



Sicrhau'r cydbwysedd cywir: dyrannu adnoddau ar gyfer iechyd a lles

Adroddiad blynyddol Cyfarwyddwr Iechyd y Cyhoedd
ar gyfer Caerdydd a'r Fro 2012



GIG
CYMRU
NHS
WALES

Bwrdd Iechyd Prifysgol
Caerdydd a'r Fro
Cardiff and Vale
University Health Board

Cynnwys

Rhagair	02
1. Cyflwyniad a chefnidir	03
2. Dulliau i helpu wrth ddyrannu adnoddau	07
3. Tueddiadau demograffig ac iechyd pwysig yng Nghaerdydd a'r Fro	11
4. Diabetes yng Nghaerdydd a'r Fro	12
5. Dementia yng Nghaerdydd a'r Fro	21
6. Un droed yn y gorffennol: diffyg cynnydd parhaus	27
7. Camu i'r dyfodol: sut y gallwn fod un cam ar y blaen	29
Atodiad 1. Demograffeg Caerdydd a'r Fro	30
Atodiad 2. Y wybodaeth ddiweddaraf am gynnydd ers adroddiad 2011	34
Cyfeiriadau	39

Cydnabyddiaethau

Hoffwn ddiolch o galon i Dr Tom Porter fel prif olygydd yr adroddiad hwn. Diolch i'r Tîm Iechyd y Cyhoedd am ei gyfraniad, ac i'r holl gydweithwyr eraill o fewn disgyblaethau a sefydliadau eraill am eu cyfraniadau a'u sylwadau. Yn arbennig, hoffwn ddiolch i'r canlynol:

Yr Athro Tony Bayer, Suzanne Becquer-Moreno, Sandra Chapman, Hugo Cosh, Richard Evans, Dr Lindsay George, Dr Sian Griffiths, Helen Howson, Fiona Kinghorn, Dr Helen Lawton, Robert Mahoney, Brian Marsh, Karen May, Andrew Nelson, Helen Nicholls, Dr Simon O'Donovan, Lisa Powell, Dr Aled Roberts, Dr Justin Warner, Philip Webb, Dr Suzanne Wood

Rhagair



Mae fy adroddiad eleni yn gofyn p'un a ydym yn darparu gwasanaethau yn y ffordd orau i ddiwallu anghenion iechyd a lles ein poblogaeth. Yn yr oes sydd ohoni, rydym yn byw'n hirach, ond nid yw ein blynyddoedd o fywyd iach yn gwella'n ddigon cyflym. I raddau helaeth, y rheswm am hyn yw nad ydym yn llwyddo i atal salwch a hybu iechyd da,

er ein bod yn llwyddiannus iawn wrth wneud diagnosis a thrin clefydau. Yn ogystal, nid ydym cystal ag y dylem fod wrth sicrhau bod cymorth yn cael ei dargedu at yr anghenion iechyd a lles mwyaf. Yma yng Nghaerdydd a'r Fro, mae gennym boblogaeth gynyddol ac ifanc iawn hefyd ac nid yw'r tueddiadau iechyd rydym yn eu gweld (er enghraifft, lefelau uchel o ordewdra) yn argoeli'n dda ar gyfer ei hiechyd yn y dyfodol oni fydd ein ffocws ar atal a hybu yn newid yn sylweddol.

Fel y trafodais mewn adroddiadau blaenorol, mae gwahaniaeth o hyd at 12 mlynedd o ran disgwyliad oes rhwng pobl sy'n byw yn rhannau mwyaf difreintiedig a rhannau mwyaf cefnog Caerdydd a'r Fro. Er bod llawer o ffactorau yn cyfrannu at y gwahaniaeth hwn, mae sut yr ydym yn cefnogi iechyd da, yn atal salwch ac yn trin achosion o salwch oll yn bwysig.

Mae cyfansoddiad ein cymunedau yn y dyfodol, poblogaeth fawr ifanc iawn yn ogystal â phoblogaeth sylweddol sy'n heneiddio, yn golygu y bydd y gofynion o ran gofal iechyd yn parhau i gynyddu. Fodd bynnag, o ystyried ein rhagolygon economaidd, mae'n annhebygol y byddwn yn gallu darparu mwy a mwy o wasanaethau trin (salwch) yn y dyfodol. Nawr, fwy nag erioed, mae'n gwneud synnwyr i helpu pobl i fod mor iach â phosibl o oedran cynnar. Mae sicrhau cydbwysedd da rhwng gwasanaethau atal a gwasanaethau trin yn gwneud synnwyr. Mae buddsoddi ar gam cynnar er mwyn gwario'n ddoeth yn gwneud synnwyr.

Nid oes unrhyw ran o hyn yn newydd, ond mae'n werth nodi nad ydym wedi llwyddo i sicrhau'r cydbwysedd hwn o hyd. Yn 1895, ysgrifennodd Joseph Malines gerdd o'r enw 'The fence or the ambulance' sy'n disgrifio ein cyflwr presennol i'r dim:

*'Twas a dangerous cliff, as they freely confessed,
Though to walk near its crest was so pleasant:
But over its terrible edge there had slipped
A duke and many a peasant;
So the people said something would have to be done
But their projects did not at all tally:
Some said, "Put a fence around the edge of the cliff"
Some, "An ambulance down in the valley."*

*But the cry for the ambulance carried the day
For it spread to the neighbouring city:
A fence may be useful or not, it is true,
But each heart became brimful of pity.
For those who had slipped o'er that dangerous cliff,
And the dwellers in highway and alley
Gave pounds or gave pence, not to put up a fence,
But an ambulance down in the valley.*

*"For the cliff is alright if you're careful," they said,
"and if folks even slip or are dropping,
it isn't the slipping that hurts them so much
as the shock down below when they're stopping,"
So day after day when these mishaps occurred,
Quick forth would the rescuers sally
To pick up the victims who fell off the cliff,
With their ambulance down in the valley.*

*Then an old man remarked, "It's a marvel to me
that people give far more attention
to repairing results than to stopping the cause,
when they'd much better aim at prevention."
"Let us stop at its source all this mischief," cried he.
"Come neighbours and friends, let us rally:
If the cliff we will fence, we might almost dispense
with the ambulance down in the valley."*

*"Oh, he's a fanatic," the others rejoined:
"dispense with the ambulance - never!
He'd dispense with all charities, too, if he could:
no, no! We'll support them forever.
Aren't we picking up folks just as fast as they fall?
And shall this man dictate to us? Shall he?
Why would people of sense stop to put up a fence?
While their ambulance works in the valley?"*

*But a sensible few who are practical too,
Will not bear with such nonsense much longer
They believe that prevention is better than cure
And their party will soon be the stronger.
Encourage them then, with your purse, voice and pen
And (while other philanthropists dally)
They will scorn all pretence, and put up a stout fence
On the cliff that hangs over the valley.*

Ein her yw dechrau sicrhau'r cydbwysedd cywir, gan helpu i sicrhau bod iechyd a lles pobl cystal ag y gallant fod a galluogi gwasanaethau trin i ddiwallu anghenion iechyd y boblogaeth. Rhaid i ni sicrhau bod y gerdd hon yn adlewyrchiad hollol anghywir o'n cyflwr yn ystod yr ychydig flynyddoedd nesaf ac na ellir parhau i'w dyfynnu fwy na 118 o flynyddoedd ers ei hysgrifennu.

Dr Sharon Hopkins

Cyfarwyddwr Gweithredol Iechyd y Cyhoedd, Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro

Awst 2013

1. Cyflwyniad a chefnidir

1.1 Nod yr adroddiad hwn

Rydym am sicrhau'r canlyniadau iechyd a lles gorau i'n trigolion lleol. Mae'r adroddiad hwn yn anelu at ystyried p'un a yw'r ffordd rydym yn dyrannu ac yn gwario arian cyhoeddus ar iechyd, lles a gofal iechyd yng Nghaerdydd a'r Fro ar hyn o bryd yn ein galluogi i gyflawni'r canlyniadau hyn. Mae angen i ni sicrhau bod gwasanaethau cyhoeddus yn diwallu anghenion y boblogaeth leol, a bod yr arian sydd gennym yn cael ei wario mewn ffordd ddoeth a'i fod yn helpu cymaint o bobl â phosibl. Rhaid i'n gwasanaethau fod yn ddiogel, o ansawdd uchel ac yn seiliedig ar dystiolaeth.

Byddwn yn dechrau drwy drafod pa ffactorau sy'n cyfrannu at iechyd, sut rydym yn deall anghenion iechyd poblogaethau a dulliau ar gyfer dyrannu adnoddau. Wedyn byddwn yn symud ymlaen i ddisgrifiadau o ddau glefyd cyffredin a phwysig - diabetes a dementia - fel enghreifftiau o ba mor dda rydym yn gwneud a ph'un a allai fod ffyrdd gwell o ddyrannu ein harian, er mwyn gwella a diogelu iechyd pobl sy'n byw yng Nghaerdydd a'r Fro yn well.

Byddwn yn gorffen drwy gynnig nifer o argymhellion yn seiliedig ar ganfyddiadau'r adroddiad hwn.

1.2 Mae anghydraddoldebau amlwg yn bodoli yng Nghaerdydd a'r Fro

Ceir amrywiad sylweddol o ran disgwyliad oes pobl ledled Cymru, a hyd yn oed o fewn ardal Caerdydd a'r Fro. Yn ein hardal leol, mae disgwyliad oes dynion yn y cymunedau mwyaf difreintiedig ar gyfartaledd 12 mlynedd yn is na'r rheini yn y cymunedau lleiaf difreintiedig.¹ Mae anghydraddoldebau amlwg o'r fath yn annerbyniol.

Mae llawer o bethau a all helpu i egluro'r math hwn o amrywiad mewn iechyd, megis nodweddion y boblogaeth leol gan gynnwys oedran ac achosion o salwch sy'n bodoli eisoes, addysg, statws cyflogaeth a'r amgylchedd ffisegol.² Mae gwasanaethau gofal iechyd (megis gwasanaethau gofal sylfaenol a gwasanaethau ysbytai) hefyd yn cyfrannu, er mai dim ond un elfen gymharol fach yw'r rhain. Er enghraifft, gallai lleoliad clinigau cleifion allanol effeithio ar fynediad, a gallai nifer y staff a pha fath o staff sy'n gweithio yn y clinig bennu pa wasanaeth y gellir ei ddarparu. Ar gyfer clefydau sy'n fwy cyffredin yn yr ardal leol, a roddir mwy o amlygrwydd i ddarparu gwasanaethau ar gyfer y cyflyrau hynny, ac a ydym yn gwneud cymaint ag y gallwn i atal pobl rhag mynd yn sâl yn y lle cyntaf?



Er mwyn sicrhau'r canlyniadau iechyd gorau i boblogaeth Caerdydd a'r Fro, mae angen i'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol (GIG) ystyried nid yn unig sut i reoli achosion o salwch - sef y ffocws pennaf ar hyn o bryd - ond hefyd sut i atal achosion o salwch yn y lle cyntaf. Gan ddylanwadu'n ehangach, mae angen iddo ystyried y cyfleoedd i wella amgylchedd a chyfleoedd bywyd pobl.

1.3 Rôl y GIG

Mae gan bobl ledled Cymru a gweddill y DU barch mawr at y GIG. Pan gafodd ei sefydlu gyntaf yn 1948, nodwyd tair egwyddor ar ei gyfer:³

- byddai'n diwallu anghenion pawb
- byddai'n cael ei ddarparu am ddim
- byddai'n seiliedig ar angen clinigol, nid y gallu i dalu

Mae'r egwyddorion hyn yn berthnasol o hyd,⁴ ac mae staff y GIG yn gweithio'n galed iawn i helpu pobl yn feunyddiol. Fodd bynnag, gwyddom ar gyfer llawer o gyflyrau, bod amrywiad sylweddol yn y ffordd y mae pobl yn cael gafael ar wasanaethau iechyd ac yn eu defnyddio, a'r canlyniadau a brofir ganddynt.⁵



1.4 Cyllideb y GIG

Mae gan y GIG yng Nghymru gyllideb o dros £5,000 miliwn, neu £5 biliwn, y flwyddyn.⁶ Mae tua thair miliwn o bobl yng Nghymru, ac ar gyfartaledd, mae'r GIG yn gwario £1,760 y flwyddyn fesul person yng Nghymru, sef ffigur tebyg i weddill y DU.⁷ O'i safoni er mwyn gallu llunio cymariaethau rhyngwladol, mae gwariant llywodraeth y DU ar ofal iechyd yn cyfateb i £1,800 y pen, o gymharu â £2,200 yn yr Almaen a £2,000 yn Ffrainc. Dyma rai o'r ffigurau uchaf yn y byd; mewn gwledydd sy'n datblygu, gall y gwariant fod yn sylweddol is. Yn India, mae'r llywodraeth yn gwario £28 y pen, ac yn Kenya, mae'n gwario £20 fesul person y flwyddyn.⁸ Mae'r GIG yng Nghymru yn cyflogi tua 72,000 o aelodau o staff, gan olygu mai ef yw cyflogwr mwyaf Cymru, gyda thri chwarter o gyllideb y GIG yn cael ei wario ar staff.⁹

Yng Nghaerdydd a'r Fro, mae gan Fwrdd Iechyd Lleol y GIG gyllideb o £740 miliwn y flwyddyn ar gyfer ein poblogaeth leol o 470,000. Gan fod ysbytai fel Ysbyty Athrofaol Cymru yng Nghaerdydd hefyd yn gweld pobl o bob cwr o Gymru ar gyfer elfennau gofal mwy cymhleth, megis gwasanaethau niwroadsefydlu arbenigol (i helpu'r ymennydd a'r system nerfol i wella), mae incwm cyffredinol y Bwrdd Iechyd hyd yn oed yn uwch, sef tua £1.2 biliwn y flwyddyn. Rhaid i'r GIG, yn yr un ffordd â chartrefi a busnesau preifat, weithio o fewn y gyllideb sefydlog hon. Rydym yn gyfrifol am sicrhau a chynnal iechyd a lles pobl Caerdydd a'r Fro, drwy ddarparu'r gofal o'r ansawdd uchaf posibl, a defnyddio'r adnoddau sydd ar gael i ni yn y ffordd orau. Er mwyn gwneud hyn cystal â phosibl, rhaid i ni hefyd weithio gyda sefydliadau eraill a phobl yn ein cymunedau er mwyn sicrhau bod cynnal a gwella iechyd a lles y boblogaeth wrth wraidd yr hyn a wnânt hwy hefyd.

Ar hyn o bryd, amcangyfrifir bod 3% o gyllideb y GIG yng Nghaerdydd a'r Fro yn cael ei wario ar gadw pobl yn iach, gyda'r gweddill yn cael ei wario ar reoli achosion o salwch unwaith y byddant wedi digwydd.¹⁰ Ledled Cymru, mae hyn yn cyfateb i wario £50 fesul person bob blwyddyn ar gadw pobl yn iach yng Nghymru, o gymharu â £1700 ar drin achosion o salwch. Ar y cyfan, nid yw'r gyfran hon wedi newid yn ystod y pum mlynedd diwethaf.

1.5 Dylai'r modd yr ydym yn gwario arian ddibynnu ar faterion iechyd lleol

Er mwyn gwario'r gyllideb iechyd yn y ffordd orau, mae angen i ni yn gyntaf ddeall materion iechyd ('anghenion') y boblogaeth. Wedyn, gallwn gynllunio pa wasanaethau sydd eu hangen i ddiwallu'r anghenion iechyd hynny.

Fel enghraifft, mae gan Gaerdydd boblogaeth iau na rhannau helaeth o weddill Cymru, ac mae ganddi amrywiaeth ddiwylliannol llawer mwy sylweddol. Mae gan Fro Morgannwg boblogaeth ychydig yn hŷn, sy'n debycach i rannau eraill o Gymru. Wrth i ni heneiddio, mae'r tebygolrwydd y byddwn yn cwmpo ac yn torri clun yn uwch. Felly, yn gyffredinol, gellir disgwyl i wasanaethau Bro Morgannwg ystyried y gallai achosion o gwmpo fod yn fwy cyffredin - gan roi mwy o flaenoriaeth i helpu pobl hŷn a rhoi cyngor iddynt ar sut y gallant osgoi cwmpo - ond gallai fod angen teilwra gwasanaethau yng Nghaerdydd ledled y ddinas i wahanol grwpiau ethnig. Felly yn yr achos hwn, gall cyngor a chymorth o ran sut i aros yn iach fod ar gael mewn nifer o wahanol ieithoedd. Yn ogystal, gallwn ddisgwyl gweld poblogaeth leol fwy o faint â diabetes na chyfartaledd Cymru (gan fod diabetes yn fwy cyffredin ymhlith grwpiau duon a lleiafrifoedd ethnig), ac felly rhaid i ni sicrhau y gall gwasanaethau ddarparu ar gyfer hyn.

Felly rydym am sicrhau, a dylem ddisgwyl, bod y ffordd y caiff arian y GIG ei wario yn amrywio rhwng cymunedau a rhwng dinasoedd yng Nghymru a'r DU, gan ddibynnu ar broblemau iechyd pobl leol. Cyfeirir at y broses o rannu arian yn seiliedig ar anghenion cymunedau lleol fel 'dyrannu adnoddau'.

