saith Bwrdd Iechyd Cymru, Ymddiriedolaeth Gwasanaeth Ambiwllans Cymru, Ambiwllans Awyr Cymru ac Ysbyty Prifysgol Gogledd Swydd Stafford.

TABL E1.2 · CYFRADDAU YMATEB AMBIWLANS BRYN, CANOLBARTH CYMRU - MEHEFIN 2014

Ffynhonnell: Llywodraeth Cymru

Lleoliad	Nifer y galwadau Categori A sy'n gofyn am ymateb yn y lleoliad	% y rhai yr ymatebwyd iddyn nhw o fewn 8 munud
Ceredigion	303	50.8
Gwynedd	578	53.5
Powys	298	53.9

Y bwriad ydy adeiladu ar waith gwych grŵp gwirfoddol Ambiwlans Awyr Cymru drwy ychwanegu sgiliau clinigol at yr ystod o wasanaethau sydd eisoes yn bodoli.

Mae'r braslun yn cynnig dwy sefyllfa lle byddai'r gallu hwn yn gwella'r gwasanaeth sydd ar gael i gleifion. Yn gyntaf, byddai sgiliau lefel ymgynghorydd yn cael eu cyrchu i leoliad damweiniau i allu asesu, sefydlogi a thrin pobl anafedig/cleifion yn well lle bo hynny'n glinigol briodol - er enghraifft ymyriad i atal claf rhag colli gwaed neu ddefnyddio uwch sgiliau i reoli'r llwybr anadlu. Ar ôl sefydlogi claf, byddai'r tîm yn hedfan y cleifion i ganolfan arbenigol – fel arfer yn Abertawe, Caerdydd neu Ogledd Swydd Stafford.

Yn ail, byddai'r gwasanaeth yn trosglwyddo cleifion o Ysbyty Cyffredinol Lleol os ydy cyflwr y claf – neu am resymau eraill – yn cyfiawnhau mynediad buan i wasanaethau mwy arbenigol canolfannau arbenigol.

Nod yr argymhelliad ydy cyfuno'r darpar uwch wasanaeth gyda'r gwasanaeth ar y ffyrdd y mae Ymddiriedolaeth Gwasanaeth Ambiwlans Cymru yn ei gynnig ac i gynnal annibyniaeth sefydliad Ambiwlans Awyr Cymru. Mae'n nodi y byddai angen uwch reolaeth a gallu rheoli i sicrhau y gelwid ar wasanaeth EMRTS pan fo angen. Y nod yn y tymor canolig ydy cael gwasanaeth 24 awr yn gweithredu ar draws Cymru drwy gydol y flwyddyn, er y byddai angen nifer o flynyddoedd i gyflawni hyn. Nodwyd hefyd bod y gwasanaeth llanw (cover) y mae hofrenyddion y lluoedd arfog yn ei ddarparu ar hyn o bryd yn cael ei dynnu'n nôl yn 2015, sy'n ysgogiad pellach i roi'r cynigion ar waith.

Mae'r argymhelliad yn adeiladu ar nifer o egwyddorion allweddol. Ymhlith y rhain mae'r angen i wella cyfraddau marwolaeth a morbidrwydd cyflyrau dethol – yn arbennig gofal y rhai sy'n dioddef o drama a thrawiad ar y galon – lle cysylltir rheolaeth glinigol amserol gyda chanlyniadau gwell. Ynghyd â phwysau eraill, megis cyfyngiadau staffio, mae gofal o'r fath yn cael ei ganoli mewn canolfannau arbenigol ymhell o rannau helaeth o Gymru ac o ganlyniad, mae cynnydd yn y defnydd o rwydweithiau o sgiliau clingol. Mae'r argymhelliad yn debyg i'r trefniadau sy'n gweithredu yng Ngorllewin Yr Alban.

Rhagwelir bod y gwasanaeth yn ei ddyddiau cynnar angen cost cyfalaf o £1.9m a refeniw cylchol o £2.9m ynghyd â chost dibrisiant o £0.3m pellach. Disgwylir i Fyrddau Iechyd Cymru ddarparu'r staff clinigol sydd eu hangen i gyflenwi'r gwasanaeth. Mae WIHSC wedi cael ar ddeall o'r argymhellion y byddai costau gweithredu Ambiwlans Awyr Cymru – a thua £6 miliwn wedi ei gasglu drwy ddulliau elusennol – yn debygol o aros yr un fath.

Rhagwelir y bydd lefel y galwadau dros 3,300 y flwyddyn neu tua naw bob dydd – er y cydnabyddir mai petrus ydy rhagfynegi fel hyn. Nodwyd hefyd nad ydy'r trefniadau presennol yn gwasanaethu Canolbarth Cymru cystal â gweddill Cymru. Bydd angen i'r gallu newydd hwn dargeddu ei adnoddau'n briodol os ydy, fel y mae Braslun y Rhaglen yn nodi, gwasanaeth Ambiwlans Awyr Cymru yn cael eu galw i gyfradd uchel o gyrchoedd ofer ar hyn o bryd.

Yn ôl a ddeallwn, bydd y gwasanaeth newydd yn ehangu mewn camau. Yn ystod y cyfnod cyntaf,

byddai'n gweithredu o ddau leoliad – Abertawe a'r Trallwng – gan ddefnyddio cludiant ar y ffyrdd a thrwy'r awyr o 08.00 hyd at 20.00. Yng Nghyfnod 2 byddai'n ehangu i Gaernarfon ac yna, mewn cyfnodau diweddarach yn ehangu i ddarparu gwasanaeth 24 awr. Dydy hi ddim yn glir ar y funud pryd bydd y trefniadau newydd yn debygol o fod ar gael ac a oes blaenoriaeth uchel yn cael ei roi ar yr adnoddau ariannol a dynol anghenrheidiol.

2. CLUDIANT HEB FOD YN ACHOS BRYD

Ond nid cludiant brys ar gyfer cleifion yn unig sy'n nodwedd o'r drafodaeth ar gynllunio gwasanaeth iechyd. Mae'r modd y mae cleifion yn cyrraedd cyfleusterau gofal iechyd mewn ardaloedd gwledig am ofal rheolaidd (cleifion allanol a gwasanaethau diagnostig, triniaeth achosion dydd neu driniaeth cleifion preswyl) yn fater o bwys mawr yn yr un modd hefyd ag y mae mynediad i deulu ac ymwelwyr.

Os ydy trafniadaeth gyhoeddus yn anfyfych ac amser taith yn hirfaith, darperir gwahanol gynlluniau ategol gan gynnwys ceir gwirfoddolwyr. Mae'r rhain yn darparu dolen gyswilt hanfodol yn y ddarpariaeth o wasanaeth, ond dydyn nhw ddim bob amser yn cwrdd â disgwyliadau rhesymol cleifion o ran bod ar amser a pha mor gyfleus ydyn nhw. Derbyniwyd cyflwyniad gan Wasanaethau Mynediad Cwsmeriaid i Iechyd Gwledig (ICARHS) – prosiect a gychwynwyd gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda gyda'r bwriad o wella'r ddarpariaeth o gludiant i gleifion heb fod yn achosion brys. Yn y cyflwyniad dangoswyd sut roedd dull ICARHS o fynd ati wedi gostwng y nifer o deithiau a ataliwyd, a thrwy hynny gynyddu effeithlonrwydd ar gyfer y darparwr a'r cleifion.

Mae Ymddiriedolaeth Gwasanaethau Ambiwlans Cymru yn darparu Gwasanaeth Cludo Cleifion yng Nghanolbarth Cymru ar gyfer cleifion fel mewn mannau eraill. Mae hyn yn unol â Chytundebau Lefel gwasanaeth gyda phob Bwrdd Iechyd. Fodd bynnag, mae amseroedd taith i glaf yn aml yn cael ei ymestyn oherwydd bod rhaid i'r un cerbyd godi/gollwng nifer o gleifion .

Darparwyd crynodeb o brofiadau pobl am hyn ac am y gwasanaethau cludiant yn gynharach yn yr adroddiad.

3. GWNEUD PENDERFYNIADAU A STRWYTHURAU PROFFESIYNOL

3.1 BYRDDAU IECHYD

O gofio cymaint o asiantaethau sydd ynghlwm wrth gyflenwi gofal iechyd i boblogaethau gwasgaredig Canolbarth Cymru, mae'n anochel bod cydlynu a gwneud penderfyniadau yn gymhleth. I ychwanegu at y trafferthion mae'r ffaith bod cleifion yn gorfod, fel mater o drefn, groesi ffiniau gweinyddol i dderbyn gofal (er enghraifft, o Dde Gwynedd a Gogledd Orllewin Powys i Ysbyty Cyffredinol Bronglais neu o'r Trallwng a'r Drenewydd i Amwythig).

Mae'n ymddangos bod crêd gyffredinol nad ydy rhai Byrddau Iechyd - yn enwedig Hywel Dda a Betsi Cadwaladr – yn talu sylw digonol i anghenion arbennig a sialensiau darparu gofal iechyd yn ardal eu cyfrifoldeb yng Nghanolbarth Cymru, oherwydd efallai bod ganddyn nhw boblogethau mwy ac ysbytai mawr mewn mannau eraill o fewn eu hardal. Clywson ni am bryderon lawer o aelodau'r cyhoedd bod pwysau ariannol mewn mannau eraill y Byrddau Iechyd yn peryglu gofal yng Nghanolbarth Cymru. Roedd gan lawer hefyd bryder nad oedd rhai Byrddau Iechyd yn wirioneddol geisio deall trafferthion Canolbarth Cymru na mynd ati i'w datrys, gan geisio yn hytrach gymhwyso modelau ac atebion a luniwyd ar gyfer poblogaethau mwy trefol a mwy dwys.

Nodwyd hefyd gan staff eu bod yn ansicr am strwythurau rheoli ac arweinyddiaeth, yn enwedig yng Ngheredigion. Roedd hi'n ymddangos bod y strwythurau hyn wedi newid yn ddiweddar yn Hywel Dda a dywedodd nifer o staff bod eu rheolwr wedi'i leoli yn ardal ddeheuol y Bwrdd Iechyd, yn ymweld â

Cheredigion yn anfyndych ac nad oedd yn gallu cynnig arweinyddiaeth effeithiol. Roedd pryder am nad oedd yr uwch reolwyr i'w gweld yng Ngheredigion ac felly'n anabl i wneud penderfyniadau yn lleol er budd gwasanaethau lleol. Roedd hyn yn cyfrannu at y syniad eu bod yn 'blentyn amddifad' y Bwrdd Iechyd.

Soniodd y Comisiynydd Pobl Hŷn hithau yn ei thystiolaeth i'r astudiaeth am bryderon nifer o bobl bod trafferthion teithio yn fwy dwys yn y rhan hon o Gymru nag ydyn nhw mewn ardaloedd mwy trefol, ac mai pobl hŷn ydy prif ddefnyddwyr gwasanaethau iechyd a chymdeithasol Mae'n nodi y dylai unrhyw aildrefnu ar y gwasanaethau ystyried nad ydy pobl yn byw eu bywydau yn ôl ffiniau map ac felly rhaid i unrhyw newidiadau ystyried yr effaith ar wasanaethau mewn ardaloedd a gwasanaethau cyfagos. Ni ddylid ychwaith ystyried un gwasanaeth heb ystyried yr effaith ar wasanaethau dibynnol a dylid ystyried 'gofal' o safbwynt darpariaeth integredig llawn (gan gynnwys darpariaeth y trydydd sector). Un o bryderon sylfaenol y Comisiynydd ydy na fydd unrhyw newidiadau i wasanaethau yn creu rhwystr i fynediad e.e. cynnydd mewn costau neu amser teithio a fyddai'n atal pobl hŷn rhag chwilio am y gwasanaethau sydd eu hangen arnyn nhw a thrwy hynny creu problemau mwy yn nes ymlaen.

3.2 RHWYDWEITHIAU CLINIGOL

Mae rhwydweithiau clingol yn gweithredu ar draws ardaloedd daearyddol i alluogi gweithwyr proffesiynol iechyd i gydlynu'r modd y rhoddir gofal i unigolion. Fel arfer y mae'r dulliau hyn yn cynnwys meysydd gofal ar wahân megis rhwydwaith Canser De Orllewin Cymru sy'n cynnwys Ysbytai Bronglais, Glangwili, Tywysog Philip, Llwynhelyg, Singleton, Treforys, Ysbyty Tywysoges Cymru, Ysbyty Brenhinol Morgannwg ac Ysbyty Tywysog Charles. Mae trefniadau tebyg yn gweithredu ym maes gofal cardiaidd. Mae'r rhain yn pontio lleoliadau gofal (sylfaenol, eilaidd a thrydyddol), y pedwar cam gofal (atal, diagnosis, triniaeth ac ôl-ofal) a'r gwahanol broffesiynau (meddygon, nyrsys, therapyddion ayb).

Mae rhwydweithiau'n ceisio datblygu llwybrau daearyddol penodol y gall cleifion eu tramwyo ar wahanol adegau a chyfnodau eu gofal ynghyd â phrosesau eraill er mwyn sicrhau gofal cydgysylltiedig da. Mae ganddyn nhw rôl hefyd yn y broses o gynllunio newidadau a gwelliannau i'r gwasanaethau a gynigir.

Eu prif gryfder ydy eu bod yn cynorthwyo'r broses o wneud penderfyniadau ar gyfer cleifion unigol o fewn cylch gorchwyl y rhwydwaith. Mae ganddyn nhw rôl bwysig iawn i chwarae yn dod ag ysbytai gwahanol a staff gwasgaredig at ei gilydd i sicrhau y gall cleifion gael mynediad i'r gofal arbenigol sydd ei angen arnyn nhw, darparu staff llanw (cover) digonol ar bob safle a sicrhau bod staff yn gweithio'n effeithiol gyda'u cydweithwyr, gan osgoi ynysu proffesiynol.

Oherwydd eu ffocws ar un arbenigedd, weithiau maen nhw'n llai addas i gydlynu gofal cleifion gydag anghenion mynych.

3.3 'BOTH OLWYN A SBOCSEN'

Mae'r drefniadaeth hon yn gweithredu mewn sefyllfa lle seilir gofal clinigol eilaidd ar un ysbyty (un mawr fel arfer) (y both olwyn) ac yn cynorthwyo i gyflenwi'n lleol rhannau neu'r cyfan o'r gwasanaeth hwnnw i leoliadau eraill. Yn aml, ceir hyn drwy i ymgynghorydd a staff cynorthwyol eraill gynnal sesiynau cleifion allanol, gofal dydd, dilynol a rhai llawdriniaethau mewn ysbytai sydd ddim yn brif leoliad gwaith iddyn nhw. Fel arfer, y prif leoliad hwnnw fyddai'r ganolfan arferol i gleifion fynd ar ôl i'r diagnosis cyntaf gael ei wneud yn un o'r ysbytai 'sbocsen' na allai wedi hynny gwblhau'r driniaeth oedd ei angen. Gall y trefniant hwn sicrhau y caiff cymaint o'r gofal â phosibl ei gyflenwi'n agos at gartrefi'r cleifion – neu os na ellir osgoi taith i ysbyty pell i ffwrdd, y bydd y cyfnod oddi cartref cyn lleied â phosibl.

Mae'r syniad o foth olwyn a sbocsen yn llywio llawer o ddarpariaeth aciwt Canolbarth Cymru, yn seiliedig yn bennaf ar ddau brif gyfluniad. Mae Ysbytai Amwythig a Telford yn darparu ac yn cysylltu â

gwasanaethau a gyflenwir yng Ngogledd Powys. Mae gwasanaethau eraill, yn cynnwys iechyd meddwl ac orthopaedeg, hefyd yn cysylltu â darparwyr eraill. Mae Ysbyty Cyffredinol Bronglais yn cysylltu ag ysbytai i'r de, yn bennaf ysbytai Glangwili, Llwynceilyn a Threforys (gyda rhai cysylltiadau â Chaerdydd a mannau eraill). Mae hwn yn fodel hybrid mwy cymhleth gyda mwy nag un both olwyn a rhai o'r sbôcs yn darparu gofal arbenigol iawn a'u staff yn gweithio mewn both olwyn ar gyfer rhai sesiynau. Mae'r datblygiadau hyn wedi bod braidd yn ddarniog ac mewn nifer o achosion heb eto sefydlu dull y mae pob clinigwr yn ei gefnogi. Mae Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda yn ceisio rheoli eu hysbytai aciwt fel un cyfan gwasgaredig gydag elfennau o'r syniad o foth olwyn a sbocsen. Fodd bynnag, fel mae'r drafodaeth yn awgrymu yn nes ymlaen yn y bennod hon, mae llawer eto i'w wneud i sicrhau bod y dull hwn i fynd ati yn gweithio'n dda yn ymarferol.

3.4 RÔL Y CYNGOR MEDDYGOL CYFFREDINOL, Y COLEGAU MEDDYGOL BRENHINOL A'R DEONDAI

Gall y plethora o sefydliadau'n ymwneud â sicrhau safonau gofal fod yn ddryslyd i weithwyr proffesiynol eu hunain heb sôn am aelodau'r cyhoedd. Y tri phwysicaf o ran cynllunio gwasanaethau ydy'r Cyngor Meddygol Cyffredinol, y Colegau Brenhinol ac yng Nghymru, Y Ddeoniaeth.

Y CYNGOR MEDDYGOL CYFFREDINOL (GMC)

Sefydlwyd y GMC gan y Ddeddf Feddygol yn 1858 a bu'n destun deddfwriaeth bellach dros y blynyddoedd. Mae'n disgrifio ei swyddogaeth nawr fel un sy'n cofrestru meddygon i ymarfer meddygaeth yn y DU. Ei bwrpas ydy diogelu, hybu a chynnal iechyd a diogelwch y cyhoedd drwy sicrhau safonau priodol ym maes meddygaeth. Mae'n rheoli mynediad i'r gofrestr feddygol ac yn gosod y safonau ar gyfer ysgolion meddygol ac addysg a hyfforddiant ôl-radd. Fwy neu lai, mae'n gosod y cwricwlwm israddedig ar gyfer ysgolion meddygol a'u harolygu, ac mae gan y cyngor ddylanwad mawr ar safonau hyfforddiant graddedigion. Ni all neb weithio fel doctor meddygol yn y DU yn breifat neu yn y GIG heb fod wedi cofrestru gyda, a'u trwyddedu gan, y Cyngor Meddygol Cyffredinol. Maen nhw'n dweud "Ein gwaith ni ydy diogelu cleifion."

Y COLEGAU MEDDYGOL BRENHINOL

Mae cylch gorchwyl y Colegau Brenhinol o fewn creffttau ac arbenigeddau gofal meddygol. Mae eu cylch gorchwyl yn gulach na'r GMC ond maen nhw'n ddylanwadol iawn o fewn y cyfryw arbenigeddau. Y Colegau sy'n penderfynu ar hyfforddi arbenigedd ac yn goruchwyllo'r hyfforddiant hwnnw o fewn safonau hyfforddiant ôl-radd a osodwyd gan y GMC. Rhaid i swyddi hyfforddi sy'n cyflenwi llawer o'r gofal meddygol ymarferol o ddydd i ddydd gael eu cymeradwyo gan y Colegau Brenhinol. Rhaid bod un aelod o'r Coleg Brenhinol sy'n berthnasol i'r arbenigedd hwnnw fod ar 'Bwyllgorau Apwyntiadau Ymgynghorol' a'u swyddogaeth fydd penderfynu a ydy'r ymgeisydd sydd wedi'i benodi/phenodi wedi'i hyfforddi a'i achredu'n briodol.

Y DDEONIAETH

Yn ddiweddar yn Lloegr mae Byrddau Addysg Lleol a Hyfforddiant (LETBs) wedi disodli Deondai ond yng Nghymru mae'r Ddeoniaeth yn dal i fodoli. Fe'i lleolir o fewn prifysgol a'i swyddogaeth graidd ydy bod yn gyfrifol am y Rhaglen Sylfaen sy'n rhan orfodol o hyfforddiant meddyg ar ôl graddio. Yn ystod y cyfnod hwn mae graddedigion yn gweithio yn y GIG mewn swyddi dan oruchwyliaeth. Rhaid cwblhau blwyddyn gyntaf y rhaglen yn llwyddiannus cyn y gall cyfranogwyr gael eu cofrestru gyda'r GMC a chwblhau'r ail flwyddyn yn llwyddiannus cyn cael mynediad i hyfforddiant arbenigol. Felly, y Ddeoniaeth sy'n gyfrifol am y swyddi hyfforddiant ieuaf sy'n ymwneud â chyflenwi gofal. Yn ychwanegol at y Rhaglen Sylfaenol hon, mae'r Ddeoniaeth yn chwarae rôl sylfaenol ym maes datblygu proffesiynol parhaus (DPP) sef parhau â'r hyfforddiant ar ôl cwblhau'r hyfforddiant arbenigol ffurfiol a chymwysterau ôl-raddedig a

gyflawnwyd. Mae llawer o hyn yn digwydd mewn Canolfannau Meddygol Ôl-raddedig a thyfodd yn gynyddol bwysig ar ôl i'r GMC gyflwyno gwerthuso ac ail-ddilysu. Rhaid i bob meddyg nawr ddangos eu bod yn ymgymryd â DPP(CPD) i gael eu hail-ddilysu.

LLUNIO DYFODOL CANOLBARTH CYMRU

Er bod y tîm wedi dod ar draws peth pryder bod y Ddeoniaeth a'r Colegau Brenhinol yn ceisio gosod modelau amhriodol - trefol yn bennaf – ar Ganolbarth Cymru, rydyn ni wir wedi mwynhau ymglymiad diamod a brwd gyda'r Ddeoniaeth a nifer o'r Colegau Brenhinol yn ystod yr astudiaeth hon.

Mae'r tîm wedi ystyried nifer o agweddau allweddol o ddarpariaeth gwasanaeth o ran yr ansawdd a'r gweithlu. Yn ogystal, cymerodd Colegau Brenhinol y Ffisigwyr a'r Meddygon Teulu ynghyd â'r Ddeoniaeth ran mewn gweithdy gyda chlinigwyr lleol i ystyried y cyfleoedd ar gyfer datblygu a chynnal gwasanaethau, yn enwedig ar gyfer cardioleg a strôc. Trefnwyd gweithdy pellach, y tro hwn yn cynnwys y Ddeoniaeth a Choleg Brenhinol y Llawfeddygon, ar gyfer mis Hydref ac adroddir ar hyn gan y tîm ar wahân.

Mae pob corff yn datblygu ei syniadau ei hun am y modd i gynnal safonau gofal da a darpariaeth gynaliadwy yn y Gymru wledig - a thrwy hynny yng Nghanolbarth Cymru (bydd rhain yn dod i'r amlwg yn y dyfodol agos). Dydy hyn ddim yn hawdd o gofio mai rhannol ydy eu cylch gorchwyl (mae pob un yn delio â rhan fechan o gyflenwi gofal iechyd) ac mae hyn o fewn cyd-destun Cymru a'r DU. Yn aml, gwneir eu tasg yn fwy anodd oherwydd diffyg data ar ganlyniadau gofal gyda'r canlyniad bod rhaid iddyn nhw ddefnyddio procsiaid ar gyfer mesurau o'r fath, sy'n dueddol o ffocysu ar fewnbynnau (staff, niferoedd y cleifion) yn hytrach na'r manteision neu'r niwed i gleifion. Fodd bynnag, mae'r trafodaethau a gynhaliwyd fel rhan o'r astudiaeth hon yn rhoi sail i fod yn obeithiol y gellir goresgyn y sialensiau drwy gydweithredu cydunol.

4. TELEFEDDYGAETH A'I DDEFNYDD YNG NGHYMRU

4.1 TELEFEDDYGAETH, TELEIECHYD A THELEOFAL

Weithiau gellir ymglyfnwid y termau telefeddygaeth, teleiechyd a theleofal. Gellir diffinio telefeddygaeth fel y defnydd o dechnoleg, megis cyfathrebu rhyngweithiol, clywedol a data i gynorthwyo i gyflenwi gofal iechyd o bell gan gynnwys diagnosis, ymgynghoriaeth a thriniaeth yn ogystal ag addysg iechyd a throsglwyddo data meddygol.¹³⁹ Gellir rhannu telefeddygaeth yn dri chategori bras:¹⁴⁰

1. **Gofal uniongyrchol cleifion** – diagnosis a thriniaeth a dderbynnir drwy ddyfeisiadau cyfathrebu, er y byddai'r meddyg a'r claf ar wahân yn ddaearyddol
2. **Teleymgynghori** – trosglwyddo gwybodaeth arbenigol i feddygon anarbenigol er mwyn cynorthwyo gofal meddygol drwy feddygon gyfathrebu â'i gilydd neu gyfathrebu rhyngddyn nhw a phersonél cysylltiol eraill
3. **Dysgu o bell** – darparu'r wybodaeth ddiweddaraf ar gyfer meddygon a/neu weithwyr proffesiynol iechyd eraill sydd ag anfanteision yn ddaearyddol

Teleiechyd, a gyfeirir ato hefyd fel telefeddygaeth, ydy monitro pobl o bell, pobl sy'n dioddef o gyflwr cronig i gynorthwyo huanreolaeth a chyflenwi gofal¹⁴¹. Mae'n cynnwys monitro data ffisiolegol e.e. tymheredd a phwysau gwaed y gellir eu defnyddio gan weithwyr proffesiynol iechyd ar gyfer diagnosis

¹³⁹ Rural Health Implementation Group / Grŵp Gweithredu Iechyd Gwledig (2011a, 2013a)

¹⁴⁰ Takahashi (2001)

¹⁴¹ Rural Health Implementation Group / Grŵp Gweithredu Iechyd Gwledig (2011a)

neu reoli afiechydon. Ymhlith yr enghreifftiau o ddyfeisiadau telefeddygaeth mae offer monitro pwysau gwaed, ocsimedrau curiad calon, sbiromedrau, cloriannau a glucomedrau gwaed. Mae teleiechyd hefyd yn delio â'r defnydd o wybodaeth a thechnoleg gwybodaeth ar gyfer ymgynghori o bell rhwng gweithwyr proffesiynol iechyd a'i gilydd neu rhwng gweithiwr proffesiynol iechyd a chlaf e.e. darparu cyngor iechyd dros y ffôn, fideogynadledda i drafod diagnosis neu gipio ac anfon delweddau ar gyfer diagnosis.

Teleofal ydy'r monitro parhaus, awtomatig ac o hirbell o achosion brys amser real a newidiadau yn y ffordd o fyw dros amser, er mwyn rheoli'r risgiau'n gysylltiedig â llesgedd ac â byw'n annibynnol.¹⁴² Fe'i defnyddir yn fwy mynych mewn gofal cymdeithasol gyda chyfuniad o larymau, synwryddion a chyfarpar arall fel arfer yn y cartref i helpu pobl i fyw'n fwy annibynnol drwy fonitro am newidiadau a rhybuddio'r bobl eu hunain neu gyhoeddi rhybudd mewn canolfan reoli. Ymhlith enghreifftiau o ddyfeisiadau telefeddygaeth mae larymau personol, datgelydd cwmp, synwryddion eithafion tymheredd, datgelydd carbon monocsid, datgelyddion llifogydd a datgelyddion nwy.

4.2 EFFEITHIAU TELEFEDDYGAETH

Mae telefeddygaeth yn faes deinamig sy'n datblygu'n gyflym gyda nifer o astudiaethau newydd ac adolygiadau'n cael eu cyhoeddi. Er enghraifft, roedd bas data PubMed ar ben ei hun yn cynnwys dros 12,000 o ddyfyniadau am faes telefeddygaeth yn 2013.¹⁴³ Mewn adolygiad o adolygiadau systematig o effeithiolrwydd canlyniadau telefeddygaeth yn dibynnu ar y maes clinigol dan sylw.¹⁴⁴ Daeth dau ddeg un o adolygiadau i'r casgliad bod telefeddygaeth yn effeithiol o ran effeithiau therapiwtig, effeithlonrwydd cynyddol yn y gwasanaethau iechyd a defnyddioldeb technegol, roedd pedwar adolygiad ar bymtheg yn llai hyderus am effeithiolrwydd telefeddygaeth, gan awgrymu bod potensial mawr i telefeddygaeth ond mae angen mwy o dystiolaeth i allu ddod i gasgliadau cadarn; daeth dau adolygiad ar hugain i'r casgliad mai cyfyng ydy'r dystiolaeth dros effeithioldeb telefeddygaeth o hyd ac mae'n anghyson ar draws ystod eang o feysydd.

Wrth i telefeddygaeth ymestyn i feysydd clinigol newydd, dydy hi ddim yn syndod bod adolygwyr yn adrodd o'r newydd am brinder tystiolaeth. Ymhlith rhai o'r meysydd lle na chafwyd llawer o dystiolaeth mae hybu iechyd a ddarperir drwy'r rhyngwrwyd, cartrefi smart, gofal ysbrydol a gwerthusiad ffurfiannol ar gyfer monitro pell ym maes gorbwysedd/hypertensiwn. Mater pwysig sy'n dod i'r amlwg yn yr adolygiad hwn ydy diffyg gwybodaeth a dealltwriaeth o gostau telefeddygaeth. Er bod nifer o adolygwyr wedi awgrymu bod telefeddygaeth yn ymddangos ei fod yn gost effeithiol, dim ond ychydig sy'n dod i gasgliadau cadarn.

Mae pwnc arall sy'n ymddangos o'r adolygiad hwn o adolygiadau yn ymwneud â boddhad y cleifion gyda thelefeddygaeth ac argoelion y gall telefeddygaeth newid y berthynas rhwng y claf a'r person proffesiynol o faes iechyd. Mewn rhai adolygiadau, adroddodd rhai awduron am effeithiau positif telefeddygaeth ar gleifion/defnyddwyr, ond gan awgrymu y dylai astudiaethau mawr pellach gyda chynlluniau o ansawdd da gael eu cynnal i ddeall y canlyniadau. Bwriad y technolegau hyn ydy bod o fantais i gleifion a staff proffesiynol, ond mae ymchwil i'w heffaith ar y ddwy ochr yn cyd-gerdded â datblygiad y cynnyrch. Dengys 'Ekeland et al' nad ydy diffyg tystiolaeth ddim yn awgrymu diffyg effeithlonrwydd a bod yna dystiolaeth eang o ddefnydd posibl o dechnoleg er mwyn gwella ansawdd, cyflenwi ac ar gyfer effeithlonrwydd y gwasanaethau iechyd.

¹⁴² Ibid

¹⁴³ American Telemedicine Association (2013)

¹⁴⁴ Ekeland et al (2010)

4.3 TELEFEDDYGAETH YNG NGHYMRU

Mae Telefeddygaeth wedi cael ei ddefnyddio yng Nghymru am dros 10 mlynedd. Gellir dadlau bod defnyddio technoleg yn y GIG â'r potensial i wella gwasanaethau iechyd, gan gynnwys defnyddio ystod o dechnoleg, megis ffônau symudol, gwasanaethau rhynggrwyd, teledu digidol, fideogynadledda ac offer hunan-fonitro, ar gyfer gofal iechyd o hirbell i gleifion.¹⁴⁵ Gall hyn hefyd gynnwys ymgynghoriad rhwng claf a chlinigydd yn diagnosio cyflwr claf o hirbell drwy ddefnyddio delweddau wedi eu trosglwyddo'n electronig, megis sgan neu lun digidol, a defnyddio technoleg i fonitro cleifion â chyflyrau hir-dymor yn eu cartrefi.

Yn Ebrill 2014, cyhoeddodd Llywodraeth Cymru gynllun i ddatblygu strategaeth e-lechyd a gofal mewn cydweithreidiad â'r Byrddau Iechyd, ymddiriedolaethau GIG ac awdurdodau lleol yng Nghymru.¹⁴⁶ Yn canolbwyntio ar ddefnydd o dechnoleg megis fideogynadledda, monitro o hirbell a gwell defnydd o gofnodion meddygol, bydd y strategaeth newydd hon yn sicrhau bod poblogaeth Cymru, y GIG, gofal iechyd a chymdeithasol yn gallu manteisio ar y buddiannau y mae uwch-dechnoleg a gwybodaeth yn ei gynnig.

Yn Nghymru, defnyddiwyd telefeddygaeth am y tro cyntaf i gynorthwyo tîm aml-ddigyblaeth cancer drwy ddefnyddio technoleg fideogynadledda, yn cysylltu Bronglais â'r Ganolfan Ganser yn Ysbyty Singleton, Abertawe.¹⁴⁷ Yr oedd nifer o gymwysiadau ar gael erbyn i'r cynllun telefeddygaeth gael ei ddatblygu yn 2010. Bu i'r Grŵp Gweithredu'r Cynllun Iechyd Gwledig (RHIG) nodi'r angen i wneud y defnydd mwyaf posibl o deleofal, teleiechyd a thelefeddygaeth ar hyd a lled y Gymru wledig, a darparu cyfle i ddatblygu'r gwasanaethau iechyd llwyddiannus cyfredol.¹⁴⁸ Cafodd saith nod eu henwi'n y cynllun.

1. datblygu ac ehangu cymhwysiad y parthau llwyddiannus cyfredol ar draws Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda, Bwrdd Iechyd addysgu Powys, Bwrdd Iechyd Prifysgol Besti Cadwaladr a meysydd eraill yn ôl y galw;
2. gwaith gyda'r gwasanaethau clinigol i ddynodi meysydd penodol wedi eu targedu y gellid eu cynorthwyo gyda thelefeddygaeth, er enghraifft clinigau rheolaidd neu ôl-driniaethau, yn dilyn enghreifftiau a sefydlwyd mewn mannau eraill;
3. sefydlu hyrwyddwyr clinigol i feithrin ac arloesi datblygu ar hyd a lled Cymru;
4. cefnogi datblygiad a'r defnydd o telefeddygaeth o fewn gofal sylfaenol, gan ddefnyddio hyrwyddwr lleol;
5. cefnogi'r defnydd o gynadledda drwy fideo neu sain ar gyfer hyfforddiant, cyfarfodydd a chyfathrebu ehangach ar draws ardaloedd gwledig;
6. canfod cyfleoedd ar gyfer cydweithio gyda datblygiadau megis trefn gyfeirio electronig Porth Cyfathrebu Clinigol Cymru, Porth Clinigol Cymru, System Radioleg Ddigidol Cymru Gyfan, ayb. i'w defnyddio mewn ardaloedd gwledig; a
7. chynnal gwerthusiadau i ganfod manteision ac effeithiau gweithredu.

Oherwydd y profiad enillwyd ym maes oncoleg, mae telefeddygaeth wedi ymestyn sgôp y prosiect o ddatblygu fideogynadledda i greu gwasanaethau telefeddygaeth ar draws ystod o feysydd clinigol. Drwy benodi rheolwr prosiect wedi'i neilltuo ar gyfer telefeddygaeth iechyd gwledig, mae'r gwaith wedi mynd rhagddo o fewn Hywel Dda, Powys a Betsi Cadwaladr yn ffocysu ar wyth maes, (teleniwroleg, teledermatoleg, cardioleg paediatrig, teleoffthalmoleg, teleradioleg, telepatholeg, gwasanaethau

¹⁴⁵ Grŵp Gweithredu'r Cynllun Iechyd Gwledig (2013b)

¹⁴⁶ Llywodraeth Cymru (2014a)

¹⁴⁷ Grŵp Gweithredu'r Cynllun Iechyd Gwledig (2011b)

¹⁴⁸ Ibid (2011a)

adferiad a gofal sylfaenol).¹⁴⁹ Mae'r gwaith yn anelu i gymell defnyddio telefeddygaeth ar gyfer hyfforddiant, cynnal cynadleddau achos a diagnosis clinigol er mwyn gwneud mwy o ddefnydd ohono ar draws Cymru wledig.

Rhwng 2011 a 2013, datblygwyd a chefnogwyd dros 30 prosiect a modelau gwasanaeth telefeddygaeth mewn ymgynghoriad â Hywel Dda, Powys, Betsi Cadwaladr, a'r Grŵp Gweithredu'r Cynllun Iechyd Gwledig (RHIG), yn ogystal â Byrddai Iechyd yng Nghymru a thu hwnt.¹⁵⁰ Golygai'r prosiectau gysylltu gwasanaethau gofal iechyd ar 18 safle amrywiol yng Nghymru a mannau eraill, gan gynnwys 10 oedd yn brosiectau Cymru'n unig. Dylanwadwyd ar nifer o arbenigeddau clinigol gan y prosiect, yn cynnwys dermatoleg, niwroleg, paediatreg a chlefyd siwgr, ac aed i'r afael â nifer o wahanol fodelau darparu gwasanaeth, yn cynnwys clinigau cleifion allanol, ymgynghoriad ar gyfer ail farn arbenigol, a sesiynau adferiad aml-leoliad, yn ogystal â chyfarfodydd y tîm amlddisgyblaethol (MDT), oedd eisoes wedi eu hen sefydlu mewn disgyblaethau clinigol eraill. Cafodd manteision telefeddygaeth eu hymestyn i faes gofal sylfaenol drwy nifer o brosiectau oedd yn ymwneud â gwasanaethau clinigol mewn sefydliadau cymunedol.

Mae'r prosiectau hyn wedi dangos fel y gellir defnyddio telefeddygaeth yn llwyddiannus o fewn y GIG yng Nghymru ac y mae tystiolaeth gynyddol am effaith y prosiectau telefeddygaeth ddigwyddodd o fewn Byrddau Iechyd Hywel Dda, Powys a Betsi Cadwaladr. Fodd bynnag, mae yna gryn sgôp i ddatblygiad parhaus yn y gwasanaethau telefeddygaeth a theleiechyd yn fwy cyffredinol ar hyd a lled Cymru i fod o fudd pellach i gleifion a staff y GIG. Mae'r rhain yn cynnwys:

- Cynorthwyo symudiad tuag at gael mwy o ofal yn y cartref neu'n lleol yn y gymuned – gan leihau'r angen i deithio i ysbyty os nad oes gwir angen am hynny;
- Cyfle cynyddol i gydweithio ym maes iechyd (rhwng gofal sylfaenol a chymunedol gyda gofal eilaidd) ac hefyd ar draws at y gofal cymdeithasol;
- Cefnogi gwell cyfathrebu rhwng staff, yn cynnwys fideogynadledda a rhannu gwybodaeth amserol i gefnogi gwneud penderfyniadau;
- Rhoi'r grym i bobl ysgwyddo mwy o gyfrifoldeb am eu hiechyd; a
- Chefnogi arferion gwaith effeithlon i sicrhau'r driniaeth briodol ar yr adeg briodol yn y man priodol.

TELEFEDDYGAETH YNG NGHYMURU: RHWYSTRAU I'W DDATBLYGIAD MEWN ARDALOEDD GWLEDIG

Mae nifer o rwystrau i ddatblygiad telefeddygaeth yn y Gymru wledig. Er enghraifft, er bod nifer o offer fideogynadledda mewn llawer o ysbytai GIG ar hyd a lled Cymru, yn arbennig mewn ardaloedd gwledig, caiff ei dan-ddefnyddio'n aml.¹⁵¹ Gellir priodoli hyn i rai ffactorau allweddol.

1. Mynediad i'r offer

- Yn hanesyddol, gosodwyd offer fideogynadledda mewn ystafelloedd bwrdd/cyfarfod ac mae wedi gorfod cystadlu am yr ysfafell gyda chyfarfodydd nad oedd angen fideogynadledda, gan nad oedd blaenoriaeth yn cael ei roi i gyfarfodydd fideogynadledda.

2. Hyfforddiant a chymorth

- Diffyg hyfforddiant ar sut i ddefnyddio'r adnoddau
- Diffyg cymorth lleol ar gael ar gyfer defnyddio'r offer

¹⁴⁹ Ibid (2013a)

¹⁵⁰ Ibid (2013b)

¹⁵¹ Grŵp Gweithredu'r Cynllun Iechyd Gwledig (2011b)

- Mae angen i sefydliadau addysgol yng Nghymru osod telefeddygaeth yn y cwricwlwm i baratoi gweithwyr proffesiynol maes iechyd ar gyfer gweithio mewn cymuned wledig

3. Agweddau ac ymwybyddiaeth

- Diffyg ymwybyddiaeth o botensial y defnydd o fideogynadledda
- Amharodrwydd i ddefnyddio technoleg
- Tybiaeth bod technoleg angen sgiliau arbenigol er bod yr offer, gyda'r wybodaeth briodol, bellach yn hawdd i'w weithio
- Llawer o glinigwyr yn amheus o dechnoleg

4. Cyllid

- Tybiaeth bod offer telefeddygaeth yn eithradiol o gostus. Fodd bynnag, dydy hyn ddim yn wir erbyn hyn ac y mae'r arbedion posibl, o ran gostyngiad yn y treuliau teithio, yn yr amser teithio ac effeithlonrwydd, yn arbedion sylweddol.

5. Diffyg tystiolaeth a oes lled band digonol i ganiatáu fideogynadledda ar y safleoedd gofal sylfaenol.

Yn y tymor byr, cymhellwyd tri Bwrdd Iechyd, (Byrddau Iechyd Hywel Dda, Powys a Betsi Cadwaladr Health Boards) i enwebu aelod o'r uwch-reolwyr oedd â chyfrifoldeb am deleiechyd; i enwi'r arch-dddefnyddwyr ar safleoedd lleol allai roi cymorth/dileu trafferthion gyda fideogynadledda; enwi clinigwyr brwd i fod yn glinigwyr arweiniol mewn telefeddygaeth er mwyn datblygu datrysiadau mewn cydweithiad ag is-grŵp telefeddygaeth iechyd gwledig; ac i drafod materion cysylltedd – i gynnwys ar draws ffiniau. Yn y tymor hir, canfuwyd chwe maes allweddol i'w datblygu:

1. Mae angen sicrhau bod staff GIG sy'n gweithio mewn cymunedau gwledig yn cael cyfle yn ystod eu hyfforddiant i gael profiad o telefeddygaeth, fel eu bod yn ymwybodol o'i botensial ac yn gysurus â'r dechnoleg.
2. Mae'n hanfodol i staff allu cyfathrebu a rhannu gwybodaeth dros bellter. Dylai sefydliadau academaidd sy'n hyfforddi staff ar gyfer y GIG fod yn rhan ohono.
3. Mae angen cynyddu ymwybyddiaeth o telefeddygaeth ymhlith cleifion oherwydd, fel defnyddwyr y gwasanaethau, fe fydd ganddyn nhw ran bwysig yn ei ddatblygiad. Gallai sylw yn y cyfryngau i ddefnydd llwyddiannus telefeddygaeth chwarae rhan fawr yn ymwybyddiaeth y cyhoedd.
4. Dylid annog Byrddau Iechyd i gynnwys telefeddygaeth yn eu bwriadau strategol.
5. Ymchwilio a gwerthuso prosiectau newydd a chyflenwi gwasanaethau drwy telefeddygaeth i gadarnhau manteision cost, bod y cleientiaid yn ei dderbyn ayb.
6. Annog cydweithio agosach rhwng telefeddygaeth ddarperir gan y GIG a'r teleofal a ddarperir gan y gwasanaethau cymdeithasol.

5. RHAI MATHAU O ARBENIGEDDAU

Mae'r adran hon yn crynhoi tystiolaeth dderbyniwyd gan y tîm am rai o'r gwasanaethau arbenigol sy'n cael eu darparu ar gyfer ac yng Nghanolbarth Cymru. All hwn ddim bod yn werthusiad cynhwysfawr o bob gwasanaeth o'r fath – roedd y dasg tu hwnt i'n hamodau gorchwyl. Yn hytrach, rhoddir ystyriaeth i rai elfennau allweddol o'r ddarpariaeth gwasanaeth, y rhai hynny mae eu dyfodol yn broblemus ac yn arbennig o arwyddocaol i'r system gofal iechyd yn y rhanbarth. Y tri Bwrdd Iechyd sy'n gyfrifol am gryswth y ddarpariaeth, a bydd angen i'w cynlluniau fynd i'r afael â'r elfennau eraill sydd heb eu hadolygu yma.

5.1 LLAWFEDDYGAETH YN YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS

Mae tua 1,800 o bobl cael eu derbyn bob blwyddyn i Ysbyty Cyffredinol Bronglais i gael gofal llawfeddygol cyffredinol, a thua hanner y rheiny yn achosion brys (gweler Tabl E5.1).