1.6 Poblogaeth sy'n newid

Beth sy'n digwydd os bydd problemau iechyd y boblogaeth yn newid? Gadewch i ni ystyried un senario - mae'n gwbl hysbys bod pobl yn byw'n hwy nag erioed o'r blaen. Yn wir, rydym wedi dod i ddisgwyl y bydd pob cenhedlaeth yn byw mor hir â'r genhedlaeth ddiwethaf, ac fel arfer hyd yn oed yn hwy. (Mae'n werth nodi nad yw hyn yn wir ymhob man yn y byd. Yn ystod cyfnod gwaethaf yr argyfwng HIV/Aids yn Affrica, o fewn un genhedlaeth, gostyngodd disgwyliad oes yn Zimbabwe o 61 oed yn 1988 i 43 oed yn 2002.¹¹)

Yn y Deyrnas Unedig, y disgwyliad oes ar gyfartaledd ar hyn o bryd yw 81 oed, sydd wedi cynyddu o 72 oed yn 1970.¹¹ Erbyn 2035, rhagwelir y bydd hyn wedi codi i 85 oed.¹² Rhagwelir y bydd plant a gaiff eu geni heddiw yn cyrraedd 92 oed ar gyfartaledd.¹² Felly, wrth i oedran cyfartalog y boblogaeth gynyddu, mae angen i'n gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol lleol addasu i ddiwallu anghenion y grŵp oedran hŷn hwn. Bydd nifer y bobl iau, yn enwedig canol oed, yn gostwng ychydig. Felly er na ddylid atal gwariant ar bobl ifanc, wrth gwrs, o fewn yr adnoddau sefydlog sydd gan y GIG i'w gwario, efallai y byddai'n briodol i ni ddyrannu swm uwch yn ôl cyfran dros amser i ymdrin â phroblemau iechyd pobl hŷn. Er enghraifft, gall fod angen i ni drwsio mwy o gluniau sydd wedi torri, a hefyd ystyried dyrannu cyfran uwch o'n gwariant i sicrhau bod pobl hŷn yn fwy corfforol egnïol er mwyn atal cymaint o achosion o gwympo â phosibl; neu gallwn benderfynu gwario mwy ar heneiddio'n iach drwy ganol oed a degawdau diweddarach bywyd.

Pe byddai'r patrwm heneiddio hwn yn newid - neu pe byddai nodweddion eraill y boblogaeth leol yn newid - yna dylai'r ffordd rydym yn dyrannu arian newid hefyd. Dylai'r broses o ddyrannu adnoddau fod yn hyblyg a dylai bob amser fod yn gysylltiedig ag anghenion y boblogaeth.

1.7 Nid dim ond mater i'r GIG yw iechyd

Wrth gwrs, nid ein hysbyty lleol na'n meddygfa leol sy'n pennu'r hyn sy'n ein gwneud yn iach. Dywed synnwyr cyffredin wrthym, wedi'i ategu gan lenyddiaeth wyddonol, mai dim ond un rhan fach iawn o'r hyn sy'n ein gwneud yn iach neu beidio yw'r rhain. Mae'r bwyd rydym yn ei fwyta, pa mor aml rydym yn gwneud ymarfer corff, p'un a ydym yn ysmegu, pa mor aml rydym yn cymdeithasu, ein hamgylchedd ffisegol, p'un a ydym mewn gwaith neu addysg, argaeledd ac ansawdd gwasanaethau gofal cymdeithasol, a lluo o ffactorau eraill, hefyd yn cael effaith sylweddol ar ein hiechyd a'n lles.² Mae nodweddion pobl mewn perthynas â'r ffactorau hyn yn amrywio'n sylweddol, hyd yn oed o fewn ardal fach fel Caerdydd a'r Fro. Er enghraifft, mae canran y bobl sy'n hawlio un neu fwy o fudd-daliadau sy'n gysylltiedig â chyfflogaeth yn amrywio rhwng 3% a 29% dim ond rhwng gwahanol ardaloedd o Gaerdydd; ac mae canran y bobl sy'n byw mewn adeilad heb unrhyw wres canolog yn amrywio rhwng 1% ac 13%, hefyd o fewn Caerdydd.¹³

Er bod y GIG yn draddodiadol wedi canolbwyntio'r rhan fwyaf o'i adnoddau ar drin pobl sy'n sâl, mae rhai meysydd atal a ariennir gan y GIG, er enghraifft helpu pobl i roi'r gorau i ysmegu. Fodd bynnag, mewn meysydd eraill, megis effaith yr amgylchedd ffisegol, prin iawn fu'r adnoddau a dargedwyd gennym yn draddodiadol. Gan ddefnyddio'r enghraifft honno, yr awdurdod lleol, trigolion a busnesau sy'n dueddol o ddylanwadu fwyaf ar yr amgylchedd ffisegol - felly mae'n bwysig bod y Bwrdd Iechyd yn cydweithio â chynghorau lleol i wella iechyd y boblogaeth leol. Os yw'r Bwrdd Iechyd o ddifrif am helpu pobl i fyw bywydau hir ac iach, mae angen iddo newid y cydbwysedd rhwng trin ac atal, gan roi mwy o ffocws ar yr ail, a chydweithio'n agosach hefyd â chymunedau a sefydliadau partner i helpu i gyflawni hyn.

Mae'r ffordd y mae'r GIG yn ymgysylltu â chymunedau lleol yn bwysig. Mae pa mor ddiogel a hyderus y mae person hŷn yn teimlo wrth fynd adref ar ôl cyfnod yn yr ysbyty yn aml yn gysylltiedig â'i strwythurau cymorth cymdeithasol a'r help sydd ar gael o fewn y gymuned. Gall p'un a yw elusen yn darparu cymorth i fyw'n annibynnol o fewn tref neu faestref benodol wneud gwahaniaeth o ran rhyddhau unigolyn yn gynnwys ar ôl llawdriniaeth lwyddiannus, neu gyfnod estynedig yn yr ysbyty. Mae risgiau uwch yn gysylltiedig â chyfnodau hir diangen yn yr ysbyty, megis risg uwch o gael haint, ac o bosibl glotiau gwaed peryglus oherwydd y diffyg symud. Bydd y gydberthynas rhwng busnesau lleol a materion sy'n gysylltiedig ag iechyd, a sut a ph'un a ydynt yn hybu lles a dewisiadau ffordd o fyw iach, hefyd yn effeithio ar iechyd cymuned, ymhlith eu cyflogaion a'r boblogaeth ehangach.

1.8 Mae angen dull gweithredu newydd arnom

Crynowyd nod Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro yn ddiweddar fel 'gofalu am bobl a sicrhau bod pobl yn cadw'n iach'.¹⁴ Nid yw'n ddigon da i'r GIG aros i bobl fynd yn sâl cyn ymyrryd, rhaid i ni hefyd weithredu i gadw pobl yn iach ac i ddiogelu eu hiechyd yn y lle cyntaf; ac ni ddylid goddef amrywiad sylweddol o ran canlyniadau iechyd a disgwyliad oes o fewn ardal Caerdydd a'r Fro.

Mae sut a ble rydym yn gwario arian y GIG yn gynyddol bwysig. Rhaid i ni dargedu ein hadnoddau at y mannau lle y mae eu hangen fwyaf, er mwyn ceisio atal salwch a lleihau anghydraddoldebau nawr ac yn y dyfodol, yn ogystal â thrin pobl pan fyddant yn mynd yn sâl. Atal salwch yn hytrach na thrin salwch yn ddiweddarach yw'r peth iawn i'w wneud, ond mae hefyd yn gwneud synnwyr economaidd da: mewn sawl achos, mae atal yn sylweddol rhatach.¹⁵⁻¹⁸

Mae angen i ni gymhwyso'r un egwyddorion hyn wrth weithio gyda sefydliadau partner yn y sector cyhoeddus, y sector preifat a'r trydydd sector, er mwyn helpu i gynnal a gwella iechyd a lles pobl yng Nghaerdydd a'r Fro.

1.9 Cwestiynau y mae'r adroddiad hwn yn ceisio eu hateb

Mae'r adroddiad hwn yn ymdrin â dau gwestiwn:

1. A ydym ar hyn o bryd yn dyrannu ac yn targedu ein hadnoddau yn effeithiol ac yn effeithlon, yn ôl angen, ac yn gwneud y gorau o'r hyn sydd gan gymunedau a sefydliadau partner i'w gynnig eisoes?
2. A ydym yn llwyddo i sicrhau'r cydbwysedd cywir rhwng atal a thrin? A fyddai buddsoddiad ychwanegol mewn atal yn werth da am arian? Os felly, beth y dylem roi'r gorau i'w wneud er mwyn targedu adnoddau at hyn?

Mae'r materion hyn yn arbennig o bwysig yn yr hinsawdd ariannol sydd ohoni, lle y dylai pob un o bunnoedd y GIG fod yn gweithio mor galed â phosibl i wella a diogelu iechyd pobl leol.

Er mwyn trin a thrafod y cwestiynau hyn, bydd y rhan fwyaf o'r adroddiad yn canolbwyntio ar ddwy astudiaeth achos ar gyfer clefydau penodol - diabetes a dementia. Mae'r ddau glefyd yn gyffredin ac yn bwysig, ac yn effeithio'n helaeth ar yr unigolyn â'r cyflwr a'r bobl o'i amgylch.

Cyn bwrw ati gyda'r astudiaethau achos, awn ati i drafod dulliau y gallwn eu defnyddio i'n helpu i wneud penderfyniadau wrth ddyrannu adnoddau, ac i ddisgrifio'r tueddiadau pwysicaf o ran cyfansoddiad ein poblogaeth leol.

Bydd yr adroddiad hwn yn canolbwyntio'n bennaf ar sut y caiff arian y GIG ei wario, ond mae gweithio gyda chymunedau lleol a sefydliadau nad ydynt yn rhan o'r GIG sydd hefyd yn effeithio ar iechyd a 'phenderfynyddion ehangach' iechyd, hefyd yn hanfodol.



Pwyntiau allweddol:

- Ceir amrywiad sylweddol o ran disgwyliad oes pobl ledled Cymru, a hyd yn oed o fewn ardal Caerdydd a'r Fro. Mae llawer o ffactorau yn helpu i egluro'r math hwn o amrywiad mewn iechyd, gan gynnwys nodweddion y boblogaeth leol
- Yn y DU, y disgwyliad oes cyfartalog ar hyn o bryd yw 81 oed, sydd wedi codi o 72 oed yn 1970. Erbyn 2035, rhagwelir y bydd hyn wedi codi i 85 oed. Rhagwelir y bydd plant a gaiff eu geni heddiw yn cyrraedd 92 oed ar gyfartaledd. Wrth i oedran cyfartalog y boblogaeth gynyddu, mae angen i'n gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol lleol addasu i ddiwallu anghenion y grŵp oedran hŷn hwn
- Ar gyfartaledd, mae'r GIG yn gwario £1,760 y flwyddyn fesul person yng Nghymru, sef ffigur sy'n debyg i'r ffigur ar gyfer gweddill y DU. Er mwyn gwario'r gyllideb iechyd yn y ffordd orau, yn gyntaf mae angen i ni ddeall materion iechyd ('anghenion') ein poblogaeth, a chynllunio a darparu gwasanaethau o ansawdd i ddiwallu'r anghenion iechyd hynny
- Mae'r ffordd y caiff arian y GIG ei wario yn amrywio rhwng cymunedau, gan ddibynnu ar broblemau iechyd y bobl leol. Cyfeirir at y broses o rannu arian fel 'dyrannu adnoddau'
- Nod Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro yw 'gofalu am bobl a sicrhau bod pobl yn cadw'n iach'. Atal salwch yn hytrach na thrin salwch yn ddiweddarach yw'r peth iawn i'w wneud, ond mae hefyd yn gwneud synnwyr economaidd da: mewn sawl achos, mae atal yn sylweddol rhatach
- Mae'r adroddiad hwn yn canolbwyntio'n bennaf ar sut y caiff arian y GIG ei wario, ond mae gweithio gyda chymunedau lleol a sefydliadau nad ydynt yn rhan o'r GIG sydd hefyd yn effeithio ar iechyd a 'phenderfynyddion ehangach' iechyd, hefyd yn hanfodol

2 .Dulliau y gallwn eu defnyddio i helpu i ddyrannu adnoddau

2.1 Asesu anghenion iechyd

Mae anghenion iechyd a lles yn ddisgrifiad gwrthrychol o broblemau iechyd gwahanol grŵp o bobl, y gall cymorth, gwasanaethau neu ymyriadau fod o fudd iddynt. Mae hyn yn cynnwys y rhan fwyaf o achosion o salwch a ffactorau risg ar gyfer salwch, lle mae triniaeth neu wasanaethau atal effeithiol ar gael.

Mae anghenion iechyd yn wahanol i'r galw am ofal iechyd, sy'n adlewyrchu'r defnydd gwirioneddol a wneir o wasanaethau iechyd. Yn aml, nid yw anghenion iechyd a galw yn cyfateb i'w gilydd, er enghraifft, os na fydd unigolion ar gam cynnar clefyd penodol yn mynd i gael triniaeth neu'n cael diagnosis o'r clefyd hwnnw, yna byddai'r galw yn is na'r angen. I'r gwrthwyneb, gall diddordeb yn y cyfryngau mewn cyffur neu driniaeth newydd annog pobl i fynd i weld eu meddyg teulu, na fydd rhai ohonynt o bosibl yn addas ar gyfer y driniaeth neu na fydd y driniaeth o fudd iddynt. Yn yr achos hwn, byddai'r galw yn uwch na'r angen.

Gellir deall anghenion iechyd drwy ystyried data rheolaidd megis cofrestrau clefydau (e.e. y rheini a ddelir ym maes gofal sylfaenol ar gyfer nifer o gyflyrau hirdymor) a chofrestrefydd canser, a gwybodaeth am amlygrwydd ffactorau risg ar gyfer clefydau; data ar nifer y cleifion mewnol, yr achosion dydd, y cleifion allanol a'r cleifion brys mewn ysbytai; a data rhagnodi. Yn ogystal ag ystyried y data hwn yn lleol i weld a oes unrhyw dueddiadau dros nifer o flynyddoedd, gall cymharu ag ardaloedd daearyddol eraill tebyg nodi meysydd o anghysondeb a all adlewyrchu angen nas diwallwyd. Yn yr un modd, gall cymharu arfer clinigol a strwythur gwasanaethau ag argymhellion cenedlaethol neu arbenigol (e.e. gan y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal, NICE) amlygu bylchau mewn darpariaeth sy'n cuddio angen nas diwallwyd. Gall cyfwrdd ag unigolion yn y grŵp poblogaeth dan sylw, cynnal arolygon neu adolygu canlyniadau arolygon, a gofyn am sylwadau drwy grwpiau cleifion neu ddefnyddwyr gwasanaethau, hefyd nodi meysydd o angen iechyd nad yw'r gwasanaeth yn llwyddo i'w diwallu ar hyn o bryd. Mae hefyd yn bwysig deall anghenion a ragwelir ar gyfer y dyfodol. Ceir disgrifiad o'r tueddiadau pwysig o ran ffactorau poblogaeth allweddol yng Nghaerdydd a'r Fro, megis oedran, ym Mhenod 3.

Mae 'asesiad anghenion iechyd' yn dod â'r wybodaeth uchod ynghyd er mwyn disgrifio prif anghenion iechyd y boblogaeth, yn aml ar gyfer cyflwr iechyd penodol. Ar hyn o bryd, mae diddordeb mewn ategu'r dull gweithredu hwn â dull gweithredu 'yn seiliedig ar asedau' sydd, yn ogystal â nodi diffygion o ran iechyd a lles y boblogaeth leol neu ddiffygion mewn gwasanaethau iechyd, yn nodi cryfderau yn y gymuned leol neu'r gwasanaeth iechyd y gellir adeiladu arnynt er mwyn gwella iechyd a lles lleol.¹⁹

2.2 Defnyddio trefniadau cyllidebu rhaglenni er mwyn deall y ffordd y caiff adnoddau eu dyrannu ar hyn o bryd

Mae trefniadau cyllidebu rhaglenni yn rhannu holl variant y GIG yn un o 23 o brif grwpiau (rhaglenni), megis 'problemau cylchrediad' a 'chanserau a thiwmorau' (gweler Tabl 1 am restr lawn).⁶ Cynhwysir gwariant ar gyfer darpariaeth gofal ysbytai, gofal cymunedol a gofal sylfaenol ac mae'n cynnwys costau rhagnodi. Mae olrhain gwariant yn ôl categori bob blwyddyn yn helpu i roi darlun o ba feysydd iechyd a chlefyd y caiff arian ei wario arnynt; a gall cymharu â Byrddau Iechyd eraill a chyfartaleddau Cymru a Lloegr ddangos yn gyflym p'un a yw'r gwariant yn ymddangos yn sylweddol uwch neu'n sylweddol is nag ardaloedd eraill.

Dylid nodi er bod data fel cyllidebau rhaglenni yn ddefnyddiol o ran disgrifio gwariant presennol a hanesyddol ar wahanol feysydd o ofal iechyd, bod y patrymau gwariant hyn wedi esblygu mewn ffordd dameidiog dros amser a'u bod yn annhebygol o adlewyrchu anghenion cyfredol. Mewn rhai achosion, gallai newidiadau i ddyraniadau fod wedi deillio o gydhabod angen sy'n newid, ond mewn llawer o achosion, bydd polisiâu cenedlaethol, ymatebion i faterion ariannol aciwt, ac ymwybyddiaeth y cyhoedd o faterion clinigol penodol a phroffil cyhoeddus y materion hynny wedi dylanwadu ar ddyraniadau ariannol.

Er y gall fod rhesymau dilyn iawn dros variant uchel neu isel (e.e. nifer arbennig o fawr neu fach o bobl leol â chlefyd penodol), mae'n fan cychwyn ar gyfer deall patrymau gwariant lleol sy'n bodoli eisoes. Caiff y rhan fwyaf o'r prif gategorïau cyllidebau rhaglenni eu dadansoddi'n nifer fach o is-gategorïau mwy penodol.



Tabl 1. Prif gategorïau cyllidebau rhaglenni

Rhif y rhaglen	Maes gwariant
1	Clefydau Heintus
2	Canserau a Thiwmorau
3	Anhwylderau Gwaed
4	Problemau Endocrin, Maethol a Metabolig
5	Anhwylderau Iechyd Meddwl
6	Problemau Anableddau Dysgu
7	Niwrolegol
8	Problemau gyda'r Golwg
9	Problemau gyda'r Clyw
10	Problemau Cylchrediad
11	Problemau gyda'r System Anadlol
12	Problemau Deintyddol
13	Problemau gyda'r System Gastroberfeddol
14	Problemau gyda'r Croen
15	Problemau gyda'r System Cyhyrsgerbydol
16	Problemau o ganlyniad i Drawma ac Anafiadau
17	Problemau gyda'r System Genhedlol Wrinol
18	Mamolaeth ac Iechyd Atgynhyrchiol
19	Cyflyrau sy'n gysylltiedig â Babanod newydd-anedig
20	Effeithiau Andwyol a Gwenwyno
21	Unigolion Iach
22	Anghenion Gofal Cymdeithasol
23	Meysydd Gwariant/Cyflyrau Eraill

Ac eithrio'r ffaith ei fod yn adlewyrchu patrymau gwariant hanesyddol yn hytrach nag anghenion iechyd y boblogaeth, mae nifer o gyfyngiadau eraill yn gysylltiedig â data cyllidebau rhaglenni, sy'n golygu y dyldid bod yn ofalus wrth ddehongli'r ffigurau. Yn gyntaf, ceir diffyg manylder cymharol sy'n golygu mai dim ond trosolwg o wariant y GIG y gall y data ei roi yn hytrach na bod yn gysylltiedig bob amser â llwybr gofal penodol; er bod data yn gwella, mae'n dibynnu o hyd ar episodau gofal wedi'u codio'n briodol, a mater o farn weithiau yw p'un a ddylid dosbarthu ymyriad o dan un pennawd neu un arall. Er enghraifft, os daw rhywun i'r ysbyty ag anaf i'r pen am ei fod wedi cwmpo o ganlyniad i ddementia, a ddylid nodi'r cod ar gyfer 'trauma ac anafiadau', 'anhwylderau niwrolegol' neu 'iechyd meddwl'?