TABL E5.1 · DERBYNIADAU LLAWFEDDYGOL GYFFREDINOL YN ÔL DULL EU DERBYN A BLWYDDYN Y DERBYN – YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS

Ffynhonnell: Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda

Blwyddyn	Cleifion preswyl dewisol	Cleifion dydd	Brys	Arall	Cyfanswm
2007/08	546	606	1,124	0	2,276
2008/09	487	485	1,079	0	2,051
2009/10	440	416	1,084	0	1,940
2010/11	383	252	1,131	0	1,766
2011/12	418	280	975	3	1,676
2012/13	361	510	943	6	1,820
CYFANSYMIAU	2,635	2,549	6,336	9	11,529

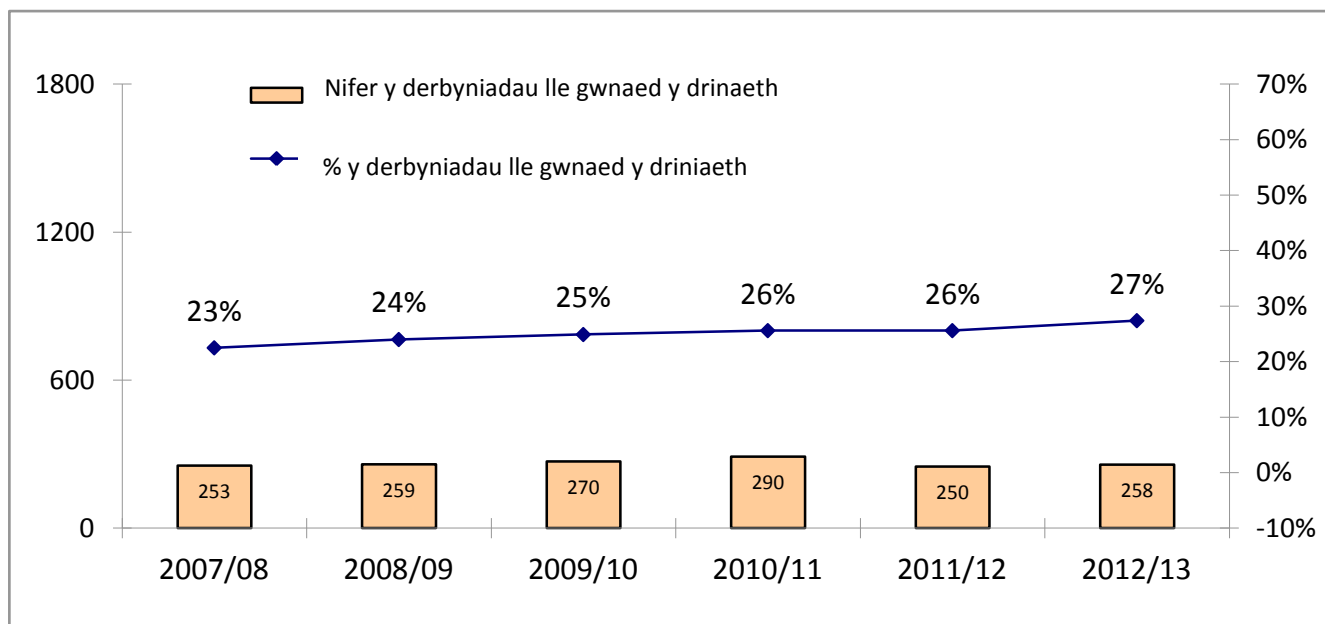
Mae'r cyfanswm wedi gostwng o tua 450 achos dros y cyfnod o chwe mlynedd o 2007/8 i 2012/13, a'r rhai brys o 181. Yn ddi-ddorol, ar y rhai dewisol, gostyngodd y cyfuniad o rai dewisol a chleifion dydd o 1,152 yn 2007/8 i 635 yn 2010/11 ond ers hynny mae wedi codi i 698 yn 2011/12 ac i 871 yn 2012/13, yn bennaf oherwydd cynnydd yn niferoedd y llawfeddygaeth dydd.

LLAWFEDDYGAETH GYFFREDINOL FRYS

Nodwedd bwysig o lawfeddygaeth frys ydy'r cyfnod asesu. Yn syml, dydy'r mwyafrif o gleifion sy'n cael eu derbyn am archwiliad llawfeddygol ddim yn derbyn llawdriniaeth yn ystod y cyfnod hwnnw yn yr ysbty. Mae Ffigur E5.1 yn awgrymu mai ychydig dros chwarter y derbyniadau brys llawfeddygol cyffredinol ym Mronglais arweiniodd i lawdriniaeth. Ond roedd y cleifion hyn angen asesiad gan dîm wedi cymhwyso'n ddigonol gyda mynediad i'r adnoddau diagnostig angenrheidiol, cyn y gellid penderfynu peidio rhoi llawdriniaeth.

FFIGWR E5.1 · CYFRAN O DDERBYNIADAU BRYN LLAWFEDDYGAETH GYFFREDINOL OEDD ANGEN TRINIAETH LLAWFEDDYGOL A/NEU WEITHDREFN(AU) YN YSTOD Y CYFNOD CYNTAF O OFAL - FESUL YSBYTY A BLWYDDYN ARIANNOL

Ffynhonnell: Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda



Dengys Tabl E5.2 (isod) y tueddiadau yn ôl ardaloedd lle mae'r cleifion yn byw – sy'n nodi bod tua traean o'r derbyniadau hyn (333 yn 2012/13) yn dod o ardaloedd tu allan i'r rhanbarth y mae Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda yn gyfrifol amdano (Tybir y byddai llawer o'r rhain o Bowys). Mae cryn amrywiaeth dyddiol yn nifer y derbyniadau llawfeddygaeth gyffredinol frys: Dengys Tabl E5.3 (isod) amrywiaeth o ddwy waith a hanner yn y niferoedd hyn ar gyfer Ysbyty Cyffredinol Bronglais. Ar hyn o bryd, mae Bronglais yn gyfrifol am tua 17% o holl dderbyniadau brys llawfeddygaeth gyffredinol Hywel Dda.

TABL E5.2 · DERBYNIADAU BRYD LLAWFEDDYGAETH GYFFREDINOL FESUL ARDALOEDD PRESWYLIO POBL A BLWYDDYN Y DERBYN – YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS

Ffynhonnell: Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda

Blwyddyn	Sir Gaerfyrddin	Ceredigion	Sir Benfro	Pob ardal arall	CYFANSWM
2007/08	10	749	1	364	1,124
2008/09	9	685		385	1,079
2009/10	5	707	5	367	1,084
2010/11	7	763	5	356	1,131
2011/12	5	621	2	347	975
2012/13	3	604	3	333	943
CYFANSYMAU	39	4129	16	2,152	6,336

TABL E5.3 · NIFER DERBYNIADAU BRYD LLAWFEDDYGAETH GYFFREDINOL FESUL YSBYTY AC WYTHNOS EU DERBYN, 2012/13

Ffynhonnell: Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda

Nifer Derbyniadau Bryd Llawfeddygaeth Gyffredinol yr wythnos	Ysbyty Cyffredinol Bronglais	Ysbyty Cyffredinol Glangwili	Ysbyty Cyffredinol Tywysog Philip	Ysbyty Cyffredinol Llwynhelyg	BWRDD IECHYD HYWEL DDA
Uchafswm	29	64	3	50	140
Isafswm	11	24	1	28	77
Cyfartaledd yr wythnos	18	50	1	39	108
Cyfartaledd y dydd	2.6	7.1	0.1	5.6	15.4
Cyfartaledd triniaethau y dydd	0.8	2.1	0.0	1.7	4.6

Mae WIHSC wedi nodi cyflwyniadau dderbyniwyd gan staff llawfeddygaeth Ysbyty Cyffredinol Bronglais sy'n cofnodi data awdit cyfredol am llawdriniaeth brys ac yn nodi rhai pryderon am y newidiadau arfaethedig. Y triniaethau brys mwyaf cyffredin ydy endoriad a draenio crawniad, tynnu pendics a cholecystectomi. Mae heintiau abdomenol (yn cynnwys peritonitis) a rhwystrau yn y colydduion yn ffurfio grŵp cymysg o achosion sy'n gyfrifol am y mwyafrif o lawdriniaethau, marwolaethau a chymhlethodau. O ran niferoedd:

- 120 appendectomi aciwt wedi eu perfformio dros 12 mis - 20% ar blant a 9 i gleifion dros 65 oed;

canfuwyd abnormaledd yn 85% o'r rhain gyda 74% ohonyn nhw â llid aciwt;

- 67 laparotomi wedi eu cyflawni yn 2013 am goluddion tyllog a rhwystr aciwt i'r coluddion, a gwaedu, gyda thros 40 wedi eu perfformio ar gleifion dros 70 oed; cofnodir bod y gyfradd marw syml yn 13% (dyfynnir y ffigur cenedlaethol fel 25%);
- 30 o gleifion wedi ei derbyn â pancreatitis aciwt – gyda graddfa marwolaeth o 6%;
- 37 achos o cholecystectomi wedi eu trin yn ystod y flwyddyn;
- llawdriniaethau eraill oedd yn cynnwys hernia gyda rhwystrau a chrawniadau.

Derbyniwyd cyfanswm o tua 1000 o gleifion i gael gofal brys llawfeddygol a thua traean angen llawfeddygaeth frys. Y farn leol ydy bod arfer dda yn galw am i llawfeddygaeth frys gael ei roi'n fuan ar ôl diagnosis – ar unwaith i gleifion â gwaedlif ac o fewn tair awr i gleifion mewn sioc septig. Yn 2013, roedd 21 claf angen llawfeddygaeth o fewn tair awr.

Mae WIHSC yn cael yr argraff nad ydy staff clinigol ar draws Hywel Dda yn unedig am y ffordd ymlaen ac fe ddywedwyd bod rhai clinigwyr yn teimlo nad ydy'r rheolwyr yn deall y mater yn ddigonol. Bu rhai ymdrechion i werthuso'r ddarpariaeth gyfredol o wasanaethau ac i chwilio am ddulliau amgen (gweler isod) ond ymddengys bod rhain wedi dod i stop ac y mae angen gwneud rhagor o waith manwl.

Mynegir pryder arbennig am yr achosion o argyfwng llawfeddygol. Yn gyfredol cludir cleifion trawma difrifol, a rhai angen llawdriniaethau mawr iawn (er enghraifft aneurism aortig toredig), i Ysbyty Treforys a chaiff pob llawdriniaeth arall ei wneud ym Mronglais ac eithrio llawfeddygaeth gastrig sydd nawr yn Llwynhelyg. Yn amlwg, cam allweddol o'r broses ydy'r asesiad a'r diagnosis fel y gall argyfyngau llawfeddygol sydd angen ymyrraethh actif gael eu canfod yn briodol a'u 'labelu' yn gywir er mwyn gwneud y dewis priodol i ba ysbyty dylid eu hanfon.

Gan dderbyn nad ydy cleifion angen gofal yn cyrraedd Bronglais wedi ei labelu eisoes a chan fod y mwyafrif, mae'n debyg, yn cyrraedd heb eu bod wedi derbyn sylw blaenorol gan feddyg teulu neu barafeddyg, dydy WIHSC, hyd yma, ddim yn ddigon sicr ynglŷn â phle yn y llwybr gofal y byddai'r prosesau asesu a diagnosis yn digwydd pe byddai gostyngiad pellach yn uwch-staff clinigol Ysbyty Cyffredinol Bronglais (fel sy'n ymddangos yn debygol mewn rhai senarios).

O blith y proffesiwn meddygol yn genedlaethol, ymddengys bod llawer o'r gyrwyr yn cyfeirio'n ddiildio tuag at ganoli rhagor, yn arbennig ym maes llawfeddygaeth. (Fodd bynnag, mae'n werth nodi bod y farn yn dechrau newid ynglŷn â meddygaeth, lle mae'r Coleg Brenhinol yn cydnabod yn gynyddol bod cymunedau gwledig angen gwasanaethau wedi eu cyflenwi mewn modd sy'n sylweddoli'r gwahanol anghenion ddaw yn sgil bod mewn mannau gwledig). Dengys dogfennau yn 2012 a 2013 gan Goleg Brenhinol y Llawfeddygon hyn, a hefyd dull y Ddeoniaeth o gael rota ar-alwad hyfforddai sydd yn 1 o bob 11 (a llai o hyfforddai). Yn Lloegr, mae Syr Bruce Keogh hefyd wedi cefnogi symudiad tua chael staff llanw (cover) rownd y cloc o uwchfeddygon. Ymhellach, gwelir bod costau ceiso datrysiad i'r hyn sy'n cael ei weld fel gwendid yn y staff llanw (cover) meddygol yn uchel, er y byddai costau ychwanegol i ehangu Ysbyty Glangwili a chyfarparu'r system gofal ehangach i reoli'r llwybrau gofal diwygiedig, sy'n cael eu hawgrymu, yn ddiogel. Mae'r diffygion yn y ddarpariaeth gyfredol ym Mronglais wedi eu nodi gan adolygiad gomisiynwyd gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda. Dyma nhw:

- Nid oes 'theatr CEPOD' wedi ei neilltuo yno – caiff y rhesymau am farwolaethau yn y cyfnod agos at lawdriniaethau eu harchwilio fel mater o drefn gan ymholiad CEPOD (Ymholiad Cyfrinachol Marwolaethau yn Ystod y Llawdriniaeth - Confidential Enquiry into Peri-Operative Deaths), ac y mae'n argymhelliad cyson y gwaith hwn y dylai pob ysbyty sy'n gofalu am gleifion llawfeddygol fod â theatr ddarpariedig gyflawn wedi ei neilltuo ac ar gael ar bob adeg ar gyfer cleifion sydd â'u cyflwr yn dirywio'n gyflym ac angen llawfeddygaeth ar eu hunion, gyda mynediad disymwth i staff wedi eu cymhwyso'n briodol;

- Nid oes yno ddigon o feddygon graddfa ganolig – canfuwyd bod angen 8, ond dim ond 5 sydd yn gweithio yno ar hyn o bryd – gyda'r canlyniad nad ydy meddygon fel hyn bob amser ar y safle;
- Nid oes digon o ymgynghorwyr yno; dylai fod rota o 1 mewn 6, ond ar hyn o bryd dim ond rota o 1 mewn 3 sydd yno (ac y mae 1 o'r rhain yn locwm mewn swydd heb ei chydabod gan Goleg Brenhinol y Llawfeddygon);
- Mae 'foliwm' y llawdrinaethau brys yn isel, sy'n gwneud dargadwedd sgiliau yn anodd;
- Nid oes gan ysbytai eraill lawfeddyg colorectal sy'n gweithio ar ei ben ei hun: mae gan y mwyafrif 3 ac y mae hyn yn caniatáu bydd staff llanw (cover) yn ystod gwyliau ac y mae rhai triniaethau rectal angen 2 lawfeddyg er mwyn eu cyflawni'n ddiogel. Caiff staff llanw (cover) ar ôl triniaeth hefyd ei hwyluso;
- Oherwydd eu bod yn ceisio gwasanaethu mewn nifer o leoliadau mewn Bwrdd Iechyd cymharol wledig, dywedir bod gormod o lawfeddygon colorectal yn cael eu cyflogi o fewn Hywel Dda: mae cymdeithas 'Association of Colo-proctology' yn argymhell y dylai un llawfeddyg wasanaethu 100,000 a byddai hyn yn awgrymu cael 4 llawfeddyg o fewn Hywel Dda, ond cyflogir 6 ar hyn o bryd; ac yn olaf
- Dydy'r MRI ym Mronglais ddim yn gallu cyflenwi strwythurau pelfig manwl ac felly caiff rhai cleifion eu hanfon i Lwynhelyg.

Yn amlwg mae rhain yn heriau difrifol i ddiogelwch, cynaliadwyedd a chost-effeithiolrwydd y gwasanaeth llawfeddygol sy'n cael ei ddarparu yn yr ysbyty, ac y mae angen ystyriaeth fanwl. Ar y llaw arall, does dim tystiolaeth ar gael bod y gwasanaeth cyfredol yn annïogel (ac yn wir mae'r dystiolaeth nodwyd uchod yn awgrymu'r gwrthwyneb mewn rhai achosion).

Yn fras, mae hyn yn gadael pedwar dewis:

1. Ceisio cynnal y gwasanaethau llawfeddygaeth frys sy'n cael eu darparu ar hyn o bryd ym Mronglais;
2. Canoli gwasanaethau yng Nglangwili a Bronglais;
3. Canoli gwasanaethau yng Nglangwili a Llwynhelyg; neu
4. Canoli gwasanaethau yng Nglangwili.

Mae'n bwysig nodi na fyddai 'canoli' ddim ond yn golygu symud rhan fach o'r llwybr gofal o Fronglais. Felly, gallai cleifion barhau i gael eu hasesu ym Mronglais am lawer o'r amser gan ddim llawfeddygol fyddai wedi ei leoli yno o hyd ar gyfer llawdriniaethau llai cymhleth, neu fyddai'n ymweld o rywle arall. Gallai'r mwyafrif o lawdriniaethau – llai cymhleth eu natur – barhau i ddigwydd ym Mronglais, ond byddai triniaethau llawfeddygol mwy cymhleth yn fwy tebygol o gael eu gwneud yng Nglangwili neu Llwynhelyg. Yna byddai rhai o'r adferiadau'n digwydd ym Mronglais a byddai'r mwyafrif o apwyntiadau pellach, fel cleifion allanol, yn digwydd yn Aberystwyth, neu hyd yn oed mewn ysbytai cymuned lleol.

Pe na byddai gwasanaethau llawn yn cael eu cadw ym Mronglais, byddai hyn yn golygu amser teithio ychwanegol i gleifion (er enghraifft i Llwynhelyg). Teimla rhai clinigwyr na fyddai amser ychwanegol o'r fath yn glinigol-gritigol yn y rhan fwyaf o achosion (er, mewn rhai achosion e.e. dirdro'r ceilliau, mae amser teithio yn ffactor – gweler hefyd y drafodaeth yn adran 1.1. o'r bennod hon ar ofal Amser-Gritigol uchod). Fodd bynnag, yn ogystal â materion amser teithio i gleifion, yr anhwylystod a sgil effeithiau ar ddarparu staff llanw (cover) ar y ffordd neu drwy'r awyr, os byddai i lawfeddygaeth frys allan o oriau ddod i ben ym Mronglais, mae'n bwysig i ddeall y cyfan o'r llwybr gofal a ragwelir ar gyfer cleifion sydd yn y pen draw yn mynd i dderbyn llawdriniaethau brys. Yn benodol, byddai'n bwysig i ddeall ym mhle byddai'r diagnosis cadarnhaol yn digwydd ac â pha sgiliau. Er enghraifft, a fyddai hyn yn parhau i ddigwydd ym Mronglais, yn cael ei wneud yn yr ysbyty (pell) fydd yn derbyn y claf, gan staff meddygol symudol neu staff parafeddygol neu gan gyfuniad o'r rhain gyda help telefeddygol? Mae'r telegyswllt

cyfredol rhwng Bronglais a Llwynhelyg, sy'n caniatáu cyswllt rhwng ymgynghorydd-ac-ymgynghorydd a barn meddygon teulu, yn gweithio'n dda, ond dywedir na wneir llawer o ddefnydd ohonyn nhw.

Mater allweddol arall ydy'r berthynas waith rhwng llawfeddygon ac arbenigwyr mewn meysydd eraill – pe byddai staff llanw (cover) llawfeddygol yn cael ei leihau ym Mronglais, mae arbenigwyr eraill wedi mynegi eu pryder am effaith hyn ar y gofal maen nhw'n gallu ei ddarparu. Er enghraifft, gallai rhai achosion fod yn broblem mewn meddygaeth neu gynaeoleg, nes daw hi'n amlwg mai llawfeddygaeth ydy'r angen. Yna, mae cael mynediad ar unwaith at dîm o arbeigwyr llawfeddygol yn fater o argyfwng. Mae rhai'n dadlau y gellid parhau i gwrdd â hyn gyda llawfeddygon sy'n gwneud gwaith dewisol allai fod yn parhau i weithredu yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais bob dydd o'r wythnos waith, tra bo eraill yn nodi y profiad sydd ar gael mewn mannau eraill yng Nghymru, er enghraifft Llanelli, lle caiff achosion meddygol brys eu derbyn heb bresenoldeb timau llawfeddygol. Fodd bynnag, oherwydd bod Bronglais yn fwy anghysbell, cyfyd y cwestiwn a ydy'r gymhariaeth hon yn ddilys?

Mae angen gwneud gwaith manwl i ddeall arwyddocâd y materion hyn, gan ddod ag arbenigwyr lleol ynghyd i gwrdd â'r Colegau Brenhinol, Cynghrair Gofal Aciwt y De Orllewin a'r Bwrdd Iechyd, a manteisio ar brofiad Yr Alban a mannau eraill, ddisgrifwyd yn gynharach yn yr adroddiad hwn. Mae cyfres o risgiau a manteision cymhleth i'w hystyried, yng nghyd-destun gwahanol lwybrau i gleifion, a hyfywedd yr ysbyty'n gyfan. Gan hynny, mae'r ddadl yn un sydd wedi ei seilio ar farn – sef

- arwyddocâd y diffygion a nodwyd, yn y cyd-destun bod cymaint o'r gwasanaethau'n methu cwrdd â rhai o'r pethau â ddymunir; (*desiderata*)
- dichonolrwydd lliniaru'r problemau, efallai drwy gyfuniad o fuddsoddiad ychwanegol neu ddulliau gwahanol o weithio; a
- risgiau a manteision cymharol darparu gwasanaethau llawfeddygol ar gyfer poblogaeth dalgylch Bronglais mewn ffordd wahanol radical, ar gyfer cleifion llawfeddygol ac ar gyfer y ddarpariaeth yn gyfangwbl.

LLAWFEDDYGAETH CANCER COLORECTAL

Mae llawfeddygaeth cancer colorectal ym Mronglais yn enghraifft sy'n crynhoi llawer o'r materion hyn ac yn ddiweddar mae wedi bod yn achosi llawer o bryder yn lleol. Mae wedi cael ei nodi mai cancer y coluddyn ydy'r pedwrydd cancer mwyaf cyffredin yng Nghymru gyda nifer yr achosion ar raddfa o 67 i bob 100,000 (i ddynion) a 42 i bob 100,000 (i ferched). Mae dalgylch Bronglais yn debygol o ddatgelu 55 achos y flwyddyn – ac byddai tua 10 – 15 o'r rheiny'n debygol o fod yn achosion brys. Mae achosion o'r fath yn cael eu cyfri fel llawfeddygaeth frys risg uchel.

Dengys data awdit sydd wedi ei gofnodi am Ysbyty Cyffredinol Bronglais fod 12 o gleifion wedi cael llawfeddygaeth frys gyda graddfa marwolaeth 30 diwrnod o 6.7% (8.9% ydy'r cyfartaledd cenedlaethol).

Awgrymwyd wrth WIHSC na ellir cyfiawnhau symud y math hwn o lawfeddygaeth o Fronglais i fannau eraill ar sail deilliannau gwael yn ôl amodau clinigol. Mwy na hynny, byddai'r pwysau ychwanegol y byddid yn ei osod ar gleifion a pherthnasau, drwy orfod teithio ymhellach o lawer i gael mynediad i ofal parhaus, yn cael effaith er gwaeth arnyn nhw. Yn hytrach, dadleuir y gellid dileu unrhyw bryderon nodwyd gan Goleg Brenhinol y Llawfeddygon am y staff llanw (cover) ar gyfer llawfeddygaeth frys drwy benodi ymgynghorydd ychwanegol. Fodd bynnag, awgryma'r anawsterau gafwyd yn ddiweddar i gadw ail lawfeddyg, ynghyd â'r materion eraill restrwyd uchod, bod y dewis hwn yn llai tebygol o fod yn hyfyw nes i'r problemau eraill gael eu datrys.

MATERION STAFFIO

Mae llawfeddygaeth yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais wedi dibynnu'n y gorffennol ar lawfeddygon cyffredinol gyda phrofiad eang (a hyfforddiant gwahanol) sydd bellach ddim yn cael eu hyfforddi mewn

cymaint o niferoedd i fod â chymwysterau mor eang. Daeth ymweliad â Bronglais gan Goleg Brenhinol y Llawfeddygon i'r casgliad bod yr ysbyty'n cynnig gwasanaeth ymroddedig ond bregus. Roedd hyn yn rhannol oherwydd nad oedd swyddi gweigion ym Mronglais yn ddeniadol i lawer o lawfeddygon sydd newydd gymhwyso, yn rhannol oherwydd rotas sy'n gofyn llawer a niferoedd isel y cleifion. Pan fu swydd yn wag yno ddiwethaf, cefnogwyd yr hysbyseb am rywun o'r newydd gan Goleg Brenhinol y Llawfeddygon gyda nifer o rybuddion:

- Na ddylai deilydd y swydd ddim gweithredu ar ei ben/phen ei hun ond dylai weithio fel rhan o un o grwpiau Hywel Dda;
- Byddai angen i ddeilydd y swydd wneud gwaith brys rheolaidd ar leoliadau eraill i gynnal eu casgliad o sgiliau ac i gael goruchwyliaeth, ac felly y bwriad oedd y byddai angen iddo/iddi gylchdroi drwy Gaerfyrddin.

Dewis siomedig o ymgeiswyr ymatebodd i'r hysbyseb a gadawodd y llawfeddyg a benodwyd yn fuan ar ôl ei benodi. Mae Coleg Brenhinol y Llawfeddygon o'r farn na fydd yn cefnogi recriwtio pellach os na chanfyddir dull arall o ddatrys y rhybuddion a osodwyd ganddyn nhw. Yn eu barn nhw, dim ond rhan o lwybr cleifion fyddai angen ei ddarparu ar safle arall, er bod manylion y llwybrau cleifion arfaethedig yn parhau heb eu hegluro.

5.2 ANAESTHETEG YN YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS

Darperir y gwasanaeth yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais gan 10 anaesthetydd ymgynghorol gyda chymorth un arbenigwr cysylltiol. Nid oes unrhyw staff iau. Mae'r nifer hwn yn cynorthwyo i ddarparu anaesthesia brys preswyl 24 awr, gofal dwys, adfywiad, trosglwyddiadau rhwng ysbytai, cefnogaeth obstetreg a'r staff llanw (cover) i'r holl waith dewisol. Mae ail haen ar-alwad i ddelio â chyfnodau prysur neu pan fo cydweithwyr yn absennol oherwydd trosglwyddiad claf.

Gall trosglwyddiadau cleifion, ar y ffordd fawr neu drwy'r awyr, gael eu heffeithio gan amgylchiadau ar y ffyrdd, amser y dydd (dydy hedfan yn y nos ddim yn arferol) a'r tywydd. Y pellteroedd sydd rhaid eu teithio ar y ffordd, yn bennaf ar ffyrdd gwael ydy: Caerfyrddin - 50 milltir; Abertawe - 70 milltir; Lerpwl - 101 milltir; Caerdydd - 110 milltir; a Birmingham - 123 milltir. Felly, gall trosglwyddiad sydd angen anaesthetydd gyda'r claf fynd â'r staff llanw (cover) o'r gweithle am o leiaf bum awr a mwy na hynny'n aml.

Mae cael staff llanw meddygol yn yr arbenigedd hwn – fel yn wir mewn sawl un arall ym Mronglais – yn ddibynnol iawn ar staff uwch, sy'n golygu gofal drudfawr ac ar lefel uchel o gymhwysedd. Mae darparu gofal llawfeddygol diogel yn dibynnu ar y lefel hwn o gefnogaeth anaestetig. Bu cynnydd mewn gofal dibyniaeth fawr a gofal dwys wrth i nifer y cleifion â chyd-forbidrwydd gynyddu a bod gofal dibyniaeth fawr ar ôl llawfeddygaeth wedi dod yn arferol ar ôl triniaethau mawr. Pwysleiswyd bod yr abenigedd hwn yn anochel ynghlwm â'r gwasanaethau llawfeddygol ac y byddai unrhyw leihad mewn gwasanaethau o'r fath yn cael sgil-effaith uniongyrchol ar anaesteteg.

5.3 BYDWREIGIAETH, OBSTETREG A GYNAECOLEG

Nodweddion allweddol y gwasanaeth obstetreg ym Mronglais ydy eu bod nhw'n gwasanaethu ardal wledig eang ac amrywiol iawn, ac mai ychydig o enedigaethau sy'n digwydd yno bob blwyddyn. Mae hyn yn ategu'r gwasanaeth gynaeolegol sy'n cynnig gwasanaethau oncoleg, wrogynaeolegol a therfynu beichiogrwydd. Cyflenwir clinigau gynaeoleg ym Machynlleth, Tywyn, Llanidloes, Aberteifi ac Aberaeron.

Bob blwyddyn mae rhwng 520 a 570 o ferched yn rhoi genedigaeth yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais. Mae'r mwyafrif (64%) yn byw yng Ngogledd Ceredigion (wedi ei ddiffinio yn ôl lleoliad eu meddyg teulu),

16% ym Mhowys, 12% yn Ne Ceredigion a 7% yn ardal Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr (ffynhonnell: Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda). O'r cyfanswm o enedigaethau, roedd tua 27% ohonyn nhw drwy driniaeth Toriad Cesaraid, a 6% arall drwy ddefnyddio 'ventouse' neu â gefail (Tabl E5.4):

TABL E5.4 · GENEDIGAETHAU, YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS

Ffynhonnell: Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda

Genedigaethau	Genedigaethau Normal*	Geni Cesaraid	Geni 'Ventouse'	Geni â gefail	CYFANSWM
2011	345	135	24	15	519
2012	385	156	12	16	569
2013	361	158	27	7	553
2014 (lon-Meh)	153	64	14	5	236
CYFANSYMAU	1244	513	77	43	1877

* Dydy'r data ddim yn gwahaniaethu rhwng nifer y "genedigaethau normal" dan ofal trefn geni dan arweiniad bydwagedd a'r rhai dan ofal trefn dan arweiniad ymgynghorydd.

Mae'r mwyafrif o ferched sy'n cael eu derbyn i Fronglais i roi genedigaeth yno yn gwneud hynny'n llwyddiannus. Caiff tua 5% eu trosglwyddo i ysbyty mwy arbenigol cyn, neu yn ystod cyfnod cynnar y llafur (Tabl E5.5). Seilir staffio meddygol y gwasanaeth ar un meddyg dan hyfforddiant (hyfforddai o feddyg teulu ar ddyletswydd i bob pwrpas yn ystod y dydd o ddydd Llun i ddydd Gwener), pedwar o raddfeydd staff, tri ymgynghorydd ac arbenigwr cysylltiol. Cynhelir gwasanaeth rownd y cloc a chaiff y cleifion ofal gan uwch feddygon, y mwyafrif wedi eu hyfforddi i reoli obstetreg brys a thrawma.

TABL E5.5 · TROSGLWYDDIADAU CYN ESGOR AC ESGOR CYNNAR, YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS

Ffynhonnell: Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda

Trosglwyddiadau [#]	Cyn Esgor		Esgor cynnar		CYFANSWM
	Cyn-amser (cyn 37 wythnos o feichiogrwydd)	Yn ei bryd (ar ôl 37 wythnos o feichiogrwydd)	Babi cynnar (cyn 37 wythnos o feichiogrwydd)	Yn ei bryd (ar ôl 37 wythnos o feichiogrwydd)	
2011	15	5	13	3	36
2012	10	3	17	2	32
2013	17	0	14	1	32
2014 (lon-Meh)	3	0	4	0	7
CYFANSYMAU	45	8	48	6	107

[#] Gwnaed y mwyafrif o'r trosglwyddiadau oherwydd bod y plentyn cyn ei amser a bod angen gwasanaethau i'r newydd anedig.

Mae barn gadarn ymhlith clinigwyr Ysbyty Cyffredinol Bronglais bod y lefel hwn o staff llanw (cover) meddygol yn caniatáu safon uchel o ofal i gael ei gynnis sydd yn osgoi marwolaethau a morbidrwydd

mamau. Nodwyd, er y gellid asesu llawer o'r genedigaethau fel rhai 'risg isel', bod yna bob amser y posibilrwydd y gallai hyn newid yn ddisymwth ac y gallai morbidrwydd difrifol neu farwolaeth ddigwydd. Dyfynnwyd esiamplau o enedigaethau 'normal' yn cael eu dilyn gan golli gwaed difrifol sydd angen asesiad ac ymyriad ar unwaith gan ymgynghorydd, llawfeddygaeth frys a gofal ôl-lawdriniaethol dwys.

Cydnabyddir mai nifer fach o ferched fydd angen yr ymyriad chwim, annisgwyl gyda sgil arbennig; fodd bynnag rhaid derbyn y gellid gweld y posibilrwydd o niwed difrifol yn digwydd i'r claf (gan arwain weithiau i setliad cyfreithiol ar gost uchel).

Mae gan Bowys wasanaeth dan arweiniad bydwragedd wedi ei ddatblygu – un sy'n gweini mewn cyfran uchel o enedigaethau yn y cartref ac heb gymorth. Mae ganddo gysylltiadau wedi eu datblygu'n dda gydag amrywiaeth o wasanaethau dan arweiniad ymgynghorwyr mewn ysbytai cyfagos, ac mae'n gweithio'n agos gyda'r gwasanaeth sydd wedi ei leoli ym Mronglais ar gyfer mamau yng Ngogledd Orllewin Powys.

Fodd bynnag, mae gwasanaeth Powys yn adrodd am yr ansicrwydd ynglŷn â pha famau yn union a pha gyflyrau clinigol y gellir bob amser eu derbyn ym Mronglais, ac mae'n nodi nifer o achosion lle mae mamau yn annisgwyl wedi cael eu hysbysu yn hwyr yn ystod eu beichiogrwydd nad Bronglais, yn wir, fyddai lleoliad yr enedigaeth. Bydd y mamau hynny wedyn yn wynebu mynd i Gaerfyrddin, gan nad ydy cael eu derbyn i ysbyty arall, (fel Wrecsam, allai fod yn nes na Chaerfyrddin i rai merched) yn awtomatig. Yn ystod 2013/14, aeth 82 o ferched Powys i Ysbyty Cyffredinol Bronglais (er bod y nifer hwn yn ymddangos fel pe bai'n gostwng, hwyrach oherwydd yr ansicrwydd ynglŷn â pha ysbyty bydd yr enedigaeth yn digwydd), ac o'r rhain, cafodd saith eu trosglwyddo i Ysbyty Glangwili, Caerfyrddin.

5.4 CARDIOLEG YN YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS

Dywedwyd wrth WIHSC bod cryn ymdrechion wedi eu gwneud ers 2008 i sicrhau bod cleifion sy'n cael eu derbyn i Fronglais gyda diffyg ar y galon yn cael eu gofalu amdany'n nhw gan y tîm cardioleg. Rhwng Ionawr 2009 a Rhagfyr 2013, cofnodwyd 758 o gleifion o'r fath, gydag 80% ohonyn nhw'n cael eu gofalu amdany'n nhw gan y tîm cardioleg.

Dyfynwyd data awdit am gyfnod o dair blynedd sy'n dangos 558 o achosion cleifion preswyl a 459 yn cael eu gofalu amdany'n nhw gan gardiolegwyr a 99 dan ofal ffisigwyr eraill. Rhoddir graddfeydd marwolaethau i'r naill fel cyfartaledd o 7.1% ac yna 17% i'r llall. Dengys data awdit cenedlaethol am dderbyniadau am y tro cyntaf dros y tair blynedd diwethaf bod graddfa marwolaethau cleifion oedd yn cael gofal gan gardiolegwyr yn 7% o'i gymharu â ffigwr Ysbyty Cyffredinol Bronglais o 6.1%. Rhoddir y raddfa marwolaethau yn gyffredinol ar gyfer Bronglais fel 8.1% o'i gymharu â'r ffigwr cenedlaethol o 9.4%.

Mae dros 50% o'r derbyniadau ar gyfer cleifion 80 mlwydd oed a throsodd, gyda 35% dros 85 oed. Cyfartaledd arhosiad ydy 12 diwrnod – ychydig dan y cyfartaledd cenedlaethol. Mae ôl-ofal y cleifion mwyaf bregus ar ôl arhosiad ysbyty yn ceisio sicrhau bod cleifion na ellir eu rheoli yn y gymuned yn cael eu derbyn yn uniongyrchol i'r ward cardioleg neu i gael gofal lliniarol. Derbyniodd WIHSC rai sylwadau o du fewn i'r gwasanaeth hwn bod strwythurau rheoli o fewn Hywel Dda yn rhai anodd i ymglymu â nhw. Ymhellach, dywedir nad oes neb yn arwain ar gardioleg. Adroddir bod Timoedd Aml Ddisgyblaeth drwy gyfrwng telegynadleda'n gweithio'n dda ambell dro, ond nid bob amser, a bod angen rhagor o waith ar 'deleiechyd'. Fodd bynnag, er bod technoleg yn fuddiol, dydy e ddim yn ddigon, mae pobl angen gweithio ar y cyd.

ADOLYGIAD DRWY WAHODDIAD O GARDIOLEG YM MWRDD IECHYD PRIFYSGOL HYWEL DDA GAN GOLEG BRENHINOL Y FFISIGWYR – HYDREF 2013

Un elfen o'r ystyriaeth o sut gellir cyflenwi gwasanaethau o Ysbyty Cyffredinol Bronglais oedd cyfraniad

gan Goleg Brenhinol y Ffisigwyr (RCP). Yn Hydref 2013, cynhaliodd y sefydliad hwn adolygiad o wasanaethau cardioleg ar wahoddiad Bwrdd Hywel Dda. Ceir crynodeb o'u hadroddiad isod, gyda'r ffocws penodol ar ei effaith ar wasanaethau yng Nghanolbarth Cymru. Gwahodddwyd yr adolygiad yn dilyn pryder o'r tu fewn i gorff ymgynghorol Hywel Dda am y canlynol:

- 'adroddiadau anecdotal a rhai am ddigwyddiadau anffodus' ynglŷn â gofal cleifion gyda phroblemau cardiolegol aciwt;
- sgoriau RAMI ymddangosiadol uchel (Mynegai Marwolaethau wedi'i Addasu yn ôl Risg/ Risk Adjusted Mortality Index)¹⁵² yn Ysbyty Llwynhelyg; a
- systemau casglu data.

Casgliadau

Dywedodd yr adroddiad fod gan y Bwrdd boblogaeth gymharol fach (380,000). Nododd mai dim ond 85,000 oedd dalgylch Bronglais a bod poblogaeth dalgylch Llwynhelyg (heb ei ddatgan) yn cynyddu 50% yn ystod cyfnod y gwyliau. Ni adroddwyd am unrhyw ystyriaeth o'r fath yn Aberystwyth a'r cylch. Adroddwyd am anawsterau recriwtio cardiolegydd ymgynghorol. Ymhellach, nid oes neb yn arwain yn gyffredinol ar gardioleg yn Hywel Dda.

Am ansawdd y gofal mae'r adroddiad yn nodi 'enghreifftiau cadarn o ofal is na'r safon' – un o Ysbyty Tywysog Philip yn Nhachwedd 2008 a thri o Ysbyty Glangwili (paragraff 6.2) ond mae'n mynd ymlaen i nodi: "Yn gyffredinol, fe'i cawsom yn anodd dod i gasgliadau cadarn (ynglŷn ag oedd y gofal yn dderbyniol). Ni allem ganfod tystiolaeth generig o arferion gwael". Mae'r adroddiad yn dynodi problemau yn adran radioleg Llwynhelyg ac yn nodi (paragraff 6.1) nad ydy hi bob amser yn bosibl i gardiolegwyr yn Llwynhelyg a Bronglais weld y derbyniadau cardiac o fewn yr 24 awr sy'n cael ei argymhell. Fodd bynnag, dydy maint y diffygion na'r effaith ddim yn cael ei feintoli.

Mae'r adroddiad yn dynodi bod llwybrau poen yn y frest yn gyffredinol wedi eu datblygu'n dda. Mae'n dweud bod Ysbyty Treforys yn derbyn mwy o gleifion nag y gall ei gynnal yn briodol, gydag aros hir am drosglwyddiadau i'r labordy catheter. Noda Paragraff 6.4 bod logisteg yn sialens ac mai cleifion o Ysbyty Cyffredinol Bronglais (y pellaf o Dreforys) oedd â'r amser hiraf i aros am drosglwyddiad, ond nid yw'n egluro'r fenomenon hon.

Mae gweithdrefnau riportio a mynd i'r afael â digwyddiadau anffodus difrifol (SIUs) yn elfennau allweddol ar gyfer sicrhau gofal gydag ansawdd. Mae'r adroddiad yn nodi bod dau gardiolegydd o ysbytai gwahanol yn dynodi pryderon am y gwasanaeth gwael mae'r cleifion yn ei dderbyn, a hefyd gwelir bod Rhwydwaith Cardiac De Cymru (Mai 2013) yn cofnodi bod 'y Bwrdd o bosib heb fod yn ymwybodol pa mor wael ydy rhai gwasanaethau cardiac o fewn Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda. Tynnwyd sylw'r adolygiad at 'nifer (heb ei nodi) o ddigwyddiadau o wir bryder, ac at ofidiau am y peirianwaith riportio digwyddiadau anffodus. Yn wir, dywed yr adolygiad fod y system riportio ar gyfer 'SIUs' yn 'anghyson' a chafwyd sylw gan rai clinigwyr nad oedd gan y rheolwyr ddim diddordeb mewn data perfformiad – sylw a wrthodwyd gan Y Cyfarwyddwr Meddygol Cysylltiol.

Am resymau nas eglurwyd yn llawn, dim ond un claf holwyd a'r pryderon a godwyd oedd am wasanaethau yn Ysbyty Treforys a dychweliad y claf wedi hynny i Ysbyty Glangwili.

Mae paragraff 6.7 yn nodi pryder cryf y RCP am y modd yr oedd data'n cael ei gasglu a'i ddefnyddio, yn arbennig roedd yn ymddangos bod sgoriau RAMI uchel yn cael eu riportio ar gyfer Ysbyty Llwynhelyg. Ar un pwynt, dywedwyd bod y sgôr RAMI yn 120, ond i hyn ostwng i 87 ar ôl gwneud newidiadau i gynnwys data ar 6,000 achos oedd "heb eu defnyddio yn yr awdit cyntaf". Mae'r adroddiad yn nodi 'er gwaethaf

¹⁵² Mae hwn yn ddull ystadegol o rybuddio ysbytai am feysydd posibl o ofal gwael; yn ei hanfod mae'n cymharu cyfraddau marwolaethau mewn gwahanol ysbytai ar ôl eu haddasu am unrhyw wahaniethau mewn cymysgedd achosion sydd gan bob un. Y gyfradd 'ddisgwyliedig' ydy 100.

holi drosodd a throsodd, wnaethon ni ddim deall ymhle digwyddodd y gwall hwn wrth gasglu data, os digwyddodd hynny neu'n wir pa ffigwr ar gyfer y RAMI (os un o'r ddau) sy'n debygol o fod yn gywir.' Mae materion ynglŷn â chofnodi a dadansoddi data ar ôl hynny wedi bod yn destun adolygiad gan Yr Athro Stephen Palmer.

Canlyniad yr ymweliad oedd argymhelliad (yn adran 7 o'r adroddiad) y dylai gwasanaethau cardioleg ar gyfer Hywel Dda weithredu ar fodel "both olwyn a sbocsen / hub and spoke" gyda'r both yng Nglangwili gan nad ydy'r sefyllfa gyfredol yn Llwynhelyg a Bronglais yn ddichonol'. Byddai presenoldeb ymgynghorwyr cardiolegol yn Ysbyty Bronglais felly'n cael ei ostwng i fod yn wasanaeth ymweld unwaith yr wythnos 'wedi ei ôl-lenwi gan arbenigeddau sy'n parhau i gynnig achrediad deuol' a thrwy ystyried 'dulliau dychmygus o annog ymgynghorwyr newydd, a gallai rhain fod yn ... ariannol, cynnig sesiynau academiaidd neu ymchwil, neu gynnig cyfnodau sabothol.'