Hefyd, nid yw'r ffigurau yn ystyried nifer y cleifion a gaiff eu trin am gyflwr penodol. Er enghraifft, gellir priodoli gwariant uchel mewn un categori i angen ychwanegol dilys yn y boblogaeth leol am y gwasanaeth hwnnw; ond gallai gwariant uchel hefyd ddeillio o ddefnydd aneffeithlon o adnoddau wrth ddiwallu lefel 'gyffredin' o angen.

Mater arall yw deall faint o ofal a ddarparwyd gan feddygon teulu ar gyfer llwybr clefyd penodol - ni chaiff costau'r rhan fwyaf o'r gweithgarwch a gynhelir o fewn maes gofal sylfaenol eu cynnwys ar hyn o bryd yn y prif gategorïau cyllidebau, ond yn hytrach, fe'u nodir o dan gategori 23 ('arall').

Er ein bod yn cydnabod y cafeat hwn, ychwanegwyd at y dull o gategoreiddio data cyllidebau rhaglenni ar gyfer Lloegr yn ddiweddar drwy nodi'r lleoliad lle y darparwyd yr ymyriad, megis gofal sylfaenol/cymunedol, gofal eilaidd, a gofal ataliol.⁷ Mae hwn yn gam ymlaen o ran deall ble y caiff adnoddau'r GIG eu gwario; yn 2011/12, dim ond 0.2% o'r gyllideb ar gyfer clefydau cylchrediad y gwaed a wariwyd ar wasanaethau ataliol yn Lloegr, a dim ond 60% o'r gwariant a ddyrannwyd i ofal eilaidd. Fodd bynnag, mae'n werth nodi i 24% o'r gyllideb ar gyfer clefydau cylchrediad y gwaed gael ei wario ar ragnodi ym maes gofal sylfaenol a fyddai'n cyfateb yn y rhan fwyaf o achosion ag atal neu arafu clefydau sefydledig - a elwir yn 'atal eilaidd' - drwy ddefnyddio cyffuriau fel statinau. Fodd bynnag, mae hyn yn dal i ddynodi bod gwariant 'ymatebol' ar gymhlethdodau clefydau yn sylweddol uwch na'r gwariant ar atal clefyd cylchrediad y gwaed a lleihau cymhlethdodau achosion o'r clefyd sy'n bodoli eisoes. Ar hyn o bryd, nid oes dadansoddiad tebyg ar gael o'r data ar gyfer Cymru.

Yng nghyllidebau rhaglenni 2011-12 ar gyfer Cymru, y categori cyllidebau rhaglenni unigol mwyaf oedd gwariant ar problemau iechyd meddwl, a oedd yn cyfateb i ychydig dros un rhan o ddeg (11.9%) o'r cyfanswm. Yng Nghaerdydd a'r Fro, mae'r gwariant yn sylweddol uwch, sef 13.5% o'r cyfanswm. Fodd bynnag, nid yw'r broses o gymharu gwariant Cymru gyfan â gwariant Caerdydd a'r Fro yn broses syml; er bod gwariant Caerdydd a'r Fro yn ymddangos yn is ar gyfer llawer o gategorïau allweddol megis anhwylderau anadlol a chylchrediad y gwaed, mae'r gwariant nas categoreiddiwyd ('arall') yn uwch na chyfartaledd Cymru, sy'n awgrymu y gall fod gwahaniaethau o ran codio neu o ran gwariant ar ofal sylfaenol.

Rhwng 2007 a 2011, ni fu newid sylweddol o ran gwariant y rhan fwyaf o gategorïau rhaglenni yng Nghymru fel cyfran o'r cyfanswm, er iddo godi ychydig ar gyfer problemau endocrin (y system hormonaidd) (3.0% i 3.3%) a meddygaeth genhedlol-wrinol (y bledren, y system wrinol ac iechyd rhywiol) (4.5% i 4.9%). Mae costau gofal parhaus y GIG wedi cynyddu'n sylweddol fel cyfran o'r cyfanswm o 1.6% i 2.3%. Mae'r gwariant yn y rhan fwyaf o'r categorïau yn debyg i'r gwariant ar gyfer Lloegr, er ei fod yn sylweddol is ar gyfer anhwylderau niwrolegol (yr ymennydd a'r system nerfol) (3.1% yng Nghymru o gymharu â 4.6% yn Lloegr) ac yn uwch ar gyfer cyflyrau anadlol (6.6% yng Nghymru o gymharu â 4.8% yn Lloegr). Ledled Cymru, roedd y gwariant blyneddol y pen o'r boblogaeth ar raglenni clinigol yn amrywio o £7 ar broblemau gyda'r arenau (yr isaf) i £209 ar broblemau iechyd meddwl (yr uchaf).

2.3 Deall gwariant manwl

Un datblygiad gwerthfawr diweddar fu'r broses 'costio ar lefel y claf' sy'n galluogi i dimau arbenigol ddeall cost gofal ar gyfer claf penodol.²¹

Mae'r enghraifft a nodir isod yn Nhabl 2 yn cyfeirio at glaf y mae ganddo ddiabetes a dderbyniwyd fel achos brys, ac arhosodd yn yr ysbyty am dri diwrnod. Crynodeb ydyw o'r wybodaeth a oedd ar gael; gall y system roi manylion hyd at gost y profion labordy a'r lluniau pelydr-X y gofynnwyd amdanynt, felly daw'n adnodd pwerus ar gyfer deall sut y gall newidiadau bach o ran llwybrau gofal a phrotocolau gael effaith ar gostau cyffredinol adran; a hefyd ar gyfer deall beth sy'n cyfrannu at gostau ar gyfer y nifer fach o gleifion y mae'r gwariant ar eu cyfer yn sylweddol uwch na'r cyfartaledd. Er enghraifft, gall oedi wrth gynnal ymchwiliadau angenrheidiol arwain yn gyflym at gynnydd mewn costau 'gwesty' (h.y. cost lletya rhywun mewn gwely ysbyty aciwt), heb unrhyw fudd clinigol ychwanegol. Gall gwella effeithlonrwydd yn y ffordd y caiff y cleifion hyn eu rheoli wella gofal clinigol a rhyddhau arian i'w wario ar bobl eraill.

Tabl 2. Costau ar lefel y claf ar gyfer claf a arhosodd yn yr ysbyty am dri diwrnod ar ôl cael ei dderbyn fel achos brys ar gyfer diabetes yng Nghaerdydd a'r Fro, 2013.

Eitem gwariant	Cost
Cost y ward asesu brys	£312.30
Cost y ward gyffredinol	£229.88
Cyfleusterau	£174.81
Corfforaethol a rheoli	£147.91
Staff meddygol - heb gynnwys meddygon ymgynghorol	£80.08
Cyfanswm biocem	£46.38
Staff meddygol - meddyg ymgynghorol	£44.16
Staff therapi	£38.20
Cyffuriau	£28.51
Cyfanswm hemotoleg	£22.30
Radioleg	£11.87
Gorbenion labordy	£11.20
Nyrsys arbenigol	£2.39
CYFANSWM	£1,149.99

2.4 Cysylltu gwariant â chanlyniadau

Mae'n bwysig deall 'canlyniadau iechyd', er mwyn asesu p'un a yw'r gwariant ar faes gwasanaeth yn gymesur â'r budd a ddarperir ganddo. Ystyr canlyniadau iechyd yw effaith ymyriad penodol ar iechyd unigolyn a gafodd yr ymyriad hwnnw.

Ar un pegwn, ni fyddai ymyriad nad yw'n gweithio neu, yn waeth byth, sy'n achosi niwed, yn rhywbeth y dylai'r GIG fod yn ei ddarparu neu'n

gwario arian arno. Ar gyfer yr ymyriadau sy'n weddill - sef y mwyafrif helaeth ohonynt - mae'n debygol y bydd tystiolaeth o rywfaint o fudd; fodd bynnag, hyd yn oed o fewn yr ymyriadau hyn, bydd sbectrwm eang o ran effeithiolrwydd, gyda rhai yn darparu budd ymylol na chaiff lawer o effaith o bosibl ar fywyd unigolyn, hyd at ymyriadau a fydd yn 'newid bywyd' unigolion. O ran effeithiolrwydd ymyriad, rhaid asesu ei gost hefyd wrth asesu ei werth. Mae rhai cyfuniadau o ran effeithiolrwydd a chost nad oes angen eu trafod - dylid ariannu a darparu ymyriadau rhad ac effeithiol iawn (costeffeithiolrwydd uchel); ond ni ddylid ariannu na darparu ymyriadau drud lle nad oes llawer o fudd (costeffeithiolrwydd isel). Ystyrir hefyd bod ymyriadau o gost ganolradd a budd canolradd yn werthfawr hefyd, ac felly cânt eu hariannu. Y triniaethau anos i'w hasesu yw'r rheini sy'n rhad ond y mae eu budd yn gyfyngedig; a'r rheini a all fod â budd clinigol sylweddol, ond sy'n hynod ddrud.

Er y gall y broses o ragweld canlyniadau clinigol ymyriad unigol fod yn gymharol hawdd, gan ddefnyddio astudiaethau cadarn a gyhoeddwyd fel rhan o lenyddiaeth wyddonol, mae'n anos deall canlyniadau cyffredinol llwybrau gofal cyfan o gymharu â'u cost.

Un estyniad cymharol ddiweddar i'r broses cyllidebu rhaglenni fu'r gwaith a wnaed yn Lloegr i ddatblygu'r dull gwariant a chanlyniadau (SPOT).²² Mae'r dull hwn yn ceisio ymdrin ag un o ddiffygion y broses cyllidebu rhaglenni - sef nad yw'n cynnwys unrhyw fesur o'r canlyniadau iechyd a gyflawnir drwy'r gwariant a gyflwynir ar gyfer pob categori. Rhydd SPOT gynrychiolaeth o'r gwariant yn erbyn mesurau canlyniad dehol ar gyfer y rhaglen ar ffurf graff, a all amlygu meysydd lle y mae hyn yn sylweddol wahanol i sefydliadau tebyg o fewn y GIG. Er y gallai'r dull hwn fod yn ddefnyddiol, un feiriadaeth ohono yw'r ffaith ei bod yn anodd dewis un neu ddau fesur canlyniad sy'n adlewyrchu gwariant ar draws rhaglen benodol gyfan, gan arwain at sefyllfa lle y caiff casgliadau anghywir eu llunio rhwng achos (gwariant) ac effaith (canlyniadau).

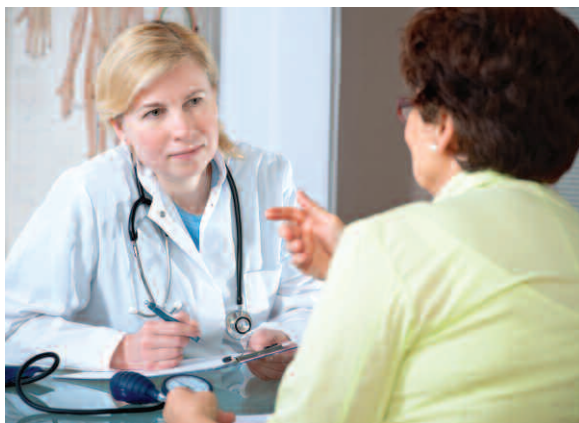
Yng Nghymru, mae techneg wedi'i haddasu wrthi'n cael ei datblygu er mwyn ceisio ymdrin â'r mater hwn, drwy ystyried cyfres ehangach o ddangosyddion canlyniadau ac amlygrwydd ffactorau risg clefydau hefyd. Mae dull SPOT yn amlygu'r angen i fod yn fwy tryloyw ynghylch y canlyniadau y mae ein hadnoddau yn eu 'prynu' - h.y. os byddwn yn buddsoddi mwy o arian mewn un maes clinigol, a welwn well canlyniadau iechyd yn y maes hwnnw? Bydd yn ddiddorol gweld p'un a all dull SPOT Cymru roi atebion cadarn, dibynadwy i'r cwestiwn hwn.

2.5 Deall llwybrau gofal a modelau gofal

Wrth gynllunio gwasanaethau iechyd a gofal iechyd, mae sawl cam posibl lle gellid ymyrryd yn ystod datblygiad a hynt clefyd. Byddai hyn yn dechrau gyda'r cam atal (e.e. sicrhau iechyd da, ac atal y clefyd rhag datblygu yn y lle cyntaf), drwy'r cam gwneud diagnosis, trin, adsefydlu, ac yn achos salwch terfynol neu gynyddol, gofal lliniarol neu ddiwedd oes. Sut mae gwasanaethau yn ystod y gwahanol gamau hyn yn cysylltu â'i gilydd, a sut mae pobl yn cael gafael ar y gwasanaeth, yw'r llwybr gofal.

Gall fod sawl gwahanol ffordd o sefydlu llwybr gofal, gyda phob un yn cynrychioli gwahanol 'fodel' gofal. Er enghraifft, unwaith y bydd claf wedi cael diagnosis o gyflwr penodol, ai ei feddyg teulu neu glinigwr arbenigol a ddylai reoli'r achos, neu a ddylid sefydlu llwybr 'gofal a rennir' gan y ddau weithiwr proffesiynol? Os mai arbenigwr ddylai reoli'r achos, ble y dylai'r arbenigwr hwnnw fod wedi'i leoli - mewn cyfleuster canolog neu mewn ardaloedd lleol? Faint o bwyslais a roddir ar ymyriadau cyn ysbyty neu cyn meddyg teulu, megis atal, o gymharu â thriniaeth?

Mae deall y dystiolaeth o ran effeithiolrwydd clinigol ar gyfer y gwahanol fodelau, pa mor hawdd y gall pobl gael gafael arnynt (yn enwedig y rheini sydd â'r angen mwyaf) a chosteffeithiolrwydd, yn ffactorau allweddol wrth benderfynu pa fodel gofal sy'n briodol ar gyfer y boblogaeth leol. Fel arfer, caiff effeithiolrwydd clinigol ei fesur mewn astudiaethau gwyddonol ffurfiol, gan ystyried canlyniadau gofal clinigol. Yn ddelfrydol, dylai crynodeb ffurfiol o'r dystiolaeth gyhoeddedig (adolygiad systematig) lywio penderfyniad ar y llwybr gorau i'w roi ar waith.



Mae astudiaethau costeffeithiolrwydd yn darparu mesurau y gallwn eu defnyddio i gymharu astudiaethau gwahanol a'u cymhareb cost i ganlyniadau a ragwelir.

Yn olaf, wrth wneud penderfyniad o ran pa llwybr gofal i'w roi ar waith ar gyfer cyflwr penodol, dylid hefyd ystyried defnydd amgen o'r arian. Cyfeirir at y rhain fel 'costau cyfle' a dyma'r cyfleoedd a fyddai'n cael eu colli pe câi arian ychwanegol ei wario ar y llwybr newydd. Er enghraifft, yn achos llwybr gofal lle y bydd angen buddsoddiad ychwanegol o £100,000 y flwyddyn er budd pump claf, gellid defnyddio'r un swm hwn o arian i ddarparu cluniau newydd i 20 o gleifion eraill.

Pwyntiau allweddol:

- Mae anghenion iechyd a lles yn ddisgrifiad gwrthrychol o broblemau iechyd gwahanol grŵp o bobl, y gall cymorth, gwasanaethau neu ymyriadau fod o fudd iddynt. Mae hyn yn cynnwys y rhan fwyaf o achosion o salwch a ffactorau risg ar gyfer salwch, lle mae triniaeth neu wasanaethau atal effeithiol ar gael. Mae anghenion iechyd yn wahanol i'r galw am ofal iechyd, sy'n adlewyrchu'r defnydd gwirioneddol a wneir o wasanaethau iechyd. Yn ogystal ag anghenion poblogaethau, dylid nodi 'asedau' hefyd, sef y cryfderau yn y gymuned leol neu'r gwasanaeth iechyd y gellir adeiladu arnynt er mwyn gwella iechyd a lles lleol.
- Mae trefniadau cyllidebu rhaglenni yn rhannu holl wariant y GIG yn un o 23 o brif gategoriau. Mae olrhain gwariant yn ôl categori bob blwyddyn yn rhoi darlun o ba feysydd iechyd a salwch y caiff arian ei wario arnynt, ond mae'r patrymau gwariant hyn fel arfer yn hanesyddol ac yn annhebygol o adlewyrchu anghenion iechyd a lles cyfredol.
- Mae'n bwysig deall canlyniadau iechyd sy'n deillio o wasanaethau (yr effaith ar iechyd unigolyn sydd wedi cael ymyriad neu driniaeth benodol). O hyn, gallwn asesu p'un a yw'r gwariant ar faes gwasanaeth yn gymesur â'r budd a ddarperir ganddo. Yng Nghymru, caiff dull gwariant a chanlyniadau (SPOT) wedi'i addasu ei ddatblygu er mwyn helpu i gymharu gwariant a chanlyniadau.
- Mae deall pa fathau o ofal sydd o'r budd mwyaf i bobl, pa mor hawdd y gall pobl gael gafael ar y gofal hwnnw a ph'un a yw'r gofal hwnnw yn darparu gwerth da am arian oll yn ffactorau allweddol wrth benderfynu pa fathau o wasanaethau sydd orau ar gyfer y boblogaeth leol.

3. Tueddiadau demograffig ac iechyd pwysig yng Nghaerdydd a'r Fro

Mae deall tueddiadau demograffig ac iechyd yng Nghaerdydd a'r Fro yn bwysig i'n helpu i benderfynu sut y dylem fod yn defnyddio ein hadnoddau iechyd. Mae demograffi yn rhoi gwybodaeth i ni am bobl leol - pethau fel eu hoedran, ble maent yn byw a'u cefndir. Cyflwynir rhywfaint o wybodaeth allweddol yn yr adran hon, gyda mwy o fanylion yn Atodiad 1.

Mae poblogaeth Caerdydd a'r Fro yn tyfu'n gyflym, yn enwedig yng Nghaerdydd.²³ Ar hyn o bryd, mae tua 470,000 o bobl yn byw yng Nghaerdydd a'r Fro. Rhwng cyfrifiadau 2001 a 2011, cynyddodd nifer y bobl sy'n byw yng Nghaerdydd 13%, mwy na dwywaith cyfartaledd Cymru, sef 5.5%. Mae cyfansoddiad y boblogaeth hefyd yn newid, gyda chynnydd mwy byth o ran nifer y bobl 85 oed a throsodd wrth i ddisgwyliad oes gynyddu a nifer y marwolaethau cynamserol leihau. Yng Nghaerdydd a'r Fro, cynyddodd y garfan hon o'r boblogaeth 32% yn ystod y deng mlynedd diwethaf, sydd hefyd yn uwch na chyfartaledd Cymru, sef 28%. Ar hyn o bryd, mae tua 10,000 o bobl 85 oed a throsodd yng Nghaerdydd a'r Fro. Mae nifer y babanod a'r plant ifanc hefyd wedi cynyddu'n sylweddol yng Nghaerdydd, gyda'r grŵp oedran 0-4 oed yn cynyddu 17% o gymharu â chynnydd o 6% ar gyfartaledd ledled Cymru (ni fu unrhyw gynnydd yn y Fro).

Ymhen deng mlynedd, amcangyfrifir y bydd poblogaeth gyffredinol Caerdydd a'r Fro wedi cynyddu i 550,000, sef cynnydd o bron i 20%, dros ddwywaith y cynnydd a ragwelir ar gyfer Cymru gyfan; a rhagwelir y bydd y boblogaeth dros 85 oed yng Nghaerdydd a'r Fro wedi cynyddu i bron i 15,000, sef cynnydd o tua 50%.

Mae disgwyliad oes ym Mro Morgannwg wedi cynyddu o 74 oed i 79 oed i ddynion, ac o 79 oed i 83 oed i ferched yn ystod y ddau ddegawd diwethaf. Yng Nghaerdydd, mae'r disgwyliad oes i ddynion wedi cynyddu o 73 oed i 78 oed ac i ferched mae wedi cynyddu o 79 oed i 82 oed.²⁴ Mae disgwyliad oes iach - sef y cyfnod o fywyd y gellir disgwyl ei fyw ag iechyd da - 10-15 mlynedd yn is na hyn ond wedi bod yn gwella'n raddol hefyd.¹ Fodd bynnag, mae'r ffaith bod disgwyliad oes yn sylweddol is yn ein cymunedau mwy difreintiedig o gymharu â'n cymunedau mwy cefnog yn peri pryder; yn gyffredinol, mae bwlch o tua 12 mlynedd i ddynion a 10 mlynedd i ferched rhwng ein cymunedau lleiaf difreintiedig a'n cymunedau mwyaf difreintiedig yng Nghaerdydd a'r Fro.

Ar gyfer disgwyliad oes iach, mae'r bwlch hwn yn ehangach fyth, sef 23 mlynedd i ddynion a 21 mlynedd i ferched.¹ Yn ogystal â'r pryder bod bwlch o'r fath o ran cyfleoedd bywyd yn bodoli mewn gwlad fodern, ddatblygedig, mae tystiolaeth leol yn awgrymu bod y bwlch hwn yn cynyddu, yn hytrach na lleihau.

Gan ystyried y cyfraddau marwolaeth cyffredinol yn ein poblogaeth leol, mae marwolaethau cynamserol (sef marwolaethau ymhlith pobl o dan 75 oed) o bob achos yn lleihau ymhob rhan o gymdeithas.¹ Fodd bynnag, ymhlith merched, mae'r gyfradd marwolaethau cynamserol yn lleihau'n arafach mewn grwpiau o gymdeithas mwy difreintiedig, gan ehangu'r bwlch anghydraddoldeb yn lleol. Mae marwolaethau o ganlyniad i clefydau cylchrediad y gwaed ac clefydau anadlol yn lleihau, ynghyd â marwolaethau o ganlyniad i ysmegu. Ond, erys amrywiad amlwg o ran nifer y bobl sy'n ysmegu, gyda'r cyfraddau yn amrywio rhwng 18% a 36% o fewn ardal Caerdydd a'r Fro, gyda'r cyfraddau uchaf yn cyfateb i'r ardaloedd mwy difreintiedig.²⁵ Mae marwolaethau o ganlyniad i alcohol - a amlygwyd yn adroddiad y llynedd 26 - wedi parhau'n gymharol sefydlog ar y cyfan gyda chynnydd yn y grwpiau mwyaf difreintiedig bellach yn dechrau lleihau unwaith eto.

Mae pwysau gormodol yn broblem sylweddol yn ein poblogaeth, gyda thros hanner holl oedolion Caerdydd a'r Fro dros bwysau neu'n ordew, a thua un o bob pump yn ordew.²⁷ Hefyd, nid yw'r rhan fwyaf o oedolion yn gwneud digon o ymarfer corff, nac yn bwyta digon o ffrwythau a llysiau fel rhan o'u diet. Mae bod dros bwysau ac yn ordew yn ffactorau risg ar gyfer llawer o gyflyrau, gyda'r pwysicaf o'u plith yn cynnwys clefyd cardiofasgwlaidd a diabetes, a hefyd dementia.^{28, 29}

Pwyntiau allweddol Pennod 3:

- Mae deall tueddiadau demograffig ac iechyd yng Nghaerdydd a'r Fro yn bwysig i'n helpu i benderfynu sut y dylem fod yn defnyddio ein hadnoddau iechyd
- Mae poblogaeth Caerdydd a'r Fro yn tyfu'n gyflym, yn enwedig yng Nghaerdydd. Ar hyn o bryd, mae tua 470,000 o bobl yn byw yng Nghaerdydd a'r Fro. Rhwng cyfrifiadau 2001 a 2011, cynyddodd nifer y bobl sy'n byw yng Nghaerdydd 13%, mwy na dwywaith cyfartaledd Cymru; mae nifer y bobl dros 85 oed wedi cynyddu 32% yn ystod y deng mlynedd diwethaf
- Mae disgwyliad oes wedi cynyddu ledled Caerdydd a'r Fro yn ystod y ddau ddegawd diwethaf, ond mae'n sylweddol is yn ein cymunedau mwy difreintiedig; yn gyffredinol, mae bwlch o tua 12 mlynedd i ddynion a 10 mlynedd i ferched rhwng ein cymunedau lleiaf difreintiedig a'n cymunedau mwyaf difreintiedig. O ran disgwyliad oes iach, mae'r bwlch hwn yn ehangach fyth, sef 23 mlynedd i ddynion a 21 mlynedd i ferched
- Mae dros hanner yr holl oedolion yng Nghaerdydd a'r Fro dros bwysau neu'n ordew, ac mae tua un o bob pump yn ordew. Prin yw'r bobl sy'n gwneud ymarfer corff, neu'n bwyta digon o ffrwythau a llysiau, yn unol â'r lefelau a argymhellir er mwyn cadw'n iach

4. Diabetes yng Nghaerdydd a'r Fro

4.1 Diabetes

Rydym wedi dewis edrych ar ddiabetes gan ei fod yn glefyd cyffredin sy'n effeithio ar oedolion a phlant a'i fod yn cynyddu yn ein cymunedau. Mae'n gyflwr lle y gallwn gymryd camau i geisio ei atal rhag digwydd mewn rhai pobl, yn gyflwr y gallwn ei ganfod yn gynnar ac yn gyflwr lle y gall pobl barhau i fyw bywydau llawn ac iach, os caiff ei drin yn llwyddiannus o'r dechrau. Fodd bynnag, os caiff diabetes ei ganfod yn hwyr neu os na chaiff ei reoli'n llwyddiannus, gall pobl wynebu llawer o broblemau ac oes o anabledd.

Nid oes gennym ddealltwriaeth lawn o'r ffactorau sy'n achosi diabetes, er bod rhai ffactorau risg ar gyfer datblygu'r clefyd, ac sy'n cynyddu'r gyfradd cymhlethdodau, yn amlwg.

Mae diabetes yn gyflwr naill ai lle nad yw'r corff yn cynhyrchu digon o inswlin, neu lle mae'r corff yn methu ag ymateb yn ddigonol iddo. Mae inswlin yn hormon sy'n hanfodol er mwyn i'r corff brosesu siwgr yn y diet. Mae dau brif fath o ddiabetes, sef math 1 a math 2. Math 1 yw pan na fo'r corff yn cynhyrchu digon o inswlin, a daw i'r amlwg fel arfer yn ystod plentyndod hwyr neu fel oedolyn ifanc. Rhaid ei drin bob tro gan ddefnyddio inswlin. Mae a wnelo Math 2 ag ymateb amhriodol i inswlin, a daw i'r amlwg yn gyffredinol mewn oedolion canol oed ac oedolion hŷn, ac ni fydd angen ei drin o reidrwydd gan ddefnyddio inswlin, yn enwedig yn ystod ei gamau cynnar.

Blwch 1. Mathau o ddiabetes

- Math 1 yw pan na fo'r corff yn cynhyrchu digon o inswlin, a daw i'r amlwg fel arfer yn ystod plentyndod hwyr neu fel oedolyn ifanc. Rhaid ei drin bob tro gan ddefnyddio inswlin
- Mae a wnelo math 2 ag ymateb amhriodol i inswlin, a daw i'r amlwg yn gyffredinol mewn oedolion canol oed ac oedolion hŷn, ac ni fydd angen ei drin o reidrwydd gan ddefnyddio inswlin, yn enwedig yn ystod ei gamau cynnar

Gall diabetes effeithio ar bob rhan o'r corff, gyda chymhlethdodau yn cynnwys problemau gyda'r llygaid, yr arennau, y cyflenwad gwaed a'r system nerfol. Gall y cymhlethdodau hyn achosi anabledd difrifol, gan effeithio'n sylweddol ar ansawdd bywyd ac annibyniaeth pobl; a gall hefyd olygu y bydd angen adnoddau iechyd sylweddol i'w reoli. Bydd datblygiad cymhlethdodau yn arafach os caiff y clefyd - yn enwedig lefel y siwgr yn y gwaed - ei reoli'n dda. Mae pobl y mae ganddynt ddiabetes yn fwy tebygol o wynebu cymhlethdodau o ganlyniad i lawdriniaeth, gan gynnwys marwolaeth

yn ystod llawdriniaeth neu ar ôl llawdriniaeth; po fwyaf y caiff lefel y siwgr yn y gwaed ei rheoli, y lleiaf tebygol y bydd cymhlethdodau. Oherwydd bod diabetes yn effeithio ar allu unigolion i wella'n gyflym o lawer o achosion eraill o salwch, mae'r cyfnodau y caiff pobl eu derbyn i'r ysbyty am unrhyw reswm yn debygol o fod yn hirach na'r cyfnodau ar gyfer pobl heb ddiabetes. Felly mae'n bwysig canfod a rheoli'r clefyd yn gynnar, yn ogystal â sicrhau bod clefion yn deall eu cyflwr a phwysigrwydd rheoli lefel y siwgr yn y gwaed yn dda a sut i gynnal y lefel honno.

Bydd angen trin y rhan fwyaf o oedolion y mae ganddynt ddiabetes â chyffuriau er mwyn rheoli eu cyflwr, er y gall fod yn bosibl ei reoli drwy ddiet yn ystod y camau cynnar. Er mwyn reoli diabetes, mae angen sicrhau ffordd o fyw iach hefyd, oherwydd gall bod dros bwysau neu fod yn ordew waethygu effeithiau diabetes, ac mewn rai achosion, gall achosi diabetes math 2.^{28,30} Diabetes math 1 sydd gan y mwyafrif helaeth (dros 95%) o blant y mae ganddynt ddiabetes, sy'n golygu bod angen defnyddio inswlin i'w trin.

Yn y rhan fwyaf o achosion, credir bod gan ddiabetes math 1 elfen enetig gref, sy'n lleihau'r tebygolrwydd y gallwn ei atal neu arafu ei ddatblygiad. Fodd bynnag, ar gyfer diabetes math 2, gwyddom y gellir atal llawer o achosion ac y gall bod dros bwysau a chael pwysedd gwaed uchel gynyddu'r risg o ddatblygu diabetes math 2.²⁸ Yn ogystal, gall ysmegu tybaco ac yfed gormod o alcohol gynyddu'r risg y bydd cymhlethdodau yn gysylltiedig â'r diabetes. Mae problemau iechyd meddwl difrifol hefyd yn ffactor risg ar gyfer diabetes math 2.²⁸ Felly mae'n bwysig iawn mynd i'r afael â ffactorau 'ffordd o fyw' y gellir eu haddasu megis diet gwael, diffyg ymarfer corff, ysmegu ac yfed gormod o alcohol gyda'r cyhoedd er mwyn atal diabetes math 2 rhag dod yn faich mawr a chynyddol yn y dyfodol.

Nid yw'n eglur eto p'un a yw'n bosibl 'gwella' rhywun o ddiabetes math 2 drwy reoli ei ddiet a'i ffordd o fyw yn y ffordd orau bosibl. Fodd bynnag, mae'n gynyddol amlwg ei bod yn bosibl i rai pobl wella'n llwyr. Ar gyfer unigolion â gordewdra difrifol sy'n bygwth eu bywyd, dangoswyd hefyd bod llawdriniaeth fariatrig yn gwrthdroi llawer o arwyddion a symptomau diabetes.³⁰ Fodd bynnag, afraid dweud y dylai'r gwasanaeth iechyd fod yn anelu at atal pobl rhag magu pwysau o'r fath yn y lle cyntaf.

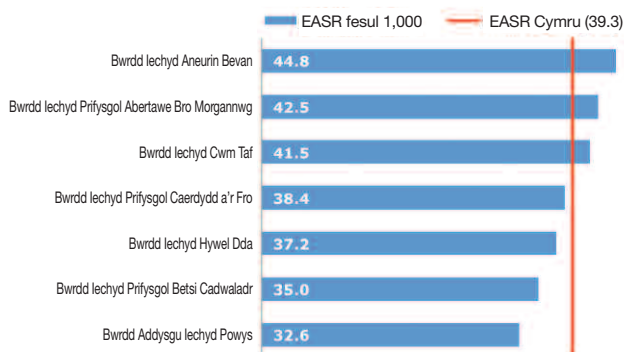
Ar gyfer tua un o bob pedwar plentyn y mae ganddynt ddiabetes, cânt ddiagnosis gyntaf pan fyddant yn dioddef un o gymhlethdodau difrifol diabetes, sef cetoasidosis diabetig (DKA), cyflwr lle nad yw'r corff yn gallu prosesu siwgr yn ddigonol oherwydd diffyg inswlin. Mae diagnosis cynharach a threfniadau addas ar gyfer rheoli diabetes yn helpu i sefydlogi lefelau siwgr yn y gwaed drwy adfer inswlin, ac yn lleihau'r risg y bydd y plentyn yn datblygu DKA.

4.2 Diabetes yng Nghaerdydd a'r Fro - nawr ac yn y dyfodol

Mae tua 21,000 o oedolion yng Nghaerdydd a'r Fro ar gofrestr eu meddyg teulu am eu bod wedi cael diagnosis o ddiabetes (math 1 neu fath 2),³¹ sef mwy nag un o bob 20 oedolyn yn yr ardal. Mae hyn yn cyfateb i gyfradd o 42.7 fesul 1000 o drigolion, o gymharu â chyfradd Cymru, sef 39.3. Fodd bynnag, oherwydd bod gan Gaerdydd yn arbennig boblogaeth gymharol ifanc, os caiff y ffigurau hyn eu haddasu i ystyried y strwythur oedran, yna'r gyfradd 'safonol' yw 38.4 fesul 1000, o gymharu â chyfradd safonol Cymru, sef 39.3 fesul 1000.

Ffigur 1. Pobl y mae ganddynt ddiabetes sydd ar gofrestrau meddygon teulu yng Nghymru

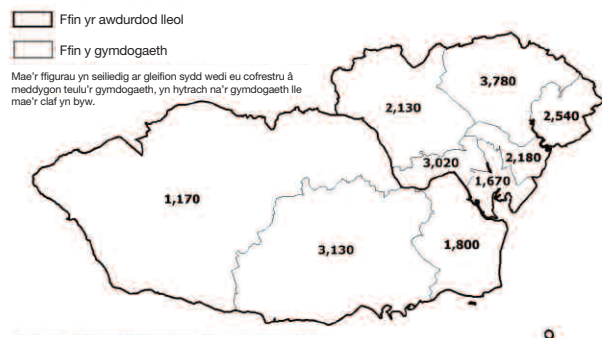
Cleifion diabetes ar gofrestrau meddygon teulu: Cyfraddau yn ôl oed safonidig Ewropeaidd (EASR) fesul 1,000 o gleifion, byrddau lechyd Cymru, 2012
Cynhyrchwyd gan Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru, gan ddefnyddio Audit+ Gwasanaeth Gwybodeg GIG Cymru (NWIS)



Nodir nifer y bobl sydd wedi cael diagnosis o ddiabetesni ledled Caerdydd a'r Fro, ac a gofnodwyd ar gofrestr practis eu meddyg teulu, yn Ffigur 2.