I gefnogi'r dull 'both olwyn a sbocsen', byddai angen gwell gwasanaeth hofrennydd, gan gynnwys staff llanw (cover) yn y nos. Hefyd, byddai angen llwybrau gofal mwy eglur i gyfeirio pob cangen o'r GIG sy'n rhan o ddarparu gofal cardiac, fel bydd y rôl sydd i'w chwarae gan bob cangen wedi ei ddiffinio. Gwnaeth y RCP y sylw bod y gwasanaethau wedi mynd drwy sawl newid parhaus a bod yr holl ad-drefnu wedi bod yn wrthdynciad – gan arwain i deimladau ymhlith ymgynghorwyr bod y Bwrdd heb 'offer llywio (rudderless)'.
(rudderless)'

Sylwadau ar yr adroddiad hwn

Ydy Ysbyty Cyffredinol Bronglais yn cynnig gofal da?

Er bod yr adroddiad yn nodi rhai pryderon am ofal cleifion yn Llwynhelyg, dydy e ddim yn cynnig fawr ddim tystiolaeth bod gofal gwael ym Mronglais ei hun. Mae'r casgliad 'nad ydy'n ymddangos bod cleifion a wasanaethir gan yr ysbytai hyn yn cael y gofal gorau oll' yn un sydd, i WIHSC, heb ei lawn gyfiawnhau gan y dystiolaeth yn yr adroddiad. Yn wir, mae'r unig bryderon am Fronglais yn ymwneud â phryderon, yn bennaf, am recriwtio ymgynghorwyr yn y dyfodol a'r cyfraddau is o ailfasgwlaiddio y dywedir eu bod oherwydd pellter Ysbyty Cyffredinol Bronglais o'r ganolfan (Abertawe). Dydy hi ddim yn hollol glir sut y gellid gwella'r pryder olaf hwn drwy newid y ganolfan hon o Abertawe i Gaerfyrddin – nac ychwaith os mai'r pellter yn unig ydi'r unig rwystr sydd i'w orgesyn.

Both Olwyn a Sbocsen?

Pe byddai'n cael ei weithredu fel sydd wedi ei ddisgrifio, byddai gan y model amlinellir yn yr adroddiad sawl goblygiad i'r gwasanaethau o Fronglais. Yn gyntaf byddai'n gostwng cyfanswm y ffigiwr ymgynghorol a bydda'n diddymu'r staff llanw (cover) cardioleg. Yn ail, byddai'n effeithio ar allu'r ysbyty i ddiagnosisio a thrin yn briodol y cleifion fyddai'n parhau i gael eu derbyn i Ysbyty Cyffredinol Bronglais gyda phroblemau'r galon. Yn drydydd, am gyfnod cyhyd ag y gellir gweld i'r dyfodol, byddai'r newidiadau yn debygol o gynyddu'r amser o'r adeg pan fydd y claf yn teimlo'n wael hyd yr adeg pan fyddan nhw'n cychwyn cael triniaeth effeithiol.

Llwybrau gofal

Mae'r adroddiad yn gywir i nodi bod angen gwella eglurder y llwybrau gofal y dylid eu dilyn. Fodd bynnag mae'r adroddiad yn cydnabod, er y gellir disgrifio rhain i rai cleifion, y byddai'n well i 'rai cleifion, er enghraifft yr oedrannus neu rai gyda aml gyd-forbidrwydd' gael eu trafod yn lleol – felly hefyd y cleifion hynny 'lle nad ydy'r diagnosis yn gwbl glir'. Mae gan WIHSC ddau bryder am yr agwedd hon o'r adroddiad.

Yn gyntaf, ni wnaed yn glir faint o'r cleifion oedd i'w cadw'n lleol fyddai'n cael eu trin ym Mronglais pe byddai'r sgiliau clinigol presennol yn cael eu symud o'r 'sbocsen' a'i osod yn y 'canol'. Yn ail, dydy'r newidiadau sy'n cael eu hargymell ddim yn ymddangos eu bod wedi llawn werthfawrogi y gwahanol llwybrau i'r system gofal y gall cleifion angen gofal cardiac eu dilyn. Yn benodol, mae peth tystiolaeth i

awgrymu bod llawer o gleifion sy'n teimlo'n dost yn cyrraedd Ysbyty Cyffredinol Bronglais heb iddyn nhw fod wedi gweld meddyg teulu neu barafeddyg. Mae'r adroddiad i'w weld yn ceisio mynd i'r afael â chardioleg o safbwynt cul practis ymgynghorwyr mewn Ysbyty Cyffredinol Dosbarth, heb holi digon manwl pa fath o ofal cyn ysbyty, os o gwbl, ddylid ei drefnu i roi diagnosis dros dro i'r rhai sy'n teimlo'n dost (er enghraifft, bod yn fyr o anadl neu gael poenau yn y frest) os ydy model 'both olwyn a sbocsen' i weithio'n ddiogel.

Pellter a chyflymder

Yn gysylltiedig â'r materion o lwybrau gofal mae problem pellter ac amseroedd teithio i gyrraedd sgiliau clinigol priodol. Mae'r adroddiad yn argymhell y dylai gwasanaeth ambiwlans awyr yn y nos fod ynghlwm wrth y model both olwyn a sbocsen. O'r dystiolaeth mae WIHSC wedi ei weld ar y mater, mae'n anhebygol y bydd y gallu hwn ar gael am nifer o flynyddoedd.

Casgliad

Mae'r adran hon wedi cynnig barn ar yr adolygiad drwy wahoddiad wnaed yn 2013 gan y RCP. Mae gan WIHSC nifer o bryderon am y dull gymerwyd gan y Coleg, ac felly hefyd y casgliadau a wnaed yn yr adolygiad. Ar hyn o bryd, dydy WIHSC ddim wedi ei ddarbwyll y byddai'r model both olwyn a sbocsen a gynigir a) yn gallu cael ei weithredu'n ddiogel neu b) ei fod yn ymateb sydd yn amlwg yn well nag opsiynau eraill y mae rhai eraill wedi eu cynnig. Yn ôl a ddealla WIHSC, mae'r cynlluniau eraill hynny – y cyfeirir atyn nhw yn yr adroddiad hwn – yn awr i gael eu hystyried o ddifrif gan y cyrff proffesiynol perthnasol.

Tua diwedd cyfnod yr astudiaeth hon, derbyniodd WIHSC llythyr oddi wrth Goleg Brenhinol y Ffisigwyr (Cymru) ynglŷn â'r adolygiad drwy wahoddiad am y gwasanaethau, a chaiff hwnnw ei gynnwys yn Atodiad 14 o'r adroddiad hwn. Ymddengys bod y dadansoddiad yn y llythyr hwn yn cydfynd ag elfennau allweddol ein dadansoddiad ni, fel sydd wedi ei nodi uchod. Mae'n tanlinellu'n ddefnyddiol iawn parodrwydd y Coleg i weithio gyda'r Byrddau Iechyd ac eraill i edrych ar adolygiad o'r holl system o ddarpariaeth meddygaeth aciwt ar gyfer y rhanbarth. Caiff y dull hwn o fynd ati ei archwilio ymhellach yn y Casgliadau ac Argymhellion isod.

5.5 CANCER

Fel gyda'r mwyafrif o'r gwasanaethau eraill, y nod ydy darparu gwasanaethau'n lleol, lle bynnag bo'n bosibl. Ddylai canoli'r gwasanaethau ddim ond digwydd pan fo angen am hynny, er enghraifft pan fo offer radiotherapi drudfawr ar waith. Y sialens felly ydy cydbwysio effeithlonrwydd gyda phrofiadau'r claf tra hefyd sicrhau bod mynediad teg i wasanaethau megis radiotherapi.

Mae peth tystiolaeth bod presenoldeb cleifion yn gostwng pan fo'r amser teithio i'r ysbyty'n fwy na 45 munud. Caiff rhai gwasanaethau eu darparu'n lleol – er enghraifft darperir cemotherapi ym Mhowys drwy ddefnyddio gwasanaeth symudol Tenovus. Mynegwyd pryder bod rhai cleifion yn dewis cael lleddfu poen (analgesia) yn hytrach na dosiau bach o radiotherapi os ydy'r teithio'n anodd.

Dywedwyd wrth WIHSC bod adolygiad gan gyd-weithwyr o rai o brosesau yn y rhwydwaith casnsr yn datgelu rhai pryderon am Hywel Dda. Awgrymwyd nad ydy'r safonau 'proses' yn cael eu cyrraedd, fodd bynnag 'does dim tystiolaeth bod y deilliannau yn waeth nag ardaloedd eraill. Fodd bynnag, hwyrach bod yr agwedd hon angen astudiaeth bellach. Dangosydd gwael ynddo'i hun ydy'r marwolaethau, gan dderbyn bod llawer o gleifion yn marw ar ryw adeg; gallai hirhoedledd ac ansawdd bywyd i'r claf a'r teulu fod yr un mor bwysig.

Cafodd WIHSC wybod am bryderon parhaus ynglŷn â mynediad i gymorth arbenigol yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais, lle mae un ymgynghorydd yn trin mwy nag un math o diwmor ac nad ydy'n aelod llawn o'r Tîm Aml Ddisgyblaeth. Fodd bynnag mae cysylltiadau telefeddygol da ar gyfer rhai

gwasanaethau ond nid ar gyfer pob man trin tiwmor. Dywedir bod bylchau mewn rhai o wasanaethau cymorth Hywel Dda (e.e. patholeg) ac y mae hyn yn arbennig o wir am Fronglais.

CANSER Y FRON

Mae'r gwasanaeth canser y fron sy'n cael ei ddarparu ym Mronglais yn rhoi darlun buddiol o'r effaith posibl am y gofal ac am y ddarpariaeth gofal yn lleol ac i ardaloedd mwy anghysbell.

Gall merched yn nalgylch Bronglais sy'n datblygu canser y fron gael ymron y cyfan o'u harchwiliadau a'r mwyafrif o'u triniaeth yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais os ydyn nhw'n dymuno hynny. Mae'r mwyafrif o ferched gafodd ddiagnosis yn Mronglais wedi parhau gyda'u triniaeth yn Aberystwyth, ac eithrio'r rhai oedd yn gofyn am adluniad. Rhaid i'r rhai sydd wedi cael cyngor i gael radiotherapi deithio i Singleton ac aiff ychydig i'r Amwythig. Mae'r gwasanaeth unedig ym Mronglais yn gallu cynnig cydlynu gofalus ar y gofal a chymorth personol i'r merched sydd ar y llwybr gofal.

Mae merched sydd wedi eu diagnosisio drwy wasanaeth sgrinio Bron Brawf Cymru yn gyson yn trosglwyddo'i gofal i'r gwasanaeth symptomatig ym Mronglais, yn arbennig merched hŷn yn byw mewn mannau mwy anghysbell. Er enghraifft, efallai eu bod am osgoi teithio i Landudno neu Wrecsam, os ydyn nhw'n byw yn Ne Gwynedd neu Ogledd Powys. Mae merched yng Ngheredigion yn trosglwyddo i ddechrau i osgoi dychwelyd i Abertawe neu i gael triniaeth ddiffiniol yn Llanelli neu Lwynhelyg. Yn fwy arbennig, dydy merched hŷn sydd â phartneriaid gwael eu hiechyd, na rhai heb fawr o gymorth teuluol, na dim car, na rhai a chyd-forbidrwydd amryfal, ddim am gael y gofid ychwanegol o orfod teithio.

Mae staff arbenigol sy'n gweithio'n y gwasanaeth hwn ym Mronglais yn dweud bod nifer o ferched yn dewis triniaeth mastectomi (codi'r fron) yn hytrach na thriniaeth cadw'r fron er mwyn osgoi tair i bum wythnos o radiotherapi ymhell o'u cartrefi. Mae'r rhain yn cynnwys merched iau oedd â phlant ifanc.¹⁵³

Maen nhw hefyd yn adrodd bod nifer cynyddol o ferched yr oedd amheuan bod ganddyn nhw ganser gynaecolegol, yn dilyn newidiadau diweddar mewn llawfeddygaeth colorectal yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais, yn awr yn cael arbrofion (MRI yn benodol) a llawfeddygaeth yn Abertawe. Mae hyn am y gallai'r tîm gynaecolegol ym Mronglais fod angen cefnogaeth y tîm colorectal a dydy hwnnw bellach ddim ar gael.

Ni fu'n bosibl i gadarnhau'r nifer o gleifion sydd wedi eu heffeithio fel hyn, gan nad ydy'r data'n cael ei gasglu'n gyson. Fodd bynnag, cododd cyfle'n ddiweddar i arsylwi ar effaith adleoli gwasanaeth dros-dro. Yn ddiweddar gosodwyd yr offer mamograff diweddaraf ym Mronglais i alluogi sgrinio merched iau sydd ar risg uchel o ganser y fron, ac i fonitro merched â chyflyrau megis 'lobular neoplasia'. Yn ystod cyfnod ei osod, gymrodd chwech wythnos, ni allai'r ysbyty gynnig y broses asesiad triphlyg i ferched dros 35 mlwydd oed wedi eu cyfeirio i glinig y fron. Fel trefn amgen dros-dro, cynigiwyd archwiliadau i'r merched hyn yn Llanelli neu Lwynhelyg. Mewn cyfnod arferol o chwech wythnos, byddai tua 60-70 o gleifion newydd angen y gwasanaeth wedi ei ad-leoli. Yn ystod y cyfnod hwn, awgryma adolygiad ôl-weithredol o gofnodion y clinig bod 17 o'r merched wedi gwrthod teithio i Lanelli neu Lwynhelyg, gan achosi oedi i'w archwiliadau – roedd rhain yn cynnwys 4 merch o Lanidloes, saith oedd yn 70 mlwydd oed neu fwy, ac un gwraig iau oedd â dau o blant ifanc.

5.6 IECHYD MEDDWL

Mae'r ddarpariaeth iechyd meddwl ar draws Canolbarth Cymru yn bennaf wedi ei seilio ar y gymuned. Yn y blynyddoedd diweddar, mae wedi manteisio ar fuddsoddiad ychwanegol, er enghraifft mewn gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol ac ar ddatblygiad y gwasanaethau datrys argyfwng. Mae'r gofal

¹⁵³ Nid oes data dibynadwy am hyn ar gael. Fodd bynnag, amlygodd un adolygiad o nodiadau bod tua 5 merch y flwyddyn yn dewis mastectomi am y rheswm hwn. Roedd y mwyafrif dros 65 ond yn cynnwys yn y 18 mis diwethaf o leiaf ddwy ferch ifanc oedd â theluoedd ifanc.

dementia hefyd wedi ehangu.

Fodd bynnag, erys sialensau sylweddol. Ym Mhowys, amlinellwyd y strategaeth yn 'Calonnau a Meddyliau: Law yn Llaw at Iechyd Meddwl ym Mhowys' ac mae'n ffocysu ar wasanaeth Iechyd Meddwl Sylfaenol, tîm Triniaeth Datrys Argyfwng ac integreiddio gwell gyda Iechyd Corfforol. Daw'r ddarpariaeth gyfredol i gleifion Powys oddi wrth dri darparwydd cyfagos – mae ymron eu hanner yn teithio i Ogledd Cymru (Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr), mae ymron eu hanner yn teithio tua'r de i ardal Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan, a'r gweddill (tua 8%) yn derbyn gofal gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg. Teimlir bod angen mwy o gydweithrediad y darparwyr GIG, yn arbennig o ran oriau. Mae Bwrdd Iechyd Addysgu Powys yn archwilio sut i gynyddu'r ddarpariaeth yn y sir, heb ddychwelyd at y problemau o fod ar raddfa fach ac yn broffesiynol ynysig fu'n llesteirio'r gwasanaethau'n y gorffennol. Credir bod yr opsiynau'n cynnwys gostwng dibyniaeth ar ddarpariaeth cleifion preswyl, er enghraifft, gan ddatblygiadau tai â chymorth, a denu cleifion o Loegr i ganolfannau rhagoriaeth, ac felly'n cefnogi datblygiad gwasanaeth adferiad i bobl â chyd-forbidrwydd. Mae'r cynlluniau hyn yn weddol bell o gael eu gwireddu.

Mae'r ddarpariaeth gyfredol yn Sir Drefaldwyn yn ddibynnol ar wasanaeth sy'n cael ei gyflenwi gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr, ac mae hefyd yn cynnwys uned asesu dementia fach ynysig, ynghyd â gwasanaethau ychwanegol o Loegr. Dywedir bod y tîm datrys argyfwng yn cael trafferth i ymdopi â'r galw a bod yna restr aros hir am wasanaethau seicolegol. Teimlir na ddylai unedau cleifion preswyl aciwt fod ymhellach na 25 milltir i ffwrdd, ond mae llawer o gleifion yn dal i orfod teithio i Loegr. Mae meddygon teulu yn adrodd bod problemau sylweddol a pharhaus gyda'r lefel o gefnogaeth sydd ar gael i'w cleifion yn y gymuned, a gall hyn achosi mynediad araf a chymhleth at y gwasanaethau i gleifion mewn creisis. Mae'r materion hyn yn cael sylw brys.

Darperir y Gwasanaeth Iechyd Meddwl Plant a Glasoed gan ddimoddd bach wedi eu gwasgaru ar draws ardal eang. Yn y gorffennol, ceisiwyd gweithredu dull o fynd ati drwy rwydwaith Canolbarth a Gorllewin Cymru ond bu'n gryn ymdrech i gwrdd ag anghenion y boblogaeth wasgaredig.

Yng Ngheredigion mae un tim Iechyd Meddwl cymunedol a seiciatrydd ymgynghorol yn gwasanaethu'r boblogaeth o Aberaeron i Fachynlleth. Mae gwasanaethau dydd therapiwtig a gwasanaethau gofal sylfaenol Iechyd Meddwl wedi datblygu'n effeithiol.

Mae cael mynediad i adnoddau cleifion preswyl ar gyfer y tîm hwn bellach yn golygu defnyddio adnoddau yng Nghaerfyrddin ers i ward Afallon gau yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais yn 2012. Profodd diddymu'r adnoddau cleifion preswyl – a achoswyd gan lefelau staffio anniogel – i fod yn ddadleuol, a bu diddymu'r gwasanaeth yn gyflym yn achos i danseilio'r hyder yn nyfodol yr holl wasanaethau arbenigol ym Mronglais. Mae staff Ceredigion yn gwerthfawrogi'r adnoddau a'r gwasanaeth da sydd ar gael i gleifion preswyl yng Nghaerfyrddin, ond yn adrodd am anawsterau i dderbyn eu cleifion, amharodrwydd cleifion a theluoedd i deithio ac anawsterau trefnu cludiant amserol i gleifion yn cael eu cadw dan y Ddeddf Iechyd Meddwl. Achosodd yr olaf o'r rhain i gleifion gael eu cadw yn swyddfa'r heddlu yn Aberystwyth tra roedd cludiant yn cael ei drefnu.

Mae cael mynediad i uned anghysbell ar gyfer cleifion preswyl yn achosi anhawster gan fod gwelyau dan bwysau ac na ellir dylanwadu o hirbell ar y derbyniadau (e.e. penderfynu pwy ddylai gael ei ryddhau o'r ysbyty er mwyn derbyn claf o Geredigion). Teimlid bod presenoldeb gwelyau Iechyd Meddwl yng Ngheredigion yn wasanaeth gwerthfawr, yn arbennig i roi cefnogaeth i gleifion oedd angen dod i'r ysbyty am gyfnod byr o gymorth. Mae derbyniadau i Gaerfyrddin yn awr tua un neu ddau yr wythnos, y mae rhai'n teimlo sy'n llai nag sy'n briodol oherwydd y sialens logistaidd o gludo cleifion yno. Bu recriwtio staff meddygol yn anodd oherwydd y canfyddiad bod y gwasanaeth yn ynysig. Mae'n anodd darparu pob agwedd o'r ddarpariaeth o wasanaeth drwy gyfrwng y Gymraeg oherwydd y prinder cymharol o staff sy'n siarad Cymraeg.

Mae'r ddarpariaeth ar gyfer gwasanaethau dementia yng Ngheredigion wedi datblygu'n dda dros y blynyddoedd diweddar, yn arbennig yn y cyfnodau cynnar a chanolig o batrwm y cyflwr, gyda chlinig cofio yn Aberystwyth yn darparu help arbenigol hygyrch, a rôl cynyddol i'r trydydd sector. Ond erys bylchau sylweddol yn y gwasanaeth, yn arbennig i gleifion sydd â lefelau mwy difrifol o nam gwybyddol ac ymddygiad heriol. Mae angen adnoddau preswyl ychwanegol ar gyfer cleifion o'r fath.

5.7 YSBYTAI CYMUNED

Mae nifer o ysbytai cymuned yn gwasanaethu Canolbarth Cymru ac yn cynnig mathau amrywiol o ofal iechyd a gofal arall. Mae Atodiad 10 yn rhoi manylion y gwasanaethau sydd i'w cael yn yr ysbytai cymuned drwy Geredigion o fewn ardal Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda, ac y mae Atodiad 11 yn rhoi rhestr gyffelyb am Sir Feirionnydd o fewn ardal Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr. Mae yna le i gleifion preswyl yn y mwyafrif ohonyn – yn bennaf i gleifion hŷn, y gellir diwallu eu hangenion gofal ac adferiad, fel arfer am gyfnod byr, yn y sefydliadau hyn. Mae rhai hefyd yn cynnig ystod o wasanaethau cleifion allanol, diagnostig ac eraill (er enghraifft dialysis arenol) fel y gall cleifion sy'n byw o fewn cyrraedd i'r ysbyty cymuned dderbyn sawl agwedd o ofal a chynghor heb orfod teithio'n bellach i'r Ysbytai Cyffedinol Rhanbarth mawr.

Y Mhowys ei hun, mae'r Bwrdd Iechyd Lleol wedi defnyddio ystod o fentrau i geisio ymgorffori ysbytai cymuned o fewn ei adeiladwaith gofal iechyd ar lefel cymdogaeth. Mae'r adnoddau i'w cael yn Y Trallwng, Machynlleth, Y Drenewydd, Llanidloes, Trefyclo, Llandrindod, Llanfair-ym-Muallt, Bronllys, Aberhonddu ac Ysradgynlais. Mae Byrddau Iechyd cyfagos gydag adnoddau yn Nolgellau, Yr Wyddgrug a Thywyn a hefyd yn Aberaeron, Aberteifi a Thregaron. Fel cydrannau gofal diffiniedig, mae ysbytai cymuned yn cynnig:

- mannau lle gellir anfon cleifion sy'n gadael Ysbyty Cyffedinol Rhanbarth pan na fyddan nhw angen medrau triniaeth yr ysbyty honno, ond yn parhau i fod angen cyfnod o adferiad cyn mynd adref;
- modd y gall meddygon teulu ddarparu gofal i gleifion preswyl ar gyfer eu cleifion lle bo hynny'n addas – gan bontio sefyllfaoedd gofal sylfaenol/eilaidd;
- canolfan lle gall ymgynghorwyr ar ymweliad o ysbytai yng Nghymru a Lloegr ddarparu ymgynghoriadau i gleifion preswyl, gyda pheth llawdriniaethau dydd yn Aberhonddu a Llandrindod;
- canolfan lle gellir gweithredu rhai gwasanaethau diagnostig – pelydr-X mewn pum ysbyty ac endosgopi yn Aberhonddu a Llandrindod;
- adnodd lle gellir defnyddio nifer o agweddau teleofal;
- gwasanaeth mân anafiadau;
- cefnogaeth ar gyfer gofal lliniarol a diwedd oes; a
- chanolfan lle gellir cynllunio a darparu ar gyfer gofal iechyd a chymdeithasol (ac sydd eisoes yn cael eu trefnu ambell dro) ar y cyd.

Mae cryn ddadleuon wedi codi yn sgil y newidiadau diweddar i'r ysbytai bach yn Aberteifi a Blaenau Ffestiniog. Mae'r ddau Fwrdd Iechyd dan sylw ar hyn o bryd yn ceisio datblygu modelau gwasanaeth sydd heb fod yn cynnwys yr ysbytai bach oedd hyd yma wedi darparu gofal lleol gweladwy gydag ymddiriedaeth. Mae hi tu hwnt i amodau gorchwyl yr astudiaeth hon i archwilio a gwneud sylwadau am anghenion penodol y ddwy ardal hon. Fodd bynnag, nid oes fawr o amheuaeth nad ydy llawer o bobl sy'n byw yn yr ardaloedd hyn heb gael eu darbwyllo bod gan eu Bwrdd Iechyd gynllun derbyniol ar gyfer y dyfodol, ac maen nhw'n bryderus iawn bydd colli eu hysbyty hefyd yn golygu gostyngiad yn y gwasanaeth. Tanlinellwyd eu pryderon mewn pennod gynharach ar farn y cyhoedd. Cymhlethir mwy ar y

broblem gan y pwysau sy'n wynebu gofal sylfaenol yn yr ardaloedd hyn (gweler isod) sy'n pwysleisio cyddibyniaeth pob elfen o'r system gofal iechyd (a gofal cymdeithasol) yn yr cymunedau cymharol ynysig hyn.

Gwnaed cryn waith i egluro a rhesymoli rôl yr ysbytai cymuned a'u lleoli'n fwy eglur o fewn y broses darparu gofal. Mae tipyn o ffordd i fynd er mwyn sicrhau y gall ysbytai cymuned wneud cyfraniad effeithiol i batrwm gofal cydlynol. Dengys datblygu gwasanaeth aml-asiantaeth yn Llanfair-ym-Muallt, a chynlluniau ar gyfer gwasanaethau ar y cyd yn Nhregaron, beth ydy potensial gwasanaethau holistaidd ac effeithlon a'r hyn y gall adnoddau ar y cyd eu cefnogi.

Mae'n ymddangos ei bod yn eglur y bydd ysbytai cymuned yn parhau i fod yn adnodd pwysig sy'n pontio gofal iechyd sylfaenol ac eilaidd a sefydliadau gofal iechyd a chymdeithasol wrth i bwysau ariannol a gwasanaethu gyfeirio cyrff cyhoeddus i geisio rhagor o ddulliau cydweithredu i gael y gorau o'r adnoddau (sy'n hygyrch yn lleol). Mae Byrddau Iechyd yng Nghanolbarth Cymru yn chwilio am gyfleoedd i ychwanegu gwasanaethau iechyd y gellir cael mynediad corfforol neu o hirbell iddyn nhw at safleoedd yr ysbytai cymuned fel un dull o leihau'r teimlad o fod yn gymharol ynysig sy'n bodoli mewn cymunedau gwledig. Wrth i lwybrau gofal ar gyfer pobl sy'n cael eu taro'n wael yn sydyn, neu gael eu hanafu, gael eu mireinio yn y dyfodol, efallai bydd angen ail-ddiffinio'r disgwyliadau osodir wedi hynny ar rai neu lawer o ysbytai cymuned ar gyfer y llwybrau hyn.

5.8 GOFAL SYLFAENOL A CHYMUNEDOL

Mae cryn wahaniaeth ynglŷn ag amgylchiadau practisau meddygon teulu ar draws Canolbarth Cymru, yn ogystal â'r farn am y dyfodol. Fodd bynnag, sylwodd WIHSC ar y pryder eang a dwfn am y dyfodol, wedi eu gyplysu yn yr achosion gwaethaf â theimlad o anobaith, wrth i gyfres o broblemau cymhleth ac anhydrin barhau i fod heb eu datrys. Mae practisau meddygon teulu wedi eu dosrannu'n dda ar draws Canolbarth Cymru, gan fasio dosbarthiad y trigolion. Mae 19.75 meddyg teulu Cyfwerth ag Amser Cyflawn ym Meirionnydd; gwelir dosbarthiad meddygon teulu ym Mhowys yn Nhablau E5.6 ac E5.7.

Mae graddfeydd ymgynghoriadau mewn practis cyffredinol ar draws Cymru wedi cynyddu'n gyson dros lawer blwyddyn, wrth i faich afiechydon newid, a bod mwy o ofal yn cael ei ddarparu mewn sefyllfaoedd cymunedol. Dyd y hyn ddim bob amser wedi ei fasio gyda nifer cyfatebol o staff ychwanegol cyfwerth ag amser llawn ac adnoddau eraill, gyda'r canlyniad bod staff yn gweithio'n galetach ac am fwy o amser, neu'n gynyddol yn dewis gweithio'n rhan amser.

TABL E5.6 · NIFER Y MEDDYGON TEULU (GPs) A PHRACTISAU, CEREDIGION

Ffynhonnell: Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda – Awst 2014

Ardal y Meddygfeydd Teulu (Practisau)	Nifer Practisau	Nifer y Contractau [#]	Nifer y Contractwyr
Gogledd Ceredigion	8	8	24
De Ceredigion a Theifi*	7	8	29
CEREDIGION	15	16	53
CYFANSWM HYWEL DDA	55	61	217

[#] Mae gan rai practisau fwy nag un contract gyda'r Bwrdd Iechyd Prifysgol oherwydd cyfuno a thrawsfeddiannu (mergers & takeovers).

* Cyfunodd 2 bractis yn yr ardal hon, ystyrir nhw bellach fel 1 practis ar ôl Ebrill 1af, 2014.

TABL E5.7 · PRACTISAU CYFFREDINOL AC YMARFERWYR, POWYS

Ffynhonnell: Bwrdd Iechyd Addysgu Powys, Gorffennaf 2014

Practisau Meddygfeydd Teulu	Nifer y meddygon partner	Nifer o feddygon cyflogedig	CYFANSWM
Aberhonddu	10	3	13
Ystradgynlais	7	3	10
Haygarth (Y Gelli Gandryll a Thalgarth)	6	2	8
Crucywel	7	-	7
Llandrindod	8	-	8
Llafair-ym-Muallt	4	-	4
Trefyclo	2	1	3
Rhaeadr	1	-	1
Llanandras	3	-	3
CYFANSWM BRYCHEINIOG A MAESYFED	48	9	57
Y Drenewydd	7	-	7
Y Trallwng	7	1	8
Llanfyllin	8	-	8
Llanidloes	5	-	5
Trefaldwyn	4	-	4
Llanfair Caereinion	5	-	5
Machynlleth	2	-	2
Glantwymyn	3	-	3
CYFANSWM SIR DREFALDWYN	41	1	42
CYFANSWM POWYS	89	10	99

Gyda'r cefndir hwn, y sialens y cyfeiriwyd ati amlaf yng Nghanolbarth Cymru oedd yr anallu i recriwtio partneriaid meddygfeydd wrth i'r meddygon teulu cyfredol ymddeol – ni ddenwyd yr un cais am y pum swydd wag ddiweddaraf ar gyfer partneriaid. Roedd swyddi'n cael eu llanw mewn amrywiaeth o ddulliau dros dro, ond teimlid bod hyn yn is-optimaidd ac heb fod yn gynaliadwy.

Mae cyfran sylweddol o'r meddygon teulu, a staff eraill fel nyrsys meddygfeydd, yn debygol o ymddeol yn y blynyddoedd nesaf. Mae'r Byrddau Iechyd wedi cyfrifo effaith posibl proffil oedran y staff mewn gwahanol ffyrdd. Yng Ngogledd Ceredigion, er enghraifft, mae'n bosibl y bydd tuag un o bob chwech o'r meddygon teulu cyfredol yn dymuno ymddeol yn y tair blynedd nesaf, ynghyd â thros draean o'r nyrsys practis (Tabl E5.8); ym Meirionnydd, efallai bydd traean o'r staff meddygol wedi cyrraedd oedran ymddeol erbyn 2020. (Tabl E5.9).

Mae'r amcangyfrifon hyn yn gynhenus broblemus, ond yn fodd o ddangos maint yr her.

Y gwir achos ddyfynwyd amlaf am yr anawsterau recriwtio, yn y dystiolaeth a dderbyniwyd gan yr astudiaeth, oedd rhai ariannol - rhagwelid byddai diddymu Gwarant Isafswm Incwm Practis (MPIG) yn gostwng 15% ar incwm y practisau oedd yn cael eu heffeithio dros y saith mlynedd nesaf, a byddai'n gwneud y practisau'n anhyfyw, am fod cyn lleied o gyfleoedd incwm eraill i'w cael mewn ardaloedd

TABL E5.8 · GRADDFEYDD YMDDEOL DICHONOL MEDDYGON TEULU (GPs) CYFWERTH AG AMSER LLAWN (WTE) A NYRSYS PRACTIS (PNs), CEREDIGION

Ffynhonnell: Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda – Awst 2014

Ardaloedd y meddygon teulu	Data wedi ei gyflwyno																	
	Meddygon teulu (WTE)	Tebygol o Ymddeol								Nyrsys Practis (WTE)	Tebygol o Ymddeol							
		≤ 1bl		1 - 3 bl		3-5bl		CYF.			≤ 1bl		1 - 3 bl		3-5bl		CYF.	
		n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%
Gogledd Ceredigion	16.9	1.55	9.2	1.2	7.1	0	0.0	2.75	16.3	7.6	0	0.0	3	39.5	2.2	28.9	5.2	68.4
De Ceredigion a Theifi	21.25	1.7	8.0	1.75	8.2	5	23.5	8.45	39.8	10	0.9	9.0	2.4	24.0	0.4	4.0	3.7	37.0
Cyfanswm HYWEL DDA	168.75	8.6	5.1	14.6	8.7	26.0	15.4	11.2	29.2	77.7	3.3	4.2	9.98	12.8	9.93	12.8	8.9	29.9

TABL E5.9 · RHAGDYBIAETH O YMDDEOLIAD CYFWERTH AG AMSER LLAWN FESUL GRŴP STAFF A BLWYDDYN, MEIRIONNYDD

Ffynhonnell: Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr

Blwyddyn	Cyfwerth ag Amser Llawn (FTEs) - y rhai'n cyrraedd oedran Rhagdybiedig Ymddeol		% o'r gweithlu'n cyrraedd oedran rhagdybiedig ymddeol
	Meddygol a Deintyddol	Nyrsys a Bydwagedd cofrestredig	
2014	-	16.88	27.81%
2015	0.43	17.55	29.63%
2016	0.57	24.03	40.55%
2017	0.57	26.99	45.42%
2018	0.57	33.79	56.63%
2019	0.76	39.49	66.32%
2020	0.94	41.29	69.59%

gwledig. Disgrifwyd strategaeth ymdopi pesimistaidd, lle roedd practisau'n systematig yn rhoi'r gorau i ddarparu gwasanaethau nad oedden nhw'n cael eu talu amdany'n nhw dros y blynyddoedd nesaf, gan achosi dirywiad difrifol yn yr ansawdd a'r modd cynhwysfawr o ddarparu gwasanaeth a rhoi straen anghynaliadwy ar rannau eraill o'r system gofal iechyd. Roedd nifer o resymau eraill yn berthnasol. Roedd rhain yn cynnwys:

- anawsterau i lenwi swyddi dan hyfforddiant mewn mannau gwledig, er gwaethaf ymdrechion mynych i dargedu recriwtio a datblygu pecynnau hyfforddi mwy deniadol;
- problemau recriwtio gyda gofal sylfaenol yn fwy cyffredinol, gan gynnwys nyrsys practis a nyrsys ardal;
- 'doedd y cytundeb GMS traddodiadol, er yn ddeniadol i'r genhedlaeth hŷn, ddim yn plesio llawer o feddygon iau, oedd yn llai bodlon i ymrwymo i bartneriaeth seiliedig ar ecwiti; a
- diffygion yn ystâd y gofal sylfaenol, yn cynnwys gormod o adeiladau bychain a phrinder cyfalaf i gywiro'r broblem.

Dywedwyd wrth WIHSC nad oes unrhyw gynllun cynhwysfawr wedi ei ffurfio mewn ymateb i'r heriau sy'n wynebu practis cyffredinol yng Nghanolbarth Cymru. Yn lleol, mae amrywiaeth o syniadau wedi dod i'r amlwg o'r astudiaeth, a'r rhan fwyaf ohonyn nhw â'r potensial i wella agweddau o'r broblem mewn rhai ardaloedd, a llawer ohonyn nhw'n cael eu hystyried ar hyn o bryd. Er mwyn iddyn nhw fod yn hawdd i'w deall, rydyn ni wedi eu grwpio yma dan saith pennawd:

1. DATBLYGU GWASANAETHAU CYFLENWOL

Mae llawer enghraifft lle gall elfennau o'r system gofal iechyd naill ai wella y baich gwaith mewn practis cyffredinol – neu, i'r gwrthwyneb, ychwanegu ato – a lle gall Byrddau Iechyd chwarae rôl i ail-gydbwysu gweithgaredd yr holl system i ysgafnhau'r baich ar bractis cyffredinol. Mae'r mwyafrif yn golygu gwelliant yn ansawdd y gofal:

- Gofal diwedd oes – mae Canolbarth Cymru wedi ei effeithio drwy iddyn nhw golli peth capasiti hospis a chartrefi nyrsio, sydd nid yn unig wedi achosi salach gwasanaeth i rai cleifion, ond hefyd wedi cynyddu'r baich gwaith i bractis cyffredinol;
- Nyrsio arbenigol – gall asesiadau a brysbennu gan nyrsys mewn practis olygu defnydd mwy priodol o amser meddygon teulu, a dydy cyfraniad dichonol i feysydd megis rheoli cyflyrau cronig ddim wedi eu defnyddio'n llawn hyd yma;
- Mae baich gwaith Nyrsys Ardal yn sylweddol, sy'n gadael fawr ddim lle i ddatblygu rolau nyrsio allai fod yn gwella gofal cleifion a lleihau'r defnydd amhriodol o feddygon teulu;
- Darpariaeth iechyd meddwl – ar hyn o bryd mae'r anawsterau i gael mynediad i wasanaethau iechyd meddwl arbenigol yng Ngogledd Powys yn rhai difrifol, maen nhw'n arwain i ddefnydd amhriodol o amser y meddygon teulu; mae gan fynediad amserol gwell i gwrsela a seicotherapi y potensial i wella gofal cleifion a gostwng lefel y gweithgaredd mewn practis cyffredinol;
- Gwasanaethau allgyrraedd ymgynghorol – mae gan fynediad uniongyrchol i rai gwasanaethau ymgynghorol a chlinigau ar y cyd yn adeiladau'r meddygfeydd y potensial o allu gwella'r patrymau trinaeth a chyfeirio, ac i wella ansawdd y gofal sydd ar gael; a
- Fferylliaeth gymunedol – byddi datblygu pellach ar y gwasanaethau megis mân anhwylderau ac adolygu meddyginiaethau yn gwella mynediad ac ansawdd, tra hefyd yn lleihau mewnbwn meddygon teulu.

Mae pob un o'r tri Bwrdd Iechyd wedi nodi llawer o enghreifftiau lle mae gwasanaethau o'r fath wedi gwella dros y blynyddoedd diweddar. Dadleuodd eraill, gan gynnwys Cyngor Iechyd Cymuned Hywel Dda a llawer o feddygon teulu, nad oedd ehangu o'r fath wedi cydgerdded gyda throsglwyddiad y gofal i'r cymunedau.

Mae yna hefyd gryn anghysondeb yn y ddarpariaeth o rai o'r gwasanaethau hyn ar draws Canolbarth Cymru. Cyflwynwyd tystiolaeth i'r astudiaeth, er enghraifft, am osteoporosis – lle nad ydy gwasanaeth ardderchog wedi ei leoli yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais ddim yn gwasanaethu dwyrain Canolbarth Cymru – ac am y parllys ymledol – nid oes yr un nyrs wedi'i neilltuo'n benodol ar gyfer MS ym Mhowys.

2. CREADIGRWYDD MEWN MODELAU NEWYDD

Gellir cyflwyno llawer o'r datblygiadau hyn yn llwyddiannus gan bractis unigol, ond caiff eraill fantais drwy greadigrwydd ar y cyd a pheth help i'w gweithredu. Mae gan Fyrddau Iechyd, drwy wneud defnydd o'r clystyrau lleol sy'n datblygu, rôl bwysig i'w chwarae yma i ddod a'r gwahanol adnoddau ynghyd ar gyfer gwaith dadansoddi a datblygu, a thrwy ddarparu cymorth materol (er enghraifft drwy helpu i drefnu cyfleoedd datblygu staff a'r galw am staff llanw absenoldeb ddaw yn sgil hynny). Mae sgôp mewn manau lle ffurfiwyd rhwydweithiau lleol i'r rhain fod yn barnu beth ydy'r anghenion a sut y gellid cwrdd â'r anghenion hynny. Hefyd, gellid ymestyn y datblygiadau sydd wedi digwydd yn y clystyrau hyn (er enghraifft gyda dementia, llesgedd a chwymp). Mae'n hanfodol bod y cyfan o'r modelau newydd hyn yn cynnwys yr holl wasanaethau y mae pobl yn dibynnu arnyn nhw, yn arbennig y rhai oddi wrth lywodraeth leol, y trydydd sector a'r sector annibynnol a'r GIG.

Roedd yna farn y byddai'n anodd gofyn i feddygon teulu wneud gwaith gofal eilaidd – yn rhannol oherwydd bod cynorthwyrwyr clinigol yn cael eu talu'n rhy isel, ac yn rhannol am nad oedd digon o feddygon teulu ar gael. Fodd bynnag, yr oedd cefnogaeth dros ddatblygu mwy ar rôl y 'meddygon teulu gyda diddordebau arbennig' fyddai, er yn ddrud, yn briodol pe bydden nhw'n cael eu defnyddio'n wirioneddol i gau'r bwlch rhwng gofal sylfaenol ac eilaidd.

3. RHANNU SWYDDOGAETHAU

Gall practisau bach gael trafferth i gynnal màs critigol o staff cynorthwyol. Mae yna eisoes rai esiamplau o bractisau cyfagos yn rhannu adnoddau nyrsio ac adnoddau eraill. Mae yna hefyd sgôp i ddatblygu ystâd y gofal iechyd, fel gall yr adeiladau ar gyfer staff gofal sylfaenol gael eu cydleoli gyda gwasanaethau eraill.

4. CYMORTH BUSNES

Gall practisau bychain hefyd gael trafferth i ymdopi â sialensau sicrhau 'dilyniant busnes'. Gall Byrddau Iechyd a chlystyrau help, er enghraifft drwy ddarparu meddygon teulu ar gyfer practisau sydd dan straen arbennig a helpu practisau i gynnig am y gwaith o ddarparu hyfforddiant lleol ar gyfer meddygon teulu (er enghraifft, drwy alluogi meddygon teulu i gael amser i hyfforddi meddygon iau). Gall Byrddau Iechyd a phractisau hefyd rannu risg yn fwy effeithlon – er enghraifft drwy drefnu staff llanw locwm a chwrdd â phenllanw'n y galw. Mynegwyd pryder, yn arbennig ym Mhowys, bod rhaid i feddygon teulu sy'n dymuno gweithio fel locwm yn Lloegr a Chymru orfod mynd drwy broses weinyddol gwbl ar wahân yn y ddwy wlad. Yn ôl yr hanesion, roedd rhai meddygon teulu wedi peidio â chofrestru ar gyfer gweithio yng Nghymru, lle roedd llai o gyfle ar gyfer cael gwaith.

5. MODELAU TREFNIADAETH NEWYDD

Mae rhinweddau pob un o'r partneriaethau ecwiti, cyflogaeth (gan feddygon teulu eraill neu'r Bwrdd Iechyd), sefydliadau cydweithredol neu fodelau trefniadaeth eraill ym maes gofal sylfaenol yn destun dadlau, ac nid oes unrhyw fodel yn cael cefnogaeth unfrydol. Hyd yma, dydy hi ddim yn ymddangos bod llawer o feddwl wedi ei roi i ddewisiadau amgen i'r partneriaethau practis cyffredinol sy'n rhagori.

6. CYMORTH ARIANNOL

Fel sydd wedi ei egluro uchod, bu diddymu MPIG yn bwnc dadleuol i'r practisau oedd wedi eu heffeithio gan hyn. Mynegwyd dadleuon cryf yn erbyn yr hyn oedd yn cael ei ystyried fel ei fgythyriad i bractis cyffredinol.

7. CYNALIADWYEDD

Adroddod llawer o feddygon teulu a staff gofal sylfaenol eraill ei bod yn anodd cynllunio dulliau o drefnu

a darparu gofal pan oedd cymaint o ansicrwydd am ddyfodol modelau gofal lleol, a'r ariannu a'r staffio. Byddai mwy o sicrwydd am y dyfodol yn cael ei groesawu. Caiff y mater hwn ei drafod yn yr adran nesaf.