Ffigur 2. Pobl y mae ganddynt ddiabetes sydd ar gofrestrau meddygon teulu yng Nghaerdydd a'r Fro

Nifer y bobl ar gofrestrau diabetes meddygon teulu ar hyn o bryd, 2012
Ardaloedd rheoli cymdogaethau yng Nghaerdydd a Bro Morgannwg



Cynhyrchwyd gan Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru, gan ddefnyddio Audit+ (NWIS)
h. Hawlfraint a hawl cronfa ddata'r Goron 2013. Arolwg Ordans 100044810

Credir bod niferd y bobl y gwnaed diagnosis o ddiabetes ar eu cyfer ac sy'n ymddangos ar gofrestrau meddygon teulu, sef 21,000, yn is na'r nifer sy'n dioddef o'r clefyd mewn gwirionedd, yn arbennig ar gyfer diabetes math 2. Mewn arolwg mawr rheolaidd o bobl sy'n byw yng Nghymru, nododd 6% o'r oedolion sy'n byw yng Nghaerdydd a'r Fro eu bod yn cael triniaeth ar gyfer diabetes. Ledled Cymru, bu'r ffigur hwn yn cynyddu'n araf yn ystod y deng mlynedd diwethaf, o 5% yn 2003/4 i 7% yn 2012.²⁷ Amcangyfrifwyd mewn gwirionedd bod gan 29,000 o oedolion yng Nghaerdydd a'r Fro ddiabetes, sef tua 8% o'r boblogaeth.³² Mae hyn yn awgrymu bod tua 8,000 o oedolion, neu dros chwarter yr achosion a ragwelir, heb gael diagnosis. Mae'r angen hwn nas diwallwyd yn cynnwys pobl nad ydynt wedi cael diagnosis ar hyn o bryd y byddai ymyriad cynnar o bosibl o fudd iddynt er mwyn arafu hynt y clefyd a'i gymhlethdodau cysylltiedig.

Mae nifer yr achosion o ddiabetes a gofnodir yn amrywio'n sylweddol o fewn ardaloedd o Gaerdydd lle ceir poblogaeth o bobl dduon a lleiafrifoedd ethnig uwch. Gan fod diabetes yn fwy cyffredin ymhlith grwpiau De Asiaidd a grwpiau ethnig du, byddai disgwyl gweld mwy o achosion yn cael eu cofnodi yn yr ardaloedd hyn. Fodd bynnag, yn ardal Dinas Caerdydd a'r De, mae nifer yr achosion a gofnodir yn amrywio rhwng practisau meddygon teulu o 2.7% i 7.1%, gan awgrymu nad yw pob achos yn cael diagnosis mewn rhai ardaloedd.³³

Mae gan tua 250 o blant a phobl ifanc o dan 17 oed ddiabetes yng Nghaerdydd a'r Fro, allan o tua 92,000 o bobl yn y grŵp oedran hwn.^{23, 34} Er mai dim ond chwarter o un y cant o'r bobl ifanc yng Nghaerdydd a'r Fro yw'r nifer hon, gall diabetes yn y grŵp oedran hwn fod yn ddifrifol. Yng Nghymru, nid yw'r broses o reoli lefelau siwgr yn y gwaed ymhlith pobl ifanc cystal â'r broses yn Lloegr.³⁵

Mae'r gyfradd diabetes math 1 ymhlith oedolion yn gymharol sefydlog, ond mae nifer yr achosion o ddiabetes math 2 wedi bod yn cynyddu'n sylweddol yn ystod y blynyddoedd diwethaf, ac o ystyried bod cyfraddau dros bwysau a gordewdra ymhlith oedolion yn cynyddu, mae'r duedd hon yn debygol o barhau.³⁶ Yn ogystal, wrth i'r boblogaeth heneiddio, mae hyn yn debygol o gynyddu nifer y cymhlethdodau a welir ymhlith pobl y mae ganddynt ddiabetes.

Ar hyn o bryd, rhagwelir y bydd y boblogaeth oedolion y mae ganddi ddiabetes yng Nghaerdydd a'r Fro yn cynyddu o tua 29,000 i tua 40,000 erbyn 2025, sef cynnydd o bron i 40%.³²

Bu cynnydd bach yng nghyfradd yr achosion newydd o ddiabetes math 1 ymhlith plant, er nad yw'r rheswm dros hyn yn eglur. Mae cyfradd diabetes math 2 ymhlith plant a phobl ifanc yng Nghymru wedi parhau islaw 2% (llai nag 1 o bob 50 o achosion o ddiabetes ymhlith plant) dros y sail mlynedd diwethaf ac nid oes unrhyw gynnydd amlwg.³⁵

4.3 Y model gofal a'r trefniadau dyrannu adnoddau presennol ar gyfer diabetes

4.3.1 Model gofal

Ar gyfer oedolion y mae ganddynt ddiabetes, y meddyg teulu sy'n gyfrifol am oruchwyllo'r trefniadau ar gyfer rheoli eu cyflwr, gyda phob claf yn cael cynnig archwiliad blynyddol gan ei feddyg teulu. Yn ogystal, yng Nghaerdydd a'r Fro, caiff tua 3,000-4,000 o oedolion y mae ganddynt ddiabetes eu gweld bob blwyddyn fel cleifion allanol yn yr ysbyty, sef tua un rhan o bump o'r bobl y gwyddys bod ganddynt ddiabetes yn yr ardal.¹³

Ledled Cymru, mae cyfran y cleifion yn yr ysbyty y mae ganddynt ddiabetes yn amrywio o un o bob 10 claf i un o bob 5 claf, gan ddibynnu ar leoliad yr ysbyty.³⁷ Diabetes math 2 sydd gan fwyafrif helaeth y cleifion mewnol hyn y mae ganddynt ddiabetes (dros 90%).³⁷ Gyda chyflwr mor gyffredin, yn y rhan fwyaf o achosion bydd y timau meddygol cyffredinol yn goruchwyllo eu gofal diabetig, a dim ond yn achos lleiafrif o gleifion y bydd angen mewnbwn arbenigol ar gyfer diabetes yn ystod eu cyfnod yn yr ysbyty.

Ar gyfer plant a phobl ifanc o dan 17 oed y mae ganddynt ddiabetes, bydd pob un ohonynt yn cael gofal arbenigol (eilaidd). Bydd tîm amlddisgyblaeth yr ysbyty yn cydgysylltu gofal diabetes yr unigolyn, gyda'r meddyg teulu yn goruchwyllo iechyd y plentyn mewn ffordd gyfannol ac yn rhagnodi unrhyw feddyginiaeth, yn aml mewn partneriaeth â gofal arbenigol. Bydd pobl ifanc y mae ganddynt ddiabetes yn symud o ofal meddygol pediatreg i ofal meddygol i oedolion yn 17 oed. Mae hyn yn bwysig gan fod hyn yn golygu bod newid sylweddol yn y llwybr gofal i bobl y mae ganddynt ddiabetes pan fyddant yn cyrraedd yr oedran hwn, ac ni fydd yr unigolion hyn o dan ofal cyffredin arbenigwyr yr ysbyty mwyach.

Nid yw'r risg y bydd plant a phobl ifanc yn cael DKA wedi newid yn ystod y deng mlynedd diwethaf. Bydd rhai o'r bobl ifanc hyn wedi dod i gysylltiad â gweithwyr gofal iechyd proffesiynol yn ystod yr wythnosau cyn cyflwyno fel achos brys, gan awgrymu y gellid bod wedi colli cyfleoedd i wella'r broses o wneud diagnosis o ddiabetes a'i reoli.

Ar hyn o bryd, y gyfradd llawdriniaeth fariatrig yng Nghaerdydd a'r Fro yw'r isaf ond un yng Nghymru, gyda'r meini prawf cenedlaethol ar

gyfer llawdriniaeth yn llawer caethach na chanllawiau NICE.³⁰ Cofnodwyd yn anecdotaid fod pennu trothwy uchel ar gyfer llawdriniaeth wedi arwain yn anfwriadol at annog pobl sydd ychydig islaw'r trothwy o ran y mynegai crynswth corfforol (BMI) i fagu pwysau er mwyn bod yn gymwys i gael y llawdriniaeth.

4.3.1 Dyrannu adnoddau

Gan ddefnyddio data cyllidebau rhaglenni, gwyddom fod GIG Cymru wedi gwario £87m yn 2011/12 ar ddiabetes ymhlith oedolion, sef tua 1.6% o gyfanswm y gwariant, a £28 y pen o gyfanswm y boblogaeth bob blwyddyn.¹⁰ Yng Nghaerdydd a'r Fro, y ffigurau cyfatebol oedd £11.2m, sy'n cynrychioli 1.5% o gyfanswm y gwariant, neu £24 y pen o gyfanswm y boblogaeth bob blwyddyn. Mae hyn yn cyfateb i tua £390 y flwyddyn fesul oedolyn y mae ganddo ddiabetes (hysbys a heb ddiagnosis) yng Nghaerdydd a'r Fro.

Mae gwariant ar ddiabetes pediatrig yn anodd i'w gyfrifo. Ar hyn o bryd, fe'i cynhwysir o fewn cyllidebau pediatrig cyffredinol, na chânt eu dadansoddi ar lefel cyflyrau penodol. Fodd bynnag, dylai fod yn bosibl amcangyfrif cost episodau gofal penodol (er enghraifft, gan ddefnyddio costau ar lefel y claf).

Cost y cyffuriau a ddosbarthwyd ym maes gofal sylfaenol i blant ac oedolion y mae ganddynt ddiabetes yng Nghaerdydd a'r Fro ar gyfer y cyfnod o fis Ionawr i fis Mawrth 2013 oedd tua £1.8m, neu £7.3m y flwyddyn, cost sy'n cynyddu ar gyfradd o tua 5% y flwyddyn ar hyn o bryd.³⁸ Mae'r costau hyn ychydig yn is na chyfartaledd Cymru.

Bu'r arian ar gyfer llawdriniaeth fariatrig ledled Cymru yn gyfyngedig tan yn ddiweddar, gyda chyfyngiadau ar yr unigolion hynny sy'n gymwys i gael llawdriniaeth; mae'r amodau yn cynnwys bod y claf ar y therapi mwyaf posibl ar gyfer diabetes, a'i fod yn dioddef o ordewdra afiachus difrifol (gyda mynegai crynswth corfforol o dros 50).³⁰

Mae'r prif gostau oherwydd diabetes yn deillio o gymhlethdodau: mae arhosiad yn yr ysbyty fel claf mewnol yn costio £215 ar gyfartaledd, mae llawdriniaeth gyntaf i dorri coes neu fraich i fwrdd yn costio £6,500 ac mae dialysis yr arennau am flwyddyn yn costio £22,000.³⁹

4.4 A allem wneud hyn yn well?

4.4.1 Cyfleoedd i atal a lleihau cymhlethdodau

Dros ugain mlynedd yn ôl, yn 1989, lluniwyd Datganiad St Vincent gan wledydd Ewropeaidd.⁴⁰ Nododd y datganiad nifer o nodau mewn perthynas ag atal a rheoli diabetes. Roedd dwy nod benodol yn ymwneud â'r angen i gynyddu'r pwyslais ar atal a hunanreoli (h.y. rheolaeth gan y claf lle y bo'n bosibl), a lleihau dallineb o ganlyniad i ddiabetes draean. Fodd bynnag, yn 2012, nid yw fawr ddim wedi newid mewn perthynas â'r ddau beth hyn, er gwaethaf ymrwymiad ac ymdrech gan y proffesiwn gofal iechyd.

Gall newidiadau synhwyrol o ran ffordd o fyw, megis bwyta diet iach a chytbwys a gwneud ymarfer corff yn rheolaidd, helpu i leihau'r risg o ddatblygu diabetes math 2.²⁰ Yn ardal Caerdydd a'r Fro, mae faint o bobl sy'n bwyta'n iach (yn seiliedig ar fwyta o leiaf bum dogn o ffrwythau a llysiau bob dydd) ac sy'n gwneud digon o ymarfer corff (yn seiliedig ar bobl sy'n bodloni'r canllawiau ar gyfer yr isafswm ymarfer corff) yn amrywio gan ddibynnu ar ble mae pobl yn byw.²⁷

Gwyddom fod gordewdra a bod dros bwysau yn broblemau mawr i blant yng Nghaerdydd a'r Fro. Mae chwarter y plant 4-5 oed yn ein hardal dros bwysau neu'n ordew.⁴¹ Mae angen i ni fynd i'r afael â'r broblem hon nawr er mwyn lleihau'r risg y bydd y plant hyn yn datblygu diabetes, a chymhlethdodau eraill sy'n gysylltiedig â phwysau gormodol, fel oedolion. Mae plant yn fwy tebygol o fod â phwysau iach mewn ardaloedd mwy cefnog, gyda'r cyfraddau ledled Cymru yn amrywio o 24% dros bwysau neu'n ordew yn yr un rhan o bump lleiaf difreintiedig o'r boblogaeth, o gymharu â 31% yn yr un rhan o bump mwyaf difreintiedig. Felly gall mynd i'r afael â gordewdra ymhob rhan o'r graddiant cymdeithasol gael fwy o effaith ar y rheini yng ngrwpiau mwyaf difreintiedig cymdeithas, gan leihau anghydraddoldebau iechyd. Gelwir y math hwn o atal - sef ceisio atal clefyd rhag datblygu yn y lle cyntaf - yn atal sylfaenol. Gall ymdrechion atal hefyd ganolbwyntio ar geisio lleihau datblygiad y clefyd unwaith y bydd eisoes wedi ei sefydlu; gelwir hyn yn atal eilaidd.

Ac eithrio'r mesurau a nodir yn y contract meddygon teulu, sef mesurau atal eilaidd yn

y contract meddygon teulu, sef mesurau atal eilaidd yn bennaf, nid yw graddau na chynnwys y gwaith atal sylfaenol a wneir ym maes gofal sylfaenol ar gyfer diabetes yn glir. Byddai dealltwriaeth well a threfniadau i gydgyssylltu'r gwaith sy'n mynd rhagddo eisoes o bosibl yn nodi bylchau ac achosion o ddyblygu o ran ymdrechion atal. Er enghraifft, gyda phoblogaeth o bobl dduon a lleiafrifoedd ethnig uwch yng Nghaerdydd nag unrhyw le arall yng Nghymru, gan gynnwys cymunedau Somali a De Asiaidd, mae'n bwysig bod cyngor a chymorth ar gael mewn fformatau diwylliannol priodol - ni fydd yr hyn sy'n briodol i un gymuned o reidrwydd yn addas i un arall. Gwyddom hefyd fod nifer y bobl sy'n cael gofal eilaidd ar gyfer diabetes oedolion yn is ymhlith cymunedau mwy difreintiedig⁴² - ond nid yw'n glir p'un a yw hyn o ganlyniad i rwystrau canfyddedig neu wirioneddol o ran cael gafael ar ofal, neu ddiffyg galw am ofal ymhlith y cymunedau hyn (hyd yn oed os yw'r angen yn bodoli). Os mai'r cyntaf ydyw, yna byddai trefniadau gwell ar gyfer targedu gofal ar sail ddaearyddol o gymorth. Byddai helpu meddygon teulu i nodi'n gyson y cleifion hynny sy'n wynebu'r risg fwyaf a fyddai'n elwa fwyaf ar y cyfraniad arbenigol ar gyfer diabetes math 2, yn gwella effeithlonrwydd gofal - byddai arbenigwyr yn gweld y cleifion sydd angen eu gwybodaeth fwyaf, a gallai gwasanaethau gofal sylfaenol ymdrin yn fwy hyderus â chleifion risg is.

Er yr eir i gostau yn gynt efallai wrth wneud diagnosis cynnar a dechrau rheoli'r cyflwr, dros amser mae'n debygol y bydd yn strategaeth ratach ac yn ddefnydd gwell o adnoddau na thrin diabetes pan fydd cymhlethdodau y gellid bod wedi'u hosgoi wedi cael cyfle i ddatblygu.¹⁶⁻¹⁸

Mae cymhlethdodau o ganlyniad i broblemau gyda'r cyflenwad gwaed yn gyffredin mewn pobl y mae ganddynt ddiabetes, felly mae gofal traed yn bwysig. Mewn archwiliad cenedlaethol diweddar, dim ond un o bob pum claf yn yr ystyby yng Nghymru y mae ganddynt ddiabetes a gafodd archwiliad traed yn ystod eu harhosiad, yn ôl y ddogfennaeth.³⁷ Ceir cysylltiadau da yn lleol rhwng y tîm diabetes a phodiateg, a chyda llawfeddygon fasgwlaidd. O ran llawdriniaeth gyffredinol, mae'n hysbys y gall trefniadau da i reoli diabetes leihau'r risg o gymhlethdodau.



4.4.2 Rhaglenni addysg strwythuredig i gleifion

Mae NICE wedi bod yn argymhell rhaglenni addysg strwythuredig i oedolion a phlant y mae ganddynt ddiabetes ers 2003 er mwyn grymuso cleifion a gwella eu dealltwriaeth a'u cyfranogiad yn y broses o reoli eu cyflwr.⁴³ Gall y dull gweithredu hwn hefyd leihau nifer y rhyngweithiadau rheolaidd a brys â'r GIG os bydd cleifion mewn sefyllfa well i ofalu am eu cyflwr a dod o hyd i atebion. Lle bo angen ymgynghoriad, mae gwell trefniadau ar gyfer ymgysylltu â'r claf yn debygol o leihau nifer y cleifion nad ydynt yn mynd i'w hapwyntiadau cleifion allanol. Ymhlith plant y mae ganddynt ddiabetes, mae derbyniadau brys yn uwch a'r canlyniadau yn waeth ymhlith y rheini sy'n methu'n rheolaidd â mynd i'w hapwyntiadau.⁴⁴

Ledled Cymru, amcangyfrifir mai dim ond un o bob 40 (llai na 3%) o bobl y mae ganddynt ddiabetes sy'n cael addysg strwythuredig ar hyn o bryd.³⁹ Yn ardal Caerdydd a'r Fro, mae'r addysg strwythuredig a ddarperir wedi'i chyfyngu i ddiabetes math 2, o ganlyniad i'r adnoddau sydd ar gael. Cynigir taliad ychwanegol ledled Cymru eleni fel rhan o'r contract meddygon teulu am atgyfeirio pobl o fewn naw mis o wneud diagnosis newydd o ddiabetes math 2 at addysg strwythuredig, gan gynnwys darparu gwybodaeth ysgrifenedig.⁴⁶ Mae'r contract hefyd yn cynnwys darparu ar gyfer adolygiad blynyddol o ddeiet y claf gan weithiwr proffesiynol hyfforddedig; mae hwn yn gam ardderchog ymlaen ond bydd angen ei ategu gan gynnydd o ran yr adnoddau sydd ar gael i wasanaethau i gynnal yr adolygiadau hyn, drwy aildyrannu adnoddau o fewn y Bwrdd Iechyd.

Ar hyn o bryd, nid oes unrhyw addysg strwythuredig ar gael yng Nghaerdydd a'r Fro i bobl y mae ganddynt ddiabetes math 1. Mae rhaglen addysg strwythuredig ar waith yng Nghaerdydd a'r Fro i oedolion y mae ganddynt ddiabetes math 2, sef 'X-PERT'. Mae'r rhaglen hon yn cynnwys sesiwn dwy awr a hanner o hyd bob wythnos am chwe wythnos, llawlyfr ategol i gleifion sy'n cymryd rhan yn y cwrs, a sesiwn ddilynol bob blwyddyn. Diben y cwrs yw ystyried sut mae'r corff yn gweithio, a rôl addasu ffordd o fyw er mwyn rheoli diabetes. Ar hyn o bryd, cynhelir y cwrs yng Nghaerdydd a'r Fro, fe'i cyflwynir gan y Gwasanaeth Deietegol Cymunedol gyda chymorth y Gwasanaeth Nyrsio Diabetes Arbenigol, ac fe'i cynigir am ddim.

Mae X-PERT wedi dangos gwelliannau sylweddol o ran rheoli siwgr yn y gwaed yn gyffredinol (wedi'i fesur yn ôl HbA1c), cyfanswm y colesterol, pwysau'r corff, a mynegai crynswth corfforol.⁴⁷

Blwch 2. Rhaglen addysg strwythuredig X-PERT ar gyfer diabetes

- Mae'n cynnwys sesiwn dwy awr a hanner o hyd bob wythnos am chwe wythnos, a sesiwn ddilynol bob blwyddyn.
- Diben y cwrs yw ystyried sut mae'r corff yn gweithio, a rôl addasu ffordd o fyw wrth reoli diabetes
- Cafwyd bod y rhaglen yn gosteffeithiol iawn ac y gall leihau'r angen am feddyginiaeth

Canfu un astudiaeth a gyhoeddwyd mewn perthynas â chwrs X-PERT, na fyddai angen meddyginiaeth ychwanegol ar un o bob pedwar person ar y cwrs i reoli ei ddiabetes, o gymharu â phobl nad aethant ar y cwrs,⁴⁷ a chafwyd bod y rhaglen yn gosteffeithiol iawn, yn arbennig o'i chyfuno â chwnsela mewn perthynas ag ymarfer corff.⁴⁸ Ar gyfer pob saith person a aeth ar gwrs X-PERT, gallai un leihau'r feddyginiaeth yr oedd ei hangen arno i reoli ei ddiabetes. Mae hyn yn awgrymu y gall y math hwn o gwrs, drwy addysgu a hysbysu cleifion am eu cyflwr, wella rheolaeth glinigol dros eu clefyd. Mae gwell rheolaeth yn arwain at lai o gymhlethdodau o ddiabetes, gan wella eu profiad o'r clefyd yn y pen draw, a lleihau'r angen iddynt gael gofaliad iechyd costus a chymhleth. Ategir y math hwn o gwrs dwys gan sesiynau ymwybyddiaeth o ddiabetes unigol, i'r rheini na allant ymrwymo i'r rhaglen chwe wythnos iawn, megis pobl sy'n gweithio. Mae adnodd ar-lein hefyd wrthi'n cael ei ddatblygu gan y rhaglen X-PERT genedlaethol. Mae sesiwn ymwybyddiaeth o ddiabetes hefyd wrthi'n cael ei threialu sy'n canolbwyntio'n benodol ar addysg wedi'i thargedu at bobl y mae ganddynt ddiabetes o gymunedau pobl dduon a lleiafrifoedd ethnig, a ddarperir yn yr iaith fwyaf priodol.

"Dylid cynnig X-PERT fel mater o drefn i bawb sy'n cael diagnosis o ddiabetes. Mae'r wybodaeth yn amhrisiadwy ac mae eisoes wedi newid fy mywyd a'r ffordd rwy'n rheoli fy niabetes."

Claf y mae ganddo ddiabetes, 2012, Caerdydd a'r Fro

Dylid ystyried gweithgareddau pellach i godi ymwybyddiaeth ac atgyfeiriadau i gyrsiau hunanreoli a rhwydweithiau ar gyfer cyflyrau cronig, fel Rhaglenni Addysg i Gleifion (EPP) Cymru hefyd, gan fod y rhain yn grymuso cleifion, eu teuluoedd a'u gofalcwyr i chwarae rhan fwy weithgar yn y broses o reoli eu cyflwr.

4.4.3 Addysg gweithwyr gofal iechyd proffesiynol

Mewn ysbytai, er bod tîm diabetes a nyrsys diabetes arbenigol ar gael i helpu staff a chleifion y mae ganddynt ddiabetes mewn adrannau eraill, mae'r adnoddau hyn yn gyfyngedig ac ni allant gwmpasu pob maes clinigol. Dim ond ychydig dros un o bob deg claf y mae ganddynt ddiabetes a dderbyniwyd i'r ysbyty (am unrhyw reswm) yng Nghymru yn 2012 a oedd o dan brif ofal y tîm diabetes ac endocrinoleg, gyda'r lleill o dan ofal arbenigeddau eraill.³⁷ O ystyried bod gan un o bob pum claf meddygol ddiabetes,³⁷ a bod diabetes yn dod yn fwy cyffredin byth, mae'n hanfodol bod clinigwyr ymhob lleoliad gofal (ym maes gofal sylfaenol, cymunedol, eilaidd a thrydyddol) yn gyfforddus ac yn gymwys i reoli diabetes, fel mai dim ond is-set o gleifion y mae ganddynt ddiabetes y bydd angen mewnbwn arbenigol arnynt. Amlygodd ymchwiliad annibynnol Francis i Ymddiriedolaeth Sefydledig y GIG Canol Swydd Stafford yr angen sylfaenol i sicrhau bod staff wedi'u hyfforddi'n ddigonol i reoli pobl o dan eu gofal.⁴⁵

Mae gwybodaeth fanwl, gyfredol am reoli diabetes ymhlith meddygon teulu yn amrywio gan ddibynnu ar ddiddordeb proffesiynol, gydag amrywiad cyfatebol yn y trothwy ar gyfer atgyfeirio claf at ofal eilaidd. Mae dealltwriaeth o sut a phryd y dylid atgyfeirio cleifion at gyrsiau sy'n helpu cleifion i ymdrin â ffactorau risg megis bod dros bwysau, hefyd yn amrywio rhwng practisau. Ar hyn o bryd, mae meddygfeydd yn cael incwm ychwanegol am gadw cofrestr o'u cleifion sy'n oedolion â diabetes, ac am gyflawni archwiliadau blynyddol o rai ffactorau allweddol sy'n bwysig o ran rheoli diabetes (megis pwysedd gwaed a synhwriad).⁴⁶ Nid yw hyn yn berthnasol i blant a phobl ifanc o dan 17 oed y mae ganddynt ddiabetes. Mae ansawdd y gofrestr a'r archwiliadau blynyddol ar gyfer oedolion yn amrywiol, a dim ond canllawiau a chymhellion cyfyngedig sydd ar gael yn y contract meddygon teulu o ran yr hyn y dylid ei gynnwys. Mae hyn yn gwella pan fydd staff meddygfeydd wedi cael hyfforddiant ar reoli diabetes.

Canfu archwiliad cenedlaethol o ddiabetes ymhlith plant mai dim ond yn achos llai na 6% o blant (tua 1 o bob 20) y cynhaliwyd yr holl brosesau gofal perthnasol pan gawsant eu gweld mewn clinigau diabetes; er enghraifft, ni chofnodwyd mynegai crynswth corfforol (BMI) un chwarter ohonynt, ac ni chofnodwyd pwysedd gwaed dros draean ohonynt.³⁵

Ar y cyd, mae hyn yn awgrymu bod angen clir i atgyfnerthu sgiliau a medrusrwydd y gweithlu iechyd proffesiynol ehangach wrth reoli diabetes. Ar gyfer nyrsys practis, bwriedir cynnal rhaglen addysg amser cinio yn cynnwys pedair sesiwn dwy awr o hyd yn ystod hydref 2013, a chynigir hyfforddiant i staff practis ehangach fel rhan o'u sesiynau addysg broffesiynol barhaus.

4.4.4 Gwelliannau i'r model gofal

Dechreuodd model gofal diabetes newydd yng Nghaerdydd a'r Fro yn ystod hydref 2012. Roedd y model yn seiliedig ar y sylw y gellid darparu mwy o ofal yn y gymuned mewn perthynas â diabetes, gan ymgysylltu ymhellach â phobl leol a chleifion, a galluogi arbenigwyr i weithio'n agosach gyda meddygon teulu a nyrsys practis. Mae'r dull gweithredu hwn yn helpu i gynyddu gwybodaeth, ymwybyddiaeth ac ymgysylltiad proffesiynol ym maes gofal diabetes ymhlith ymarferwyr gofal sylfaenol, a gall leihau'r angen am wasanaethau ysbyty. Er mwyn rhoi'r model ar waith, mae rôl a lleoliad rhai o staff presennol Bwrdd Iechyd y Brifysgol sy'n gweithio ym maes gofal diabetes wedi newid, er mwyn diwallu anghenion y boblogaeth yn well.

Cytunwyd ar newid o fewn y model gofal er mwyn sicrhau bod ymgynghorwyr meddygol sy'n arbenigo mewn gofal diabetes bellach yn treulio amser yn gweithio gyda meddygon teulu lleol, yn eu meddygfeydd, i drafod gofal eu cleifion y mae ganddynt ddiabetes math 2 a'r trefniadau rheoli ar eu cyfer. Yn hytrach na gweld 10-15 o gleifion yn bersonol mewn apwyntiad cleifion allanol, caiff cleifion y mae ganddynt ddiabetes math 2 sy'n bodloni meini prawf y cytunwyd arnynt eu rheoli gan feddygon teulu ym maes gofal sylfaenol gyda chymorth meddygon ymgynghorol fel y bo'r angen, boed hynny'n uniongyrchol neu drwy e-bost neu ohebiaeth arall. Bydd y cleifion hefyd yn cael gwybodaeth glir am eu cyflwr ac yn cael eu hatgyfeirio at y rhaglen addysg strwythuredig pan gânt eu diagnosis. Llwyddwyd i wneud hyn diolch i barodrwydd meddygon teulu lleol i weithio'n fwy hyblyg a chymryd mwy o gyfrifoldeb, gan ymrwymo i weithio'n uniongyrchol gyda chydweithwyr arbenigol.



Cynhelir clinigau cleifion allanol ar gyfer achosion mwy cymhleth, gan gynnwys pob claf diabetes math 1, ond gall y rheini y gellir rheoli eu gofal yn ddiogel yn y gymuned bellach drafod eu cyflwr â'u meddyg teulu, yn hyderus bod mewnbwn arbenigol yn rhan o'u gofal o hyd. Mae hyn yn ei gwneud hi'n haws cael gafael ar wasanaethau heb yr anawsterau sy'n gysylltiedig â theithio neu barcio mewn ysbyty prysur. Dyma enghraifft o ailddyrrannu adnoddau mewn ffordd ffisegol; ni fu unrhyw newid sylweddol i'r gyllideb drwy wella'r llwybr gofal yn y fath fodd. Y cymhellant i newid yn yr achos hwn fu gwella'r gwasanaethau sydd ar gael i bobl, a diwallu eu hanghenion yn well; gan ddechrau gyda'r anghenion, defnyddiwyd yr adnoddau a oedd ar gael yn y ffordd orau i gynllunio gwasanaethau sy'n diwallu'r anghenion hynny.

Mae gwaith yn mynd rhagddo i ddatblygu mewnbwn nyrs diabetes arbenigol ar lefel gofal sylfaenol fel rhan o'r model cymunedol i ategu'r mewnbwn gan feddygon ymgynghorol.

Mae buddiannau'r dull gweithredu newydd hwn yn glir. Gall cleifion a gaiff eu gweld yn yr adran cleifion allanol o bosibl gael eu rhyddhau i ofal cyffredin gan feddygon teulu yn gyflymach, oherwydd bydd mewnbwn arbenigol yn parhau drwy'r practis. Bellach gall mwy o bobl sydd newydd gael diagnosis o ddiabetes ddechrau ar eu meddyginiaeth yn y gymuned heb orfod mynd i'r ysbyty fel claf allanol, sydd o fudd i'r claf ac i'r GIG. Gall meddygon teulu ddefnyddio eu gwybodaeth a'u profiad gwell o ymdrin ag achosion o

ddiabetes ar gleifion eraill yn eu gofal ac yn eu practis.

Gall codi ymwybyddiaeth a gwella gwybodaeth am ddiabetes ym maes gofal sylfaenol a chymunedau hefyd arwain at ddatgelu anghenion nas diwallwyd - h.y. gwneud diagnosis ar gyfer mwy nag 8,000 o'r bobl y credwn eu bod yn byw gyda diabetes yn ardal Caerdydd a'r Fro ar hyn o bryd ond nad ydynt wedi cael diagnosis o hynny.

Mae tua dwy ran o dair o'r practisau yng Nghaerdydd a'r Fro bellach yn defnyddio'r model gofal diabetes newydd, ac addaswyd y trefniadau gweithio ar gyfer llawer o'r meddygon ymgynghorol sy'n arbenigo mewn gofal diabetes er mwyn gallu symud y cymorth sydd ar gael i gleifion a gweithwyr gofal iechyd proffesiynol. Rhoddir cymhellant hefyd i bractisau gyflwyno'r llwybr drwy ei ddynodi'n llwybr ansawdd a chynhyrchiant (QP) a fydd, os bydd y practis yn ei fabwysiadu, yn cyfrannu at incwm ychwanegol.⁴⁹

Yn ystod chwe mis cyntaf y model, gostyngodd nifer yr atgyfeiriadau at apwyntiadau cleifion allanol ym maes gofal eilaidd tua thraean. Rhagwelir y bydd y llwybr newydd yn rhyddhau amser meddygon ymgynghorol; gellid defnyddio'r adnodd ychwanegol hwn i gynyddu hyfforddiant i staff meddygol a pherthynol, neu ar gyfer addysg i gleifion a gofalwyr. Yn y ddwy enghraifft hon, yr effaith yw helpu i nodi a rheoli cleifion yn well yn gynharach yn natblygiad eu cyflwr. Gan fynd gam ymhellach, gellid ailddyrrannu'r adnodd hwn i atal diabetes yn llwyr, er enghraifft drwy ymyriadau unigol neu ymyriadau yn seiliedig ar y boblogaeth ar ffactorau risg hysbys ar gyfer y cyflwr.

Mae'r canlyniadau ar gyfer diabetes pediatrig wedi gwella yn Lloegr ers cyflwyno tariff 'Arfer gorau' safonol o £3,189 fesul claf bob blwyddyn.⁵⁰ Dim ond lle y cyflawnwyd 13 o safonau penodol, sy'n ymwneud ag ansawdd y gofal diabetes a ddarperir, y dyfernir yr arian hwn. Mae hyn yn cynnwys cynnig rhaglen addysg strwythuredig i'r plentyn a'i deulu adeg y diagnosis; apwyntiadau blynyddol â deietegydd; a pholisi i helpu i annog plant nad ydynt wedi dod i glinig i ddod i apwyntiad yn y dyfodol.

Yn ogystal, ceir 10 rhwydwaith rhanbarthol i gydgyssylltu gofal; caiff canolfannau hefyd eu hadolygu gan gymheiriaid er mwyn ceisio gwella ansawdd. Er bod y system gofal iechyd gyffredinol yn wahanol iawn, sy'n golygu ei bod yn anodd cymharu, mae model gofal arloesol o Hannover, yr Almaen yn defnyddio tîm amlddisgyblaeth mawr sy'n cynnwys pum seicolegwr, ac mae wedi arwain at ganlyniadau eithriadol. Mae gan tua hanner y plant y mae ganddynt ddiabetes HbA1c islaw'r lefel trothwy targed o dan y model hwn, o gymharu â dim ond un o bob pump yng Nghymru ar hyn o bryd.⁵¹ O ystyried y canlyniadau uchod, o'r archwiliad cenedlaethol ar gyfer diabetes ymhlith plant, ynghyd â'r lefelau HbA1c gwael a welir yng Nghymru ar gyfer plant, dylid ystyried cyflwyno 'tariff' safonol neu 'fwndel' gofal er mwyn annog gofal cyson o ansawdd uchel ar gyfer diabetes ymhlith plant yng Nghymru.

Er mwyn ymdrin â'r problemau cyfredol o ran mynediad i lawdriniaeth fariatrig, gwnaed cynnig yn ddiweddar i dreblu'r dyraniad ariannol cenedlaethol ar gyfer llawdriniaeth fariatrig, o £750,000 y flwyddyn i £2.1 miliwn. Byddai hyn yn caniatáu ar gyfer tua 300 o driniaethau y flwyddyn yng Nghymru, o gymharu â'r nifer bresennol, sef 80.30. Er bod cynnig o'r fath i'w ganmol o ran symud adnoddau i ffwrdd o batrymau hanesyddol, yn anffodus, yn yr achos hwn, byddai mwy o bwyslais - yn hytrach na llai - yn cael ei roi ar drin cymhlethdodau'r clefyd yn hytrach na cheisio cefnogi a helpu pobl i aros yn iach yn y lle cyntaf. Yn yr enghraifft hon, cytunwyd ei bod yn bwysig sicrhau bod mesurau digonol ar lefel y boblogaeth i atal salwch a chymorth i roi ymyriadau cynnar ar gael cyn ehangu triniaeth arbenigol. Mae model gwasanaeth wrthi'n cael ei ddatblygu ar gyfer cyflwyno gwasanaeth gordewdra amlddisgyblaeth lefel 3 (haen ganolradd) yn ardal Caerdydd a'r Fro.