Er bod Practis Cyffredinol ar flaen y gad o ran ystyriaethau cynaliadwyedd gofal sylfaenol, mae heriau sylweddol hefyd yn wynebu elfennau eraill o'r gwasanaeth. Mae'r Coleg Nyrsio Brenhinol wedi dweud yn eu tystiolaeth i'r astudiaeth, er enghraifft, bod 27% o nyrsys cymuned y GIG yn y DU dros 50 oed ac y byddan nhw wedi ymddeol o fewn 10 mlynedd, tra bod colli'r gwasanaethau ym Mronglais yn ymddangos fel pe byddai wedi lleihau'r gronfa o nyrsys a'u lefel cyffredinol o sgiliau a phrofiad'. Awgryma'r RCN y gallai telefeddygaeth chwarae fwy o rôl i ddatrys rhai o'r heriau teithio yn yr ardal, cyn belled â'i fod wedi ei gefnogi gyda hyfforddiant priodol ond heb fod yn symud diffyg adnoddau posibl o un ardal angen i un arall. Maen nhw hefyd yn cefnogi gweithrediad effeithiol o ofal integreiddiedig.

6. EGLURDER A SICRWYDD

Un o'r pryderon mwyaf pwerus a'r un mwyaf cyffredin a fynegwyd i'r tîm gan glinigwyr a lleygwyr fel ei gilydd oedd am yr effaith gwanychol o gael ansicrwydd hirfaith am ddyfodol elfennau allweddol darpariaeth gwasanaethau. Mynegwyd hyn ar ei gadarnaf ynglŷn â Bronglais, lle cofnododd pobl eu canfyddiad bod y Bwrdd Iechyd yn dymuno 'rhedeg yr ysbyty i lawr' dros lawer o flynyddoedd. Yn eu tystiolaeth, dywedodd Cyngor Iechyd Cymuned Hywel Dda fod Ysbyty Cyffredinol Bronglais wedi cael ei 'ddatgymalu'n gynyddol' dros nifer o flynyddoedd. Mae llawer wedi nodi enghreifftiau niferus o newidiadau gwirioneddol a honedig oedd yn raddol yn cael yr effaith o leihau gallu'r ysbyty i ymdopi â'r amrediad llawn o wasanaethau ysbyty cyffredinol rhanbarth. Teimlai llawer fod arddull y Bwrdd Iechyd wedi bod yn gelwyddog. Roedden nhw'n ystyried ei strategaeth (anysgrifenedig) fel un oedd am leihau ei orwariant a chwrdd â gofynion y cymunedau i'r de o Geredigion drwy naddu adnoddau ('salami slicing') Bronglais, tra'n cyfiawnhau'r dull drwy ddadleuon annyls am ddiogelwch, ansawdd neu ofynion staff.

Gwadodd y Bwrdd Iechyd hyn yn gryf iawn. Fe nodwyd nifer o ddatblygiadau cyfalaf a refeniw yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais a Gogledd Ceredigion yn gyffredinol dros y blynyddoedd diweddar oedd yn dystiolaeth o'u hymdrechion i fynd i'r afael â heriau gwirioneddol i ansawdd a chynaliadwyedd y gwasanaethau, ac adroddwyd bod nifer o'r 'bygythiadau' i Fronglais yn seiliedig ar honiadau wedi eu gorliwio neu rai anghywir. Eu bwriad oedd yn syml sicrhau bod y gwasanaethau roedden nhw'n ei ddarparu yn ddiogel, o ansawdd dda ac yn gynaliadwy.

Beth bynnag fo rhinweddau'r pwyntiau unigol cynhennus, nid oes amheuaeth bod y pryderon cyson am ddyfodol y ddarpariaeth gwasanaeth yn achosi niwed. Mae'r diffyg dros gryn flynyddoedd o beidio cael unrhyw weledigaeth eglur a chynhwysfawr am yr ysbyty gan y Bwrdd Iechyd wedi caniatáu i ofnau ac amheuon ehangu a gwreiddio.

Fel llawer o sefydliadau cymhleth eraill, dibynna ysbytai, practisau meddygon teulu a gwasanaethau cymunedol ar gael eglurder am eu rôl a'i diben a pheth sicrwydd am eu dyfodol. Os mynegir pryderon yn fynych am eu gwytnwch neu briodoldeb gwasanaethau arbennig, yna mae'r rhai sy'n gweithio i wasanaethau o'r fath yn teimlo'r angen i chwilio am swyddi mwy sicr yn rhywle arall.

Dydy'r ysbytai sy'n cael eu hystyried â phroblemau recriwtio neu gadw staff ddim ond yn ddeniadol i is-grŵp dethol o ddoctoriaid a nyrsys sy'n fodlon gweithio dan y fath amgylchiadau. Mae'r pryderon, nid yn unig yn rhai am y buddiannau ariannol personol arferol, ond hefyd yn bryderon am foddhad proffesiynol – darparu gofal da i gleifion, cyd-weithio â rhai cefnogol a blaengar a sicrhau cydbwysedd rhesymol rhwng gwaith clinigol sy'n hawlio'ch oriau a chael gyda'ch teulu ac i hamddena.

Dydy sicrwydd ddim yn ymwneud yn unig ynglŷn ag ystyriaeth fydd ysbyty neu bractis yn bodoli ymhen ychydig flynyddoedd. Mae hefyd yn ymwneud â systemau gofal clir a dibynadwy ar gyfer gwahanol

fathau o gleifion. Mae gwasanaethau clinigol sy'n gweithredu dros rannau o'r flwyddyn, neu sy'n dibynnu ar gadwyn o staff locwm neu asiantaeth neu dros-dro, neu sy'n newid pwy sydd i gael y gofal, ac ymhle a pha bryd, fel arfer yn rhai llai atyniadol i staff sy'n bwriadu ymrwymo dros gyfnod hir i gyflogwr, lleoliad neu wasanaethau.

F. CASGLIADAU

1. CALON Y MATER

Mae Gofal Iechyd yng Nghanolbarth Cymru yn llawn paradocs. Er enghraifft, gall pobl fan hyn brofi cryn drafferth i gael gafael ar ofal iechyd, oherwydd pellter a'r isadeiledd tenau o ran cludiant - ond er hynny mae iechyd y boblogaeth yn gymharol dda, mewn cymhariaeth â'r rhan fwyaf o Gymru. Mae'r gwasanaethau wedi cynyddu'n ddirfawr dros y degawdau diweddar - er enghraifft, yn niwedd y 1980'au, roedd 21 ymgyngorydd ar staff Ysbyty Cyffredinol Bronglais: bellach mae 50 - ac y mae cryn ofid cyhoeddus am ddyfodol y ddarpariaeth gofal, a gwir ofn real mewn llawer cwr bod rhai gwasanaethau hanfodol dan fygythiad buan. Ac y mae rhai agweddau o ddarpariaeth gofal yn anodd mewn mannau anghysbell, lle mae cydweithwyr arbenigol yn brin o ran nifer ac yn aml filltiroedd i ffwrdd - ond eto mae gofal a deilliannau Canolbarth Cymru yn aml yn matsio neu'n well na'r ddarpariaeth mewn mannau sydd i fod yn rhai "haws".

Mae Canolbarth Cymru felly'n creu casgliad anarferol o gyfleoedd a heriau i'r rhai sy'n ceisio cynllunio gofal da, cynaliadwy ar gyfer y dyfodol. Tra'n rhoi ystyriaeth lawn i'r cyfyngiadau a'r pwysau ehangach sydd ar y GIG yng Nghymru, a'i gyd-ddibyniaethau, mae angen i'r gwasanaethau fan hyn gael eu hystyried o'r dechrau, a pheidio a chael eu ffurfio i ffitio model wedi ei chynllunio ar gyfer eraill.

Yn ymarferol, bu hyn yn anodd. Mae'r ddarpariaeth gofal iechyd yn y rhan hon o Gymru wedi tyfu i fod yn gynhennus iawn. Ond yn ddi-ddorol, yr hyn sydd wedi creu argraff arnom ydy'r hyn sy'n gwneud pobl yn unedig yn hytrach na rhanedig. Mae pawb siaradodd â ni yn derbyn y bydd y dyfodol wedi ei ddiffinio gan y pedwar dimensiwn yn ein hamodau gorchwyl - hygyrchedd, ansawdd, diogelwch a chynaliadwyedd y ddarpariaeth.

Felly, mae'r gwahaniaeth yn y persbectif ynglŷn â'r modd, nid yr amcanion. **Trafodaeth ydy dyfodol y ddarpariaeth yng Nghanolbarth Cymru ynglŷn â 'Sut' - sut ydyn ni'n sicrhau'r math o wasanaeth rydyn ni oll yn cytuno sy'n ddymunol.** Cafodd hyn yn aml ei gymylu yn y gorffennol gan gymhlethdod a chydberthnasedd llwyr y problemau, gan wybodaeth annigonol neu oedd wedi ei rannu'n wael, ac yn llawer rhy aml gan ddrwgdybiaeth a diffyg hyder.

Nid ni ydy'r rhai cyntaf i ystyried sut y gellid cwrdd orau ag anghenion gofal iechyd pobl Canolbarth Cymru, ac y mae'r astudiaeth hon wedi adeiladu ar fyfyrddodau ystod eang o bobl broffesiynol gofal iechyd, lleygwyr, rheolwyr a chynllunwyr ac eraill sydd wedi byw realiti ddarpariaeth y gwasanaethau yn y fan hon drwy gydol eu bywydau proffesiynol. Nid darparu 'cynllun' na gwneud penderfyniadau am y dyfodol oedd ein briff ni - mae'r ddau faes hynny'n gyfrifoldebau statudol y tri Bwrdd Iechyd a'r cyrff GIG eraill sy'n gyfrifol am y rhan hon o Gymru. Yn hytrach, gofynnwyd i ni gynnig 'sail gadarn i ddatblygu dull cadarnach o fynd ati i gyd-gynllunio gwasanaethau iechyd yn yr ardal hon'.

Yn y Casgliadau hyn, felly, rydyn ni'n mynd i'r afael ag agweddau o'r cwestiwn 'Sut', agweddau yr ydyn ni o'r farn sy'n galon y mater. Nid cynllun cynhwysfawr ydy hwn, ond cychwyn un. Gyda'r fantais fawr o edrych ar bethau gyda gwrthrychedd rhywun sydd o'r tu allan, rydyn ni wedi ceisio amlinellu i'r holl ddarlennwyr ble rydyn ni'n meddwl y gallai gwaith pellach gan bob parti fod â photensial i ddatrys rhai o'r problemau mwyaf pigog. Mae'r bennod hon, felly, wedi ei rhannu'n saith rhan, sef:

1. Gwasanaethau sylfaenol a chymunedol
2. Gwasanaethau gofal eilaidd
3. Staffio gofal eilaidd
4. Gwella mynediad

5. Gwasanaethau iechyd meddwl
6. Achos i newid ddigwydd
7. Y camau nesaf

Caiff y gwasanaethau Iechyd Meddwl eu trafod ar wahân yma gan fod nifer o heriau nodedig wrth eu cyflenwi. Mae'r rhaniadau rhwng y sylfaenol/cymunedol, yr eilaidd a'r trydyddol yn tyfu'n anacronistaidd. Ar draws Canolbarth Cymru, er enghraifft, mae eisoes lawer enghraifft o ofal arbenigol, 'eilaidd' yn cael ei ddarparu yn y gymuned, yn aml gan nyrsys ac eraill gyda lefel uchel o arbenigedd, a hefyd gan feddygon teulu. Mae gwasanaethau geni dan arweiniad bydwragedd ym Mhowys yn enghreifftiau gwych o'r modd y gellir dod â'r gofal arbenigol a chyffredinol ynghyd ar gyfer merched, gan gyfuno diogelwch gyda dewis a gofal nes adref, mewn model sy'n siwtio ardaloedd gwledig yn dda. Yn y dyfodol agos, bydd gwelliannau technolegol, megis e-ymgyngoriadau, monitro o hirbell, teleradioleg a hyd yn oed 'e-ICUs' (e-unedau gofal dwys), yn cynnig cyfleoedd newydd i ail-ystyried y rhaniadau rhwng yr eilaidd a'r trydyddol. Mae ein casgliadau wedi eu gwreiddio yn y dyfodol tymor byr-i-ganolig, er mwyn adlewyrchu disyfydrwydd yr heriau sy'n wynebu gofal iechyd yng Nghanolbarth Cymru, ond maen nhw hefyd yn gyson a'r newidiadau hirdymor, seismig hyn sydd eisoes yn ail-ffurfio gofal iechyd ym mhobman.

I grynhoi:

- Mae gofal Sylfaenol yng Nghanolbarth Cymru eisoes yn wynebu heriau difrifol, a gallai waethygu heb gyfuniad o weithredu lleol a chenedlaethol
- Dylai Ysbyty Cyffredinol Bronglais barhau yn ganolfan allweddol ar gyfer gofal eilaidd cyhyd ag y gellir rhagweld, ond mae angen newidiadau sylweddol yn y dulliau o weithio
- Gall Byrddau Iechyd wneud mwy i leihau effeithiau teithio ar gleifion
- Mae angen arweiniad o'r newydd nawr, gan ddod â'r tri Bwrdd Iechyd ac eraill ynghyd, er mwyn gyrru'r set o newidiadau cymhleth hyn yn eu blaenau, ac er mwyn adfer hyder y cyhoedd yn nyfodol y gwasanaethau

2. GWASANAETHAU SYLFAENOL A CHYMUNEDOL

Yn galonogol, mae lefel uchel o gonsensws ar draws Canolbarth Cymru am y rôl y dylai'r gwasanaethau sylfaenol a chymunedol ei chwarae o fewn y system gofal iechyd yn gyfan, sy'n tanatgu cynlluniau'r tri Bwrdd Iechyd ac yn cytuno â'r meddylfryd mewn gwledydd eraill. Ond y mae pryder sylweddol ac eang am y dyfodol: am y modd y gellir darparu'r weledigaeth ddeniadol hon a hefyd, yn nes na hynny, am y modd y gellir cynnal y gwasanaethau cyfredol. Rhennir llawer o'r pryderon hyn gydag ardaloedd eraill yng Nghymru, ond mewn llawer i ffordd maen nhw'n fwy difrifol yng Nghanolbarth Cymru.

Mae'r weledigaeth ar gyfer y dyfodol yn cychwyn gyda'r angen i system gofal iechyd wneud rhagor i helpu pobl i gynnal eu hiechyd a lles yn eu cartrefi. Bydd y gwasanaethau sylfaenol a chymunedol ar flaen y gad gyda hyn, yn darparu llawer mwy o gefnogaeth nag y maen nhw'n ei roi ar hyn o bryd, gyda thimoedd clinigol estynedig a mwy amrywiol, yn cydlynu a chyfeirio gofal yn hytrach na dim ond 'porthgadw'. Bydd hyn yn lleihau amrywiaethau di-eglhurhad a diangen mewn arferion, ynghyd â dulliau mwy systematig o fynd ati i wella ansawdd a mesur deilliannau, gyda llawer rhagor o rym yn cael ei roi i'r dinesydd yn y broses o ofalu ac yn ei gynllunio. Yn y broses o wireddu hyn, bydd y ffiniau rhwng gofal sylfaenol ac eilaidd yn cael ei ailfeddwl i sicrhau bod pobl sydd â chyflyrau lluosog a chronig yn cael

cefnogaeth i gyflawni'r deilliannau maen nhw'n ei ddeisyfu. Bydd angen addasu'r weledigaeth hon i ffitio anghenion cymunedau gwledig ac anghysbell, lle mae wedi bod yn arferiad i ateb ystod ehangach o anghenion gyda chefnogaeth arbenigol gyfyngedig, ond mae'r pethau sylfaenol yn parhau i fod yn berthnasol.

Yr her fydd gwireddu'r weledigaeth. Mae llawer o gynnydd wedi ei wneud ar draws Canolbarth Cymru, ac y mae cynlluniau arloesol yn dal i aros i gael eu gwireddu. Er enghraifft, mae gofal ar gyfer pobl hŷn llesg, rhwystro cwympiadau, canfod a chefnogi pobl â dementia, mynediad at nyrsys arbenigol a chlinigwyr eraill yn y gymuned, a threfniadau rhyddhau cleifion ar gyfer pobl ag anghenion cymhleth, i gyd wedi gwella yn y blynyddoedd diweddar. Mae pob practis meddyg teulu wedi gwella'r amrediad o wasanaethau maen nhw'n ei gynnig. Mae datblygiadau diweddar i ddarparu adnodd gofal iechyd a gofal cymdeithasol integreiddiedig yn Llanfair-ym-Muallt yn enghraifft gadarn arall o gynnydd tua'r weledigaeth, ac y mae cynlluniau eraill (yn Nhregaron, er enghraifft) sy'n arddangos bwriadau cyffelyb.

Ond y mae pryder - yng Nghanolbarth Cymru, fel manau eraill - am arafwch y datblygiadau hyn. Mae gofal sylfaenol a chymunedol yn cychwyn o sefyllfa o danfuddsoddi cymharol ac y mae anghenion y boblogaeth ar gynnydd yn flynyddol. Mae'r gofynion ar y gofal eilaidd yn ei gwneud yn anodd iawn i drosglwyddo adnoddau i'r gymuned.

Hefyd, mae problem ddifrifol a mwy dybryd yn wynebu llawer o'r gofal sylfaenol yng Nghanolbarth Cymru. Mae tystiolaeth ddiymwared bod practisau meddygol, o leiaf yn eu ffurf bresennol, wedi methu a denu'r staff sydd ei angen i olynu'r rhai sy'n ymddeol, a does dim rhagolygon bod hyn am newid yn ddi-oed. Eisoed, mae hyn wedi golygu pwysau sylweddol ar y practisau sydd wedi colli meddygon teulu ac sydd nawr yn gorfod gwneud trefniadau dros dro i lanw'r bylchau. Mae'n cyfyngu ar allu'r gofal sylfaenol i gefnogi rhannau eraill o'r system. Awgryma rhagolygon tymor byr i ganolig y bydd y sefyllfa hon yn gwaethygu, gan effeithio ar y rhan fwyaf o bractisau Canolbarth Cymru, gan gyrraedd pwynt lle na ellir cynnal y gwasanaethau cyfredol. Gallai hyn hyd yn oed olygu bydd practisau'n cwtogi gan ddarparu dim ond y gwasanaethau mae 'na ddyletswydd gytundebol arnyn nhw i'w cyflenwi, a gosod rhagor o straen ar bob agwedd o'r system gofal iechyd.

Mae'r rhesymau am y sefyllfa hon yn gymhleth, ac y mae llawer o'r rhesymau'n gyffredin i ardaloedd eraill o'r wlad. Mae'n cynnwys prinder yn nifer y meddygon teulu sy'n arbenigo, casgliad cymhleth o bwysedd cyllidol (yn cynnwys yr effaith gwahaniaethol oherwydd diddymu'r Gwarant Isafswm Incwm Practis), newidiadau ym mhatrymau gwaith meddygon teulu, a chynnydd hirdymor a sylweddol mewn graddau ymgynghori meddygon teulu. Mae pryder hefyd am gynaliadwyedd y model partneriaeth meddyg teulu seiliedig ar ecwiti.

Mae Llywodraeth Cymru'n bwriadu lansio cynllun gofal sylfaenol yn y dyfodol agos, fydd, gyda gobaith, yn rhoi'r adnoddau angenrheidiol ar waith i fynd i'r afael â rhai o'r problemau systemig. Yn lleol, mae nifer o lwybrau calonogol allai'n rhannol liniaru'r sefyllfa. Mae'r rhain yn cynnwys y sgôp ar gyfer gweithio'n nes rhwng practisau (yn cynnwys rhannu staff a chyd-hysbysebu am feddygon teulu), datblygu'r cysyniad o 'feddygon cefn gwlad', ac ymlediad o feddygon teulu cyflogedig, a golwg o'r newydd ar sut i greu cyfleoedd â thâl i feddygon teulu. Rhoddir cryn feddwl i'r angen i adnewyddu'r cynllun hyfforddiant galwedigaethol i feddygon teulu, a swyddogaeth yr ysbytai cymuned er mwyn cefnogi gofal cymunedol ehangach.

Cydnabyddir bod gan Fyrddau Iechyd rôl hanfodol i symbylu a chyfarwyddo llawer o'r syniadau hyn, ac i weithio gyda'r cyrff gofal sylfaenol a chymunedol i weithredu newidiadau. Caiff clystyrau lleol (grwpiau o feddygon teulu a staff eraill yn gwasanaethu poblogaethau sydd ar gyfartaledd o tua 50,000 o bobl) eu derbyn fel y prif gyfrwng i ail-ffurfio'r ddarpariaeth, ac maen nhw wedi datblygu ar gyflymder gwahanol ar draws y tri Bwrdd Iechyd. Mae'r goreuon yn cronni adnoddau, meddwl yn greadigol ac yn dylanwadu ar agweddau eraill o'r system gofal. Erys llawer mwy i'w gyflawni, er enghraifft wrth:

1. Rhannu risg - cyfres o fesurau ymarferol y gall Byrddau Iechyd eu cyflawni, er enghraifft wrth helpu i gael meddygon locum, sy'n gostwng y pwysau anghlinigol ar feddygfeydd;
2. Cronni adnoddau - gwneud defnydd cost-effeithiol o staff (anfeddygol yn bennaf) i gwrdd â phenllanw yn y galw a chefnogi meddygfeydd bychain;
3. Cwrdd â'r lefelau angenrheidiol o staffio - mae nyrsio ardal, er enghraifft, yn stryglu i gwrdd â'r gofyn mewn rhai ardaloedd;
4. Ystyried rolau newydd - chwilio am ehangu rhagor ar rolau nyrsys, therapyddion ac eraill i ddarparu gofal i'r rhai sydd ddim angen gweld y meddyg; a hefyd
5. Gwella'r ystâd - dydy'r trefniadau cyllidol cyfredol ddim bob amser yn cefnogi datblygu'r ystâd y bydd y modelau newydd o wasanaeth ei angen.

Mae pob un o'r rhain yn werth eu hystyried. Fodd bynnag, rydyn ni'n ymwybodol bod morâl isel yn gyffredinol ymhlith llawer o'r meddygon teulu y buon ni'n siarad â nhw, rhai oedd yn ymdrechu i greu brwdfrydedd dros newid yn y gwasanaethau roedden nhw'n ei deimlo fyddai'n annigonol i gwrdd â maint yr heriau roedden nhw'n wynebu. Mae'r ymdeimlad o anobaith hwn yn haeddu ymateb cyson i gywiro pethau gan y Byrddau Iechyd a Llywodraeth Cymru, fel ei gilydd - gan wneud gofal sylfaenol yng Nghanolbarth Cymru ymhlith y blaenoriaethau uchaf.

3. GWASANAETHAU GOFAL EILAIDD

Mae Canolbarth Cymru ar hyn o bryd yn dibynnu ar wasanaethau wedi eu lleoli mewn dau ysbyty cyffredinol - yn Aberystwyth ac Amwythig - am y mwyafrif o'r gofal eilaidd, gyda chysylltiadau pwysig ag ysbytai ymhellach i ffwrdd. Mae'r patrwm hwn wedi gweithredu am ddegawdau lawer, ond mae'r union ddsbarthiad o'r gwasanaethau wedi newid yn aml, a bydd yn parhau (a dylai barhau) i wneud hynny.

Mae'r astudiaeth hon wedi canolbwyntio'n arbennig ar y patrwm gofal eilaidd yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais. Bydd angen rhagor o waith gan Fwrdd Iechyd addysgu Powys i ffurfio'r adrefnu arfaethedig o'r gwasanaethau sy'n cael eu darparu gan Loegr - yn arbennig yn Sir Amwythig ac oddi yno - sy'n rhoi gwasanaeth i ran eang o ddwyrain Canolbarth Cymru. Gallai'r darpar fwriad i symud rhai gwasanaethau ysbytai o Amwythig yn nes i'r dwyrain i Telford, ynghyd â newidiadau eraill a ragwelir yn Lloegr, newid y drefn ynglŷn ag o ble fyddai hi orau i rannau o Ganolbarth Cymru fod yn derbyn eu gwasanaethau. Mae'n bosibl y gallai Bronglais (ac eraill) ddatblygu modelau gwasanaethu sy'n arbennig o ddeniadol i feddygon teulu a chleifion ochr ddwyreiniol Canolbarth Cymru. Fodd bynnag, mae'n anodd ar hyn o bryd i ragweld newid dramatig mewn llif cleifion o Loegr i Fronglais. Mae Bwrdd Iechyd addysgu Powys wedi ymrwymo i ddatblygu ei rôl comisiynu, yn arbennig gyda darparwyr o Loegr, i sicrhau bod anghenion trigolion Cymru yn cael eu diwallu a bydd hyn yn rhan bwysig o gynllunio i'r dyfodol.

Mae'r rhesymeg tu ôl i ysbytai cyffredinol yn parhau'n ddilys, hyd yn oed nawr, hanner canrif ar ôl ei ffurfio:

'Yn y blynyddoedd diweddar fe fu tuedd i gyfeiriad rhagor o gyd-ddibyniaeth o wahanol ganghennau o feddyginiaeth a hefyd sylweddoliad cynyddol o'r angen i ddod ag ystod eang o adnoddau ynghyd ar gyfer diagnosis a thriniaeth. Canlyniad hyn oedd y cysyniad o ysbyty cyffredinol dosbarth... sy'n darparu adnoddau triniaeth a diagnostig ar gyfer cleifion mewnol ac allanol... Gwneir darpariaeth ar gyfer pob arbenigedd arall arferol (sic), ond y mae nifer fach o fathau o arbenigedd, megis radiotherapi, llawfeddygaeth niwro, llawfeddygaeth blastig a llawfeddygaeth thorasig sydd angen ardal dalgylch ehangach a fyddai'n cael ei ddarparu mewn rhai ysbytai penodol yn unig (Y Gweinidog Iechyd, 1962, 'A Hospital Plan for England and Wales. Llundain: HMSO Cmnd. 1604)

Mae bron y cyfan o'r manylion tu ôl i hynny wedi newid. Mae meddygaeth wedi isrannu ac ailddiffinio ei hunan, a daeth gwrthfotigau ar gyfer y diciâu, gwrthseicotigau ar gyfer problemau iechyd meddwl,

anesthetigion cyflym a llawfeddyginiaethau llai mewnwithiol, i gyd i leihau'r amser rhaid i gleifion aros yn yr ysbyty. Ond mae'r angen i gydnabod y pedwar maen prawf allweddol sy'n tanategu Ysbytai Cyffredinol Dosbarth - cyd-ddibyniaeth rhai mathau o arbenigedd, màs critigol, cysylltiad da rhwng ysbytai, a'r ysbyty cyffredinol wedi ei ymgorffori yn y gymuned y mae'n ei wasanaethu - i gyd yn dynodi'r angen parhaol i gael ysbytai cyffredinol.

Mae un enghraifft sy'n profi'r pwynt. Un o'r problemau mwyaf heriol, yng Nghanolbarth Cymru fel manau eraill, ydy sicrhau bod cyflyrau argyfyngus yn cael diagnosis mewn da bryd. Mae cyfran sylweddol o gleifion yn cysylltu â'r GIG mewn argyfwng gyda symptomau trallodus allai fod wedi eu hachosi gan amrywiaeth o amodau gwaelodol. Mae'n bwysig bod y rhain yn cael eu hasesu'n briodol gan berson cymwys, gyda mynediad i'r adnoddau diagnostig angenrheidiol, fel y gellir eu rhoi ar y llwybr priodol i dderbyn triniaeth ddiffiniol.

Felly, mae'r rhesymeg waelodol, ynghyd â sefyllfa gymharol ynysig Canolbarth Cymru, i gyd yn cadarnhau y bydd Ysbyty Cyffredinol Bronglais yn parhau i fodoli fel y brif ganolfan ar gyfer y mwyafrif o'r ddarpariaeth eilaidd, cyhyd ag y gellir ei ragweld.

Dyna'r dyfodol. Ond beth am y manylion materion cyfredol niferus sydd i'w datrys. Geiriau Nye Bevan oedd y byddai'n 'well gen i gael fy nghadw'n fyw yn allgaredd effeithiol os oeraidd ysbyty mawr na marw mewn rhuthr o gydymdeimlad cynnes ysbyty bach'. Fodd bynnag, nid oes yr un dystiolaeth derfynol bod unrhyw un o'r gwasanaethau cyfredol ym Mronglais o ansawdd annerbyniol; yn wir, mewn sawl achos, mae Bronglais yn perfformio'n well na llawer o ysbytai eraill. Ond mae'r heriau i'r ddarpariaeth gyfredol ym Mronglais yn rhai real a difrifol. Fel y dengys yr adroddiad hwn, mae **chwe maen prawf allweddol** o wasanaethau, sy'n cael eu derbyn gan bob un rydyn ni wedi siarad â nhw, sydd ar hyn o bryd yn creu sialens i Fronglais (gweler Tabl F3.1):

TABL F3.1 · CHWE MAEN PRAWF ALLWEDDOL I FFURFIO DYFODOL YSBYTY BRONGLAIS

Meini prawf allweddol	
1.	Ni ddylid disgwyl i'r uwch staff weithio mewn sefyllfa ynysig broffesiynol gymharol
2.	Dylai staff priodol, digonol fod ar gael bob amser
3.	Dylid cael trefn o ddirprwyon (cover) ar gyfer cyfnodau pan fydd staff allweddol i ffwrdd
4.	Rhaid cael adnoddau o ansawdd da i ddelio â'r annisgwyl
5.	Ni ddylid disgwyl i staff weithio tu allan i feysydd eu harbenigedd
6.	Rhaid iddi fod yn bosibl i gynnal y gwasanaeth cyhyd ag y gellir rhagweld i'r dyfodol

Mae'n bwysig i wahanu'r pryderon gwirioneddol hyn, sy'n cael cryn effaith ar ansawdd a diogelwch gofal cleifion, oddi wrth yr amrywiaeth o faterion eraill sydd, er eu bod yn codi'n aml, yn ein barn ni heb fod yn ddangosyddion ansawdd *per se*, ond yn ddulliau eraill o wireddu. Felly, mae materion megis sicrhau bod:

- trefniadau hyfforddi safonol yn cael eu cwrdd bob amser,
- cymarebau staff/cleifion neu staff/gweithdrefnau yn cydymffurfio â safonau allanol, neu

- rotas staff yn cymharu â rhai mannau eraill

Mae'r rhain yn faterion pwysig, ond maen nhw fwy i wneud â gofynion y system gofal iechyd *yn gyfan*, nag ydyn nhw'n wir berthnasol i ofal yng Nghanolbarth Cymru. Wrth reswm, byddai'n naif i ddiystyru'r materion hyn fel rhai amherthnasol: hwyrach eu bod yn wir yn cael effaith perthnasol ar y gallu i recriwtio staff, nawr ac yn y dyfodol, neu ar gostau'r gwasanaeth. Ond dylai'r ffocws fod ar ganfod dulliau amgen o gwrdd â'r chwe maen prawf uchod.

Mae nifer o ddatblygiadau buddiol yn digwydd yng ngweddill y GIG sy'n cynnig dull newydd o feddwl am y chwe maen prawf gwasanaeth. Mae dogfen Coleg Brenhinol y Ffisigwyr '*Future Hospital*', er enghraifft, yn sail ardderchog i drafodaeth ac y mae'r gwaith cyfredol gan y Coleg yn archwilio materion yn benodol yn y cyd-destun Cymreig i'w groesawu. Mae llythyr oddi wrth y Coleg at dîm yr astudiaeth am y gwasanaethau cardioleg, yn amlinellu'r gwaith y mae eisoes wedi ei gyflawni, ac yn mynegi awydd i gydweithio ag eraill i ganfod datrysiadau, yn galonogol iawn. Bydd gwaith Rhaglen Gydweithredol De Cymru ar Iechyd, a'i Gynghrair Gofal Dwys yn y De Orllewin, yn fuddiol er enghraifft i archwilio'n fanylach i gyd-ddibyniaethau arbenigol ym maes gofal aciwt, a sut orau i gynllunio llwybrau llawfeddygol a llwybrau eraill i gleifion. Yn arbennig, i ba raddau y mae meddygaeth sy'n dibynnu ar arbenigedd llawfeddygol mewn ysbyty mor anghysbell â Bronglais angen sylw wrth i'r Gynghrair fynd ymlaen â'r gwaith. Ar raddfa fwy hir dymor, mae gan waith y Coleg Brenhinol, ac eraill sy'n edrych ar y sgôp o gael 'arbenigwyr cyffredinol', berthnasedd amlwg ar gyfer ysbyty megis Bronglais.

Rhaid i hyn gael ei ategu â thrafodaethau lleol manwl, yn cynnwys clinigwyr ym Mronglais a mannau eraill yn eu rhwydweithiau clinigol, o fewn Hywel Dda a hefyd o ganolfannau eraill megis Abertawe. Er enghraifft, mewn cardioleg, nid ydy'r arolwg a gomisiynwyd gan Goleg Brenhinol y Ffisigwyr ddim yn cynnig sail foddhaol i fynd ymlaen ag ad-drefnu gwasanaethau ar draws Hywel Dda, a'r gobaith ydy y byddai trafodaethau lleol fel y rhai ddisgrifir uchod yn llanw'r bwlch hwnnw.

Dangosodd y sesiwn hynod fuddiol, drefnwyd fel rhan o'r astudiaeth hon, yn cynnwys ffisigwyr uwch Bronglais, Coleg Brenhinol y Ffisigwyr, Y Ddeoniaeth Ôl-radd, Coleg Brenhinol y Meddygon Teulu a thîm yr astudiaeth, yn amlwg cymaint o'r rhwystrau ymarferol i gwrdd y chwe maen prawf y gellir eu goresgyn. Wrth reswm, ni allai'r sesiwn unigol hwn ddatrys y cyfan o'r problemau. Ond dengys y cynnydd a wnaed bod yna le i fod yn rhesymol optimistig y gallai rhagor o drafodaethau o'r fath, gyda chefnogaeth a hyrwyddo addas, wneud cynnydd sylweddol. Yn dilyn y llwyddiant hwn, mae'r tîm wedi trefnu sesiwn debyg gyda llawfeddygon Bronglais, Coleg Brenhinol y Llawfeddygon a'r Ddeoniaeth, ac fe adroddir ar hyn yn Hydref 2014, mewn atodiad byr i'r adroddiad hwn.

Hefyd mae angen rhagor o waith ar fyrder i drafod dyfodol y gwasanaethau mamolaeth ac obstetreg. Mae anawsterau darparu gwasanaeth diogel a derbyniol ar gyfer poblogaeth fechan a gwasgaredig wedi eu hystyried yn yr adroddiad hwn, yn ogystal â'r angen am eglurder am yr hyn sy'n cael ei ddarparu ar hyn o bryd, a'r hyn y gall mamau ei ddisgwyl.

Mae'n werth cyfeirio yma at un elfen allweddol o ddarparu drefniadaeth gofal eilaidd. Mae datblygiad rhwydweithiau clinigol yn un ffordd amlwg o ddelio a'r holl chwe maen prawf. Mae'r cysyniad sylfaenol - y dylai arbenigedd penodol ar draws nifer o ysbytai weithio fel cyfanwaith cydlynol - yn cynnig dull o ddatblygu a chynnal arbenigedd staff sydd, fel arall, ychydig yn anghysbell, er mwyn darparu gwasanaeth a chefnogaeth briodol, ac i wneud y rolau'n rhai cynaliadwy. Mae'r dull hwn yn gweithio'n rhesymol dda i wasanaeth pediatrig Hywel Dda. Ond yn gyffredinol, cymysg ydy'r profiadau lleol o'r fath drefniadau, ac mae angen mynd i'r afael â'r drefn. Mae enghreifftiau ardderchog o gyfarfodydd tele-gyswllt rhwng timau rhyngddisgyblaethol mewn ysbytai a staff uwch yn cynnal sesiynau clinigol mewn mannau eraill i gyfnewid a datblygu arbenigedd. Ond y mae hefyd enghreifftiau ble mae'r drefn wedi bod mewn trafferthion yn ymarferol - er enghraifft, cydweithwyr ddim ar gael pan fo eu hangen, a mynegwyd pryder nad oedd pob parti'n cael eu trin yn gyfartal. Mewn rhai achosion mae angen rhagor

o eglurder am lwybr cleifion, a pha ysbytai ar hwnnw sy'n 'groesffyrdd/hubs' a pha rai sy'n 'gyfeiriad/spokes', yn seiliedig ar yr hyn sydd orau i'r claf yn hytrach na'r hyn sy'n cael ei weld gan rai fel hwylustod gweinyddol. Mae rheoli'r rhwydweithiau hyn yn gritigol, a gall fod yn heriol mewn awyrgylch o annibyniaeth danbaid. Dylid rhannu, archwilio ac atgyweirio'r amheuan a'r drwgdybiaethau sylweddol hyn.

Yn amlwg, yn y dyfodol, mae gan y Byrddau Iechyd rôl allweddol i'w chwarae yn y cyfan o'r trafodaethau hyn. Isod, rydyn ni'n trafod sut i gryfhau cydymdrechion y tri Bwrdd Iechyd; ond yn ychwanegol at hyn, bydd angen i Hywel Dda reoli ei wasanaethau eilaidd yn y fath fodd fel y bydd anghenion y boblogaeth sy'n cael eu gwasanaethu (o'r tri Bwrdd Iechyd) yn cael eu diwallu yn y modd gorau. Mynegwyd cryn bryder wrthym ni, gan glinigwyr, y cyhoedd a rhanddeiliaid eraill am yr hyn oedd yn cael ei ragdybio oedd bwriadau Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda ar gyfer Ysbyty Cyffredinol Bronglais ac am eu hanawsterau wrth geisio cysylltu â'r Bwrdd am y materion hyn a rhai eraill. Mynegodd llawer o glinigwyr, a rhai cyrff proffesiynol allanol, eu pryder a rhwystredigaeth wrthym ni nad oedd y Bwrdd wedi rheoli rhai agweddau o ddarpariaeth gyfredol y gwasanaeth yn effeithiol, ac nad oedden nhw wedi taclo rhai o'r problemau amlwg gyda digon o frwdfrydedd, er enghraifft wrth wneud i'r rhwydweithiau clinigol cyfredol weithio'n effeithiol. Roedd y diffyg gweledigaeth eglur am ddyfodol Bronglais yn cymhlethu'r canfyddiadau hyn, ac yn achosi i bryderon pobl amlhau.

Yn y cyd-destun hwn, mae'r cyflwyniad ar ddiwedd gwaith yr astudiaeth hon, gan dîm gweithredol o Fwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda yn gweithio'n glos gydag uwch glinigwyr '*Outline comments from Hywel Dda University Health Board to support the Mid Wales Study: Planning rural healthcare services for Mid Wales* (Atodiad 13), i'w groesawu'n fawr. Mae'n rhoi sylw i fwy na'r ddarpariaeth gwasanaethau eilaidd ac yn gwneud sylwadau buddiol iawn am ddisgwyliadau'r Bwrdd ar gyfer y dyfodol, yn arbennig ynglŷn ag Ysbyty Cyffredinol Bronglais. Bydd hwn yn sail gadarn i gyfnod o ymglymiad dwys gyda'r holl rhanddeiliaid, yn arbennig clinigwyr lleol a'r cyrff proffesiynol. Bydd angen trafodaeth fanwl i ddigwydd i ddatrys materion pwysig o ran y manylion, ac i sicrhau bod Bronglais yn ymestyn allan i gynnydd y math o fodel gwasanaeth y mae'r rhanbarth ei angen.

4. STAFFIO GOFAL EILAIDD

Am ddegawdau, mae'r GIG wedi dibynnu ar amrywiol staff dan hyfforddiant i gadw'r gwasanaethau clinigol i weithredu. Yn anochel, golygodd hyn bod y gwasanaethau wedi eu ffurfio yn ôl gofynion hyfforddi'r genhedlaeth nesaf o feddygon. Felly mae symudiadau i gyfyngu oriau gwaith meddygon iau wedi bod yn ergyd galed i'r GIG. O'i gyfuno gyda'r angen i sicrhau bod meddygon newydd yn cael ystod dda o brofiad, a dewisiadau cydbwysedd gwaith/bywyd yn cael ei gwneud, a newidiadau yn y rheoliadau mewnffudo, mae ysbytai bach megis Bronglais wedi stryglu i ymdopi. Canlyniad hynny heddiw ydy ei fod yn ysbyty tebycach o lawer i'r model ar gyfandir Ewrop, lle mae mwyafrif y gofal, yn y mwyafrif o feysydd arbenigol, yn cael ei ddarparu naill ai gan ymgynghorwyr neu gan gnewyllyn o feddygon sydd wedi cwblhau eu hyfforddiant ac mewn swyddi canolig eu graddfeydd.

Ar lawer ystyr, mae hwn yn fodel rhagorol, yn un sy'n darparu cyfran uchel o ofal drwy law ymgynghorwyr a chyfran o ddilyniant a chymhwysedd staff y byddai llawer o ysbytai mwy yn ei chwenychu. Ond mae'n fodel anarferol, yn aml yn galw am rotas ar-alw (er y cydbwysir hyn â lefelau is o weithgaredd), patrymau gwaith anarferol, cymhwysedd mewn amrediad ehangach nag arfer o sgiliau clinigol, a mynediad cyfyngedig iawn i gronfa o feddygon dan hyfforddiant, y mae'r mwyafrif o ysbytai'n ddibynnol arnyn nhw. Effaith hyn ydy ei bod yn llawer caletach i recriwtio staff, a'r ofn parhaus na ellir canfod rhai sy'n fodlon ac yn gallu gweithio fel hyn i olynu'r staff presennol wrth i rheiny adael.

Gellid dadlau ei bod yn gwbl bosibl recriwtio'r math o bobl sydd eu hangen, gan mai dim ond ychydig ohonyn nhw sydd eu hangen ar hyd y DU, ac i lawer o benodiadau llwyddiannus ddigwydd. Bu cynnydd o

76% yn nifer ymgynghorwyr yn y GIG oddi ar 2000, a gweld rhagor o ofal drwy ymgynghorwyr ydy dyhead pob ysbyty, gyda diddordeb o'r newydd mewn datblygu 'arbenigwyr cyffredinol'. Mae angen peth dychymyg a phenderfyniad i oresgyn yr anawsterau hyd y bydd y math hwn o feddyg ar gael yn rhwydd. Yr wrthddadl ydy bod y cyflenwad ohonyn nhw'n prinhaus wrth i hyfforddiant fod yn fwy unffurf, ac y bydd rhaid aros am beth amser am yr 'arbenigwyr cyffredinol', ac mewn rhai achosion pur gyhoeddus ei bod wedi bod yn amhosibl recriwtio rhai. Dadleuir na ellir gadael i'r gwasanaethau fethu yn y man lle daw hi'n amhosibl yn y diwedd i recriwtio.

Mae'r ddau safbwynt yn dilyn. Cymhlethir y darlun ymhellach gan heriau darparu gwasanaeth ac ansicrwydd cyffredinol am y dyfodol allai, hyd y datrysir y materion hyn, gadw ymgeiswyr addas draw. Yr unig ffordd o ddatrys y broblem ydy dod â'r partion perthnasol ynghyd i fynd drwy'r manylion, canfod beth sydd wir ei angen i gwrdd â chwe maen prawf allweddol y gwasanaeth (yn hytrach na'r *desiderata* eraill), gan ddefnyddio llwybrau cleifion i brofi'r modelau, ac yna ceisio dulliau arloesol o oresgyn y rhwystrau eraill. Dyna pryd y gwahanir yr ofnau oddi wrth y realiti. Dylai'r broses hon gynnwys Y Ddeoniaeth Ôl-radd a'r Ysgol Feddygol, yn ogystal â'r Colegau Brenhinol perthnasol, Rhaglen Gydweithredol De Cymru ar Iechyd a chlinigwyr lleol. Mae'n hanfodol bod y broses yn cael ei gyrru ymlaen gyda brwdfrydedd a dyhead, ac isod rydyn ni'n trafod sut byddai orau i wynebu her yr arweinyddiaeth.

Rhaid i'r broses hon ddigwydd yn gyflym, gydag ymddiriedaeth ac ewyllys da. Ond mae lle i fod yn optimistaidd, hyd yn oed yn y trafodaethau rhagarweiniol drefnwyd fel rhan o'r astudiaeth hon, gwnaed cryn gynydd, ac mae angen i hyn barhau. Wrth i'r teimlad o 'greisis' o gwmpas Canolbarth Cymru ac Ysbyty Cyffredinol Bronglais gilio drwy gyfrwng y mesurau eraill a nodir yma, yn naturiol fe ddaw hi ychydig yn haws i recriwtio.

Caiff unrhyw drafodaeth am anawsterau staffio eu tra arglwyddiaethu gan yr angen i recriwtio a chadw digon o feddygon, ond y mae grwpiau eraill o staff yn wynebu heriau hefyd. Mynegwyd pryder am ddyfodol a hyfywedd hyfforddiant nyrsys, er enghraifft, gan ffocysu'n benodol ar yr angen i sicrhau bod nyrsys y dyfodol yn cael eu recriwtio o Ganolbarth Cymru ac y byddan nhw'n cael gwneud y rhan fwyaf o'u hyfforddiant yno, i'w hannog nhw i aros yn y rhanbarth ar ôl cymhwysu.

5. GWELLA MYNEDIAD

Yn aml, yn ddigon buddiol, caiff gofal cleifion ei ystyried yn nhermau'r 'llwybr' mae'r claf yn ei ddilyn, o ataliad i ddarganfyddiad cynnar, drwy ddiagnosis, triniaeth (yn ei wahanol ffurfiau) ac yna dychwelyd i fywyd normal/gofal terfynol. Mae gwahanol faterion mynediad i bob un o'r camau, yn dibynnu ar y diagnosis ac amgylchiadau eraill. Mae'r dystiolaeth yn dangos bod oedi cyn cael triniaeth ddiffiniol weithiau'n arwain i ganlyniadau croes, ac y gallai triniaeth o'r fath ddigwydd mewn gwahanol leoliadau ac mewn gwahanol ffurfiau, eto'n dibynnu ar anghenion y claf. Ond y mae llawer eithriad i'r drefn hon, a dylid ystyried pob un llwybr yn ôl ei haeddiant ei hunan.

I'r llygwr, y pryder mwyaf oll am ddyfodol darpariaeth gwasanaethau oedd yr ofn y byddai gwasanaethau allweddol yn y dyfodol i'w cael ymhellach i ffwrdd, ac felly'n fwy anodd eu cyrraedd. Gallai hyn gael sawl canlyniad difrifol:

- Byddai pobl yn dioddef, a hyd yn oed marw, oherwydd oedi cyn derbyn triniaeth frys;
- Byddai cleifion yn dioddef anhwylostod anghymesur (corfforol, seicolegol, ariannol) wrth dderbyn triniaeth sydd ddim yn driniaeth frys;
- Byddai cleifion (e.e. rhai'n derbyn rhai mathau o driniaeth canser) weithiau'n gwrthod triniaeth oherwydd yr anhwylostod;
- Ni fyddai cleifion sydd a'u triniaeth yn dibynnu ar eu hail-integreiddio'n llwyddiannus i'r gymuned

(e.e. pobl hŷn fregus, cleifion preswyl iechyd meddwl) yn ail-integreiddio'n effeithiol;

- Byddai'n ddifrifol o anghyfleus i ymwelwyr â chleifion, gan achosi cryn ymdrech i bobl fynd i ymweld; a
- Ni fyddai cleifion mewn unedau anghysbell yn cael ymwelwyr.

Yn gryno, ni fyddai pobl mewn mannau anghysbell a gwledig yn cael eu trin yn gyfartal, a'r rhai dan fwyaf o anfantais fyddai dan yr anfantais mwyaf (yn arbennig ar gyfer triniaeth heb fod yn driniaeth frys). Roedden nhw'n derbyn na fyddai rhai gwasanaethau - y gwasanaethau cleifion mewnol hynny sydd bob amser wedi bod yn ddarpariaeth 'drydyddol' (e.e. niwro wyddoniaeth, llawfeddygaeth cardio thorasig) yn cael eu darparu yng Nghanolbarth Cymru. Ond dylai eraill fod ar gael yn y rhanbarth, a'u 'diffiniad gweithio' o'r rhain oedd, yn ei hanfod, y gwasanaethau hynny sydd wedi bod yno hyd yma. Roedden nhw'n pryderu nad oedd y rhai sy'n gyfrifol am gynllunio gwasanaethau naill ai ddim yn deall effeithiau cynyddu pellteroedd neu eu bod rywfodd yn diystyru hynny fel rhywbeth na ddylai'r GIG ofidio amdano.

Mae'n eglur y bydd angen i unrhyw ddarpariaeth yn y dyfodol ystyried y pryderon hyn o ddifrif, ac y dylen nhw dawelu meddyliau pobl ar y ddau brif bwynt: sef na fydd unrhyw newid yn y darpar wasanaeth yn cael effeithiau ar ddiogelwch nac ansawdd y gofal; a bod camau real a sylweddol yn cael eu cymryd i leihau unrhyw anhwylystod - bod hwn yn gyfrifoldeb y mae disgwyl i'r GIG ddelio ag e'n llwyddiannus. Mae'r rhain yn ofynion sylweddol.

Mae pedair elfen dan bennawd eang 'mynediad' sydd angen sylw penodol os ydy pobl am gael tawelwch meddwl gwirioneddol.

5.1 ADALW MEDDYGOL BRYN

Mae nifer bach o achosion, er enghraifft trawma mawr, lle mae angen i gleifion gael eu cludo i gael triniaeth ddiffiniol mewn canolfan arbenigol gyda'r oedi lleiaf posibl. Yng Nghanolbarth Cymru mae hyn yn aml yn digwydd drwy ddefnyddio cludiant drwy'r awyr - i gael adnoddau arbenigol i'r claf, ac yn aml ei hedfan i ganolfan arbenigol - gan y byddai teithio ar y ffordd yn araf ac ansicr. Achosodd achosion or fath lawer o bryder i leygwyr fu'n rhoi tystiolaeth i'r astudiaeth.

Mae'r ddarpariaeth ar gyfer cleifion o'r fath yn llai na boddhaol, gydag amrywiaeth o gyfyngiadau ar yr adnoddau a chyfyngiadau eraill. Mae hyn angen datrysiad Cymru gyfan, ac i'r diben hwn mae Llywodraeth Cymru yn rhoi ystyriaeth actif i Wasanaeth Adalw Meddygol Bryn a Thriniaeth. Caiff hyn ei groesawu, ond dydy e ddim yn ateb i bob problem. Er nad ydy manylion y gwasanaeth hwn heb ei gytuno eto, mae'n annhebygol y bydd yn gallu ymdopi ag unrhyw achos ond y rhai mwyaf cymhleth ac na fydd ar gael am 24 awr y dydd. Bydd yn parhau i fod yn bwysig, felly, bod pob achos amser-gritigol arall yn cael mynediad i ofal addas o fewn y rhanbarth.

Os oes gobaith y bydd y gwasanaeth ar gael yn y dyfodol agos ar gyfer y cam cyntaf - dweder 2015/16 - mae dadl gref dros gychwyn yn gyntaf y Gwasanaeth Adalw Meddygol Bryn a Thriniaeth (EMRTS) yng Nghanolbarth Cymru a chysylltu unrhyw newidiadau yn y gwasanaethau a ddarperir yn lleol yn yr ysbytai gyda'r trefniadau newydd hynny. Byddai hyn yn sicrhau bod sgiliau clinigol o ansawdd uchel yn cyrraedd y claf yn gyflym ac, mewn rhai achosion, yn cludo'r claf i gyrraedd adnoddau priodol mewn ysbyty ynghynt nag y mae'n digwydd ar hyn o bryd. Byddai'r gwasanaeth hefyd yn darparu'r gallu i gludo claf, sy'n cael triniaeth yn lleol, ond sy'n sydyn angen ei drosglwyddo i ganolfan gofal arbenigol. Byddai hyn yn cael ei ystyried fel gwasanaeth gwell, yn hytrach na lleihau rhagor ar fynediad.

Mwy na hynny, byddai'r rheolaeth gallu i asesu arfaethedig newydd neu well, sy'n trosglwyddo gwybodaeth o'r lleoliad ac yn galw am yr adnoddau priodol, yn debygol o ddod â rhagor o welliannau pellach, ac eglurder, i'r llwybrau gofal yr ydyn ni wedi cyfeirio atyn nhw yn yr adroddiad hwn. Byddai hyn

yn cynorthwyo'r cyhoedd, meddygon teulu, bydwragedd, staff ambiwlans ac eraill, i ddeall yr hyn mae pobl â symptomau amrywiol, ac o wahanol lefydd a sefyllfaoedd, i fod i'w dderbyn o ran asesiad cyntaf/diagnosis; gofal di-oed/sefydlogi; a chludiant i ysbyty aciwt penodol addas.

5.2 MYNEDIAD ARFEROL AR GYFER APWYNTIADAU NEU YMWELIADAU

Mae cael atebion i'r mater hwn yn anodd i'w canfod. Dylid canolbwyntio ar ddwy agwedd. Yn gyntaf, yr angen i wella'r cysylltiadau cludiant, o bob math - trafndiaeth gyhoeddus, cynlluniau gwirfoddol, cludiant ambiwlans lle nad oes brys. Mae hon yn her fawr i Fyrddau Iechyd yn gweithio gyda'u gwahanol bartneriaid. Yn ail, ydy beth all y GIG ei wneud wella effeithiau cludiant gwael, a rhoddwyd nifer o enghreifftiau cymharol syml i ni gan leygwyr oedd wedi cael profiad diweddar o gael mynediad i wasanaethau o hirbell. Roedd y rhain yn cynnwys:

- Sicrhau bod yr elfennau o lwybr y claf y gellir eu darparu'n lleol - mewn unedau symudol, meddygfeydd, ysbytai cymuned, ysbytai cyffredinol - yn cael darparu felly. Er bod llawer o gynnydd wedi ei wneud ar y mater hwn, cawsom enghreifftiau lle'r oedd hi'n golygu bod cleifion oedd i gael triniaethau ychwanegol cymharol syml yn parhau i orfod gwneud taith nol a blaen o 3 awr allan o'r rhanbarth;
- Trefnu bod clinigau a gwasanaethau eraill yn ymwydol o'r anawsterau cludiant - er enghraifft, y gallai mynediad o Ganolbarth Cymru olygu apwyntiad diweddarach yn y dydd. Dydy hyn ddim bob amser yn amlwg i ysbyty arbenigol sydd heb lawer o gleifion o Ganolbarth Cymru;
- Rhoi dewis i'r claf wrth benderfynu ar leoliad eu gofal arbenigol - er enghraifft, efallai byddai'n well gan rai cleifion fynd i Wrecsam neu Loegr yn hytrach na Chaerfyrddin, er mai Caerfyrddin ydy'r ganolfan ddynodedig;
- Rhoi gwybodaeth ddiweddaraf a manwl i gleifion a'u teuluoedd ar faterion megis trafndiaeth gyhoeddus, llety dros nos addas i ymwelwyr; a
- Defnyddio teleiechyd - gweler isod.

5.3 GALLU'R GWASANAETH AMBIWLANS

Gallai'r gwasanaethau ambiwlans chwarae fwy o rôl yn asesiad cynnar cleifion, gyda'r canlyniad na fyddai raid mynd â rhai cleifion i'r ysbyty o gwbl. Mae'r cynlluniau peilot o hyn yng Nghymru wedi bod yn galonogol, ond mae angen rhagor o staff wedi derbyn uwch-hyfforddiant ac adnoddau eraill, yn ogystal ag ail gynllunio peth ar y gwasanaeth, os ydi'r swyddogaeth hon i gael effaith sylweddol ar broblemau mynediad yng Nghanolbarth Cymru.

Roedd rhai pryderon am ddigonolrwydd y gwasanaeth ambiwlans ar hyn o bryd yng Nghanolbarth Cymru. Caiff un elfen o hyn ei monitro yn y data arferol ar amseroedd ymateb, ond roedd enghreifftiau eraill lle'r oedd prinder darpariaeth wedi anhwylyso cleifion. Enghraifft o hyn ydy'r oedi ynglŷn â chludiant cleifion dan Y Ddeddf Iechyd Meddwl o orsafoedd yr heddlu yng Nghanolbarth Cymru i fan diogel arall dan y GIG.

Os oes newidiadau i'r gwasanaethau yn cael eu hystyried sy'n golygu newidiadau sylweddol i'r llyf cleifion, bydd angen i Fyrddau Iechyd werthuso effaith newidiadau o'r fath ar y gwasanaeth ambiwlans a gofalu bod yr adnoddau ar gael ar gyfer hynny.

5.4 YR IAITH GYMRAEG

Mae'r gallu i gael mynediad rhwydd i'r gwasanaethau yn eich dewis iaith yn hawl cyfreithiol ac yn amlwg mae'n effeithio ar bob agwedd o ofal o gyflwyniad amserol i effeithiolrwydd y driniaeth hyd at brofiad gofal y claf. Dylai'r gwasanaethau fod yn ymatebol yn ddiwylliannol ac y mae'r iaith Gymraeg yn un

nodwr o hunaniaeth ddiwylliannol. Mae hyn yn arbennig o berthnasol yng Nghanolbarth Cymru, lle mae tua 40% o'r boblogaeth yn siarad Cymraeg, ac efallai 50% o boblogaeth Bronglais - a hwyrach mwy na hynny o blith defnyddwyr uchaf y gwasanaethau. Mae'r tri Bwrdd Iechyd yn cydnabod eu cyfrifoldebau ynglŷn â hyn, ond ambell dro yn cael trafferth i gwrdd â'r gofynion. Mae llawer i'w wneud o hyd o ran recriwtio, datblygu a chadw staff, gyda staff cyn-gofrestru ac ôl-gofrestru, ac mewn cynllunio deallus ar y gwasanaethau, er mwyn gwneud y defnydd gorau o'r gwasanaethau drwy gyfrwng y Gymraeg.

5.5 TELEIECHYD

Mae darpariaeth Teleiechyd yn gategori eang o wasanaethau sy'n defnyddio technoleg, ac y mae ganddo lawer i'w gynnig ar gyfer gofal iechyd yng Nghanolbarth Cymru, ac y mae'r adroddiad hwn wedi dangos ei botensial. Ond anghyson ydy'r gafael mae wedi ei gael hyd yma, gydag amrywiaethau heb fod eglurhad iddyn nhw o ran y lleoliadau a gwasanaethau. Dylai ychwanegiad diweddar o adnoddau cyfalaf newydd roi symbyliad ychwanegol i'w roi ar waith. Mae yna restr eglur o rwystrau sydd o hyd angen eu goresgyn yn llawn, yn cynnwys mynediad lleol haws i'r cysylltiadau teleiechyd, hyfforddiant a chymorth ychwanegol, peth arian cyfalaf (dylai'r Gronfa Technoleg Iechyd helpu yma), a thystiolaeth eglur ar fuddiannau.

Fel sy'n digwydd yn aml ym maes polisi iechyd, mae llawer o hyn yn dibynnu ar flaenoriaethu – gallai'r materion hyn gael eu datrys yn rhwydd pe byddai teleiechyd yn cael ei ystyried yn ddigon pwysig gan y darparwyr. Bu peth gwrthwynebiad i'w dderbyn gan glinigwyr, rhai'n gyndyn o newid eu dulliau o weithio ac weithiau bu'n anodd perswadio ysbytai mawr, tu allan i'r rhanbarth, y byddai o fudd iddyn nhw roi blaenoriaeth i teleiechyd, i leiafrif o'u cleifion, a hynny heb unrhyw fantais ariannol uniongyrchol. O safbwynt Canolbarth Cymru, mae hyn yn siomedig. Byddwn yn trafod trefn lywodraethol o fewn gofal iechyd Canolbarth Cymru yn ddiweddarach.

6. GWASANAETHAU IECHYD MEDDWL

Fel yn achos llawer o agweddau o ofal iechyd Canolbarth Cymru, mae hanes diweddar y gwasanaethau iechyd meddwl wedi bod yn un o gynnydd sylweddol, ond gyda phroblemau parhaus. Ymhlith esiamplau o'r cynnydd mae datblygiad amrediad da o wasanaethau sylfaenol cefnogi iechyd meddwl i'r rhai â phroblemau llai cymhleth, gwasanaethau cymorth creisis yn y gymuned (gan leihau'r angen i roi pobl yn yr ysbyty) a chymorth i bobl yng nghyfnodau cynnar a chanolig dementia.

Ond erys problemau sylweddol, gan gynnwys mynediad i adnoddau cleifion preswyl ar gyfer rhai â gwaeledd aciwt, darpariaeth cartrefi nyrsio ac arall i rai â dementia, a mynediad i gymorth creisis mewn rhai mannau yn y rhanbarth (e.e. Gogledd Powys). Mae gan bob un Bwrdd Iechyd gynllun sylweddol i daclo'r materion hyn, i ail-gydbwyso'r ddarpariaeth, i ostwng llif dianghenraid cleifion allan o'r ardal, ac i weithio â phartneriaid i ddarparu amrediad cynhwysfawr o gymorth a gwasanaethau.

Erys y penderfyniad i gau'r ward cleifion preswyl yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais yn 2012 yn un dadleuol ac i rai mae'n arwydd o ddiffyg ffydd y Bwrdd Iechyd. Mae ymdrechion o ddifrif yn cael eu gwneud yma, fel mewn Byrddau Iechyd eraill, i sicrhau darpariaeth ddigonol i gleifion preswyl yn y rhanbarth ar gyfer oedolion o bob oedran, fel y cydnabyddir yn gyffredinol bod gorfod teithio tua 20 - 30 milltir i gael gofal o'r fath yn llai na digonol.

Efallai bydd rhaid i hyn fod yn gymysgedd o welyau GIG a sector preifat ac, yn achos Powys, gallai gael ei gefnogi gan elfen o ddychweliad y ddarpariaeth gwasanaethau yn Lloegr. Yn y cyfamser, mae'r tri Bwrdd Iechyd yn taclo rhai o'r heriau logistaidd o ddarparu gwasanaeth, er mwyn gwella mynediad i'r gwasanaethau sy'n bodoli.

7. ACHOSI I NEWID DDIGWYDD

7.1 TREFN LYWODRAETHOL

Dim ond drwy drafodaethau pwyllog, parhaus ymhlith clinigwyr lleol, rheolwyr ac eraill y caiff llawer o'r sialensiau sy'n wynebu gofal iechyd yng Nghanolbarth Cymru, ynghyd â nifer o gyrff eraill sy'n dylanwadu ar safonau a hyfforddiant, y cyfan wedi ei hyrwyddo gan y Byrddau Iechyd. Dengys y gwaith symbylwyd gan yr astudiaeth hon, ynghyd â llawer o fentrau eraill, y gellir canfod datrysiad i lawer o'r problemau. Yr her, felly, fydd creu mecanwaith a pharoddrwydd i wneud hyn.

Ymddengys bod angen adfywio peth o'r drefn lywodraethol sy'n effeithio ar y rhan hon o Gymru. Mae'r trefniadau cyfredol yn gymhleth dros ben, gan nad oes yr un corff unigol yn 'berchennog' ar y maes. Mae Canolbarth Cymru yn rhan o gyfrifoldeb tri Bwrdd Iechyd, ac mewn dau achos - Betsi Cadwaladr a Hywel Dda - mae hyn yn gyfran gymharol fach o'u poblogaeth gyflawn. Mae llif cleifion mynych ar draws y ffiniau gweinyddol, ond yn gyfredol nid oes fecanwaith effeithiol o sicrhau bod y tri Bwrdd Iechyd - ynghyd â'u partneriaid ambiwlans a GIG Lloegr - yn cydlynu eu cynllunio. Maen nhw angen y gallu clinigol a chynllunio i daclo'r gwahanol dasgau sy'n cael eu disgrifio yn yr adroddiad hwn, gan gynnwys:

- darparu peth arweinyddiaeth sy'n symbylu ym maes iechyd gwledig, i roi ystyriaeth i fodolau newydd o ofal sy'n briodol i anghenion Canolbarth Cymru, mewn gofal sylfaenol/cymunedol ac eilaidd, ac ar draws y wahanfa iechyd a gofal cymdeithasol, a'r modd y gellir eu cyflenwi, gan bwyso ar brofiadau mewn mannau eraill;
- mynd i'r afael â materion amrywiol hyfforddiant, recriwtio a chadw, fyddai fel arall yn tanseilio'r ddarpariaeth, arwain y drafodaeth ar y pynciau hyn gyda chyrrff megis y Colegau Brenhinol a'r Ddeoniaeth Ôl-radd, ac archwilio dulliau arloesol i wneud Canolbarth Cymru yn fwy deniadol i ymgeiswyr da;
- cael y rhwydweithiau clinigol i weithio'n briodol, a monitro'u perfformiad ar gyfer Canolbarth Cymru yn erbyn meini prawf perthnasol seiliedig ar ddeilliannau;
- sicrhau bod holl elfennau'r system yn lleol yn cydweithio'n dda ar draws Canolbarth Cymru - gan gynnwys gofal iechyd sylfaenol/cymunedol ac eilaidd (Cymru a Lloegr), llywodraeth leol, y trydydd sector a'r sector annibynnol a darparwyr cludiant;
- arwain proses o ymglymu o ddifrif gyda'r cyhoedd a'r staff, fydd yn sefydlu ymddiriedaeth a chyfathrebu rhwydd, fydd yn creu cyfle ar gyfer cyd-rannu penderfyniadau, yn mynd i'r afael â'r bylchau mewn gwybodaeth, ac yn manteisio ar gryn adnoddau cymdeithas sifil; a
- darparu arweinyddiaeth, hygyrch a lleol sy'n adfer hyder pobl bod eu GIG yn gweithredu er eu lles nhw.

Yn gryno, rhaid i'r cyrrff GIG adeiladu ymddiriedaeth, ac y mae angen iddyn nhw greu model o wasanaeth fydd yn gweithio yn y rhan hon o Gymru. Mae'r ddau hyn yn gwbl ar wahân.

Mae llawer wedi dadlau dros greu corff GIG statudol newydd dros Ganolbarth Cymru. Rydyn ni'n sylweddoli'r angen i ffocysu, ond yn credu byddai'r gost o greu corff o'r fath (yn ariannol ac o ran rheolaeth), ac anawsterau gwneud hyn, yn golygu nad dyma'r ffordd orau o fynd i'r afael â'r mater. Byddai'n fwy effeithiol i sicrhau bod y cyrrff sy'n bodoli eisoes yn cydweithio'n well.

Mae un peirianwaith posibl yn bodoli yn ei fabandod - sefydlwyd Bwrdd Cynllunio Canolbarth Cymru dan arweinyddiaeth swyddogion gan y tri Bwrdd Iechyd i gyflawni rhai elfennau o'r dasg hon. Yn anffodus, anaml y bu'n cyfarfod, ac y mae bellach ar farw. Roedd yr aelodau'n dod o haenau uchaf y Byrddau, a doedd ganddo ddim cyfansoddiad nac adnoddau ar gyfer y dasg a ddisgrifiwyd uchod. Doedd e ddim yn mynd i'r afael â materion trefn lywodraethol glinigol, roedd ei broffil cyhoeddus yn isel, ac ymddengys mai ychydig yn amwys oedd lefel ymrwymiad y tri Bwrdd Iechyd iddo.

Gwell dull fyddai creu corff â mwy o ddylanwad, atebolrwydd cadarnach ac un mwy gweladwy, gydag adnoddau ac aelodaeth ar gyfer y tasgau a nodir uchod (teitl gwaith: **Rhaglen Gydweithredol Gofal Iechyd Canolbarth Cymru**). Dylai ffurfio bwriadau comisiynu Canolbarth Cymru ar ran y tri Bwrdd Iechyd, a bod yn atebol am ei waith i'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol neu'r Dirprwy Weinidog Iechyd. Byddai angen rhoi ystyriaeth fanwl i'w gyfansoddiad, ond un model fyddai:

- cydbwyllgor o'r tri Bwrdd Iechyd, gan gynnwys Cadeirydd a Phrif Weithredwr pob un o'r tri a Chadeirydd annibynnol i'r Pwyllgor, wedi ei benodi gan y Gweinidog;
- aelodaeth o leygwyr lleol;
- swyddogaeth gref i'r clystyrau meddygon teulu/cymunedol sy'n gwasanaethu Canolbarth Cymru;
- cynrychiolaeth o'r awdurdodau lleol, y trydydd sector ac Ymddiriedolaeth Gwasanaethau Ambiwlans Cymru. Gellid dethol y rhain o blith aelodaeth annibynnol gyfredol y Byrddau Iechyd;
- cynrychiolaeth o'r Colegau Brenhinol, y Ddeoniaeth Ôl-radd a'r gymuned ymchwil (ar gyfer iechyd gwledig ac ymglymiad y cyhoedd); ac
- atebolrwydd i'r tri Bwrdd Iechyd ac i Lywodraeth Cymru ac i beirianwaith archwilio llywodraeth leol.

7.2 YMGLYMIAD Y CYHOEDD

Os bu unrhyw amheuan am bwysigrwydd ymglymiad y cyhoedd ym maes cynllunio gofal iechyd, does dim ond angen ystyried achos Canolbarth Cymru. Mewn llawer ardal o'r rhanbarth, roedden ni'n canfod lefelau camweithredol ymron o ddrwgdybiaeth, camddealltwriaeth a phryder ynglŷn â chynlluniau'r Byrddau Iechyd ar gyfer dyfodol y gwasanaethau gofal iechyd, yn arbennig felly mewn perthynas â Bronglais. Roedd hyn yn arbennig o gryf ymhlith grwpiau lleyg gyda bwriad i ymgyrchu dros agweddau penodol o'r ddarpariaeth o wasanaeth, ond oedd hefyd yn cynnwys lleygwyr - cleifion ac eraill - gysylltodd â ni i fynegi eu barn, ynghyd ag amrywiaeth o fudiadau a grwpiau eraill, a rhai clinigwyr. Mae eu sylwadau wedi eu crynhoi a'u dadansoddi yn gynharach yn yr adroddiad hwn. Teimlai llawer ohonyn nhw - yn arbennig yn ardaloedd Hywel Dda a Betsi Cadwaladr - iddyn nhw gael eu 'hamddifadu' gan y rhai mewn grym. Roedden nhw'n teimlo nad oedd gan yr un o'r cyrff cyfrifol am eu gofal naill ai barodrwydd nac ychwaith y gallu i weithredu datrysiaid fyddai'n cwrdd â'u hanghenion, gan gynnwys y rhai fyddai'n dewis cael gwasanaethau drwy gyfrwng y Gymraeg, a'r rhai oedd â 'nodweddion gwarchodedig' y dylai eu hanghenion fod yn cael ystyriaeth yn ôl y gyfraith. Yn absenoldeb hyn, roedden nhw'n teimlo eu bod nhw'n cael eu hesgeuluso a'u hanghofio, a doedden nhw ddim yn gallu enwi arweinydd lleol i'r GIG y gallen nhw fod yn cysylltu'n rhwydd ag ef neu hi.

Dylai mynd i'r afael â'r sefyllfa hon fod yn flaenoriaeth uchel i'r corff newydd - Rhaglen Gydweithredol Gofal Iechyd Canolbarth Cymru. Mae'n bwysig nad ydy'r mater hwn yn cael ei roi o'r golwg, oherwydd na all yr un Bwrdd Iechyd obeithio i wella gwasanaethau yn wyneb drwgdybiaeth a gwrthwynebiad y cyhoedd. Mae gan Canolbarth Cymru gymdeithas sifil ddatblygedig iawn, oedd yn awyddus i ymglymu â'r astudiaeth hon, a gallai fod yn gaffaeliad gwerthfawr i'r GIG yn lleol.

Mae'r tîm yn ddiolchgar iawn i'r Dr Shane Doheny am Atodiad 12 yr adroddiad hwn, sy'n amlinellu paramedrau'r mater ac yn awgrymu amrywiaeth o ddulliau ymarferol o fynd i'r afael â nhw, rhai sydd wedi eu defnyddio'n llwyddiannus mewn manau eraill, sydd gyda'i gilydd yn matsio maint y dasg.

8. Y CAMAU NESAF

Bellach, mae angen gweithredu'n gyflym. Fe gymer llawer o'r materion a nodwyd uchod amser i'w datrys, ond dylid cychwyn nawr.

Mae sail wirioneddol i fod yn optimistaidd ynglŷn â'r trafodaethau manwl sydd wedi cychwyn erbyn hyn, yn arbennig y rhai sy'n cynnwys y clinigwyr lleol. Rhaid mynd â'r rhain ymlaen yn ddi-oed gyda chefnogaeth y Byrddau Iechyd a pharodrwydd i daclo rhai o'r materion sydd wedi hen sefydlu.

Byddai creu peirianwaith newydd o ran trefn lywodraethol yn cyfleu neges bwerus bod materion Canolbarth Cymru yn cael eu taclo gydag egni newydd. Dylai'r Rhaglen Gydweithredol hefyd weithio gyda'r prifysgolion lleol i sefydlu Canolfan Ragoriaeth mewn Gofal Iechyd Gwledig. Gallai hon fod ar sawl ffurf, ond ei diben craidd fyddai sefydlu màs critigol o ragoriaeth ymchwil gymhwysol, yn gwneud ymchwil newydd ar heriau gofal iechyd Canolbarth Cymru, a gweithio'n agos gyda chlinigwyr a rheolwyr lleol ac eraill i gymhwyso pethau a ddysgwyd o fannau eraill. Un sgil-effaith o hyn fyddai creu lefel newydd o hygredd yn y rhanbarth ddylai helpu i recriwtio ymgeiswyr cryf ar gyfer swyddi clinigol lleol.

Mae un agwedd arall o'r casgliad cymhleth hwn ddylai ddigwydd yn fuan. Ni ellir gorbwysleisio pwysigrwydd gweld bod y meddwl ac ynni newydd hwn ar waith i daclo rhai o'r hen broblemau hyn. Er enghraifft, mae profiadau ardaloedd ehangach mwy gwledig ac anghysbell Yr Alban, a rhai llawer rhanbarth a gwlad arall, a gofnodir ym Mhennod D, wedi tanlinellu nifer o ddatblygiadau sydd, ar yr olwg gyntaf, â pherthnasedd i Ganolbarth Cymru, gan gynnwys:

- Datblygu grwpiau cynllunio traws-Fyrddol;
- Pŵer symiau bychain o 'gyllid sbarduno' gan y Llywodraeth i ysgogi arloesedd hollol addas;
- Pŵer cydweithio rhwng yr holl wasanaethau cyhoeddus mewn mannau anghysbell;
- Perthnasedd ysbytai cymuned, yn gweithio mewn dulliau newydd;
- Rolau newydd ac estynedig i amrediad eang o weithwyr proffesiynol gofal iechyd;
- Datblygu mathau newydd o ysbytai gweledig, fel y 'Scottish Rural General Hospital', gan sefydlu maes newydd ym mhattrwm gofal, a pharhad ysbytai fel yr un yn Elgin;
- Dulliau newydd o recriwtio ac ysgogi staff; a
- Dulliau addysgol newydd o fynd ati ar gyfer ardaloedd gwledig, i gynnwys pob grŵp o staff.

Mae'r rhain i gyd yn haeddu eu harchwilio ymhellach.

Byddai cynnal cynhadledd uchel ei phroffil, yng Nghanolbarth Cymru, gan gasglu ynghyd feddylwyr blaengar a rhai o'r enghreifftiau mwyaf llwyddiannus o ddatrysiadau problemau gofal iechyd gwledig o bob cwr o'r DU a thu hwnt, yn ychwanegu symbyliad i'r dasg. Byddai'n cyflawni tri phrif bwrpas: dysgu drwy arferion gorau mannau eraill; cynnwys cymunedau lleol sydd â diddordeb i fod yn rhan o'r drafodaeth am ddyfodol ei gwasanaethau iechyd; a chynnig fforwm ar gyfer trafodaethau wedi'u ffocysu rhwng rhanddeiliaid lleol, wedi eu hysbrydoli gan ddiwylliant 'gallwn, fe allwn' y timau mwyaf llwyddiannus.

G. ARGYMHELLION

Mae'r argymhellion hyn yn brin o ran nifer, ond maen nhw angen arweiniad, cryn ymdrech a gwir frys:

1. Dylai'r tri Bwrdd Iechyd sefydlu cyd-beirianwaith argyfer trefn lywodraethol (teitl gwaith: **Rhaglen Gydweithredol Gofal Iechyd Canolbarth Cymru**) yn unol â'r disgrifiad yn yr adroddiad, er mwyn gweithredu llawer o'r argymhellion isod.
2. Dylid sefydlu **Ymglymiad y Cyhoedd** ar sail newydd, yn cael ei gydlynu gan Raglen Gydweithredol Gofal Iechyd Canolbarth Cymru.
3. Dylai'r tri Bwrdd Iechyd ail-ddyblygu eu hymdrechion i fynd i'r afael â'r pwysau sydd ar y **gofal sylfaenol lleol**, gan ddatblygu gwasanaethau cyflenwol, creu modelau newydd, rhannu swyddogaethau a darparu cymorth busnes, edrych ar fodelau newydd o drefn lywodraethol ar gyfer meddygfeydd teulu, a lle bo'n bosib darparu cymorth ariannol wedi ei dargedu. Daw manteision drwy i'r Byrddau gydlynu'u hymdrechion i gwrdd ag amgylchiadau penodol Canolbarth Cymru, ac ystyried datrysiadau ar y cyd, lle bo hynny'n addas.
4. Dylai **Cynllun Cenedlaethol Gofal Sylfaenol** Llywodraeth Cymru fynd i'r afael â nifer o'r heriau cyffredin a systemig sy'n wynebu gofal sylfaenol, sydd tu hwnt i sgôp y Byrddau Iechyd.
5. Dylai Bwrdd Iechyd Prifysol Hywel Dda, gyda chymorth y ddau Fwrdd arall, gadarnhau'n gyhoeddus eu gweledigaeth am **ddyfodol rôl strategol Ysbyty Cyffredinol Bronglais** a'r cyfeiriad strategol y maen nhw'n bwriadu ei ddilyn. Mae cyflwyniad y Bwrdd Iechyd i'r astudiaeth (Atodiad 13) yn rhoi sail dda i weledigaeth o'r fath. Bydd hyn angen ystyriaeth fanwl wedi hynny o'r opsiynau llwybr a gwasanaeth, ond dylai yn ddigon penodol i sichrau staff cyffredol a darpar staff a'r cyhoedd y bydd yr ysbyty'n parhau fel canolfan aciwt, a bydd y ddarpariaeth frys a 'heb fod brys' yn mynd i'r afael â heriau'r manau anghysbell. Dylai ddatgan yn eglur y meini prawf sydd raid eu cyrraedd, seiliedig ar y Chwe Maen Prawf Allweddol o Wasanaeth a nodir yn yr adroddiad hwn (gweler Tabl F3.1, Adran F).
6. Dylai staff clinigol yn yr holl feysydd arbenigol fod nawr yn ymglymu'n weithredol yn y **trafodaethau clinigol** gyda'u cydweithwyr am y modd y dylai'r gwasanaethau ddatblygu. Bydd y broses hon angen arweiniad actif a hyrwyddiad gan Fwrdd Iechyd Prifysol Hywel Dda, yn gweithio ar ran Rhaglen Gydweithredol Gofal Iechyd Canolbarth Cymru. Rhaid mynd i'r afael â'r anawsterau yn y berthynas rhwng yr ysbytai a dylai gynnwys cynrychiolwyr gofal sylfaenol, y Colegau Brenhinol, y Ddeoniaeth a darparwyr gwasanaethau o'r Alban a manau eraill sydd wedi llwyddo i roi trefn ar rai agweddau o ddarpariaeth gofal aciwt gwledig. Dylai'r broses hon, gan gynnwys adolygiadau gan gyrff proffesiynol, fynd i'r afael â materion arbenigol-benodol (gweler isod), a hefyd eu cyd-ddibyniaeth, a'r dolenni cyswllt gyda gofal cyn-ysbyty a rhwng ysbytai, ynghyd â llwybrau cleifion. Mae'n bwysig bod y Colegau Brenhinol meddygol i gyd yn rhan o'r gwaith hwn, ynghyd â chyrrff dysg o blith proffesiynau eraill.
7. Dylid cychwyn nawr ar archwiliad pellach o'r opsiynau darparu gwasanaethau **cardioleg** yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais, sy'n rhoi ystyriaeth lawn o'r ystod eang o amodau yn yr ysbyty hwn, ac yn gwerthuso dulliau amgen o adeiladu'r math o gymorth rhwydwaith clinigol sydd ei angen. Dylai hyn adeiladu ar y trafodaeth cynnar gynhaliwyd fel rhan o'r astudiaeth hon, a'r cyflwyniad i'r astudiaeth hon oddi wrth Goleg Brenhinol y Ffisigwyr (gweler Atodiad 14), ac y mae'r ddau gyflwyniad yn cynnig sail i fod yn optimistaidd bod datrysiadau amgen yn werth eu harchwilio.
8. Dylai proses debyg ddigwydd ynglŷn â **llawfeddygaeth cyffredinol**, gan adeiladu ar drafodaethau gychwynwyd gan yr astudiaeth hon a'r bwriad ydy i hynny ddigwydd yn Hydref 2014, ac ar gyfer

gwasanaethau **Mamolaeth ac Obstetreg** yn Ysbyty Cyffredinol Bronglais.

9. Dylid dileu **teithiau dianghenraid i gael mynediad i ofal**, gydag archwiliad cydlynol a chynhwysfawr o'r llwybrau perthnasol i sicrhau bod gofal yn cael eu ddaparu yn nes i'r cartref, bod clinigau a darpariaethau eraill yn cael eu trefnu i adlewyrchu anawsterau trafndiaeth, bod y cleifion yn cael eu hannog o ddewis opsiynau fyddai'n siwtio eu hanghenion, a bod cleifion ac ymwelwyr yn derbyn gwybodaeth i'w helpu i gael mynediad gwasanaethau anghysbell. Bydd hyn angen ymdrech gydlynol fydd yn croesi ffiniau ysbytai a Byrddau Iechyd.
10. Dylid cefnogi a hyrwyddo cynlluniau i ddatblygu **sgiliau uwch yn y gwasanaeth ambiwlans** yng Nghanolbarth Cymru.
11. Dylid cael ymdrech gydlynol gan y cyfan o'r tri Bwrdd Iechyd i ganfod y cyfleoedd am ragor o ddefnyddo o'r capasiti **teleiechyd** ac ymdrech benderfynol i gyflymu ei weithrediad.
12. Dylai'r tri Bwrdd Iechyd, yn gweithio gyda phrifysgolion lleol ac eraill, ddatblygu a chefnogi **canolfan ragoriaeth mewn gofal iechyd gwledig**, gyda ffocws arbennig ar ymchwil, datblygiad a lledaeniad mewn ymchwil gwasanaeth iechyd fydd yn mynd i'r afael â heriau penodol Canolbarth Cymru. Mae gan hyn botensial gwych i wneud gwaith o berthnasedd rhyngwladol. Fel sydd wedi'i ddisgrifio yn yr adroddiad hwn, dylid trefnu **cynhadledd** proffil uchel ar unwaith i drafod gofal iechyd yng Nghanolbarth Cymru.

ATODIADAU¹⁵⁴

¹⁵⁴ Dylid nodi nad ydy cynnwys yr atodiadau technegol hyn wedi'u cyfieithu i'r Gymraeg.