4.4.5 Newidiadau posibl yn y dyfodol o ran dyrannu adnoddau

Mae angen cynyddol ar gyfer gwasanaeth atal a gofal diabetes effeithiol ac effeithlon, o ganlyniad i oedran cynyddol y boblogaeth, a'r nifer gynyddol o achosion o ordewdra ac unigolion dros bwysau; ac, o'r herwydd, nifer gynyddol o achosion o ddiabetes ei hun. Ceir dadl gref o blaid cynyddu'r

adnoddau cyffredinol, fel cyfran o gyfanswm yr adnoddau iechyd, a warir ar ddiabetes - cynnydd o gymharu â'r gyfran o 1.5% a ddyrennir iddo ar hyn o bryd.¹⁰

Mae tystiolaeth ffafriol ar gosteffeithiolrwydd atal a chanfod diabetes yn gynnar yn awgrymu, o fewn y dyraniad arian ar gyfer diabetes, y dylem symud mwy o adnoddau - o ran arian ac amser staff sy'n bodoli eisoes - i'r gweithgareddau cychwynnol hyn.^{16-18, 48} Mae hyn yn cynnwys ymdrin â ffactorau risg 'ffordd o fyw', yn ogystal â buddsoddiad pellach mewn addysg strwythuredig i gleifion, addysg i weithwyr iechyd proffesiynol ac ystyried datblygu modelau gofal newydd er mwyn sicrhau bod arbenigwyr yn agosach at gymunedau lleol a'u meddygon teulu. Yn ogystal â lleihau cymhlethdodau o achosion sefydledig o ddiabetes, drwy annog triniaeth gynharach, fwy effeithiol, gallai hyn hefyd arafu a gwyrddroi'r cynnydd yn nifer yr achosion o'r cyflwr.

O ystyried y gwelliannau o ran canlyniadau diabetes pediatriig a welwyd yn Lloegr a'r Almaen, mae angen i Gymru fynd ati ar fyrder i ddeall lefel yr adnoddau sy'n bodoli eisoes a ddyrannwyd yma ar gyfer y grŵp oedran hwn. Heb ddeall lefel y gwariant, mae'n anodd gwybod p'un a ellir priodoli'r ffaith bod plant y mae ganddynt ddiabetes yn cael eu rheoli'n waeth yng Nghymru o gymharu â Lloegr (fel y'i mesurir gan HbA1c, sef mesur rheoli diabetes)³⁵ i wahaniaeth o ran arian, y gwasanaethau a ddarperir, nodweddion y boblogaeth neu gyfuniad o'r ffactorau hyn. Byddai hyn yn golygu y gellid cymharu costau a chanlyniadau rhwng y systemau.



Pwyntiau allweddol:

- Mae diabetes yn gyflwr naill ai lle nad yw'r corff yn cynhyrchu digon o inswlin, neu lle mae'r corff yn methu ag ymateb yn ddigonol iddo. Mae dau brif fath o ddiabetes, sef math 1 a math 2, y gall y ddau effeithio ar bob rhan o'r corff, gyda chymhlethdodau a all achosi anabledd difrifol
- Mae tua 21,000 o oedolion yn ardal Caerdydd a'r Fro y gwyddys bod ganddynt ddiabetes ac sydd ar gofrestr eu meddyg teulu, er y credir bod llawer o bobl y mae ganddynt ddiabetes nad ydynt wedi cael diagnosis o hynny. Mae cyfradd diabetes math 1 ymhlith oedolion yn gymharol sefydlog, ond mae diabetes math 2 wedi bod yn cynyddu'n sylweddol
- Yng Nghaerdydd a'r Fro, gwariodd y GIG £11.2m yn 2011/12 ar ddiabetes oedolion, sef 1.5% o gyfanswm y gwariant
- Dros ugain mlynedd yn ôl, yn 1989, lluniwyd Datganiad St Vincent gan wledydd Ewropeaidd ar atal a rheoli diabetes. Yn 2012, prin yw'r cynnydd a wnaed yn erbyn Datganiad St Vincent, er gwaethaf ymrwymiad ac ymdrech gan y proffesiwn gofal iechyd
- Argymhellwyd rhaglenni addysg strwythuredig i oedolion a phlant y mae ganddynt ddiabetes ers 2003 i rymuso cleifion a gwella eu dealltwriaeth a'u cyfranogiad yn y broses o reoli eu cyflwr, ond ledled Cymru, amcangyfrifir mai dim ond un o bob 40 o bobl y mae ganddynt ddiabetes sy'n manteisio arnynt ar hyn o bryd
- O ystyried bod gan un o bob pum claf meddygol ddiabetes, a bod diabetes yn dod yn fwy cyffredin byth, mae'n hanfodol bod clinigwyr ymhob lleoliad gofal yn gymwys wrth reoli diabetes
- Dechreuodd model gofal diabetes newydd yng Nghaerdydd a'r Fro yn ystod hydref 2012, a oedd yn cynnwys cydweithredu agosach rhwng arbenigwyr ysbyty a meddygon teulu. Gall pobl y gellir rheoli eu gofal yn ddiogel yn y gymuned bellach drafod eu cyflwr â'u meddyg teulu, yn hyderus bod mewnbwn arbenigol yn rhan o'u gofal o hyd. Yn ystod chwe mis cyntaf y model, gostyngodd nifer yr atgyfeiriadau i apwyntiadau cleifion allanol ym maes gofal eilaidd tua thraean
- Dylid ystyried cyflwyno 'bwndel' gofal er mwyn annog gofal cyson o ansawdd uchel ar gyfer diabetes ymhlith plant yng Nghymru
- Mae angen cynyddol am wasanaeth atal a gofal diabetes effeithiol ac effeithlon. Mae tystiolaeth ffafriol ar gosteffeithiolrwydd atal a chanfod diabetes yn gynnar yn awgrymu y dylem symud mwy o adnoddau - o ran arian ac amser staff sy'n bodoli eisoes - i weithgareddau atal



5. Dementia yng Nghaerdydd a'r Fro

5.1 Dementia

Cyflwr lle ceir dirywiad na ellir ei wrthdroi yn y meddwl a'r cof (gweithrediad gwybyddol) yw dementia. Gall y dirywiad hwn o ran gweithrediad gwybyddol dros amser effeithio ar annibyniaeth yr unigolyn wrth ymgymryd â'i dasgau arferol. Mae nifer o wahanol fathau o ddementia, ac mae gan bob un elfennau gwahanol. Y mathau mwyaf cyffredin yw clefyd Alzheimer, dementia fasgwlaidd, dementia Cyrff Lewy a dementia blaenarlaisiol. Mae dementia sy'n dechrau'n gynnar, cyn 65 oed, yn anghyffredin ond mae'r grŵp hwn yn dueddol o wynebu problemau arbennig o gymhleth a heriol, a gall ddirywio'n gyflymach.

Blwch 3. Y mathau mwyaf cyffredin o ddementia

- Clefyd Alzheimer
- Dementia fasgwlaidd
- Dementia Cyrff Lewy
- Dementia blaenarlaisiol

Yn wahanol i ddementia, nid yw nam gwybyddol ysgafn (MCI) yn gyffredinol yn effeithio ar fywyd beunyddiol, ond bydd rhwng un o bob deg ac un o bob pump achos o MCI yn datblygu'n ddementia bob blwyddyn.⁵²

Er y gall dementia ddigwydd ar unrhyw oedran, daw'n gynyddol yn fwy cyffredin wrth i bobl fynd yn hŷn. Mae gan un o bob 14 person dros 65 oed, un o bob chwe pherson dros 80 oed, ac un o bob tri pherson dros 95 oed ryw fath o ddementia.⁵³

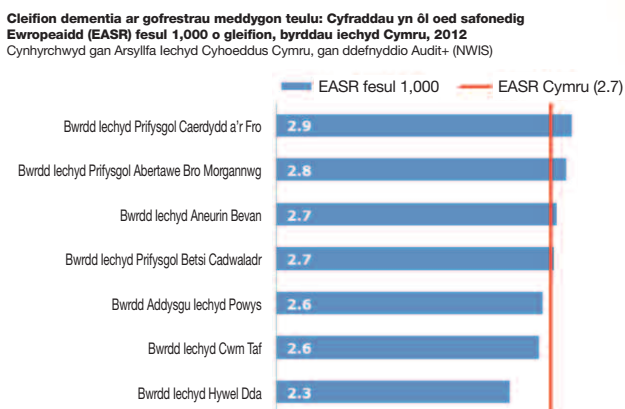
Ymhlith dynion, dementia yw'r pumed ffactor mwyaf cyffredin sy'n achosi marwolaeth yng Nghymru a Lloegr, yn gyfrifol am un o bob 20 o farwolaethau. Ymhlith merched, dementia yw'r ail ffactor mwyaf cyffredin sy'n achosi marwolaeth, yn gyfrifol am dros un o bob 10 o farwolaethau.⁵⁴

5.2 Dementia yng Nghaerdydd a'r Fro nawr ac yn y dyfodol

Mae tua 2,400 o bobl wedi'u cofnodi ar gofrestrau practisau meddygon teulu yng Nghaerdydd a'r Fro fel pobl sy'n byw gyda dementia.³¹ O addasu'r nifer hon i ystyried strwythur oedran ein hardal leol, rhydd hyn gyfradd o 2.9 fesul 1000 o bobl, o gymharu â 2.7 fesul 1000 ar gyfer Cymru gyfan. Gall y gyfradd uwch hon adlewyrchu trefniadau gwell ar gyfer gwneud diagnosis o'r cyflwr yn lleol.⁵⁵

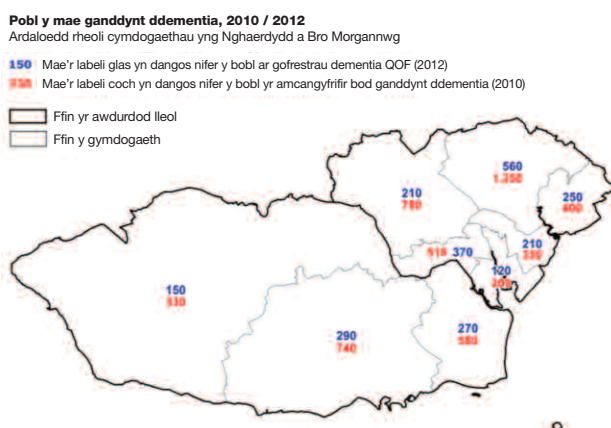
Credir bod y ffigurau hyn yn dal i danamcangyfrif baich gwirioneddol dementia mewn cymdeithas yn sylweddol. Y rheswm am hyn yw nad yw pobl, yn enwedig y rheini sydd ar gam cynharach dementia, bob amser yn mynd i weld eu meddyg teulu ond yn hytrach, yn byw am sawl blwyddyn gyda'r symptomau heb ofyn am help na chael diagnosis.

Ffigur 3. Pobl y mae ganddynt ddementia sydd ar gofrestrau meddygon teulu yng Nghymru



Nodir nifer y bobl ar gofrestr ar gyfer dementia yng ngwahanol ardaloedd Caerdydd a'r Fro yn Ffigur 4, ynghyd ag amcangyfrif o'r cyfanswm, gan gynnwys y rheini nad ydynt wedi cael diagnosis ar hyn o bryd.⁵⁶

Ffigur 4. Pobl y mae ganddynt ddementia sydd ar gofrestrau meddygon teulu yng Nghaerdydd a'r Fro; ac amcangyfrif o gyfanswm y bobl y mae ganddynt ddementia, gan gynnwys y rheini nad ydynt wedi cael diagnosis ar hyn o bryd.



Cynhyrchwyd gan Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru, gan ddefnyddio Daffodil (Llywodraeth Cymru), MYE (SYG), Audit+ (NWIS) h. Hawflraint a hawl cronfa ddata'r Goron 2013. Arolwg Ordnans 100044810

Mae'r Gymdeithas Alzheimer wedi cymharu nifer yr achosion o ddementia a gofnodwyd gan y GIG ymhob ardal leol ledled y DU â'r nifer ddisgwyliedig, er mwyn rhoi syniad o'r broblem o ran achosion na chaiff ddiagnosis.⁵⁷ Roedd Caerdydd a'r Fro yn hanner gwaelod y DU, gyda 105 allan o 178 o sefydliadau yn cofnodi cyfraddau dementia yn agosach at y gyfradd ddisgwyliedig na'n hardal ni.

Roedd gan sefydliadau a oedd mewn safle is na Chaerdydd a'r Fro fwlch hyd yn oed yn fwy na ni rhwng y cyfraddau disgwyliedig a'r cyfraddau a gofnodwyd.

Mae gwaith ymchwil diweddar yn awgrymu bod cyfradd yr achosion newydd o ddementia bob blwyddyn o bosibl yn dechrau arafu.⁵⁸⁻⁶⁰ Mewn un astudiaeth yn y DU, cymharodd ymchwilwyr y gyfradd ddementia mewn grŵp o oedolion cyfoes 65 oed a throsodd, â'r gyfradd y byddent yn disgwyl ei gweld yn seiliedig ar astudiaeth debyg a gynhaliwyd ddechrau'r 1990au.⁶⁰ Roedd y gyfradd wirioneddol - sef 6.5% - yn sylweddol is na'r gyfradd a ragfyngwyd ganddynt yn seiliedig ar eu data hanesyddol - sef 8.3%. Mae'r awduron yn awgrymu y byddai'r gostyngiad hwn yn cyd-fynd â gwelliannau o ran ffactorau risg, gan gynnwys gwell trefniadau ar gyfer rheoli ffactorau risg sy'n gysylltiedig â chylchrediad y gwaed, ac addysg.

Fodd bynnag, ochr yn ochr â hyn, mae'n werth nodi bod cyfraddau goroesi dementia yn gwell. Mae cysylltiad cryf rhwng y risg o ddatblygu dementia ac oedran, felly gan fod pobl yn byw'n hwy nag erioed o'r blaen, a bod disgwyliad oes yn parhau i gynyddu, rhagwelir o hyd ar hyn o bryd y bydd cyfanswm nifer y bobl y mae ganddynt ddementia yn cynyddu'n sylweddol. Erbyn 2021, rhagwelir y bydd nifer y bobl y mae ganddynt ddementia ledled Cymru wedi cynyddu 31% a chymaint â 44% mewn rhai ardaloedd gwledig.⁵³

Nodir amcangyfrifon ar gyfer Caerdydd a'r Fro yn Nhabl 3, ac amcangyfrifir y bydd nifer y bobl 65 oed a throsodd y mae ganddynt ddementia yng Nghaerdydd a'r Fro yn cynyddu o 5,144 yn 2012 i 6,849 yn 2025, sef cynnydd o 33%.⁵⁶ Dylid nodi'n arbennig bod dros hanner y cynnydd ymhlith pobl 85 oed a throsodd. Er bod y cynnydd absoliwt yn nifer y bobl y mae ganddynt ddementia cynnar (rhwng 30 a 64 oed) yn fach, gall fod angen mwy o ofal a thriniaeth arbenigol ar y grŵp hwn na'r grwpiau oedran eraill.

Tabl 3. Amcangyfrif o nifer y bobl y mae ganddynt ddementia yng Nghaerdydd a'r Fro, 2012 i 2025 (Ffynhonnell: Daffodil Cymru)⁵⁶

Grŵp oedran	Blwyddyn			
	2012	2015	2020	2025
30-64 oed (dementia cynnar)	107	109	116	121
65-69 oed	255	282	269	291
70-74 oed	433	465	576	554
75-79 oed	780	813	894	1,110
80-84 oed	1,242	1,262	1,375	1,540
85 oed a throsodd	2,435	2,565	2,875	3,355
65 oed a throsodd (cyfanswm)	5,144	5,387	5,988	6,849

Oedran cyfartalog cleifion mewnol yn ysbytai Cymru ar hyn o bryd yw 73 oed,³⁷ ac o ran cleifion ar wardiau cyffredinol mewn ysbytai dosbarth o faint canolig, bydd gan tua chwarter ohonynt ryw fath o ddementia.⁶¹ Mae'r ffigurau hyn yn amlygu'r newidiadau o ran disgwyliad oes a'r baich clefydau sydd wedi bod yn digwydd yn raddol dros y degawdau diwethaf. Mae'r rhan fwyaf o bobl y mae ganddynt ddementia yn byw gartref, er bod bron i ddwy ran o bump ohonynt yn byw mewn cartref gofal.⁶²

5.3 Y ddarpariaeth bresennol ar gyfer dementia

5.3.1 Model gofal

Y brif elfen wrth gefnogi pobl y mae ganddynt ddementia yw cymorth cymdeithasol ac emosiynol iddynt hwy, eu gofalwr a'u teulu.

Caiff unigolion yr amheuir bod ganddynt ddementia neu nam gwybyddol ysgafn (MCI) eu hatgyfeirio gan y meddyg teulu at Dîm y Cof ardal Caerdydd a'r Fro. Mae Tîm y Cof yn gweld tua 1,500 o atgyfeiriadau bob blwyddyn. O'u plith, cadarnheir bod gan tua 800 ohonynt ddementia, a chadarnheir bod gan y rhan fwyaf o'r 700 sy'n weddill MCI.⁵⁵

Ar ôl i'r tîm eu gweld a chadarnhau diagnosis a rhoi cymorth cychwynnol i'r unigolyn ac unrhyw ofalwyr, bydd cleifion yn dychwelyd i faes gofal sylfaenol eto er mwyn rhoi trefniadau parhaus ar waith ar gyfer rheoli eu cyflwr. Bydd cleifion a meddygon teulu yn gallu cysylltu'n uniongyrchol â Thîm y Cof o hyd fel ffynhonnell arbenigol o gyngor a gwybodaeth.

Yn ystod y cyfnod rhwng cael diagnosis a'r dirywiad a hyd yn oed argyfwng a fydd yn digwydd yn y pen draw (i'r claf, i'r gofawr neu i'r ddau), ychydig iawn a gynigir gan y GIG o ran cymorth cyffredin, rheolaidd i bobl y mae ganddynt ddementia a'u gofawyr,⁶³ er bod nifer o sefydliadau trydydd sector sy'n gweithredu'n benodol i helpu pobl yn y sefyllfa hon. Mae elusennau fel Cymdeithas Alzheimer a Crossroads Care yn y Fro yn darparu'r math hwn o gymorth. Ariennir rhai o weithgareddau'r sefydliadau hyn gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro er mwyn helpu trigolion lleol y mae ganddynt ddementia, a'u gofawyr. Mae meddygon teulu yn cael incwm ychwanegol i gynnal adolygiad wyneb yn wyneb bob 15 mis ar gyfer pobl y mae ganddynt ddementia yng Nghymru,⁴⁶ ond nid yw cynnwys yr adolygiad wedi'i ddiffinio'n glir ac, yn aml, prin yw'r cysylltiad â gofal arbenigol yn ystod y cam hwn. Yn Lloegr, mae'r contract meddygon teulu yn dynodi y dylid cynnal adolygiad bob 12 mis yn hytrach na phob 15 mis.⁴⁶

Mae pedwar tîm iechyd meddwl cymunedol yng Nghaerdydd ac un yn y Fro, a gaiff eu harwain gan yr awdurdod lleol ac a all ymyrryd cyn i'r sefyllfa droi'n argyfwng. Mae lefel y cymorth y gofynnir amdani gan ofalwyr ac y bydd gofawyr yn barod i'w derbyn yn ystod y cam hwn yn amrywio, a dyma yn aml fydd yn penderfynu p'un a all unigolyn aros yn ei gartref presennol ai peidio. Yn rhy aml, bydd y sefyllfa yn troi'n argyfwng heb lawer o ymyriad ymlaen llaw i geisio rheoli neu leihau'r effaith ar y claf neu'r gofawr wrth i'r claf ddirywio'n raddol.