ATODIAD 1 · CYFRIFOLDEBAU AR DRAWS Y SYSTEM GOFAL IECHYD

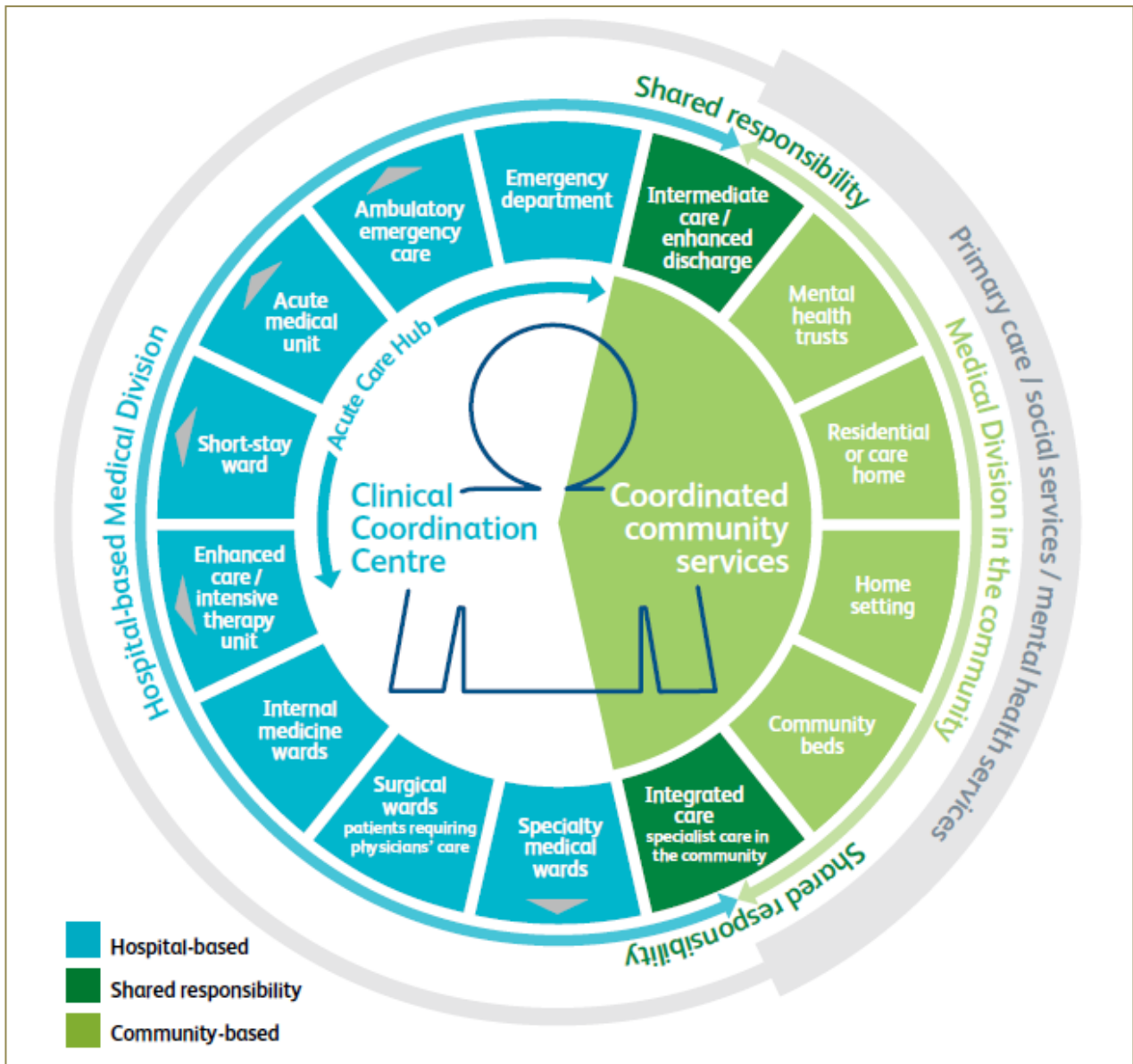


Figure AP1.1 · The Medical Division remit: circle of patient-centred care

Source: Royal College of Physicians (2013)

ATODIAD 2 · MODEL GOFAL IECHYD MEWN CYMUNEDAU GWLEDIG



Figure AP2.1 · Model of healthcare in rural communities

Source: Welsh Assembly Government (2009)

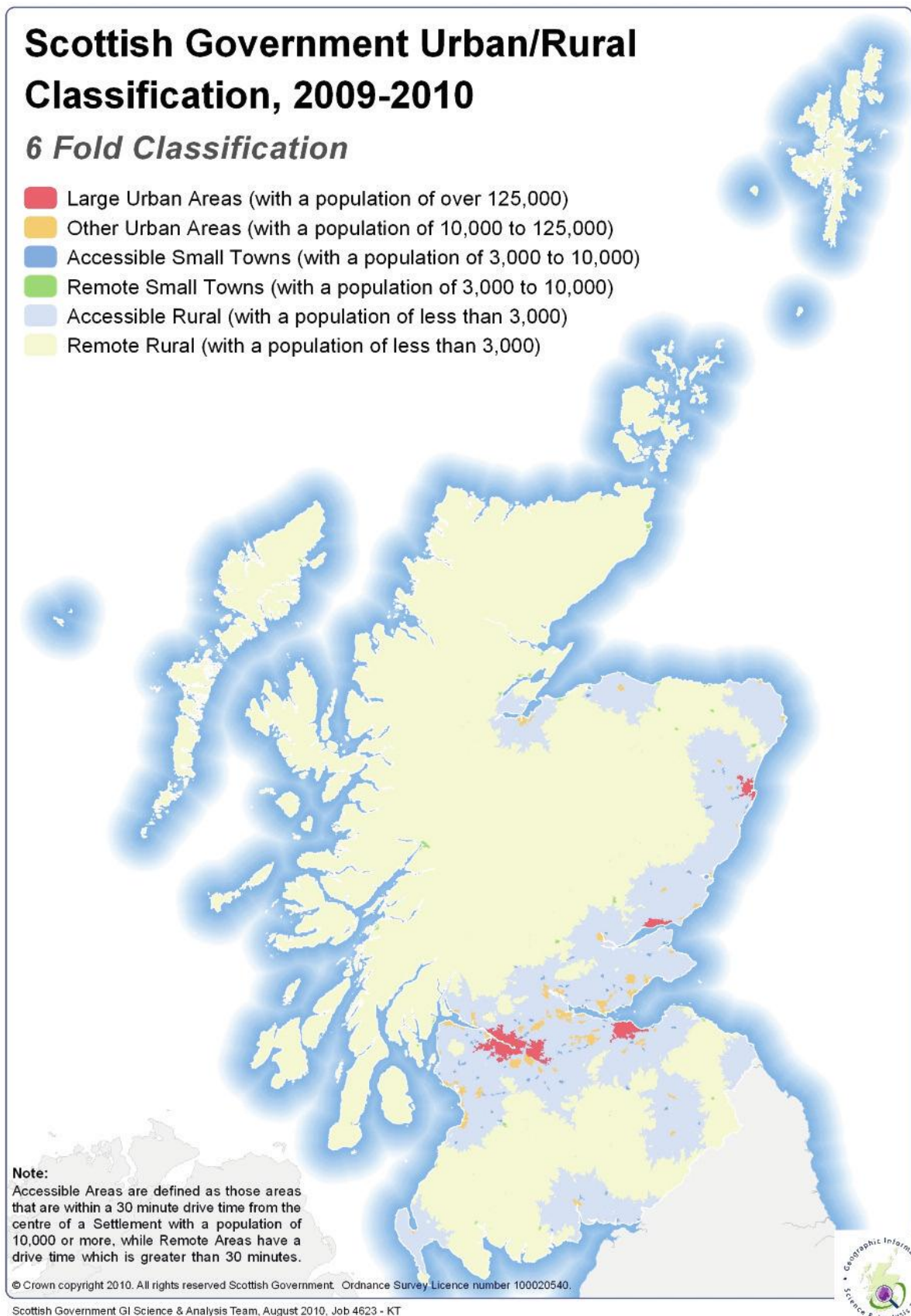


Figure AP3.1 · Scottish Government – Urban/Rural Classification

Source: Scottish Government (2012b) *Rural Scotland Key Facts 2012*: p.6

ATODIAD 4 · YSBYTAI CYMUNED 'NHS HIGHLAND'

Hospital	Population Served (approx.)	Services
Mackinnon Memorial Hospital (Broadford Hospital) Isle of Skye ¹⁵⁵	13,000	<p>Onsite Services</p> <ul style="list-style-type: none"> 24 hour on site medical cover 24 hour nursing cover 24 hour A&E service 24 hour radiography cover 25 Beds used for Medical Surgical and occasional Paediatric care Out of Hours treatment service for Skye and Lochalsh Temporary Place of Safety Service for Psychiatric Emergencies Inpatient alcohol detox Alcohol Liaison Service Integrated Midwifery service Diagnostic Ultrasound service Nurse led Chemotherapy service Palliative Care Terminal Care Minor Surgery Local Fracture Clinic Podiatry Physiotherapy Speech and Language Therapy Occupational Therapy 24 Hour BP monitoring Event Monitoring Opticians Clinic Community Paediatric Clinic Community Dental Service Video Conferencing Facility <p>Visiting Services</p> <ul style="list-style-type: none"> Daycase surgery Surgical Clinics Orthopaedic Clinics Orthotics Clinics

¹⁵⁵ <http://www.nhshighland.scot.nhs.uk/Services/Pages/DrMacKinnonMemorialHospitalBroadfordHospital.aspx>

		<p>ENT Clinics</p> <p>Audiology Clinics</p> <p>Eye Clinics</p> <p>Orthoptics Clinics</p> <p>General Medical Clinics</p> <p>Rehabilitation Medicine Clinics</p> <p>Paediatric Clinics</p> <p>Oncology Clinics</p> <p>Obstetric Clinics</p> <p>Gynaecology Clinics</p> <p>Radiology Service – Barium examinations and ultrasound</p> <p>Occupational Health Clinics</p> <p>Diabetic Nurse Clinics</p> <p>Dietetics advice</p> <p>Psychiatric clinics</p> <p>Clinical Psychology</p> <p>Community Psychiatric Nursing Clinics</p>
<p>Nairn Town and County Hospital</p> <p>Nairn</p>	12,000	<p>Onsite services (GP run)</p> <p>19 Inpatient beds</p> <p>A&E Department</p> <p>Physiotherap</p> <p>X Ray/Ultrasound facilities</p> <p>Out of Hours Primary Care Centre</p> <p>Palliative Care</p> <p>Visiting Services</p> <p>Day Hospital - 2 days per week</p> <p>Dementia Day Care – 2 days per week</p> <p>Out Patient Physiotherapy</p> <p>Out Patient Occupational Therapy</p> <p>Out Patient Speech and Language Therapy</p> <p>Stroke Services</p> <p>Methadone Clinics</p> <p>Dental Services</p> <p>Alcohol Detox</p> <p>Self Help Workers For Depression</p> <p>Intermediate Care Team</p> <p>Midwifery Services</p> <p>District Nurse Base</p>

<p>Cowal Community Hospital Dunoon</p>	<p>8,000</p>	<p>Onsite services</p> <ul style="list-style-type: none"> Casualty Out of Hours AHPs Daycase surgery Maternity beds GP beds Palliative Care <p>Visiting Services</p> <ul style="list-style-type: none"> General Surgery Orthopaedics Gynaecology Geriatric Assessment ENT Ophthalmology General Medicine General Psychiatry Dementia Respiratory Medical Paediatrics GUM Community Child Health Cardiology Rehabilitation Medicine Radiography <p>Clinics run by Nurses, AHPs</p> <ul style="list-style-type: none"> Orthoptics Dietetics Orthotist Optometrist Substance misuse Child and Adolescence Psychiatry Audiology Alcohol Outpatients Anti-Coagulant Sister Diabetic Sister Cardiac/Stroke rehab nurse Stroke Prevention Clinic CHAT Physiotherapy
---	--------------	--

		Occupational Therapist Radiography Speech & Language Therapy Podiatry
Ross Memorial Hospital Dingwall	5,500 (Population of Dingwall) 54,000 (Population of Ross & Cromarty) ¹⁵⁶	Onsite services 9 Bed General Ward Casualty (9am – 6pm, Mon – Fri) Out of hours Community rehabilitation team Radiology (x-ray, ultrasound & DEXA scanner, inc diagnostics) Outpatient clinics Medical Rehabilitation Paediatric Rheumatology Orthopaedic ENT Orthodontic Stoma Dietetic Psychiatric Clinical Psychology Community Paediatric Speech and Language Therapy Community Midwives Medicine for the Elderly Audiology Occupational Health Health Visitors
County Community Hospital Invergordon	4,000 (Population of Invergordon) 54,000 (Population of Ross & Cromarty)	Onsite services 28 bed consultant-led & GP-led rehabilitation and nursing unit Day hospital (Tues – Fri) Minor injuries unit (8am – 6pm, Mon – Fri) Out of hours X-ray (9.30am – 1pm, Mon – Fri) Outpatients clinics Parkinson's Disease

¹⁵⁶ http://www.highland.gov.uk/info/695/council_information_performance_and_statistics/165/highland_profile_-_key_facts_and_figures/2

		<p>Physiotherapy Medicine for the Elderly Psychiatry Psychology Community Mental Health Team – Guided Self Help Worker, Cognitive Behavioural Therapist Community Psychiatric Nurse Maternity Assessment Unit (Monday and Thursday) Paediatrics Dietetics Orthotics Occupational Health Smoking Cessation Community Midwives Health Visitors Children’s Clinic Chiropody and Podiatry Multiple Sclerosis Specialist Nurse Clinic Alcohol Counselling Highland Sexual Health / Family Planning Clinic Pain Clinic Diabetes Nurse led Clinic</p> <p>Specialist Nurse Services Heart Failure Nurse Diabetes Nurse for East Ross</p> <p>A GP practice also operates from the hospital</p>
<p>Lawson Memorial Hospital Golspie</p>	<p>1,650 (Population of Golspie) 13,000 (Population of Sutherland)</p>	<p>Onsite services Minor injuries Out of Hours</p> <p>Associated Services Daycase surgery Clinics for particular specialties GP Led Unit Day Surgery unit Care of the Elderly Medical and Rehabilitation Unit Outpatients Department X-ray Facilities (Mon-Fri, 9-5) Physiotherapy & Occupational Therapy Services</p>

<p>Migdale Hospital Bonar Bridge</p>	<p>1,000 (Population of Bonar Bridge) 13,000 (Population of Sutherland)</p>	<p>Onsite services</p> <ul style="list-style-type: none"> Inpatient assessment Professional Advice Multi Agency Care Home Liaison Service General Medicine Palliative Care rehabilitation <p>Associated services</p> <ul style="list-style-type: none"> Physiotherapy (in/outpatient dept) Occupational Therapy Audiology Rehabilitation classes Memory clinics Outreach/liaison for elderly mentally ill patients
---	--	--

ATODIAD 5 · 'NHS SCOTLAND' – LEFELAU GOFAL HEB EI DREFNU

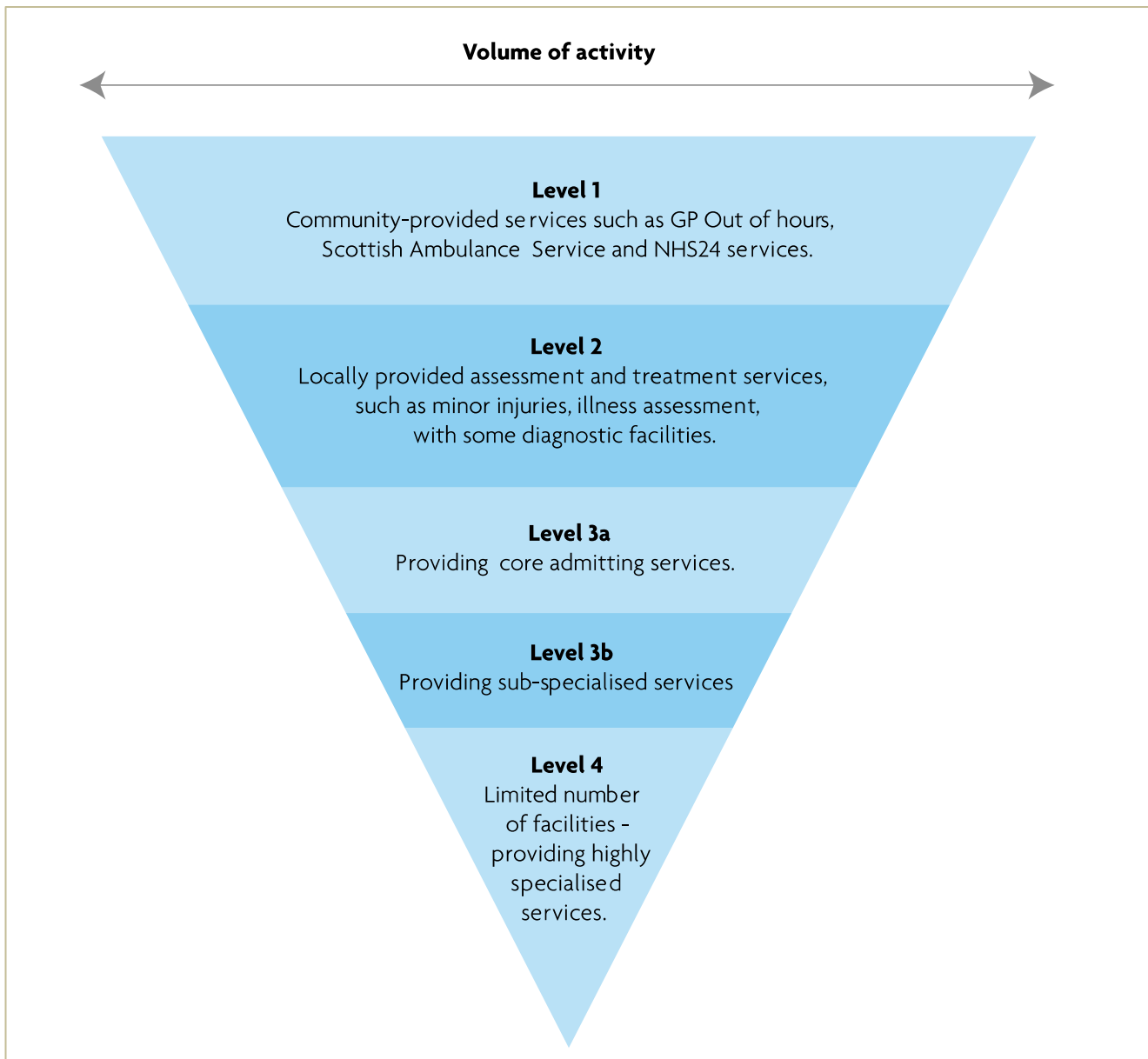
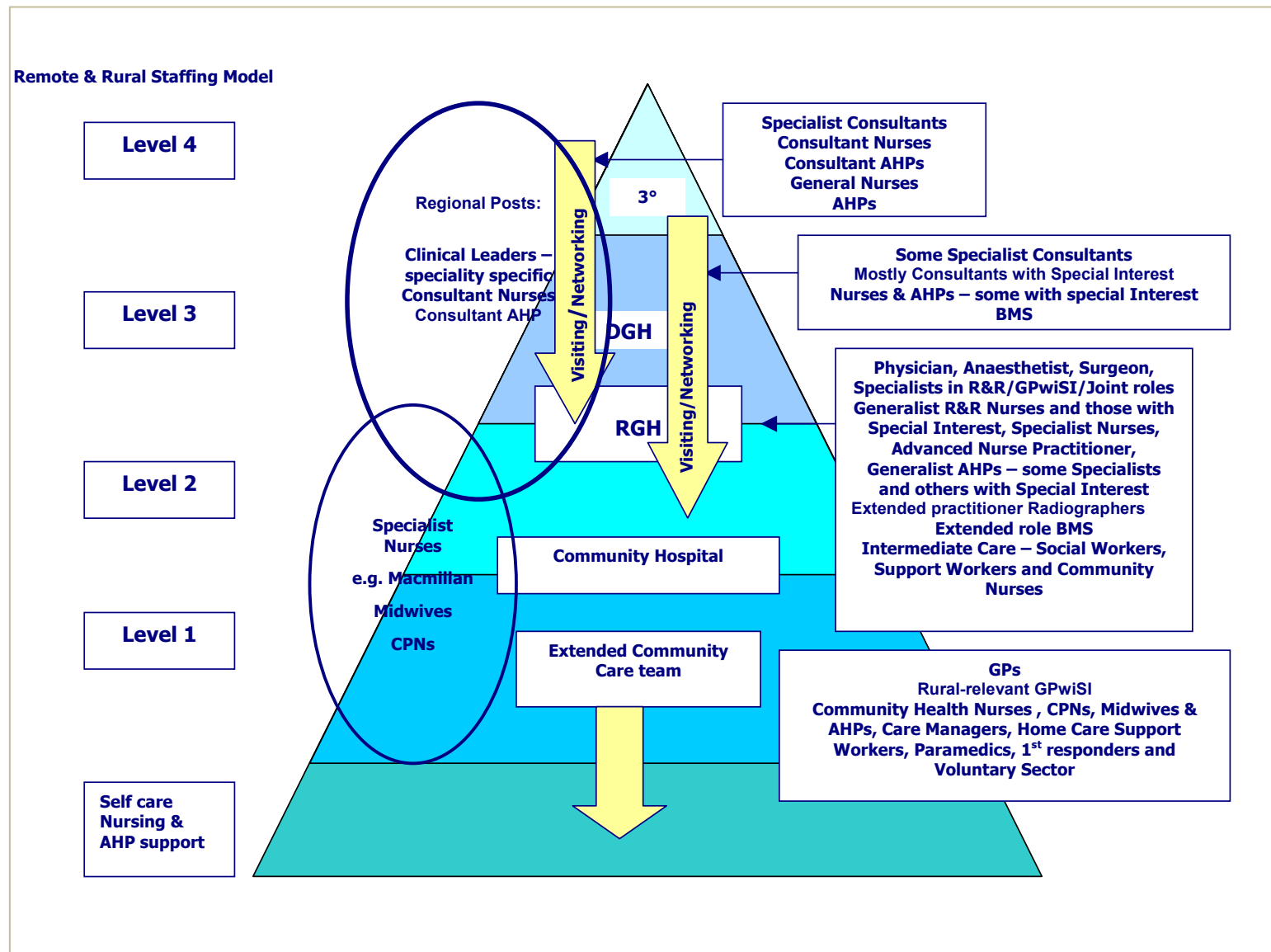


Figure AP5.1 · NHS Scotland – Levels of Unscheduled Care

Source: NHS Scotland, National Framework for Service Change, p.29

ATODIAD 6 · STRWYTHUR ARFAETHEDIG STAFF MANNAU ANGHYSBELL A GWLEDIG YN YR ALBAN



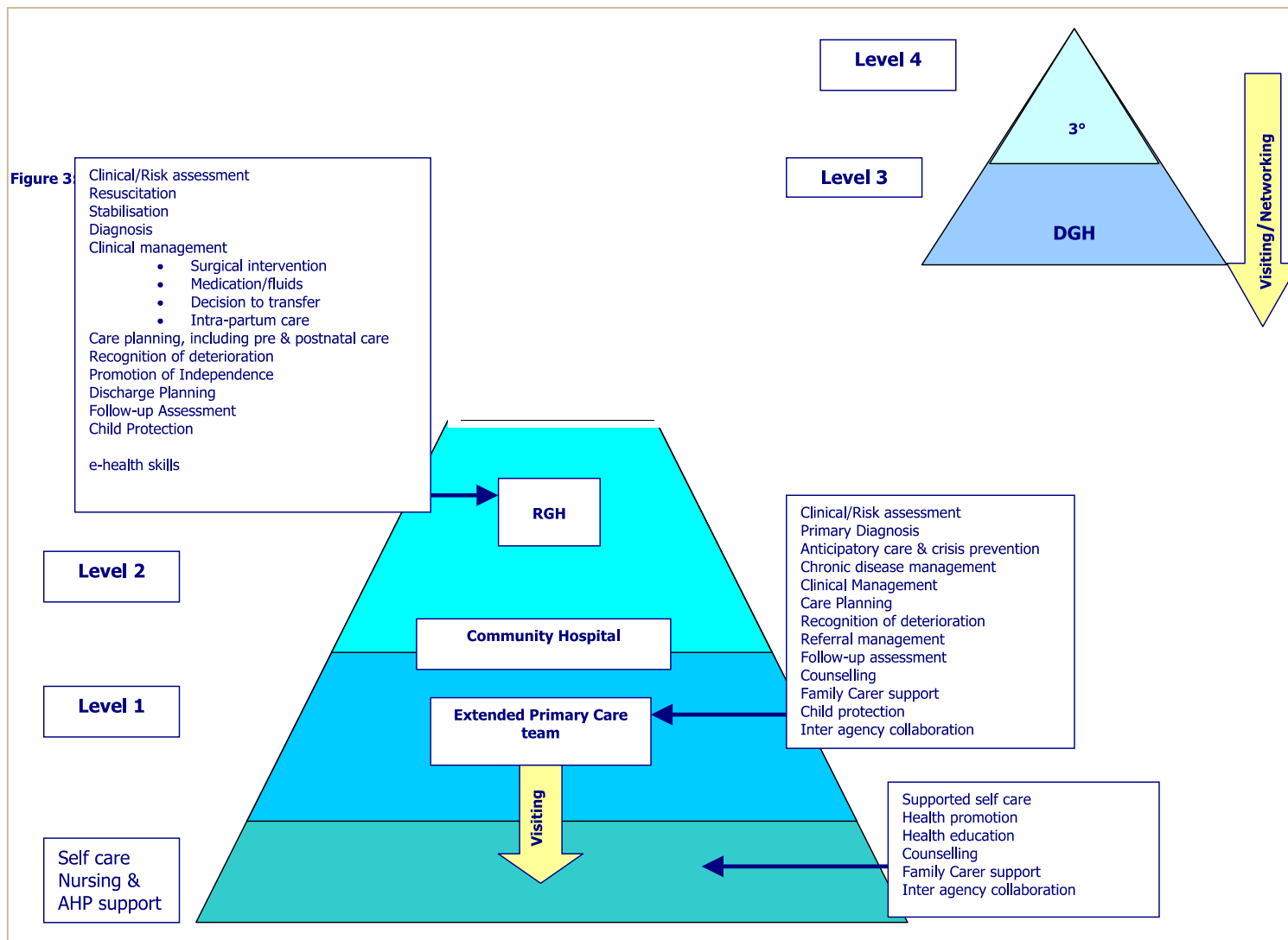


Figure AP6.1 and AP6.2 · NHS Scotland - Remote and Rural Staffing Model

Source: Scottish Government (2010: 6-7)

ATODIAD 7 · TABLAU DATA A FFIGYRAU

FIGURE AP7.1 · PROJECTED ESTIMATES OF THE POPULATION, HYWEL DDA UHB

Source: Public Health Wales Observatory

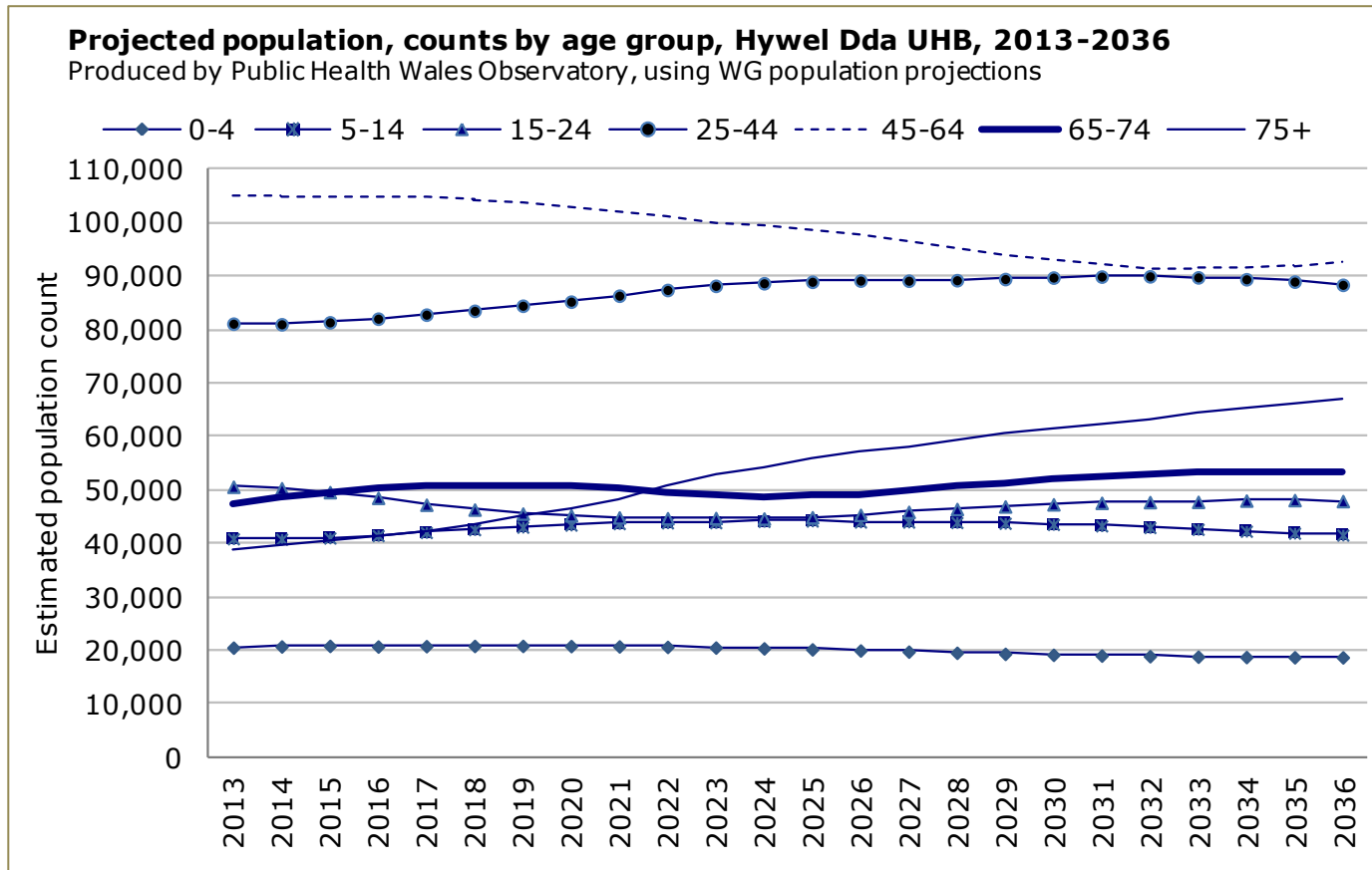


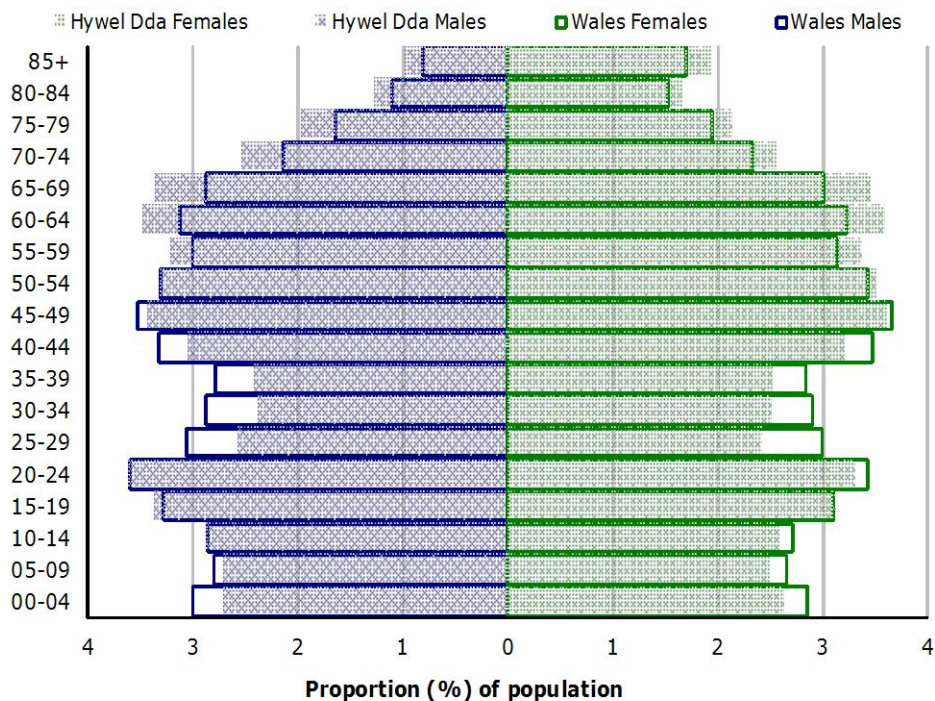
FIGURE AP7.2 · POPULATION PYRAMIDS, HYWEL DDA UHB AND WALES - 2012

Source: Public Health Wales Observatory

Count and proportion of population by five-year age band, Hywel Dda and Wales, 2012

Proportion of population by age and sex, Hywel Dda and Wales, 2012

Produced by Public Health Wales Observatory, using 2012 mid year population estimates, ONS



	% total population				Total population (thousands)			
	Hywel Dda		Wales		Hywel Dda		Wales	
	% Males	% Females	% Males	% Females	Males	Females	Males	Females
00-04	2.7	2.6	3.0	2.9	10.4	10.2	92.2	87.7
05-09	2.7	2.5	2.8	2.7	10.4	9.6	85.9	81.7
10-14	2.9	2.6	2.9	2.7	11.0	10.0	88.0	83.3
15-19	3.4	3.1	3.3	3.1	12.9	12.1	100.8	95.5
20-24	3.6	3.3	3.6	3.4	13.8	12.8	110.7	105.5
25-29	2.6	2.4	3.1	3.0	9.8	9.3	94.1	92.0
30-34	2.4	2.5	2.9	2.9	9.1	9.7	88.5	89.2
35-39	2.4	2.5	2.8	2.8	9.2	9.7	85.5	87.3
40-44	3.0	3.2	3.3	3.5	11.7	12.3	102.3	106.7
45-49	3.4	3.6	3.5	3.7	13.2	13.9	108.2	112.5
50-54	3.3	3.5	3.3	3.4	12.7	13.5	101.7	105.3
55-59	3.2	3.4	3.0	3.1	12.3	13.0	92.3	96.1
60-64	3.5	3.6	3.1	3.2	13.3	13.8	96.1	99.3
65-69	3.3	3.5	2.9	3.0	12.8	13.3	88.7	92.5
70-74	2.5	2.6	2.1	2.3	9.7	9.8	65.6	71.3
75-79	2.0	2.2	1.6	1.9	7.5	8.2	50.5	59.9
80-84	1.3	1.7	1.1	1.5	4.9	6.4	33.7	46.6
85+	1.0	1.9	0.8	1.7	3.7	7.4	25.1	51.8

Produced by Public Health Wales Observatory, using MYE (ONS)

Produced by Public Health Wales Observatory, using MYE (ONS)

TABLE AP7.1 · TOTAL NEW A&E ATTENDANCES WITH ARRIVAL MODE – BRONGLAIS GENERAL HOSPITAL, APRIL 2011-MARCH 2014

Source: Hywel Dda University Health Board

Date	999 Call	Ambulance	Helicopter	On Foot	Other Means	Police	Private Transport	Public Transport	TOTAL*
Apr-11	178	248	-	21	27	13	1,664	4	2,155
May-11	172	256	1	17	3	17	1,765	4	2,235
Jun-11	163	269	-	23	7	24	1,466	1	1,953
Jul-11	201	239	1	23	3	20	1,579	3	2,069
Aug-11	197	241	3	20	29	21	1,764	5	2,280
Sep-11	177	263	1	19	37	20	1,516	5	2,038
Oct-11	253	270	-	68	15	18	1,695	10	2,329
Nov-11	201	235	-	66	25	29	1,500	2	2,058
Dec-11	166	244	-	42	26	8	1,286	6	1,778
Jan-12	152	289	-	44	34	21	1,242	11	1,793
Feb-12	172	229	-	54	18	24	1,349	6	1,852
Mar-12	139	285	2	64	37	15	1,631	5	2,178
2011/12	2,171	3,068	8	461	261	230	18,457	62	24,718
Apr-12	164	246	2	51	47	17	1,484	4	2,015
May-12	187	268	1	73	14	30	1,721	1	2,295
Jun-12	169	244	1	41	34	21	1,558	3	2,071
Jul-12	205	264	-	47	51	12	1,484	5	2,068
Aug-12	227	232	5	53	17	15	1,661	9	2,219
Sep-12	170	275	-	30	22	19	1,435	1	1,952
Oct-12	159	268	1	72	27	18	1,565	7	2,117
Nov-12	137	306	-	44	14	17	1,359	6	1,883
Dec-12	129	315	-	33	9	20	1,298	3	1,807
Jan-13	163	251	-	43	20	10	1,264	-	1,751
Feb-13	137	250	1	36	22	10	1,349	1	1,806
Mar-13	177	294	-	38	25	16	1,540	1	2,091
2012/13	2,024	3,213	11	561	302	205	17,718	41	24,075
Apr-13	131	280	2	45	25	5	1,410	3	1,901
May-13	229	248	1	77	58	17	1,635	3	2,268
Jun-13	123	302	-	45	11	9	1,361	14	1,865
Jul-13	241	264	-	72	31	16	1,581	24	2,229
Aug-13	263	212	1	38	15	21	1,685	16	2,251
Sep-13	190	268	-	41	10	15	1,482	13	2,019
Oct-13	149	290	3	86	18	16	1,557	19	2,138
Nov-13	114	310	-	42	1	10	1,312	16	1,805
Dec-13	123	288	-	34	11	11	1,227	7	1,701
Jan-14	148	246	-	72	11	17	1,203	25	1,722
Feb-14	124	259	-	73	16	15	1,231	6	1,724
Mar-14	184	263	-	88	14	12	1,560	20	2,141
2013/14	2,019	3,230	7	713	221	164	17,244	166	23,764

* Total is all patient outcomes excluding those of 'inpatient admission

TABLE AP7.2 · TOTAL NEW A&E ATTENDANCES WITH ARRIVAL MODE ASSESSED BUT NOT ADMITTED – BRONGLAIS GENERAL HOSPITAL, APRIL 2011-MARCH 2014

Source: Hywel Dda University Health Board

Date	999 Call	Ambulance	Helicopter	On Foot	Other Means	Police	Private Transport	Public Transport	TOTAL*
Apr-11	88	100	-	19	21	12	1,428	4	1,672
May-11	98	106	-	16	3	17	1,574	4	1,818
Jun-11	86	122	-	20	6	22	1,280	1	1,537
Jul-11	87	93	1	22	2	19	1,361	3	1,588
Aug-11	102	108	-	19	22	18	1,554	4	1,827
Sep-11	97	109	1	19	28	18	1,341	4	1,617
Oct-11	147	132	-	59	15	16	1,500	6	1,875
Nov-11	118	103	-	64	21	28	1,340	2	1,676
Dec-11	94	109	-	39	24	7	1,101	5	1,379
Jan-12	85	141	-	42	32	20	1,061	11	1,392
Feb-12	94	112	-	52	13	23	1,174	6	1,474
Mar-12	74	124	2	61	32	15	1,447	5	1,760
2011/12	1,170	1,359	4	432	219	215	16,161	55	19,615
Apr-12	87	111	-	49	38	14	1,275	3	1,577
May-12	105	126	1	69	13	30	1,501	1	1,846
Jun-12	83	101	-	41	31	20	1,336	3	1,615
Jul-12	113	120	-	43	40	11	1,287	4	1,618
Aug-12	135	108	4	52	14	15	1,445	7	1,780
Sep-12	99	116	-	29	19	19	1,265	1	1,548
Oct-12	102	143	1	65	23	17	1,366	6	1,723
Nov-12	76	141	-	43	10	14	1,182	6	1,472
Dec-12	63	151	-	31	8	18	1,097	3	1,371
Jan-13	89	124	-	42	20	10	1,076	-	1,361
Feb-13	75	115	-	36	17	9	1,159	1	1,412
Mar-13	96	129	-	36	21	15	1,350	1	1,648
2012/13	1,123	1,485	6	536	254	192	15,339	36	18,971
Apr-13	66	117	1	44	25	5	1,204	3	1,465
May-13	103	87	1	72	49	16	1,402	3	1,733
Jun-13	70	118	-	40	10	9	1,165	13	1,425
Jul-13	126	103	-	65	24	16	1,358	21	1,713
Aug-13	119	80	-	35	10	19	1,433	15	1,711
Sep-13	92	123	-	38	8	15	1,296	10	1,582
Oct-13	62	129	3	81	12	15	1,330	18	1,650
Nov-13	44	153	-	41	-	9	1,139	15	1,401
Dec-13	44	113	-	30	9	11	1,007	7	1,221
Jan-14	53	98	-	66	10	16	1,020	22	1,285
Feb-14	59	116	-	70	14	15	1,038	6	1,318
Mar-14	107	128	-	79	11	11	1,319	20	1,675
2013/14	945	1,365	5	661	182	157	14,711	153	18,179

* Total is all patient outcomes excluding those of 'inpatient admission'.

TABLE AP7.3 · BED OCCUPANCY RATES FOR CEREDIGION RESIDENTS, BRONGLAIS GENERAL HOSPITAL – APRIL 2012-MARCH 2014

Source: Hywel Dda University Health Board

Date	2012-13	2013-14
April	78.39%	81.51%
May	80.23%	77.11%
June	76.98%	80.57%
July	76.83%	82.72%
August	75.77%	76.42%
September	81.54%	80.84%
October	80.98%	74.60%
November	78.88%	77.21%
December	76.22%	76.42%
January	81.25%	86.74%
February	79.80%	87.91%
March	84.94%	86.07%
TOTALS	79.28%	80.62%

Information is for all wards and all specialties in Bronglais General Hospital

TABLE AP7.4 · DAY CASE ACTIVITY FOR CEREDIGION RESIDENTS, BRONGLAIS GENERAL HOSPITAL – APRIL 2011-MARCH 2014

Source: Hywel Dda University Health Board

Speciality	2011-12	2012-13	2013-14
100 - General Surgery	302	526	711
101 - Urology	54	55	119
110 - Trauma & Orthopaedics	472	400	373
120 - ENT	21	24	11
130 - Ophthalmology	555	559	670
142 - Paediatric Dentistry	23	16	29
300 - General Medicine	1,542	1,469	1,299
303 - Clinical Haematology	56	114	219
315 - Palliative Medicine			1
320 - Cardiology	7	1	13
370 - Medical Oncology	33	77	110
420 - Paediatrics	51	25	8
502 - Gynaecology	331	316	299
TOTALS	3,447	3,582	3,862

TABLE AP7.5 · OUTPATIENT ACTIVITY FOR CEREDIGION RESIDENTS, BRONGLAIS GENERAL HOSPITAL – APRIL 2011-MARCH 2014

Source: Hywel Dda University Health Board

Speciality	2011-12	2012-13	2013-14
100 - General Surgery	4,415	4,436	4,028
101 - Urology	1,909	2,198	2,369
110 - Trauma & Orthopaedics	10,398	9,551	9,857
120 - ENT	1,828	1,730	1,499
130 - Ophthalmology	-	-	225
140 - Oral Surgery	102	-	-
142 - Paediatric Dentistry	-	-	5
143 - Orthodontics	11	10	-
150 - Neurosurgery	49	40	45
190 - Anaesthetics	213	203	222
300 - General Medicine	5,034	5,127	4,933
301 - Gastroenterology	1,642	1,610	1,551
302 - Endocrinology	613	460	440
303 - Clinical Haematology	5,175	5,393	1,436
311 - Clinical Genetics	19	9	-
315 - Palliative Medicine	143	79	62
320 - Cardiology	3,976	3,613	3,542
330 - Dermatology	8	29	9
361 - Nephrology	447	443	405
370 - Medical Oncology	976	1,038	940
400 - Neurology	31	22	56
410 - Rheumatology	137	165	132
420 - Paediatrics	2,323	2,709	2,733
502 - Gynaecology	3,554	3,315	3,452
510 - Obstetrics (AN) (OP)	3,499	3,014	2,409
560 - Midwifery	1,212	1,560	2,099
823 - Non-Clinical Haematology	-	34	4,138
900 - Community Medicine	30	19	-
950 - Nursing	2	1	-
TOTALS	47,746	46,808	46,587

TABLE AP7.6 · ADMISSIONS TO CLINICAL DECISIONS UNIT FOR CEREDIGION RESIDENTS, BRONGLAIS GENERAL HOSPITAL – APRIL 2013-MARCH 2014

Source: Hywel Dda University Health Board

Speciality	Apr-13	May-13	Jun-13	Jul-13	Aug-13	Sep-13	Oct-13	Nov-13	Dec-13	Jan-14	Feb-14	Mar-14	TOTALS
100 - General Surgery	37	47	43	52	63	49	55	38	29	23	23	26	485
101 - Urology	-	1	-	3	-	-	1	-	-	1	-	-	6
110 - Trauma & Orthopaedics	19	20	16	27	28	17	19	15	7	12	8	10	198
300 - General Medicine	149	167	140	154	139	169	162	146	166	159	161	175	1,887
320 - Cardiology	-	2	1	2	5	3	4	-	-	1	2	3	23
370 - Medical Oncology	-	-	-	4	1	2	2	-	-	-	-	-	9
502 - Gynaecology	-	-	-	-	2	-	2	1	-	-	1	2	8
510 - Obstetrics (IP)	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
TOTALS	205	238	200	242	238	240	246	200	202	196	195	216	2,618

TABLE AP7.7 · INPATIENT BED NUMBERS, CEREDIGION HOSPITALS*

Source: Hywel Dda University Health Board – July 2014

Hospital	Ward name	Specialty	Bed complement 30.6.14		Bed complement 31.7.14		CHANGE
			Inpatient	Day case	Inpatient	Day case	
Bronglais General Hospital	Angharad	Paediatrics	6	-	6	-	-
	Cardiac Monitoring Unit	Cardiac	12	-	12	-	-
	Ceredig	Orthopaedic	15	-	15	-	-
		Surgery	14	-	14	-	-
	Clinical Decisions Unit	Medicine	8	-	8	-	-
	Gwenllian	Maternity	14	-	14	-	-
	ICU	Others	3	-	3	-	-
	Iorwerth	Medicine	17	-	17	-	-
	Meurig	Oncology	14	-	14	-	-
	Paediatric Assessment Unit	Paediatrics	4	-	4	-	-
	Rhiannon	Surgery	8	-	8	-	-
		Gynaecology	7	-	7	-	-
	Ystwyth	Medicine	18	-	18	-	-
Day Surgery Unit	-	-	-	-	-	-	
Enlli	Mental Health-POA	9	9	9	8	-1	
TOTALS			149	9	149	8	-1
Tregaron Hospital	Ward 1	-	12	-	12	-	-
TOTALS			12	-	12	-	-

* Cardigan no longer has 12 inpatient beds. This took place on the 26th February 2014. The Information Department was notified of this change 6th June 2014.

TABLE AP7.8 · GENERAL SURGERY ADMISSIONS BY METHOD OF ADMISSION AND YEAR OF ADMISSION – BRONGLAIS GENERAL HOSPITAL

Source: Hywel Dda University Health Board

Year	Elective Inpatients	Day cases	Emergency	Other	TOTALS
2007/08	546	606	1,124	0	2,276
2008/09	487	485	1,079	0	2,051
2009/10	440	416	1,084	0	1,940
2010/11	383	252	1,131	0	1,766
2011/12	418	280	975	3	1,676
2012/13	361	510	943	6	1,820
TOTALS	2,635	2,549	6,336	9	11,529

TABLE AP7.9 · EMERGENCY GENERAL SURGERY ADMISSIONS BY AREA OF RESIDENCE AND YEAR OF ADMISSION – BRONGLAIS GENERAL HOSPITAL

Source: Hywel Dda University Health Board

Year	Carmarthen-shire	Ceredigion	Pembroke-shire	All other areas	TOTALS
2007/08	10	749	1	364	1,124
2008/09	9	685		385	1,079
2009/10	5	707	5	367	1,084
2010/11	7	763	5	356	1,131
2011/12	5	621	2	347	975
2012/13	3	604	3	333	943
TOTALS	39	4,129	16	2,152	6,336

TABLE AP7.10 · TOTAL NUMBER OF OUTPATIENT ATTENDANCES (NEW & FOLLOW UP), ALL HOSPITALS, CEREDIGION - BY REGISTERED GP PRACTICE AREA

Source: Hywel Dda University Health Board (HDdHB)

Hospital	Total outpatient attendances (New and Follow up)					Increase/decrease to previous year				% Increase/decrease to previous year				% of total attendances				
	2009/ 10	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2009/ 10	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14
HDdHB - North Ceredigion	38,145	41,232	42,993	42,438	41,895	3,087	1,761	-555	-543	8.1%	4.3%	-1.3%	-1.3%	60.4%	61.6%	61.8%	62.1%	62.8%
HDdHB - South Ceredigion	10,806	10,480	11,083	12,041	12,177	-326	603	958	136	-3.0%	5.8%	8.6%	1.1%	17.1%	15.7%	15.9%	17.6%	18.3%
HDdHB - North Pembrokeshire	288	313	313	350	353	25	0	37	3	8.7%	0.0%	11.8%	0.9%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%
HDdHB - South Pembrokeshire	55	59	72	85	152	4	13	13	67	7.3%	22.0%	18.1%	78.8%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%
HDdHB - Taf / Towy (2Ts)	63	73	82	119	151	10	9	37	32	15.9%	12.3%	45.1%	26.9%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%
HDdHB - Amman/Gwen-draeth	14	19	21	61	137	5	2	40	76	35.7%	10.5%	190.5%	124.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%
HDdHB - Llanelli	4	11	19	48	84	7	8	29	36	175.0%	72.7%	152.6%	75.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
Powys teaching Health Board	6,637	7,063	7,288	7,087	7,092	426	225	-201	5	6.4%	3.2%	-2.8%	0.1%	10.5%	10.6%	10.5%	10.4%	10.6%
Betsi Cadwaladr Uni. Health Board	4,199	4,485	4,777	4,674	4,286	286	292	-103	-388	6.8%	6.5%	-2.2%	-8.3%	6.6%	6.7%	6.9%	6.8%	6.4%
Abertawe Bro Morgannwg Health Board	21	11	9	8	12	-10	-2	-1	4	-47.6%	-18.2%	-11.1%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Aneurin Bevan Health Board	10	21	21	13	18	11	0	-8	5	110.0%	0.0%	-38.1%	38.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Cardiff And Vale Health Board	26	21	29	29	13	-5	8	0	-16	-19.2%	38.1%	0.0%	-55.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Cwm Taf Health Board	11	14	11	11	12	3	-3	0	1	27.3%	-21.4%	0.0%	9.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Outside Wales	188	181	210	213	241	-7	29	3	28	-3.7%	16.0%	1.4%	13.1%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%
Not Known	2,696	2,931	2,593	1,140	51	235	-338	-1,453	-1,089	8.7%	-11.5%	-56.0%	-95.5%	4.3%	4.4%	3.7%	1.7%	0.1%
GRAND TOTAL	63,163	66,914	69,521	68,317	66,674	3,751	2,607	-1,204	-1,643	5.9%	3.9%	-1.7%	-2.4%	-	-	-	-	-

TABLE AP7.11 · TOTAL NUMBER OF OUTPATIENT ATTENDANCES (NEW & FOLLOW UP), ALL HOSPITALS, CEREDIGION - BY SPECIALTY

Source: Hywel Dda University Health Board

Hospital	Total outpatient attendances (New and Follow up)					Increase/decrease to previous year				% Increase/decrease to previous year				% of total attendances				
	2009/ 10	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2009/ 10	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14
General Medicine	11,997	14,146	13,595	14,076	14,809	2,149	-551	481	733	17.9%	-3.9%	3.5%	5.2%	19.0%	21.1%	19.6%	20.6%	22.2%
Paediatrics	10,588	10,340	11,127	10,119	10,371	-248	787	-1,008	252	-2.3%	7.6%	-9.1%	2.5%	16.8%	15.5%	16.0%	14.8%	15.6%
Medical Oncology	5,548	5,230	5,037	5,020	4,356	-318	-193	-17	-664	-5.7%	-3.7%	-0.3%	-13.2%	8.8%	7.8%	7.2%	7.3%	6.5%
General Surgery	4,236	4,528	5,551	5,377	5,445	292	1,023	-174	68	6.9%	22.6%	-3.1%	1.3%	6.7%	6.8%	8.0%	7.9%	8.2%
Trauma & Orthopaedics	3,612	4,644	5,379	5,786	5,588	1,032	735	407	-198	28.6%	15.8%	7.6%	-3.4%	5.7%	6.9%	7.7%	8.5%	8.4%
Ophthalmology	3,053	4,806	5,298	5,558	5,668	1,753	492	260	110	57.4%	10.2%	4.9%	2.0%	4.8%	7.2%	7.6%	8.1%	8.5%
Gynaecology	4,120	3,736	3,852	3,605	3,734	-384	116	-247	129	-9.3%	3.1%	-6.4%	3.6%	6.5%	5.6%	5.5%	5.3%	5.6%
Obstetrics	3,851	3,541	3,772	3,303	2,594	-310	231	-469	-709	-8.0%	6.5%	-12.4%	-21.5%	6.1%	5.3%	5.4%	4.8%	3.9%
Cardiology	2,974	2,910	2,915	3,603	3,615	-64	5	688	12	-2.2%	0.2%	23.6%	0.3%	4.7%	4.3%	4.2%	5.3%	5.4%
Clinical Haematology	2,725	2,483	2,412	2,734	2,713	-242	-71	322	-21	-8.9%	-2.9%	13.3%	-0.8%	4.3%	3.7%	3.5%	4.0%	4.1%
Urology	1,745	1,602	1,834	1,751	1,512	-143	232	-83	-239	-8.2%	14.5%	-4.5%	-13.6%	2.8%	2.4%	2.6%	2.6%	2.3%
GP Other	1,273	1,456	1,676	1,768	1,554	183	220	92	-214	14.4%	15.1%	5.5%	-12.1%	2.0%	2.2%	2.4%	2.6%	2.3%
Midwifery	1,512	1,282	1,225	1,563	2,136	-230	-57	338	573	-15.2%	-4.4%	27.6%	36.7%	2.4%	1.9%	1.8%	2.3%	3.2%
Palliative Medicine	1,295	1,535	1,508	1,093	0	240	-27	-415	-1,093	18.5%	-1.8%	-27.5%	-100.0%	2.1%	2.3%	2.2%	1.6%	0.0%
Oral Surgery	692	812	976	1,039	940	120	164	63	-99	17.3%	20.2%	6.5%	-9.5%	1.1%	1.2%	1.4%	1.5%	1.4%
ENT	1,282	1,308	986	0	0	26	-322	-986	0	2.0%	-24.6%	-100.0%	-	2.0%	2.0%	1.4%	0.0%	0.0%
Paediatric Dentistry	756	742	761	584	549	-14	19	-177	-35	-1.9%	2.6%	-23.3%	-6.0%	1.2%	1.1%	1.1%	0.9%	0.8%
Dental Medicine	352	463	448	447	407	111	-15	-1	-40	31.5%	-3.2%	-0.2%	-8.9%	0.6%	0.7%	0.6%	0.7%	0.6%
GRAND TOTAL	63,163	66,914	69,521	68,317	66,674	3,751	2,607	-1,204	-1,643	5.9%	3.9%	-1.7%	-2.4%	-	-	-	-	-

TABLE AP7.11 (continued) · TOTAL NUMBER OF OUTPATIENT ATTENDANCES (NEW & FOLLOW UP), ALL HOSPITALS, CEREDIGION - BY SPECIALTY

Source: Hywel Dda University Health Board

Hospital	Total outpatient attendances (New and Follow up)					Increase/decrease to previous year				% Increase/decrease to previous year				% of total attendances				
	2009/ 10	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2009/ 10	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14
Orthodontics	775	545	293	173	50	-230	-252	-120	-123	-29.7%	-46.2%	-41.0%	-71.1%	1.2%	0.8%	0.4%	0.3%	0.1%
Anaesthetics	64	168	213	203	222	104	45	-10	19	162.5%	26.8%	-4.7%	9.4%	0.1%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
Rheumatology	156	171	143	166	136	15	-28	23	-30	9.6%	-16.4%	16.1%	-18.1%	0.2%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%
Oral Surgery	237	288	108	0	0	51	-180	-108	0	21.5%	-62.5%	-100.0%	-	0.4%	0.4%	0.2%	0.0%	0.0%
Neurology	88	78	86	124	121	-10	8	38	-3	-11.4%	10.3%	44.2%	-2.4%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%
Palliative Medicine	8	33	207	125	91	25	174	-82	-34	312.5%	527.3%	-39.6%	-27.2%	0.0%	0.0%	0.3%	0.2%	0.1%
Neurosurgery	49	44	51	40	45	-5	7	-11	5	-10.2%	15.9%	-21.6%	12.5%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
Clinical Oncology	143	0	0	0	0	-143	0	0	0	-100.0%	-	-	-	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Clinical Genetics	22	23	27	9	0	1	4	-18	-9	4.5%	17.4%	-66.7%	-100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Dermatology	0	0	8	30	13	0	8	22	-17	-	-	275.0%	-56.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Community Medicine	0	0	31	20	0	0	31	-11	-20	-	-	-35.5%	-100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nursing	7	0	2	1	0	-7	2	-1	-1	-100.0%	-	-50.0%	-100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Paediatric Dentistry	0	0	0	0	5	0	0	0	5	-	-	-	-	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Accident & Emergency	3	0	0	0	0	-3	0	0	0	-100.0%	-	-	-	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
GRAND TOTAL	63,163	66,914	69,521	68,317	66,674	3,751	2,607	-1,204	-1,643	5.9%	3.9%	-1.7%	-2.4%	-	-	-	-	-

TABLE AP7.12 · TOTAL NUMBER OF DEATHS AND DISCHARGES ACROSS ALL HOSPITALS IN CEREDIGION AREA - BY REGISTERED GP PRACTICE AREA

Source: Hywel Dda University Health Board (HDdHB)

Hospital	Total deaths and discharges					Increase/decrease to previous year				% Increase/decrease to previous year				% of total deaths and discharges				
	2009/ 10	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2009/ 10	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14
HDdHB - North Ceredigion	8,577	8,603	9,044	9,249	9,361	26	441	205	112	0.3%	5.1%	2.3%	1.2%	56.7%	57.0%	57.1%	57.7%	57.2%
HDdHB - South Ceredigion	2,014	1,954	2,021	2,185	2,137	-60	67	164	-48	-3.0%	3.4%	8.1%	-2.2%	13.3%	12.9%	12.8%	13.6%	13.1%
HDdHB - North Pembrokeshire	69	70	65	58	83	1	-5	-7	25	1.4%	-7.1%	-10.8%	43.1%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.5%
HDdHB - South Pembrokeshire	13	15	14	27	34	2	-1	13	7	15.4%	-6.7%	92.9%	25.9%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%
HDdHB - Taf / Towy (2Ts)	32	28	24	33	38	-4	-4	9	5	-12.5%	-14.3%	37.5%	15.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
HDdHB - Amman/Gwen-draeth	11	15	9	10	28	4	-6	1	18	36.4%	-40.0%	11.1%	180.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%
HDdHB - Llanelli	1	2	5	11	25	1	3	6	14	100.0%	150.0%	120.0%	127.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%
Powys teaching Health Board	2,644	2,602	2,764	2,663	2,842	-42	162	-101	179	-1.6%	6.2%	-3.7%	6.7%	17.5%	17.2%	17.5%	16.6%	17.4%
Betsi Cadwaladr Uni. Health Board	1,286	1,291	1,385	1,356	1,260	5	94	-29	-96	0.4%	7.3%	-2.1%	-7.1%	8.5%	8.6%	8.7%	8.5%	7.7%
Abertawe Bro Morgannwg Health Board	20	10	16	13	14	-10	6	-3	1	-50.0%	60.0%	-18.8%	7.7%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
Aneurin Bevan Health Board	6	7	10	4	14	1	3	-6	10	16.7%	42.9%	-60.0%	250.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%
Cardiff And Vale Health Board	14	18	10	16	16	4	-8	6	0	28.6%	-44.4%	60.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
Cwm Taf Health Board	25	20	14	25	19	-5	-6	11	-6	-20.0%	-30.0%	78.6%	-24.0%	0.2%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
Outside Wales	317	332	317	311	459	15	-15	-6	148	4.7%	-4.5%	-1.9%	47.6%	2.1%	2.2%	2.0%	1.9%	2.8%
Not Known	106	127	133	80	29	21	6	-53	-51	19.8%	4.7%	-39.8%	-63.8%	0.7%	0.8%	0.8%	0.5%	0.2%
GRAND TOTAL	15,135	15,094	15,831	16,041	16,359	-41	737	210	318	-0.3%	4.9%	1.3%	2.0%	-	-	-	-	-

TABLE AP7.13 · TOTAL NUMBER OF DEATHS AND DISCHARGES ACROSS ALL HOSPITALS IN CEREDIGION AREA - BY MAIN SPECIALTY

Source: Hywel Dda University Health Board

Hospital	Total outpatient attendances (New and Follow up)					Increase/decrease to previous year				% Increase/decrease to previous year				% of total attendances				
	2009/ 10	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14	2009/ 10	2010/ 11	2011/ 12	2012/ 13	2013/ 14
General Medicine	3,609	3,767	3,845	3,639	3,981	158	78	-206	342	4.4%	2.1%	-5.4%	9.4%	23.8%	25.0%	24.3%	22.7%	24.3%
Paediatrics	1,576	1,982	2,121	2,413	2,079	406	139	292	-334	25.8%	7.0%	13.8%	-13.8%	10.4%	13.1%	13.4%	15.0%	12.7%
Medical Oncology	1,670	1,451	1,809	2,356	2,766	-219	358	547	410	-13.1%	24.7%	30.2%	17.4%	11.0%	9.6%	11.4%	14.7%	16.9%
General Surgery	2,080	1,835	1,708	1,869	1,938	-245	-127	161	69	-11.8%	-6.9%	9.4%	3.7%	13.7%	12.2%	10.8%	11.7%	11.8%
Trauma & Orthopaedics	1,547	1,537	1,702	1,340	1,336	-10	165	-362	-4	-0.6%	10.7%	-21.3%	-0.3%	10.2%	10.2%	10.8%	8.4%	8.2%
Ophthalmology	1,240	1,380	1,530	1,646	1,498	140	150	116	-148	11.3%	10.9%	7.6%	-9.0%	8.2%	9.1%	9.7%	10.3%	9.2%
Gynaecology	735	668	666	601	615	-67	-2	-65	14	-9.1%	-0.3%	-9.8%	2.3%	4.9%	4.4%	4.2%	3.7%	3.8%
Obstetrics	745	667	599	623	508	-78	-68	24	-115	-10.5%	-10.2%	4.0%	-18.5%	4.9%	4.4%	3.8%	3.9%	3.1%
Cardiology	688	592	617	495	408	-96	25	-122	-87	-14.0%	4.2%	-19.8%	-17.6%	4.5%	3.9%	3.9%	3.1%	2.5%
Clinical Haematology	527	424	446	368	484	-103	22	-78	116	-19.5%	5.2%	-17.5%	31.5%	3.5%	2.8%	2.8%	2.3%	3.0%
Urology	163	204	249	243	314	41	45	-6	71	25.2%	22.1%	-2.4%	29.2%	1.1%	1.4%	1.6%	1.5%	1.9%
GP Other	221	229	257	157	131	8	28	-100	-26	3.6%	12.2%	-38.9%	-16.6%	1.5%	1.5%	1.6%	1.0%	0.8%
Midwifery	183	148	134	177	185	-35	-14	43	8	-19.1%	-9.5%	32.1%	4.5%	1.2%	1.0%	0.8%	1.1%	1.1%
Palliative Medicine	20	94	73	71	72	74	-21	-2	1	370.0%	-22.3%	-2.7%	1.4%	0.1%	0.6%	0.5%	0.4%	0.4%
Oral Surgery	67	76	30	0	0	9	-46	-30	0	13.4%	-60.5%	-100.0%	-	0.4%	0.5%	0.2%	0.0%	0.0%
ENT	36	19	22	27	15	-17	3	5	-12	-47.2%	15.8%	22.7%	-44.4%	0.2%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
Paediatric Dentistry	12	21	23	16	29	9	2	-7	13	75.0%	9.5%	-30.4%	81.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%
Dental Medicine	16	0	0	0	0	-16	0	0	0	-100.0%	-	-	-	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
GRAND TOTAL	15,135	15,094	15,831	16,041	16,359	-41	737	210	318	-0.3%	4.9%	1.3%	2.0%	-	-	-	-	-

TABLE AP7.14 · PROJECTED ESTIMATES OF THE POPULATION, POWYS

Source: Welsh Government

Source of admission	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
North Powys (Montgomery)	63,779	63,767	63,656	64,269	64,415	64,558	64,697	64,832	64,957	65,074
Mid Powys (Radnor)	29,351	29,346	29,294	29,576	29,644	29,709	29,774	29,835	29,893	29,947
South Powys (Brecknock)	39,846	39,839	39,769	40,152	40,243	40,333	40,420	40,504	40,582	40,655
POWYS TOTAL	132,976	132,952	132,720	133,997	134,302	134,600	134,891	135,171	135,432	135,676

ATODIAD 8 · STAFF MEDDYGOL YMGYNGHOROL WEDI'U LLEOLI YN YSBYTY CYFFREDINOL BRONGLAIS - BIP HYWEL DDA

There are currently 50 consultants working at Bronglais General Hospital as follows.

Source: Hywel Dda University Health Board

A&E

Dr Martin Sawyer (locum)

ANAESTHETICS

Dr Brian Campbell

Dr A G Bonsu

Dr B Collingborn

Dr R Koju-Shrestha

Dr Lackmann-Pavenstaedt

Dr J Zeber

Dr M Hobrok

Dr C Nwaefulu (locum)

Dr M Szappanos (locum)

HAEMATOLOGY

Dr Holmes

Dr H I Atrah (off long term)

MEDICINE

Dr Sajid Durrani – Oncology (on secondment, locum coming to replace)

Dr Graham Boswell – EAU

Dr Phil Jones – Strokes and COTE

Dr Christine Kotonya – Diabetes

Dr Donogh McKeogh – Cardiology

Dr Mark Narain – Gastroenterology

Dr Russell Canavan – Gastroenterology

Dr Lalit Pandya – Respiratory (covering Dr Urfi)

Dr Urfi Urfi – Respiratory (unpaid leave from Sept for 1 yr)

Dr G Lingesan – Palliative Medicine

ORTHOPAEDICS

Dr Wolfgang Spaeth (unpaid leave from 1 April for 1 yr)

Mr M A Omar

Mr Sanjay Sonanis

Mr Mahmoud Abdel Salam (locum)

OBS & GYNAE

Mr S A Awad

Mrs A Nan

Mrs Angela Hamon

Dr H Borase (terminates 10 October)

OPHTHALMOLOGY

Mr Dai Barr

Mr M Kulshrestha

Mr S T Shanmugalingham

PAEDIATRICS

Dr John Williams

Dr Simon Fountain-Polley

Dr E Ikapkwu

Dr K Khan

RADIOLOGY

Dr Liaquat Khan

Dr Shiblee Hafeez

SURGERY

Mr Taha Lazim

Mr Samy Mohamed

Mr Z Sallami (locum)

Mr B Jameel (locum)

VISITING CONSULTANTS

Rheumatology – Dr Peter Haynes

ENT – Mr Nicholas Morgan

Nephrology – Dr Chess

Paeds Cardio – Dr Peart

Neurosurgery – Dr Redfern

Neurology – Dr Hirst and Dr Hinds

Breast - Mr Holt

**ATODIAD 9 · GWASANAETHAU SY'N YMWELD AG YSBYTY CYFFREDINOL
BRONGLAIS – BIP HYWEL DDA**

Service	Consultant	Frequency
ENT	Mr Morgan	Weekly
Rheumatology	Dr Haynes	Weekly
Nephrology	Dr Chess	2nd Wed and 4th Thurs
Paeds Cardio	Dr Peart	Every 3 months
Neurosurgery	Dr Redfern	Every 3 months
Neurology (Telemed)	Dr Hirst	Every 6 weeks
Neurology (Telemed)	Dr Hinds	Every 6 weeks
Genetics	Shan Owens	Every 4th Fri
MS Nurse	Sue Mullock	Monthly
Vascular	Various	Every 2nd Monday
Paeds Nephrology	Dr Krishnan	Every 6 months
Psycho Sexual Nurse	Glynis Florence	Weekly
Dermatology (Telemed)		Every 2nd Thursday

Source: Hywel Dda University Health Board

ATODIAD 10 · GWASANAETHAU YSBYTY CYMUNED, CEREDIGION – BIP HYWEL DDA

Source: Hywel Dda University Health Board

Hospital	Population Served (approx.)	Services
<p>Aberaeron Hospital Aberaeron</p>	<p>Aberaeron Hospital is in the centre of Ceredigion and mainly provides services for the North Ceredigion Locality, as it has clinical links to Bronglais General Hospital in Aberystwyth.</p> <p>The North Ceredigion Locality has a population of 53,000.</p>	<p>Onsite services</p> <ul style="list-style-type: none"> Audiology Service for Ceredigion (Adults/Children) Lymphoedema Service Occupational Therapy Outpatient Department Podiatry Physiotherapy Speech and Language Therapy Videoconferencing Facilities and Meeting Rooms No on site medical cover No inpatient beds No Minor Injuries Unit service No X-ray <p>Visiting Services</p> <ul style="list-style-type: none"> Abdominal Aortic Aneurism Screening Clinics (National Screening Programme) Age Concern – Nail Cutting Service – Ceredigion based Alcohol and Drug Misuse Clinics – from Llys Stefan, Lampeter Ante-Natal Clinics – midwife-led Community Paediatric Clinics – Consultant from Bronglais General Hospital Community Psychiatric Nurses – Ceredigion based Continence Clinics – Specialist Nurse from Bronglais General Hospital Counselling – CRUSE – Ceredigion based Diabetes Clinics – Consultant and Specialist Nurse from Bronglais General Hospital Diabetic Retinopathy Screening (National Screening Programme) Dialectic Behavioural Therapy (DBT) Clinics – from Gorwelion, Aberystwyth Dietetic Clinics – Dietitian from Bronglais General Hospital Enuresis Clinics – Specialist Nurse from Bronglais General

		<p>Hospital</p> <p>Family Planning Clinics – Consultant and Specialist Nurse from Bronglais General Hospital</p> <p>Gynaecology Clinics – Consultant from Bronglais General Hospital</p> <p>Heart Failure Clinics – Specialist Nurse from Bronglais General Hospital</p> <p>Movement Disorder Clinics – Consultant and Specialist Nurse from Bronglais General Hospital</p> <p>New Born Screening Clinics – Consultant from Bronglais General Hospital</p> <p>Ophthalmology Clinics – Consultant and Specialist Nurse from Bronglais General Hospital</p> <p>Orthoptic Clinics – Orthoptist from Bronglais General Hospital</p> <p>Orthotics Clinics – from Bronglais General Hospital</p> <p>Tissue Viability Service – Specialist Nurse from Bronglais General Hospital</p> <p>Base for</p> <p>Acute Response Team for Ceredigion (24/7 service)</p> <p>District Nurses</p> <p>Health Visitors</p> <p>Heart Failure Specialist Nurses</p> <p>Long Term Care Team – Continuing Health Care and Funded Nursing Care Assessors</p> <p>Medicines Management Team</p> <p>Midwives</p> <p>School Nurses</p> <p>Service Planning Manager</p> <p>Social Workers (Ceredigion County Council)</p>
<p>Cardigan and Memorial Hospital, Cardigan</p>	<p>39,200 within the natural catchment area, which extends into Carmarthenshire and North Pembrokeshire</p>	<p>Onsite services</p> <p>Day Case Unit (staffed by the Acute Response Team)</p> <p>Minor Injuries Unit Service - Nurse-led - Mon-Fri 0900-1700</p> <p>Occupational Therapy – including Paediatrics</p> <p>Outpatient Department</p> <p>Podiatry</p> <p>Physiotherapy – including Paediatrics</p> <p>Speech and Language Therapy</p> <p>Videoconferencing Facilities and Meeting Rooms</p> <p>X Ray facilities – Mon-Fri 0900-1700</p> <p>No on site medical cover</p> <p>No inpatient beds</p>

Visiting Services

Abdominal Aortic Aneurism Screening Clinics (National Screening Programme)

Ante Natal Clinics – Consultant from Withybush Hospital, Haverfordwest

Biomechanics and Footwear Clinics – Podiatrists (Ceredigion based)

CMATs (Physiotherapist from Lampeter)

Community Paediatric Clinics – Consultant from Bronglais General Hospital

Complex Needs (Children) – Consultant from Bronglais General Hospital

Community Psychiatric Nursing (CPN) Clinics (CPNs from Hafan Hedd, (Newcastle Emlyn) and Glangwili Hospital)

Continence Clinics – Specialist Nurse from Bronglais General Hospital

Developmental Assessment Clinics – Health Visitor led (Cardigan based)

Diabetes Clinics – Consultant from Glangwili Hospital and Diabetes Specialist Nurse from Aberaeron

Diabetic Retinopathy Screening (National Screening Programme)

Dietetics – Dietician (Ceredigion based)

General Surgery Clinics – Consultants from Bronglais General Hospital

Genetics – Specialist Nurse Based at Withybush Hospital linking to Prof. J. Sampson, Head of Medical Genetics at the Institute of Cancer and Genetics, Cardiff University

GU Medicine (soon to become the Integrated Sexual and Reproductive Health Service incorporating Family Planning) – Consultant and Specialist Nurses from Bronglais

Gynaecology Clinics – Consultant from Bronglais General Hospital

Head and Neck Cancer Clinics (about to commence) – Specialist Macmillan Speech and Language Therapist, linking with ABMU Health Board via Videoconferencing

Haematology Clinics – Consultant from Glangwili Hospital

Heart Failure Clinics – Specialist Nurse from Bronglais General Hospital

Leg Club (Leg Ulcers) – Specialist Nurse from Bronglais General Hospital

Low Visual Aids Clinic – Optometrist from Aberystwyth

Lung Cancer Specialist Nurse Clinics – Specialist Nurse from

		<p>Glangwili Hospital</p> <p>Lymphoedema Clinics – Specialist Nurses from Bronglais and Withybush Hospitals</p> <p>Mental Health Counsellors (CPNs) – from Hafan Hedd (Newcastle Emlyn)</p> <p>Motor Neurone Disease Clinics (starting 18th September 2014) – Consultant from Swansea and Specialist Nurse and Dietitian from Cardiff</p> <p>Movement Disorder Clinics – Consultant and Specialist Nurse from Bronglais General Hospital</p> <p>Ophthalmology Clinics – Consultant from North Road Clinic, Aberystwyth</p> <p>Orthopaedics – Consultants from Bronglais General Hospital</p> <p>Orthoptics Clinics – Orthoptist from North Road Clinic, Aberystwyth</p> <p>Orthotics – Adult Orthotics (from Bronglais General Hospital) and Paediatric Orthotics (from Glangwili Hospital)</p> <p>Paediatric Clinics – Consultant from Bronglais General Hospital</p> <p>Paediatric Rheumatology – Consultant from Bronglais General Hospital (service for whole Health Board)</p> <p>Palliative Care – Consultant and Specialist Nurse from Bronglais General Hospital</p> <p>Phlebotomy Service – Phlebotomists from Glangwili Hospital</p> <p>Psychiatric Clinic – Consultant from Bronglais General Hospital</p> <p>Psychogeriatric Clinic – Consultant from Bronglais General Hospital</p> <p>Urology – Consultant from Glangwili Hospital</p> <p>Base for</p> <p>Care Assessors and Social Worker</p> <p>Children’s Continuing Care Service (base for Hywel Dda)</p> <p>Children’s Occupational Therapist</p> <p>Children’s Physiotherapist</p> <p>Community Dietician</p> <p>Community Oxygen Administrator</p> <p>District Nurses</p> <p>Health Visitors</p> <p>Macmillan Nurse</p> <p>Marie Curie Nursing Service</p> <p>Midwives</p> <p>Oxygen and Respiratory Specialist Nurse</p> <p>School Nurses</p> <p>South Ceredigion Integrated Nursing Team</p>
--	--	---

		<p>Speech and Language Therapy Service (base for Hywel Dda)</p> <p>Targeted Intervention Service (multi-agency, including the Reablement Service)</p>
<p>Tregaron Hospital</p> <p>Tregaron</p>	<p>3,550 in the area around Tregaron; however, the hospital accepts step-down patients mainly from Bronglais General Hospital in the North Ceredigion Locality. The North Ceredigion Locality has a population of 53,000.</p>	<p>Onsite services</p> <p>12 inpatient beds – step-up/step-down – with 24/7 nursing care</p> <p>GP Medical Cover from local GP Practice employed as Clinical Assistants (in hours) and also from the GP Out of Hours Service</p> <p>Palliative Care Suite</p> <p>Video conferencing Facilities</p> <p>No Minor Injuries Unit service</p> <p>No X-ray</p> <p>Visiting Services</p> <p>Abdominal Aortic Aneurism Screening Clinics (National Screening Programme)</p> <p>Baby Clinics – Community Physician from Bronglais General Hospital</p> <p>Community Paediatric Clinics – Consultant from Bronglais General Hospital</p> <p>Dietetics – Dietitian from Cardigan Hospital</p> <p>Heart Failure Clinic – Specialist Nurse from Bronglais General Hospital</p> <p>Occupational Therapy – Occupational Therapist from Bronglais General Hospital</p> <p>Physiotherapy – Physiotherapist from Bronglais General Hospital</p> <p>Podiatry – Podiatrist from Cardigan Hospital</p> <p>Speech and Language Therapy - Speech and Language Therapist from Cardigan Hospital</p> <p>Base for</p> <p>Community Transport Co-ordinator</p> <p>District Nurses</p> <p>Health Visitors</p> <p>Midwives</p> <p>School Nurses</p> <p>Public Health Officers</p> <p>Public Patient Experience Officer</p>
<p>North Road Clinic</p> <p>Aberystwyth</p>	<p>The Dental Department covers patients from North</p>	<p>Onsite services</p> <p>Community Dental Department</p> <p>North Road Eye Clinic – main Ophthalmology Department for north Ceredigion and north Powys providing outpatient clinics, pre-assessments, laser treatment, OCT scanning, Fluorescein-</p>

	<p>Ceredigion; The Eye Clinic covers patients from North Ceredigion and North Powys</p>	<p>angiography and minor ops. Visiting Services GU Medicine</p>
<p>Gorwelion (Mental Health) Aberystwyth</p>		<p>Onsite services Assessment and Out Patient Clinics Adult Community Mental Health Team including: Community Psychiatric Nurses Occupational Therapists Psychiatrists Psychologists Social Workers</p> <p>Visiting Services Primary Care Mental Health Team Substance Misuse Clinics</p> <p>Base for Adult Community Mental Health Team including: Community Psychiatric Nurses Occupational Therapists Psychiatrists Psychologists Social Workers</p>
<p>Hafan Hedd (Mental Health) Newcastle Emlyn</p>		<p>Onsite services Assessment and Out Patient Clinics Adult Community Mental Health Team including: Community Psychiatric Nurses Occupational Therapists Psychiatrists Psychologists Social Workers</p> <p>Visiting Services Primary Care Mental Health Team Substance Misuse Clinics</p> <p>Base for Adult Community Mental Health Team including:</p>

		<p>Community Psychiatric Nurses</p> <p>Occupational Therapists</p> <p>Psychiatrists</p> <p>Psychologists</p> <p>Social Workers</p>
<p>Llys Stefan (Mental Health)</p> <p>Lampeter</p>		<p>Onsite services</p> <p>Assessment and Out Patient Clinics</p> <p>Visiting Services</p> <p>Substance Misuse Clinics</p> <p>Base for</p> <p>Primary Care Team and Adult Community Mental Health Team including:</p> <p>Community Psychiatric Nurses</p> <p>Occupational Therapists</p> <p>Psychiatrists</p> <p>Psychologists</p> <p>Social Workers</p>

ATODIAD 11 · GWASANAETHAU YSBYTY CYMUNED – MEIRIONNYDD, BIP BETSI CADWALADR

Source: Betsi Cadwaladr University Health Board

Hospital	Services
<p>Dolgellau Hospital Dolgellau</p>	<p>Onsite services</p> <ul style="list-style-type: none"> 24 hour on site medical cover 24 hour nursing cover Minor Injuries Unit 8am-8pm 7 days per week Daily radiography cover 20 Beds used for Medical post operative surgery Out of Hours treatment service for South Meirionnydd Emergencies Inpatient alcohol detox Integrated Midwifery service Diagnostic Ultrasound service Palliative Care Terminal Care Minor Surgery Podiatry Physiotherapy Speech and Language Therapy Occupational Therapy 24 Hour BP monitoring Event Monitoring Community Paediatric Clinic Community Dental Service Video Conferencing Facility <p>Visiting Services</p> <ul style="list-style-type: none"> AAA Screening Clinic General Surgery Clinic Colorectal Nurse Practitioner Clinic Audio Clinic Audiology Clinic Healthy Hearts Clinic Heart Failure Clinic/Heart Failure Nurse Clinic Skin Clinic Urology Clinic ENT Clinic

	<p>Contenance Promotion Clinic Eye Clinic Chest Clinic Field Technician Clinic Rheumatology Clinic CKD Nurse Clinic Diabetic Retinopathy Clinic Tele Medicine Clinic Paeds Clinic Diabetic Nurse Clinic Parkinsons Consultant Clinic Orthopaedic Clinic Orthoptist Clinic Respiratory Nurses Clinic Contenance Advisor Clinic Benefits Agency Doctor/Nurse Clinic MOP Clinic</p>
<p>Tywyn Hospital Tywyn</p>	<p>Onsite services</p> <p>24 hour nursing cover Minor Injuries Unit 10 am – 6 pm (7 days per week summer/5 days per week winter) Weekly radiography cover 8 Beds used for Medical post operative surgery (increasing to 10 beds soon) Out of Hours available from Dolgellau Hospital Emergencies Integrated Midwifery service Palliative Care Terminal Care Minor Surgery Podiatry Physiotherapy Speech and Language Therapy Occupational Therapy 24 Hour BP monitoring Event Monitoring Community Paediatric Clinic Community Dental Service Video Conferencing Facility</p> <p>Visiting Services</p> <p>Visual Fields Clinic</p>

	<p>Surgical Clinic</p> <p>Orthopaedic Clinic - All contracts with Bronglais</p> <p>Ophthalmic Clinic (Hywel Dda UHB)</p> <p>Cardiac Clinic</p> <p>Diabetic Clinic</p> <p>Gynae Clinic</p>
<p>Ffestiniog Memorial Hospital</p> <p>Blaenau Ffestiniog</p>	<p>The precise pattern of services in this hospital is currently being reviewed.</p>

Author: Dr Shane Doheny

DEFINING THE ISSUES

Whereas many of the old Health Boards of the internal market had shown themselves to be quite effective in consulting with the public on service development, the reorganisation of healthcare at a regional level has meant that the issues of these regional organisations have yet to find a clear constituency. Through their efforts to develop Single Integrated Plans, Local Authorities continue to consult with local populations on county wide issues. So on the one hand, Health Boards need to constitute a public across their own territories – a task that has been addressed through the development of locality teams, involvement in Stakeholder Reference Groups and so on. On the other hand, to the extent that healthcare issues span the borders of Health Boards, then there is also a need for the development of a public constituted to debate these cross Health Board issues. This may be particularly important for the Health Boards of Mid Wales where the Hywel Dda, Powys and Betsi Cadwaladr Health Boards are faced with the need to work together to serve the interests of a predominantly rural and remote population using service delivery models across primary and community care, the secondary care provided at Bronllais General Hospital, and mental healthcare services.

The proposal sketched here is focused on involving citizens as members of a public in influencing healthcare policy across Mid Wales. That is, to examine the extent to which healthcare professionals and the public feel their services may be governed by a cross Health Board body, and how these constituencies may channel influence as governors of such a body. To do this we propose a three stage process. First, we would engage with citizens in an iterative process of developing an action research project that first examines whether there is a need for a public that debates healthcare issues across Mid Wales, and scopes the dimensions of this public. Second, this project examines how this public may operate by developing a governing body on the one hand, and by inviting residents of Mid Wales to participate through various deliberative techniques on the other. Finally, the project will track the extent to which such a public may impact the deliberations of decision makers and of strategic decisions, examining routes through which such decisions may be communicated back to the involved members of the public.

DIRECTING A CONSULTATION WITH THE CITIZENS SERVED BY THE NHS IN MID WALES

In order to develop a meaningful consultation with health service users in Mid Wales, issues and questions need to be developed and agreed by a group who are in some way accountable. Ordinarily, consultations take place that report findings to a clearly accountable body – a local council or health board – who debate the findings, respond to the recommendations and take whatever action they deem appropriate. Even when the decision is to take action that is contrary to the advice of public opinion, because it is an accountable body, this body can be called on to justify their decision. Because the accountability mechanisms that lead from Health Boards through the CEO for NHS Wales to the Minister for Health and Social Services do not provide for pan regional accountability, then some additional mechanism is needed. Specifically, if there is a consultation on matters that span the Mid Wales region, then the results of this consultation will need to be debated in some kind of forum.

This is a forum that shapes debate insofar as it makes decisions on priority areas, but also discusses and debates inputs from broader democratic processes before reporting findings to participant Health Boards. Feedback from democratic processes need to be interpreted and the various aspects of

potentially conflicting opinion understood, before recommendations are made that can put to the participating boards. While it is up to the boards of the Health Boards to make decisions on strategic and operational matters, the legitimacy of the forum would be greatly improved by an undertaking from Health Board boards to provide feedback on advice and recommendations and to report any actions that have been taken as a result of the consultation process. But this forum must itself be accountable to the broader public.

It is quite possible for a group of researchers themselves to provide such a forum. The researchers can develop questions, priorities and refine judgements based on evidence that they then present to accountable bodies. But by themselves, researchers may receive criticism for paying insufficient attention to certain matters or allowing their judgement to be shaped by an overreliance on particular voices. To the extent that the overarching objective is to build trust and to develop a public opinion on healthcare matters across this region, then it makes more sense to develop a broader forum. The membership of such a forum could, for instance, be drawn from the existing Stakeholder Reference Groups and Professional Forums of the three Health Boards. The important point is that the forum gain input from representatives of professionals and the community and voluntary sector organizations, as well as client groups. The forum would be chaired by a senior cabinet member of a participating Health Board, and direct the work of the researchers carrying out the consultation. Initial meetings would focus on directing the consultation process, identifying priority areas and important groups whose voices must be heard for consultations to be properly representative, and facilitating access where possible. As the consultation process proceeds, the shape of public opinion would become central to debate.

STAGE 1: INITIAL CONSULTATIONS

The overall objective is to engage in a ‘community dialogue’ (Weeks, 2000) with the citizens of Mid Wales. A community dialogue does not stress any particular mechanism for communication. It is about providing citizens with extensive information about policy problems, placing citizens in the context of the same problems that elected officials face, and collecting their views. It is not a one off event, but multiple exchanges between the community and the researchers. Because it is a dialogue, this stage involves going back again and again to the community building up the information base that citizens have access to, ensuring they understand this information, and engaging in discussion about the potential policy options. Weeks (2000) separates an agenda setting, a strategy development and a decision making round.

The first stage is the ‘agenda setting’ round, where citizens are engaged with “to define the scope and terms of the dialogue” (2000: 362). This stage involves identifying and communicating the basis for the dialogue. Thus, it is first about selecting a divisive issue, presenting research findings on this issue to community groups, and developing a view on the problem at the core of this issue as well as the views of citizens on the problem. A dialogue can only proceed when there is some agreement on the problem. This could take the form of a statement, such as: emergency surgery is an expensive service that citizens expect to be able to access when they need it, without travelling long distances, but are unwilling to accept the need to address service provision in the current financial climate.

Setting the agenda in the context of service pressures, financial constraints and changing demographic profiles combined with a distrust of management and policy makers will involve an extensive initial dialogue. We will work to ensure that we communicate the general situation as clearly as possible, seeking areas of agreement about the nature of disagreements, and developing a consensus. Where there is an acceptance of the pressures (current and future) on health services, so that it becomes possible to identify an initial consensus, then the dialogue may proceed to the next stage. Where there is no acceptance, or citizens are suspicious of how pressures are being framed, we will work with citizens and communities to examine the facts and the policies that have been developed to deal with

situations.

The time spent on this phase will depend on the engagement of citizens and communities. Where there is acceptance of service pressures, there will remain work to identify the initial consensus on the issues. We will return to these communities at least twice to ensure they understand the issues, and to gain an agreement on their shared view. However, many communities and citizens may justifiably be suspicious of the grounds for service change, so work with these citizens may continue for some time. We propose returning to these groups repeatedly over six or eight months, working towards a shared understanding of the pressures leading to the need for service change.

While a distinct phase, the overall dialogue will remain focused on the pressures faced by health service providers. Therefore debates will return again and again to how we understand these pressures, and in what sense demographic, financial and medical changes bring about a need to rethink service provision. Therefore, we first focus on these issues, but they continue to remain a theme in the latter stages.

Overall, this phase will take up the first twelve months of the research team's time. These months will be spent identifying and contacting relevant groups, and in setting up and carrying out initial and subsequent meetings. In addition, we will use both survey and interview methods to identify the prevalence of views held by participants. This will enable us to identify how far a consensus is held by community members.

STAGE 2: INITIATING A COMMUNITY DIALOGUE

Having scoped the issues and problems that may be addressed on a Mid Wales level, we will begin the strategy development phase. In this phase, we will ask citizens to identify potential policy options, and to evaluate different options offered by others. During this stage, we will (1) work to enhance the information that citizens have about the policy situation, (2) engage with citizens using the appropriate methods, (3) try to systematise viable emerging policy options and use survey methods to assess support for these options.

The first task (1) is to develop knowledge of which services and facilities could be addressed by a Mid Wales public, and how changes in resource allocation may affect the development of services. The objective is to ensure that all interested residents are well informed of the issues and the implications of particular policy decisions and have opportunities to discuss these options. We will do this by producing a detailed website along with a newsletter distributed to households in Mid Wales describing how services could be dealt with on a Mid Wales level, describing each service and facility, its costs and the implications of reorganising services in directions identified by healthcare managers and in line with the views identified among the wider public in the stage 1 survey.

We would then (2) engage with citizens using various participatory methods. As table 1 below shows, there are various possible methods that we can choose from to carry out consultations. These different methods vary by size, duration, procedure, participant selection, and cost (for a detailed description of one such model, see Box 1, below). Given that we are engaging with people living in urban, coastal and rural places and in towns and villages of various sizes, then different methods may suit different circumstances. For instance, the 21st Century town hall meeting may suit rural towns and villages where such an event may be held over a weekend. Charettes may suit meetings where citizens feel they need input from professionals, whereas citizen's choicework may suit those living in more dispersed rural places. The main requirement of these methods is that they provide the researchers with the tools with which to confront citizens with difficult issues, and a forum in which to work through value conflicts and practical tradeoffs in order to develop a sense of direction.

We would anticipate that what will emerge from the participatory methods will be a small number of

policy options. These are simply the options that are raised through the participatory methods, and that survive critical appraisal. Our next objective is (3) to ascertain the extent of support for these options. The best way to do this is by use of a survey. Such a survey would be conducted with the participants during deliberative meetings, online, and with a representative sample using a telephone survey.

THE CITIZEN'S JURY

Perhaps the most deliberative method is the citizen's jury. Citizens' juries, like legal juries, are made up of a small sample of the general population who, it is hoped, can come to a decision similar to that which would have been reached if the whole population were given the opportunity to decide. Citizens' juries bring together a group of more or less self-selecting citizens to listen to submissions, question witnesses and deliberate about social problems that are believed to have a variety of solutions. By making a variety of experts available, the citizens' jury organisers attempt to provide citizens with enough information about different approaches to the same problem so that they can make an informed choice about which course of action to recommend (White et al., 1998, p. 1). Besides time, however, they must also be provided with the opportunity to talk about this information (Weeks, 2000, p. 361). However, because jurors are empowered to call on and question witnesses, to deliberate over a number of days, undergo a selection process and receive the constant support of a moderator, citizen juries are also notably resource intensive and expensive.

STAGE 3: REFINING AND DECIDING

The objective of these exercises is to produce a recommendation that may be submitted to the boards of the Health Boards. The questionnaires and workshops will provide data with which the researchers may construct the reflected judgement of the public in these areas. These considered views will then be documented in a report submitted to the governing board. The governing board is expected to work to develop more specific policy measures that implement the direction suggested by the public. At this point a second round of deliberations with the public may begin in which citizens are asked to make decisions, and to select their single preferred policy option.

This second round seeks to assess citizen support for the specific measures proposed by the project's governing board. Here, questionnaires may again be used in which respondents are asked to rank options. Deliberative methods will again be used to consider the options put forward by the governing board. At this stage the researchers will priorities use of the Citizen's Choicework method which allows exploration of the relative merits of options, but where each group will be asked to recommend in favour of one or other of the policy options based on a majority vote, thus forcing the participants to work to come to a collective opinion.

The researchers will then produce a draft report on the reflected public opinion of the citizen's of Mid Wales' views on policy options for their health service. This draft will be considered by the project board who make take different views on particular aspects of the report. A final report is one that the project board accepts as representing the considered opinion of the diverse citizenry of Mid Wales. This report will be submitted to the boards of the three participating Health Boards who will in turn be expected to note and respond to the project report. The project will not be complete until perhaps a year after the submission of the report to the Boards when an evaluation of how the boards acted on this report may be carried out by the research team. The results of this evaluation will then be published the project website and distributed to local newspapers along with an executive summary detailing the outcomes of the project.

ETHICAL CONSIDERATIONS

The proposed project carries significant ethical implications. The main objective of this project is to constitute a public to consider how experiences of health and social care may be addressed on a Mid Wales level, and to consider how to allocate resources across this very large rural area. While it may be anticipated that such an involvement exercise may bring about beneficial effects enabling changes in how health services are organised and changes in how citizens understand their right to access healthcare, presenting the public with options and asking them their opinion runs the risk that the public may choose a pathway that politicians and healthcare managers may find difficult to implement.

TYPES OF DECISION MAKING PROCESSES USING DELIBERATIVE METHODS

Processes	Size of Group	Type of session (excluding prep sessions)	Participant selection
21st century town hall meeting	Hundreds to thousands in one room at small tables	All-day meeting	Open; recruitment for representativeness
Bohm dialogue	Small group	No set length or number of meetings	Open or invitation
Charrettes	A small team of professionals and a much larger group of stakeholders	Intense work sessions last 1-3 days typically some last 1-2 weeks	Participants represent a range of organised groups, but others with a stake in the issue are encouraged to attend
Citizen choicework	Multiple small groups	1 session ranging from 2 hours to all day	Open; recruitment for representativeness
Citizens jury	Small group	5-day meeting	Random selection
Consensus conference	Large group	2weekends for participants to prepare 2-4 day conference	Random selection
Deliberative polling	Up to several hundred people in small groups in one room	Weekend-long meeting	Random selection
Future search	60 to 80 people	3 days	All inclusive (attempts to bring in all involved)
National issues Forum	Up to hundreds in 1 room at small tables	1 two-hour meeting	Open; recruitment for representativeness
Study circles	Up to hundreds meeting in separate small groups; all come together later for Action Forum	4 to 6 2-hour sessions	Open; recruitment for representativeness
Sustained dialogue	Small group	Numerous 2- to 3-hour sessions	Open; recruitment for representativeness among conflicting groups
Wisdom Council	10-12 people initially (and sometimes periodically), then entire community	Several-day session with group of 12, followed by informal large- scaled dialogue	Often held at events, involving all attendees; otherwise, invitations boost representativeness

Source: http://www.ncdd.org/files/NCDD2010_Engagement_Streams.pdf

ATODIAD 13 · YMATEB BWRDD IECHYD PRIFYSGOL HYWEL DDA I ASTUDIAETH GOFAL IECHYD CANOLBARTH CYMRU

What follows are comments from Hywel Dda University Health Board to the Mid Wales Study. This paper was submitted to the Mid Wales Healthcare Study Team in the last week of September 2014.. The paper was developed by the executive team on behalf of the Health Board in discussion with and support from the senior clinicians in Bronglais General Hospital. Its status is as a '**Draft – for planning purposes only**' and must be regarded in that context. The Study Team feel that it is an important statement of the current position of the Health Board, and that it has the potential to act as an effective bridge between our study and the work that will follow.

OUTLINE COMMENTS FROM HYWEL DDA UNIVERSITY HEALTH BOARD TO SUPPORT THE MID WALES STUDY

PLANNING RURAL HEALTHCARE SERVICES FOR MID WALES

Introduction

This paper is the Hywel Dda University Health Board (H DUHB) response to the Mid-Wales Study and has been developed in discussion with clinicians in Bronglais General Hospital.

The proposals are currently based on high level planning assumptions and would require significant work to develop pathways, analyse demand, negotiate with other identified Health Boards and the relevant Royal Colleges.

The proposed model for Bronglais would be delivered within a set of principles:

Principles

- Recognising future training and recruitment challenges we will work towards consultant delivered services in appropriate specialities, supported by advanced practice (nursing and AHPs) and a robust emergency medical retrieval service building a flexible service
- As outlined in the Greenaway Report there will be a move towards an increased importance in the general list skills of clinicians which will be particularly important in the rural environment given the demographic challenge (ageing, frailty and dementia)
- A good example of this is our rural multi-disciplinary approach to and frailty and also an holistic approach by general list clinicians with access to specialist advice at the appropriate time
- Recognition of Bronglais as the Mid Wales General Hospital and repatriation of work currently being undertaken outside of Wales supporting other Health Boards to provide care closer to home and building the hospital's reputation as a provider of choice following the £38m investment in the Front of House Scheme; Welsh care for Welsh patients
- Redefining the interface and boundaries between acute and primary/community care; implementing a rural healthcare model with Consultant outreach into community settings working in close liaison with community-based advanced practitioners
- Service development will be within the UHB's financial envelope,

- Using the principles of prudent healthcare to develop roles to meet patient need and demand and developing new roles and responsibilities to deliver a new rural health model
- Creating and programming opportunities for specialists to maintain and develop their skills both locally and within wider networks
- Ensuring that all specialties work as part of an internal and external clinical network to provide robust support for individual patients with clearly defined networked pathways and responsibilities
- Development of robust telehealth networks to support the rural delivery model
- To back up the Consultant delivered service a robust emergency medical retrieval service is required

Background

HDUHB is one of 3 local Health Board's within Wales that provides health care services to the population of Mid Wales (prevention, primary care, secondary care and tertiary care). The acute hospital in Aberystwyth, Bronglais General Hospital is of strategic importance in delivering secondary care services to this population, particularly to those living to the West and is the Northern most acute hospital in HDUHB. The primary care, mental health and community services in Ceredigion are also commissioned and provided by HDUHB.

The two other populations within Mid Wales are South Gwynedd which is part of the Betsi Cadwaladr University Health Board and North Powys which is part of Powys teaching Health Board. The population in the Eastern Part of Mid Wales uses secondary care services in England and also the other Health Board's in Wales.

There are many challenges facing the provision of health care within Wales in the future. These include providing a high quality, safe service that meets the standards set by the Royal Colleges, the changing workforce education and recruitment requirements and the financial challenges facing all public sector organisations within the UK. The net result of all these is that there is a move to centralise secondary care Health Care Services within England and Wales.

However HDUHB recognises the need to equally focus on the provision of a sustainable Health Care Service for the people of Mid Wales which needs to ensure that it is of equal high quality to the more urban models but meets the needs of a more rural population.

This report will describe the possible future model for the delivery of health care services that meet the current and future healthcare needs of the population currently served within the catchment of Bronglais General Hospital and potential wider catchment areas both within hospital and outside of the hospital within a community or primary care setting.

These initial planning assumptions will require significant further work in terms of patient flows, financial impact, demand and agreement with other Health Boards (as well as potential consultation).

Assessment

Bronglais General Hospital currently provides secondary care health services to a population of approximately 70,000 who live in Ceredigion, North Powys and South Gwynedd. It is based in Aberystwyth, Ceredigion which is over 50 miles from the next nearest town with an equivalent or larger population and an acute hospital. The area it services has a poor road network and public transport system with travel times of over an hour by car and significantly longer by public transport to the next nearest hospital.

Aberystwyth has a large student population of > 10,000 for which it provides services as well as a large seasonal tourist population that visits all areas within Mid Wales. The hospital is important in its role as a hub which enables the sustainable provision of primary care and community services within the area. Finally health care services are one of the major employers in the area and therefore important in the sustainability of the rural economy of Mid Wales and the health and wellbeing of its population.

The biggest challenge facing the future provision of services within Mid Wales is the ageing nursing, medical and other professional workforce both in primary and secondary care. Current working patterns and training means that as people retire it is not possible to replace them like for like and so a new model is required which embraces the changes in the workforce available and the expectations of that workforce in maintaining their professional standards and having an acceptable work life balance. The model also needs to take account of the changing professional capabilities of the different professions that make up the workforce and provide education and training opportunities to ensure development of the current workforce and the future workforce.

Future Model for Health Care Services in Mid Wales

The future model for the provision of Health Care Services in Mid Wales will need to comprise of all of the following:

1. Models for disease prevention and self help
2. An integrated Health and Social Care System providing care in the community to people within their own homes.
3. Third sector and independent sector contributions to the community model
4. A federated model for general practice with much closer working between optometrists, community pharmacists, community dentists and general practice.
5. Bronglais General Hospital will become a 'Rural General Hospital' or 'The Mid Wales General Hospital' and be the hub for the community and primary care services in the area including Aberystwyth as the hub for the development of a community delivered adult mental health service.
6. Removal of the boundaries between GPs and consultants with GPs taking up GP with specialist interest roles
7. Robust pathways will need to be agreed and in place for the onward referral and transfer of the care of patients when required.
8. These services need to be supported by e-health, IT and telemedicine.
9. These services need to be supported by a robust land and air transport network.

Primary Care

Within Ceredigion there are two GP localities. There are 8 GP practices in the North Ceredigion locality and 7 in the South. The vision for the development of primary care services will involve the GP practices working closer together in 'federated practices' which will reduce the reliance on the GP workforce and allow the development of a multi-professional primary care team including nurse practitioners and community pharmacists which will be supported by the community teams. The federation of practices will allow the development of nurses with areas of special interest and GPs with special interest to provide additional services in primary care to a wider population.

GP posts need to be developed that contribute to the delivery of secondary care services as well as primary care and out of hours GP services and also to improve recruitment and retention of GPs into this area. These posts need to incorporate sessions in more than one setting to enable GPs to develop specialist interests and to enable their generalist skills to be available to manage the elderly with multiple co-morbidities presenting to secondary care.

Community pharmacists need to work alongside GPs providing minor ailment, smoking cessation and other enhanced services. They are also able to use their skills with medicines management to help an increasing elderly population with multiple co-morbidities on a myriad of different medicines.

Rural Community Services

Community resource teams continue to be developed that provide integrated Health and Social Care Teams to support people with chronic conditions in their own home. They are supported by the district nursing and acute response teams that provide nursing care to patients in the community and residential homes with support from physicians increasingly working in communities as part of a whole system approach. There needs to be full integration of these teams across the GP localities to ensure seamless care is provided to patients in their own homes. The teams need to in reach into the hospital to ensure patients are able to be discharged as early as possible with support at home or are supported to avoid admission into hospital in the first place. The community services need to be the same in all 3 Health Boards in the Mid Wales region to reflect the different way of working in Bronglais General Hospital.

Rural Mental Health Services

Aberystwyth should become the hub for the development of a community delivered adult mental health service. Dementia services should be integrated with the general chronic condition management services. The footprint for the services should be the same as for all services served by Bronglais General Hospital for the people in Mid Wales. Due to the sparse population the community based teams should be generalist with the ability to access specialist skills as and when required either within the team or externally. The community teams should be fully integrated with the local authority teams and be multi-professional.

Bronglais General Hospital

Bronglais General Hospital will move towards developing into either a ‘Rural General Hospital’ or the ‘Mid Wales General Hospital’. It would need to deliver services within the hospital setting and as an outreach into Ceredigion, South Gwynedd and North Powys to support the primary care and community services.



It is possible to increase the population and geographical area that it serves as demonstrated in the graph below. By taking referrals from South Ceredigion as far as Cardigan it will relieve the pressure on the hospitals in the south of HDUHB. By taking referrals from further north into Gwynedd and east into Powys it would attract additional income into HDUHB.

There are opportunities to change the referral pathways in Powys as the English services reconfigure further from the Wales border and when the weather conditions are poor patients already travel south from the middle of Gwynedd.

Powys is finding it increasingly hard to recruit stand alone consultants to provide inpatient and outpatient care in their community hospitals and so the care could be provided as an out-reach service from Bronglais General Hospital.

Within the proposed model, the geographical area served by Bronglais General Hospital would include those areas served by the following community hospitals. The hospitals in brackets currently do not receive a service from Bronglais Consultants.

- Tywyn
- Dolgellau (BCUHB)
- Machynlleth
- Newtown
- Llanidloes
- Llandrindod Wells
- Builth Wells (Powys)
- Tregaron
- Aberaeron
- Cardigan (HDUHB)

Recognising the strategic importance of Bronglais General Hospital it will continue to deliver 24/7 acute care, ambulatory care, day case and short stay care as well as inpatient chronic condition management rehabilitation and palliative care.

Illustrative examples of core specialties provided from a rural general hospital
(Ref: Delivering for Remote and Rural Healthcare – NHS Scotland)

General Medicine
General Surgery
Obstetrics and Gynaecology
Paediatrics
Anaesthetics
Trauma and Orthopaedics

The medical model in Bronglais General Hospital should move to a consultant delivered service. The consultants would be mainly generalist with individual areas of special interests as outlined in the Greenaway Report where appropriate.

It would be the intention to design services based on the Scottish model of remote and rural care:

Illustrative examples of medical sub-specialities which should be provided
at a General Hospital are:

Care of the Elderly

Respiratory
Cardiology
Endocrinology
Stroke services and other neurological conditions
Cancer and palliative care
Gastroenterology

Illustrative examples of planned general surgery that should be undertaken at a General Hospital are:

Biopsy of lesions
Cholecystectomy and exploration of the common bile duct
Circumcision
Endoscopy
Resection and anastomosis of the bowel
Simple undescended testes repair

- There would be opportunities for either visiting consultants or consultants based in Aberystwyth to provide out-patient, day case and short stay surgery for ophthalmology, urology and ENT.
- Orthopaedic surgery will consist of day case and short stay procedures. Revision surgery and more complex care will be provided in a specialist centre supported by the consultants with colleagues from elsewhere.
- Paediatric services would be mainly ambulatory and community based however short stay inpatient care would be available.
- A midwifery led maternity unit would be supported by obstetricians providing emergency care. They would also provide emergency and planned day case and short stay gynaecology services.
- A consultant delivered anaesthetic service is already in place and will continue to support the high dependency/intensive care unit and emergency transfers to tertiary centres.
- Diagnostic cancer services and oncology and palliative care would need to be provided locally; however there would be a continuing need for travel to specialist centres for complex operative care, radiology and other specialist services.
- The hospital would continue to require the support of radiology and pathology services both within Bronglais General Hospital and from elsewhere in the Health Board.

It would be the intention that consultants would provide outreach consultant clinics to the primary care and community facilities within Ceredigion, Gwynedd and Powys supported by the required equipment (eg ECHO, endoscopy) as appropriate to allow local access to a high level of services with high quality and safety of such services. There would be opportunities to develop day case surgery and clinical interventions closer to people's homes.

Telemedicine facilities would be used where clinically appropriate.

The Consultant delivered services would be supported by GPs with special interest, middle grades, nurse and AHP led clinics as appropriate both within the hospital and within the community.

There would need to be sufficient capacity in the system to provide out-reach care to the community it serves. The consultants need regular net-working opportunities as well; an arrangement whereby clinicians can work alongside –ologist colleagues to maintain and develop skills.

Care pathways for all conditions should be agreed with specialist centres to support the local delivery of uncomplicated care for scheduled and unscheduled services for all specialities with agreed onward transfer of care to specialist centres for the management of more complex conditions.

Nursing

The specialist and advanced practice nurse roles are already established in Bronglais General Hospital and are designed to work both within the hospital and in the wider community and to support primary care. Examples of where the role is already very successful include osteoporosis, heart failure, diabetes and lymphoedema services. There is a need to expand the number of specialist nurses and ensure that they continue to provide their expert advice to patients and other health care professionals across the whole care pathway.

Therapy

Therapy services describe Dietetics, Occupational Therapy, Speech and Language Therapy, Physiotherapy and Podiatry.

Therapy intervention is recognised as a core element of NHS provision to support successful recovery from illness, surgery and injury for people who may not make rapid, spontaneous recovery without therapeutic interventions. In addition therapy services support people to improve or maintain broader health and wellbeing and empower self management.

Where rurality and travel distance pose a challenge, as in North Ceredigion, therapists will be required to work flexibly and frequently deliver services in a variety of sites e.g. GP practices, health centres, community hospitals, on a sessional basis. Whilst a small number of therapists (dietetics, OT & physio) predominantly work on site, therapists have a significant community focus.

The newly established Community Resource Teams deliver both long and short term care and include occupational therapists and physiotherapists as core members. The CRTs are integrated health and social care teams and are seen to be the cornerstone of integrated community services.

Each of the therapy services is led by a single Head of Service, whose professional leadership role spans all specialties. This provides an opportunity to strengthen partnership working across these specialties. In North Ceredigion therapy practitioners deliver both specialist and more generic services, with therapists working as part of learning disability, mental health, paediatric, diabetes, palliative care and pulmonary rehab teams. Therapists may also deliver stand alone intervention to individual clients and influence the practice of other professions e.g. dietitians work to embed optimal nutritional care into routine practice through education and training.

In addition, a 3 counties approach to providing equitable services ensures that service improvement initiatives are introduced in North Ceredigion to match service change in the other 2 counties e.g. Clinical Musculoskeletal Assessment and Treatment Service, the MSK weight management service and XPERT diabetes group education programmes.

The therapy professions are progressively exploring the potential use of telemedicine and the use is currently being developed for people with head and neck cancers (linking with SLT in Singleton), pulmonary rehab (education component) and rheumatology (education component)

Education

The proposed model would allow the development of undergraduate and post-graduate training opportunities for doctors, nurses and other allied Health Professionals in developing generalist skills appropriate for practising in a rural environment. Joint working with Aberystwyth University of Wales, Trinity Saint David University and other university partners will provide opportunities to develop research and academic posts.

Further work needs to be undertaken to develop Diplomas in Rural Health Care and there is also an opportunity to further develop research excellence in rural health and well-being.

The existing nursing pre- and post-registration programmes through Swansea University will make a significant contribution for nursing and midwifery roles.

We will continue to work closely with the Deanery to ensure future graduates are trained appropriately to provide services in our rural care environment.

Emergency and Non-Emergency Transport

As referenced in all our consultation documents to date, we believe that emergency and non-emergency transport services are critical key enablers to deliver future service models. Telemedicine can be used on the ambulances to aid decision making and triage so that the patient gets taken to the most appropriate place. Paramedic practitioners can work within primary care, the community and secondary care services to maintain skills and support local services.

Risk

Key risks to the potential model are:

- Support from professional bodies (including Royal Colleges and the Deanery) for rural model of healthcare delivery
- Recruitment and retention of clinical staff
- Training time for advanced practitioners
- Training time for rural medical practitioners
- Model could not be delivered within the current financial envelope
- IT infrastructure and capability
- Clinical (and financial) sustainability without redesign of Mid Wales pathways
- Co-operation of and with partners
- Reputational

ATODIAD 14 · YMATEB COLEG BRNEHINOL Y FFSIGWYR I ASTUDIAETH GOFAL IECHYD CANOLBARTH CYMRU



Royal College
of Physicians

Coleg Brenhinol
y Meddygon (Cymru)

Royal College of Physicians (Wales)
Coleg Brenhinol y Meddygon (Cymru)
Regus House - Tŷ Regus, Falcon Drive
Cardiff - Caerdydd CF10 4RU

Professor Marcus Longley
Welsh Institute for Health and Social Care
University of South Wales
Lower Glyntaf Campus
Pontypridd CF37 1DL

+44 (0)29 2050 4540
www.rcplondon.ac.uk/wales

24 September 2014

Dear Marcus,

MID WALES HEALTHCARE STUDY

The Royal College of Physicians (RCP) welcomes the Welsh Government decision to commission the Welsh Institute for Health and Social Care (WIHSC) to carry out an independent study of the issues and opportunities for providing accessible, high quality, safe and sustainable health services, best suited to the specific needs of people living in Mid Wales.

The RCP plays a leading role in the delivery of high quality patient care by setting standards of medical practice and promoting clinical excellence. We provide physicians in Wales and across the world with education, training and support throughout their careers. As an independent body representing more than 30,000 fellows and members worldwide, including 800 in Wales, we advise and work with government, the public, patients and other professions to improve health and healthcare.

Further to the publication of the RCP invited service review into the quality and safety of cardiology services in Hywel Dda University Health Board in March 2014, we are writing to you today following several constructive discussions with colleagues working at Bronglais Hospital in Aberystwyth and with the president of the Welsh Cardiovascular Society, Dr Jonathan Goodfellow.

The RCP now understands that our colleagues in west Wales are concerned about the unintended consequences of this report. The invited service review was asked to look at cardiology services in isolation and the team's recommendations focused solely on patients presenting with cardiac related conditions. However, we would strongly caution against these recommendations being used as an evidence base to drive reconfiguration of other services. By definition, this review of cardiology services excluded many aspects of linked care and services. A more comprehensive review (with more detailed site visits) might have addressed these concerns in a more holistic and coherent fashion. Looking at cardiology in isolation in the context of reconfiguration is unwise.

The RCP believes that time has now moved on, and in the current context (that is, the decision to establish an independent mid-Wales healthcare study) we would be keen to work with the Welsh Government, Hywel Dda UHB, clinicians and patients on a whole systems review of acute medicine and local population need in mid and west Wales. We would welcome the support of WIHSC for investment in services at Bronglais Hospital and we would welcome a positive statement of intent on the future of acute services at Bronglais from both the Welsh Government and Hywel Dda UHB. The RCP would not support the recommendations of this invited service review being taken forward at this time.

To do nothing is not an option. There are significant differences in patient outcomes from cardiac intervention across Wales and our colleagues feel that the service in west Wales is currently not fit for purpose. There is a feeling that a hub and spoke model could work, but only with significant investment in the spoke hospitals, including an increase in cardiologist numbers. Both the RCP in Wales and the Welsh Cardiovascular Society agree that cardiology is such an important part of acute medicine that hospitals should not provide an acute medical take unless they have cardiologists based in that hospital. Doctors at Bronglais Hospital need to be reassured that investment will continue, and we feel strongly that this is about confidence in the long term future of service provision, medical training, and patient safety in west Wales.

In Wales, the RCP has developed a new programme of 'local conversations' where the RCP team visits hospitals across Wales. These bring together consultants and trainees with RCP senior officers and service quality advisers in order to highlight best practice, share information and raise any concerns. In July 2014, we visited Bronglais Hospital. For your information, the event report follows this letter.

We urge Welsh Government and Hywel Dda UHB to take urgent action, invest in acute services and work towards providing high quality patient care in all hospitals in Wales.

The RCP in Wales is developing its thinking on the future of safe, sustainable acute services in Wales and we will be publishing this work later in 2014. If you have any questions, or would like to discuss any of this in more detail, please contact our colleague, Lowri Jackson, RCP senior policy and public affairs adviser for Wales, at Lowri.Jackson@rcplondon.ac.uk or on 029 2050 4540.

With best wishes,



Dr Alan Rees
RCP vice president for Wales
Is-lywydd yr RCP dros Gymru



Dr Andrew Goddard
RCP registrar
Cofrestrydd yr RCP



Event report: RCP local conversation with colleagues at Bronglais Hospital, Aberystwyth

Key recommendations

- The Welsh Government and health boards should prioritise patient safety by actively investing in rural and remote hospitals to secure confidence and attract high quality physicians.
- Training pathways specialising in rural and remote healthcare in Wales should be developed by the Wales Deanery, royal colleges and other stakeholders.
- General internal medicine must be reprioritised and the workload of the acute take should be more evenly distributed between the medical specialties.
- The Welsh Government and health boards should invest in telehealth to support people with chronic conditions, particularly those living in remote and rural areas, to enable them to better manage their condition at home and to avoid unnecessary visits to hospital.
- Hywel Dda UHB must work more closely with clinicians across mid and west Wales to improve services. Communication must become active, two-way and constructive.

Background

As part of the RCP local conversations programme, the vice president and service quality advisers for Wales visited Bronglais Hospital in Aberystwyth in July 2014. The purpose of the visit was to learn more about how colleagues were meeting future hospital recommendations, and improving service delivery, patient care and medical training, and to offer advice or support on how to further improve their services.

Bronglais Hospital is a remote, rural hospital serving a population in Ceredigion, north Powys and south Gwynedd of around 150,000. It is the only district general hospital with a 24 hour emergency department for 50 miles to the south and 70 miles inland, and some patients travel two hours or more to reach the hospital for outpatient appointments or unscheduled care. The road infrastructure in west Wales can be poor and at many points in the year, the roads are full of heavy goods vehicles and holiday traffic.

There are eight physicians providing emergency medical care in the specialties of cardiology, respiratory medicine, diabetes and endocrinology, gastroenterology and stroke care. Physicians working at Bronglais feel that recruitment into another cardiology post has been made very difficult by the threat of 'downgrading' and historic lack of investment into cardiology services. There are no medical registrars based at Bronglais.

Presentations

Dr Phil Jones, consultant physician at Bronglais Hospital, welcomed the group and introduced his colleagues. He noted that two of the key RCP future hospital principles of careⁱ are especially relevant to healthcare at Bronglais: patient experience and timely access to care. He explained that it is time to consider whether we are using the right tools and measures for rural hospitals. He argued, for example, that the number of patients coming through Bronglais does not supply enough SSNAP audit data to produce accurate results. This reflects badly on the hospital which is not always justified.ⁱⁱ

Cardiology

Dr Donogh McKeogh, consultant cardiologist, explained that as recently as 2005, Bronglais Hospital didn't have a cardiologist. However, in 2014, the team has one consultant cardiologist with one core trainee and two foundation year two doctors. There are no registrars and no staff grade doctors. His aim is that every patient with heart failure should see a cardiologist.

The acute medical take at Bronglais is seen by two medical admissions unit doctors and split by medical need at the beginning of the pathway. Dr McKeogh receives admissions from A&E and CDU from Monday-Friday with a daily consultant round on weekdays and fulltime availability for referrals from other teams. There are 500-600 admissions a year, and Bronglais operates a triage function for Morriston Hospital, a tertiary centre in Swansea. There is a high level of patient care provided by a mostly local and bilingual nursing team with no limits on the take, and 100% continuity of care and follow-up. He also oversees a range of outpatient services, including clinics, the cardiorespiratory team and the community rehabilitation team.

Dr McKeogh noted that the service provides a strong local service for cardiology care and triage. There is open, early access to inpatient service and local integrated continuity of care. However, he highlighted a number of risks, particularly around having only one single cardiologist for 85,000 people. Clinics often run late when there is an unscheduled care crisis and there is under-provision of cardio-respiratory and intervention procedures. The service is at risk when he is ill, or on leave, and covering his absence has been difficult in the past. He also noted that there are huge gaps in the service eg contrast echoes, local stress imaging, cardiac CT. He suggested that the health board recruit a second cardiologist to work alongside the existing team.

Gastroenterology

Dr Mark Narain, consultant gastroenterologist, outlined the challenges associated with delivering gastroenterology medicine in a remote, rural district general hospital. It is not a stand-alone service and interacts with others, including surgery, cancer and stroke medicine. Gastroenterology is considered a core medical service for a rural general hospital: gastrointestinal disease is the third most common cause of death, the leading cause for cancer deaths, and the most common cause for hospital admissions. Cancers tend to be diagnosed at a later stage in rural sites.

Dr Narain explained that there was no gastroenterology service at Bronglais Hospital before 2000 and that Bronglais was the last site in the UK to appoint a first and single-handed gastroenterologist. Since then, Bronglais Hospital has been awarded unconditional JAG accreditation for five years, which called it a service



'other units could learn from'. However, he noted that from now on, providing patient-centred, safe, acceptable, timely and appropriate care will need new networks to be developed.

The service in Bronglais meets RCP guidelines for consultant numbers and is flexible, with good staff retention and low use of locum services. However, west Wales lacks integrated alcohol services, as well as radiology and pathology services, and needs to develop its health informatics.

Stroke

Dr Phil Jones was appointed in 1995. He has established good links with other services across Wales, including Swansea, Cardiff, and also across the border into England. He asked a number of questions of the group: are rural clinicians supported? Are we training doctors with the right skills for the rural population? How do we measure rural services when there are too few patients to ensure accurate data?

The group discussed the issue of national workforce planning, and the need to train stroke physicians in Wales to keep them here. There was some discussed about whether the answer is to have more salaried consultant-level GPs, because people do not want (or are increasingly unable) to buy into GP partnerships. Salaried GPs work for the practice, not the health board, and the group discussed whether health boards should be encouraged to employ more salaried GPs. It is also attractive to some GPs to work partly in hospital, partly in the community – this would also provide an effective, respected link between the two.

Surgical geriatrics

Dr Annette Snell has a unique post in Wales: she is a surgical physician who works closely with teams across the hospital. This results in, for example, collaborative working in hip fracture care. She argued that better joint working between surgery and medicine leads to better outcomes and should be routine across Wales. Bronglais operates a collaborative ITU/HDU and she works with both anaesthetists and surgeons. It is a small unit with good communication between doctors, relatives and patients.

The group noted that this meets a problem which exists everywhere in a very innovative way. Usually, these responsibilities fall on the middle grade registrar; this means that there is very little continuity of care. The group discussed the conflict of whether an acute physician or a geriatric physician should carry out the first consult. Annette explained that as a consultant, she has the respect of her peers, and has the authority to challenge decisions and offer a second opinion.

Acute medicine

Dr Russell Canavan explained the flexible structure for delivering acute medicine at Bronglais. There are five teams, including one with two consultants. The service delivery is heavily consultant led from door to discharge, supported by significant staff grade experience at night. However, he noted that specialty leave cover remains a problem.

Diabetes

Dr Christine Kotonya is a consultant specialising in diabetes, endocrinology and general internal medicine. The team also has one associate specialist, one foundation year one doctor, one GP trainee, two diabetes specialist nurses and 1 community diabetes community nurse. They work closely with the team in Powys



which has two diabetes specialist nurses, a dietician and a podiatrist. She has tried to make links with Betsi Cadwaladr UHB in north Wales, but this has proved difficult. The team has a well-established relationship with primary care and a good rapport with patients. Bronglais has good clinical outcomes and there is scope to develop telemedicine in Tywyn.

Group discussion

The vice president introduced the group discussion session and thanked colleagues. He explained that we have already visited Llanelli, where there are not dissimilar issues, and explained that he thought a cardiology service should remain in Bronglais.

The group discussed generalism and the workforce, especially training grades, as well as the difficulty of finding people who want to live in rural or remote areas. It was noted that universities in Wales may be training medical undergraduates who then leave the system. Bronglais currently has five foundation year two vacancies. It was noted that the new undergraduate curriculum in Cardiff is going to have more of an emphasis on rural medicine. The group briefly discussed GP training, and agreed to take some work forward by talking to the Wales Deanery about the need for innovative training solutions which prioritise general medicine in the rural context.

On recruitment, the group discussed alternatives, including consultant-delivered services. This would require financial and strategic commitment to Bronglais Hospital, and the group agreed that a strong, supportive statement of intent from the health board would be helpful. Colleagues felt that there has always been a question mark over the future of Bronglais. It is time for the health board to make a clear decision about the future of acute services in west Wales through investment, recruitment and improved communications.

Conclusions

The RCP Wales team was very impressed. The group agreed to take forward the concerns of colleagues at Bronglais with the RCP officer team in London.

For more information, please contact:

Lowri Jackson
Senior policy and public affairs adviser for Wales
Lowri.Jackson@rcplondon.ac.uk
029 2050 4540 | 07557 875119

¹ Future Hospital Commission. *Future hospital: caring for medical patients*. London: RCP, 2013

² SSNAP is the Sentinel Stroke National Audit Programme. See [RCP website](#) for more details

ATODIAD 15 · CYFEIRIADAETH

- Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R and Fraser C (2008) *Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care* Cochrane Database of Systematic Reviews 2008
- American Telemedicine Association (2013) *Examples of research outcomes: telemedicine's impact on healthcare cost and quality* - <http://www.americantelemed.org/docs/default-source/policy/examples-of-research-outcomes---telemedicine's-impact-on-healthcare-cost-and-quality.pdf>.
- Asthana S and Halliday J (2004) What can rural agencies do to address the additional costs of rural services? A typology of rural service innovation *Health and Social Care in the Community* 12: 457-65
- Biggam B, Kennedy S, Drennan I and Morrison L (2013) Expanding paramedic scope of practice in the community: a systematic review of the literature *Pre-hospital Emergency Care* 17.3 (July/September)
- Bowling A, and Bond M (2001) A national evaluation of specialists' clinics in primary care setting *British Journal of General Practice* 51.465: 264-9
- Brundisini F, Giacomini M, DeJean D, Vanstone M, Winsor S and Smith A (2013) Chronic disease patients' experiences with accessing health care in rural and remote areas: a systematic review and qualitative meta-synthesis *Ontario Health Technology Assessment Service* 13.15: 1-33
- Burholt V and Dobbs C (2012) Research on rural ageing: Where have we got to and where are we going in Europe? *Journal of Rural Studies* 28: 432-446
- Buykx P, Humphrys J, Wakerman J and Pashen D (2010) Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy *Australian Journal of Rural Health* 18.3: 102-109
- Chichlowska S and Carnes S (2013) A realistic evaluation of integrated health and social care for older people in Wales, to promote independence and well being: interim report *Welsh Government Social Research*
- Chipp C, Dewane S, Brems C, Johnson ME, Warner TD and Roberts LW (2011) "If only someone had told me...": lessons from rural providers *Journal of Rural Health* 27.1: 122-130
- Deaville JA (2001) *The Nature of Rural General Practice in the UK (Preliminary Research). A Joint Report from the Institute of Rural Health and the General Practitioners Committee of the British Medical Association* The Institute of Rural Health, Newtown, Powys
- Department for Transport (2010) *Travel in Urban and Rural Areas: Personal Travel Factsheet* March 2010 - <http://www.dft.gov.uk/statistics/series/national-travel-survey>
- Department of Health (2009) *Transforming community services: ambition, action, achievement. Transforming services for acute care closer to home: best practice guidance*. London: Department of Health - www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215781/dh_124196.pdf
- Doheny S and Milbourne P (2013) Modernization and devolution: delivering services for older people in rural areas of England and Wales *Social Policy and Administration* 47.5: 501-519
- Edwards N (2014) *Community services: How they can transform care* The Kings Fund
- Ekeland AG, Bowes A and Flottorp S (2010) Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews *International Journal of Medical Informatics* 79: 736-771

- Farmer J, Prior M and Taylor J (2012) A theory of how rural health services contribute to community sustainability *Social science and medicine* 75.10: 1903-1911
- Fuller J, Edwards J, Martinez L, Edwards B and Reid K (2004) Local networks for rural and remote primary mental healthcare in South Australia *Health and Social Care in the Community* 12: 75–84
- Goodwin N, Dixon A, Anderson G and Wodchis W (2014) *Providing integrated care for older people with complex needs: Lessons from seven international case studies* The Kings Fund
- Greenaway D et al (2013) *Shape of training: securing the future of excellent patient care* - http://www.shapeoftraining.co.uk/static/documents/content/Shape_of_training_FINAL_Report.pdf_53977887.pdf, last accessed 16 July, 2014.
- Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H and Volmink J (2009) *Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas* Cochrane Database of Systematic Reviews
- Gruen R, Weeramanthri T, Knight S and Bailie R (2003) *Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings* Cochrane Database of Systematic Reviews
- Health Foundation (2013) *Improving patient flow: how two trusts focused on flow to improve the quality of care and use available capacity effectively* London: Health Foundation
- Heaney D, Black C, O Donnell C, Stark C and van Teijlingen E (2006) Community hospitals--the place of local service provision in a modernising NHS: an integrative thematic literature review *BMC Public Health* 6: 309
- Humphreys JS, Wakerman J and Wells R (2006) What do we mean by sustainable rural health services? Implications for rural health research *Australian Journal of Rural Health* 14: 33-35
- Humphreys JS, Kuipers P, Wakerman J, Wells R, Jones JA and Kinsman LD (2009) How far can systematic reviews inform policy development for "wicked" rural health service problems? *Australian Health Review* 33.4: 592-600
- Kenny A, Hyett N, Sawtell J, Dickson-Swift V, Farmer J and O'Meara P (2013) Community participation in rural health: a scoping review *BMC Health Services Research* 13: 64
- Kenyon S, Rafferty J and Lyons G. (2003) Social exclusion and transport in the UK: a role for virtual accessibility in the alleviation of mobility-related social exclusion? *Journal of Social Policy* 32: 317-338
- Lamarche P, Beaulieu M, Pineault R, Contradriopoulos A and Denis J (2003) *Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada* Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation
- Marriott J and Mable A (2000) *Opportunities and Potential: A Review of International Literature on Primary Health Care Reform and Models* Ottawa. Health Canada
- McDonald J, Cumming J, Harris M, Powell-Davies G and Burns P (2006) *Systematic Review of Comprehensive Primary Health Care Models* - http://www.anu.edu.au/aphcri/Domain/PHCMModels/Final_25_McDonald.pdf
- Morgan G (2013) Integration of health and social care - what can Wales learn ... and contribute? *Quality in Ageing and Older Adults* 14.1: 47-55
- Mungall IJ (2005) Trend towards centralisation of hospital services, and its effect on access to care for rural and remote communities in the UK *Rural and Remote Health* 5: 390
- Munoz S (2013) Co-producing care services in rural areas *Journal of Integrated Care* 21.5: 276-287

Naccarella L, Southern D, Furler J, Prosser L, Scott A and Young D (2006) *Siren Project: Systems Innovation and Reviews of Evidence in Primary Health Care Narrative Review of Innovative Models for Comprehensive Primary Health Care Delivery* Canberra: Australian Primary Health Care Research Institute

NHS Highland (2012) *An Approach to Building Sustainability of Health and Care Services in Remote and Rural Areas*, Proposal to Cabinet Secretary for Health and Wellbeing

http://www.nhshighland.scot.nhs.uk/OurAreas/ArgyllandBute/Documents/An_Approach_to_Building_Sustainability_of_Health_and_Care_Services_in_Remote_and_Rural_Areas_FINAL_redacted.pdf

NHS Scotland National Planning Forum (2011) *Report and Review of National and Scotland wide Managed Clinical Networks* - <http://www.nsd.scot.nhs.uk/%5C%5C/Documents/NmcnNpfReview.pdf>

NHS Wales (2014) *Primary care in Wales: learning from models and policy*

Phillips A and Morgan G (2014) Co-production within health and social care – the implications for Wales? *Quality in Ageing and Older Adults* 15.1: 10-20

Powell J (2002) Systematic review of outreach clinics in primary care in the UK *Journal of Health Research & Policy* 7.3: 177-83.

Rabinowitz H, Diamond J, Markham F and Wortman J (2008) Medical School Programs to Increase the Rural Physician Supply: A Systematic Review and Projected Impact of Widespread Replication *Academic Medicine* 83.3

Royal College of Physicians (2013) *Future hospital: caring for medical patients*. URL: https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/future-hospital-commission-report_0.pdf, last accessed 16 July, 2014.

Rural Health Implementation Group (2011a) *Telemedicine plan 2011-2013* - <http://wales.gov.uk/docs/dhss/publications/120619planen.pdf>

Rural Health Implementation Group (2011b) *Rural health telemedicine: a working paper produced for the Rural Health Implementation Group in support of the Welsh Rural Health Plan* - <http://www.weds.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1076/RHIG%20Rural%20Health%20Telemedicine.pdf>

Rural Health Implementation Group (2011c) *Telemedicine: project evaluation January-June 2011* - <http://wales.gov.uk/docs/dhss/publications/130619evaluationen.pdf>.

Rural Health Implementation Group (2011d) *Delivering Rural Health Care Services: Working paper produced by the Rural Health Implementation Group in support of the Welsh Rural Health Plan*

Rural Health Implementation Group (2013a) *Summary report on the work of the Rural Health Implementation Group* - <http://wales.gov.uk/docs/dhss/publications/131115ruralhealthgroupen.pdf>

Rural Health Implementation Group (2013b) *Telemedicine: Final Report* - <http://wales.gov.uk/docs/dhss/publications/130619finalen.pdf>

Scottish Government (2008a) *Delivering for Remote and Rural Healthcare: The Final Report of the Remote and Rural Workstream* - <http://www.scotland.gov.uk/resource/doc/222087/0059735.pdf>

Scottish Government (2008b) *Delivering For Remote and Rural Healthcare: What it means for you* - <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/05/07093541/4>

Scottish Government (2010) *Delivering for Remote and Rural Healthcare Action Plan: the Final RRIIG Report* Edinburgh - <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/222087/0059735.pdf>

Scottish Government (2012a) *Community Hospitals Strategy Refresh*:

<http://www.scotland.gov.uk/Resource/0039/00391837.pdf>

Scottish Government (2012b) *Rural Scotland Key Facts 2012*

Shergold I and Parkhurst G (2012) Transport-related social exclusion amongst older people in rural Southwest England and Wales *Journal of Rural Studies* 28.4: 412-421

Starfield B, Shi L and Macinko J (2005) Contribution of primary care to health systems and health *Milbank Q* 13: 457–502

Takahashi T (2001) The present and future of telemedicine in Japan *International Journal of Medical Informatics* 61: 131-137

Thiel V, Sonola L, Goodwin N and Kodner D (2013) *Developing community resource teams in Pembrokeshire, Wales: Integration of health and social care in progress* The Kings Fund

Vatcharavongvan P, Hepworth J and Marley J (2013) The application of the parallel track model in community health promotion: a literature review *Health and Social Care in the Community* 21.4: 352-363

Wakerman J (2009) Innovative rural and remote primary health care models: what do we know and what are the research priorities? *Aust. J. Rural Health* 17: 21-26

Wakerman, J and Davey, C (2008) Rural and remote health management: The next generation is not going to put up with this *Asia Pacific Journal of Health Management* 3.1: 13

Wakerman J, Humphreys J, Wells R, Kuipers P, Entwistle P and Jones J (2006) *A Systematic Review of Primary Health Care Delivery Models in Rural and Remote Australia 1993–2006* Canberra: Australian Primary Health Care Research Institute.

Wales Centre for Health (2007) *Rural Health: a profile of rural health in Wales*

Weatherill S (2007) *Primary Health Care Transition Fund, Laying the Groundwork for Cultural Change: The Legacy of the Primary Health Care Transition Fund* Ottawa: Health Canada

Welsh Assembly Government (2009) *Rural health plan: improving integrated service delivery across Wales*. URL: <http://wales.gov.uk/docs/dhss/publications/100118ruralhealthplanen.pdf>

Welsh Assembly Government (2011) *Delivering rural health care services* URL: <http://www.weds.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1076/RHIG%20Delivering%20Rural%20Health%20Care%20Services.pdf>

Welsh Government (2014a) Written statement – eHealth and care in Wales - <http://wales.gov.uk/about/cabinet/cabinetstatements/2014/ehealth/?lang=en>

Welsh Government (2014b) £9.5m investment in new technology and telehealth to improve patient care - <http://wales.gov.uk/newsroom/healthandsocialcare/2014/140425health-technologies-fund/?lang=en>

Weymouth S, Davey C and Wright J (2007) What are the effects of distance management on the retention of remote area nurses in Australia? *Rural Remote Health* 7: 652

Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T and Marais BJ (2009) A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas *Rural and Remote Health* 9: 1060

Zwarenstein M, Goldman J and Reeves S (2009) *Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes* Cochrane database of systematic reviews

wihsc



Welsh Institute for Health and Social Care

University of South Wales, Lower Glyntaf Campus, Pontypridd, CF37 1DL
wihsc.southwales.ac.uk · wihsc@southwales.ac.uk · 01443 483070