Caiff tîm argyfwng cymunedol ('REACT') ei gyflwyno'n lleol, er mwyn helpu ar fyrder mewn sefyllfaoedd lle na all gofawyr ymdopi mwyach. Gall helpu'r gofawr a'r unigolyn y mae ganddo ddementia i deimlo'n fwy hyderus i aros gartref, yn hytrach na chael ei dderbyn i'r ysbyty. Mae'r gwasanaeth ar gael ar hyn o bryd ar gyfer atgyfeiriadau brys saith diwrnod yr wythnos.

Defnyddir meddyginiaeth hefyd i reoli clefyd Alzheimer, ac mae ar gael ar gyfer pob cam o'r cyflwr, o gyflyrrau ysgafn i gymedrol i ddifrifol.⁶⁴ Fodd bynnag, nid yw'r meddyginiaethau hyn yn atal datblygiad y clefyd yn llwyr, dim ond lliniaru'r symptomau ac oedi neu arafu'r datblygiad. Enw'r prif ddosbarth o gyffuriau yw atalyddion acetylcholinesterase (atalyddion AChE), gan gynnwys donepezil, galantamine a rivastigmine. Mae Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro yn gwario tua £35,000 i £40,000 bob chwarter, neu tua

£150,000 y flwyddyn, ar hyn o bryd ar atalyddion AChE a gaiff eu rhagnodi ym maes gofal sylfaenol.³⁸ Mae'r costau hyn wedi amrywio'n sylweddol yn ystod y blynyddoedd diwethaf oherwydd newidiadau o ran pwy sy'n gyfrifol am rhagnodi'r feddyginiaeth, a hefyd newidiadau o ran cost y feddyginiaeth. Mae'r costau hyn ychydig yn is na chyfartaledd Cymru. Mae memantine yn ddosbarth ar wahân o gyffur sydd wedi'i drwyddedu ar gyfer clefyd Alzheimer cymedrol i ddifrifol, a dim ond yn yr ysbyty y caiff ei rhagnodi ar hyn o bryd. Mae costeffeithiolrwydd y cyffuriau hyn bellach yn gwbl hysbys, yn rhannol oherwydd gostyngiad sylweddol o ran pris ar ôl i gyfnod y patent ddirwyn i ben.

Pan fydd unigolion yn cyrraedd y cyfnod diwedd oes, prin yw'r help penodol sydd ar gael i bobl y mae ganddynt ddementia, ac anaml y bydd gwasanaethau gofal lliniarol yn rhan o'r broses. Gall cleifion ar gam olaf dementia gael eu derbyn i'r ysbyty yn union cyn iddynt farw, oni fyddant wedi cytuno ar gynllun rheoli ymlaen llaw yn ystod y cyfnod hwn.

5.3.2 Dyrannu adnoddau

Ar hyn o bryd, nid oes gennym ffigur manwl gywir ar gyfer gwariant y GIG ar ddementia, ond drwy gyllidebau rhaglenni, rydym yn ymwybodol o'r gwariant ar gleifion yn y categori 'henoed bregus eu meddwl' (EMI). Mae'r categori hwn yn cynnwys dementia mwy difrifol, ynghyd â swm bach o wariant ar bobl hŷn â chyflyrau iechyd meddwl. Fodd bynnag, dim ond lleiafrif o bobl y mae ganddynt ddementia sy'n cael gofal gan wasanaethau EMI felly mae'r ffigur hwn yn amcangyfrif isel. Gan fod nam gwybyddol mor gyffredin ymhlith pobl sy'n defnyddio gwasanaethau'r GIG, bydd dementia yn cyfrannu at gostau gofal ar draws y rhan fwyaf o feysydd cyllidebau rhaglenni. Yng Nghymru yn 2011/12, gwariodd y GIG £186m ar gleifion EMI; mae hyn yn cyfateb i £61 y pen o gyfanswm y boblogaeth bob blwyddyn, ac mae wedi cynyddu o £51 y flwyddyn yn 2007/8, sy'n cyfateb i gynydd o 3.2% i 3.5% o wariant cyffredinol y GIG.¹⁰ Mae Cymdeithas Alzheimer wedi amcangyfrif bod dementia yn costio £20bn i gymdeithas yn y DU, gyda melin drafod Cronfa Kings yn rhagweld y bydd y swm hwn yn cynyddu i £36bn erbyn 2026.⁶⁵ Fel y crybwyllwyd uchod, mae dyraniadau'r cyllidebau rhaglenni hyn yn adlewyrchu patrymau gwariant hanesyddol ac, er y croesewir cynnydd bach yn ystod y pum mlynedd diwethaf, bydd angen cynllun pendant i adlewyrchu graddau ac effaith y clefyd yn y dyfodol yn fwy cywir yn y cyllidebau hyn er mwyn cydnabod y broblem o ddifrif.

Ni wneir unrhyw ddyraniadau penodol ar gyfer gwariant ataliol nac ar gyfer gofal diwedd oes ar gyfer dementia.

5.4 A allem wneud hyn yn well?

5.4.1 Cyfleoedd atal

Mae llawer o'r ffactorau sy'n ddefnyddiol wrth leihau'r risg o clefydau eraill megis clefyd cardiofasgwlaidd a diabetes o fudd hefyd wrth atal dementia, a chredir y gellir priodoli'r ffaith bod nifer yr achosion o ddementia is na'r disgwyl yn yr astudiaeth ddiweddar o'r DU y cyfeiriwyd ati uchod i well trefniadau rheoli ffactorau risg mewn blynyddoedd blaenorol.⁶⁰ Gwyddys bod gordewdra a bod dros bwysau ymhlith pobl canol oed yn ffactorau risg ar gyfer datblygu dementia.²⁹ Amcangyfrifodd un astudiaeth y gellid atal hyd at un o bob pump achos newydd o ddementia drwy leihau iselder a diabetes, a chynyddu faint o ffrwythau a llysiau a gaiff eu bwyta.⁶⁶ Ar hyn o bryd, ni chaiff y ffactorau risg hyn a'u cyswllt â dementia eu hamlygu fel arfer yn y negeseuon a roddwn i'r cyhoedd.

Yn hytrach na datblygu ymgyrchoedd iechyd ar wahân ar gyfer gweithredu i atal dementia, gallm ehangu ein negeseuon i godi ymwybyddiaeth o effaith eang nifer fach o ffyrdd o fyw, er enghraifft drwy ddull 'gwneud i bob cyswllt gyfrif'. Gyda'r dull hwn, dylai pob gweithiwr iechyd proffesiynol a gweithwyr cysylltiedig deimlo'n hyderus a theimlo eu bod yn meddu ar y sgiliau priodol i gael sgwrs fer am ymddygiad iechyd gydag aelod o'r cyhoedd, ni waeth beth fo'i gefndir proffesiynol. O ystyried y ffaith bod cryn bryder ac ofn ymhlith y cyhoedd mewn perthynas â dementia, gall hyn fod yn gymhellant pwerus i bobl weithredu ar gyngor ar fyw'n iach.

Byddai atal dementia yn y lle cyntaf o fudd i unigolion, a hefyd yn lleihau'r angen sylweddol am ofalwyr anffurfiol a ffurfiol, a gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol, ymhlith y gymdeithas ehangach.

5.4.2 Cymorth i gleifion a gofalwyr, a chymunedau sy'n cefnogi pobl y mae ganddynt ddementia

Ar hyn o bryd, cymorth i gleifion a gofalwyr yw prif elfen y broses o reoli dementia, ond mae ansawdd ac argaeledd y cymorth a roddir gan y sector cyhoeddus yn amrywio'n sylweddol, ac nid yw llawer o deuluoedd mewn cysylltiad â sefydliadau'r trydydd sector a all helpu. Gall rhoi gwybodaeth a chymorth i ofalwyr ar sut i reoli ymddygiad heriol, ac ar y cyfleoedd a'r angen am wasanaethau

cwmsela, cymorth a gofal seibiant, alluogi pobl y mae ganddynt ddementia i barhau i fyw gyda'u teuluoedd am gyfnod hwy, ac atal unigolion rhag cael eu derbyn yn ddiangen i'r ystyby.⁶⁷

Rhan o 'weledigaeth' Llywodraeth Cymru ar gyfer dementia yw'r cysyniad o gymunedau sy'n cefnogi pobl y mae ganddynt ddementia.⁵³ Diffinnir y cymunedau hyn fel cymunedau a all gefnogi pobl y mae dementia yn effeithio arnynt er mwyn iddynt allu mwynhau'r ansawdd bywyd gorau posibl. Rhagwelir y bydd cymunedau lleol sy'n cefnogi pobl y mae ganddynt ddementia yn gallu cydweithio fel rhwydwaith ledled Cymru, er mwyn i Gymru ddod yn wlad sy'n cefnogi pobl y mae ganddynt ddementia. Er mwyn 'cefnogi pobl y mae ganddynt ddementia', bydd angen i gymunedau gyfleu llais pobl y mae ganddynt ddementia, cynnwys y bobl hynny a'u gofalwyr o fewn gweithgareddau'r gymuned, a sicrhau bod gwasanaethau yn hygyrch ac yn ymateb i anghenion lleol. Mae'r weledigaeth ar gyfer dementia hefyd yn cynnwys ymrwymiad i hyfforddi gweithwyr iechyd a gofal cymdeithasol proffesiynol yn y GIG ac awdurdodau lleol ar ddementia, a gwella gofal y rheini y mae ganddynt ddementia ar wardiau cyffredinol (anarbenigol), fel yr argymhellir yma hefyd.

Blwch 4. 'Cymunedau sy'n cefnogi pobl y mae ganddynt ddementia'

- Gall 'cymunedau sy'n cefnogi pobl y mae ganddynt ddementia' gefnogi pobl y mae dementia yn effeithio arnynt fel y gallant fwynhau'r ansawdd gorau posibl
- Mae angen i gymunedau gyfleu llais pobl y mae ganddynt ddementia, cynnwys pobl y mae ganddynt ddementia a'u gofalwyr o fewn gweithgareddau'r gymuned, a sicrhau bod gwasanaethau yn hygyrch ac yn ymateb i anghenion lleol
- Ar hyn o bryd, caiff 'cymunedau sy'n cefnogi pobl y mae ganddynt ddementia' eu sefydlu yng Ngorllewin Caerdydd a'r Barri

Ar hyn o bryd, caiff 'cymunedau sy'n cefnogi pobl y mae ganddynt ddementia' eu sefydlu yng Ngorllewin Caerdydd a'r Barri, yn dilyn canllawiau gan Lywodraeth Cymru a phrofiad mentrau 'ystyriol o oedran' yn Lloegr. Y gobaith yw y bydd hyn yn cynnwys myfyrwyr chweched dosbarth lleol, ymhlith eraill, ac y caiff 'Caffi Cof' arall ei sefydlu yng Nghaerdydd. Dylai cwricwla addysg bersonol a chymdeithasol (ABCh) ysgolion ystyried cynnwys dementia,⁶⁸ oherwydd bydd llawer o blant wrth iddynt dyfu i fyny yn adnabod perthynas agos y mae'r cyflwr arnynt; mae'r posibilrwydd o'i gynnwys yn cael ei ystyried yn lleol.

5.4.3 Addysg i weithwyr iechyd proffesiynol

Mae gan un o bob pedwar claf mewnol aciwt yn yr ysbyty ryw fath o ddementia erbyn hyn,⁶¹ ac felly dylai pawb yn y GIG, ar draws pob gwasanaeth, feddu ar wybodaeth dda am ddementia a deall sut i ymdopi â chlaf y mae'r cyflwr arno a'i reoli. Dyma un o argymhellion allweddol Grŵp Seneddol Trawsbleidiol Tŷ'r Cyffredin ar Dementia.⁶³ Nid yw atgyfeiriadau rhwng arbenigwyr i ymdopi â chyflwr mor gyffredin â dementia yn gwneud defnydd effeithlon o adnoddau gofal iechyd, ac mae'n golygu bod cleifion yn aros yn yr ysbyty am gyfnod diangen.

Mae addysgu staff presennol yn un elfen hanfodol. Mae rhaglen hyfforddi yn cael ei chyflwyno o fewn Bwrdd Iechyd y Brifysgol i wella dealltwriaeth o ddementia a sut i'w reoli ymhlith pob aelod o staff gofal iechyd ni waeth beth fo'i arbenigedd, fel rhan o gynllun gweithredu ehangach i wella gofal i bobl y mae ganddynt ddementia ar wardiau cyffredinol. Gall cynnwys staff iechyd ehangach, megis staff cartrefi gofal, mewn mentrau addysg fod o fudd wrth leihaau achosion diangen o dderbyn pobl y mae ganddynt ddementia sy'n byw mewn cartrefi gofal nyrsio a chartrefi gofal preswyl i'r ysbyty.⁶⁹ Mae Gwasanaeth Cyswllt Cartrefi Gofal wrthi'n cael ei ddatblygu'n lleol ar hyn o bryd, wedi'i anelu at wella gallu'r sector hwn i reoli pobl y mae ganddynt ddementia a gwella ansawdd gofal.

Ym maes gofal sylfaenol, mae rhan newydd o'r contract meddygon teulu sy'n ymwneud ag iechyd meddwl (y Gwasanaeth Iechyd Meddwl Ychwanegol dan Gyfarwyddyd) yn cynnwys gofyniad i gynnal sesiwn addysg i staff yn y practis. Byddai dewis dementia fel y pwnc ar gyfer y sesiwn hon yn gyfraniad gwerthfawr i'r broses o wella gwybodaeth mewn practisau.

Mae'n hanfodol bod pob gweithiwr iechyd proffesiynol sy'n cael hyfforddiant hefyd yn cael ffocws digonol ar y cyflwr, o ystyried ei fod yn gyflwr mor gyffredin. Er enghraifft, mae'n bosibl mai dim ond darlith awr o hyd y bydd myfyrwyr meddygol yn ei chael ar ddementia yn ystod cwrs gradd pedair neu bum mlynedd.⁵⁵ Wrth i'r cwricwla hyfforddiant gofal iechyd gael eu hadolygu'n rheolaidd, mae'n hanfodol eu bod yn ystyried ac yn adlewyrchu newidiadau o ran baich clefydau mewn cymdeithas.

5.4.4 Gwelliannau i'r model gofal

Nid yw'r model gofal presennol ar gyfer dementia wedi esblygu rhyw lawer yn ystod y degawd diwethaf.

Mae timau'r cof wedi helpu i wella'r broses o nodi a chydabod nam gwybyddol, a lleihau'r cyfnod rhwng dechrau symptomau a chael diagnosis ffurfiol, sydd yn ei dro yn golygu bod cleifion yn cael triniaeth fwy amserol. Mae gwell ymwybyddiaeth ymhlith y cyhoedd a threfniadau atgyfeirio prydlon ym maes gofal sylfaenol yn helpu i sicrhau ymyriadau amserol a gwell ansawdd bywyd i gleifion a gofalwyr.

Er y bydd angen gofal argyfwng ar rai bob amser, dylid rhoi mwy o bwyslais a thargedu mwy o adnoddau at atal dementia yn y lle cyntaf, a chefnogi unigolion, gofalwyr a'u teuluoedd yn rheolaidd fel mater o drefn ar ôl gwneud diagnosis. Bydd hyn yn helpu i leihau nifer y bobl sy'n wynebu argyfwng annisgwyl, ac atal unigolion rhag cael eu derbyn yn ddiangen i'r ysbyty wrth i'w cyflwr ddatblygu, gan felly wella ansawdd bywyd i gleifion a gofalwyr.

Un o gyfrifoldebau newydd Mesur Iechyd Meddwl (Cymru) 2010 yw gwella'r broses o gydgyssylltu gofal, a cheir hawl newydd i gleifion atgyfeirio eu hunain yn syth yn ôl i wasanaethau arbenigol ar ôl cael eu rhyddhau yn flaenorol, yn hytrach na gorfod mynd drwy wasanaethau gofal cymunedol neu sylfaenol.⁷⁰ Yn ogystal, ceir ymrwymiad drwy'r Mesur i wella argaeledd gwasanaethau ym maes gofal sylfaenol.

Gall buddsoddiad a chymorth cynharach mewn perthynas ag ymyriadau profedig megis ysgogiad gwybyddol, gwell trefniadau ar gyfer rheoli cyflyrau meddygol sy'n digwydd ar yr un pryd a chynghor i ofalwyr teuluol ar ymdopi ag ymddygiad a phroblemau seicolegol wella canlyniadau ac ansawdd bywyd i gleifion a gofalwyr.^{67, 71}

Tameidiog yw ansawdd ac argaeledd gofal lliniarol i bobl y mae ganddynt ddementia sy'n marw ac mae angen gwella hyn. Mae llawer o bobl yn cysylltu gofal lliniarol â chyflyrau fel cancer. Mae'n briodol bod gofal lliniarol o ansawdd uchel ar gael yn helaeth i gleifion â chanser, ond dylid sicrhau mai dyma'r norm ar gyfer cyflyrau eraill hefyd. Gan fod marwolaeth â dementia yn aml yn dilyn sawl blwyddyn o ddirywiad graddol y bydd teulu'r unigolyn wedi bod yn dyst iddo, mae cyfle i'r claf a'r teulu gynllunio ymlaen llaw ar gyfer y broses hon. Mae Deddf Galluedd Meddyliol 2005 yn galluogi pobl y mae ganddynt ddementia i gynllunio ymlaen llaw a gwneud penderfyniadau ar gyfer y cyfnod pan na fydd ganddynt 'alluedd' (y gallu i wneud penderfyniadau rhesymegol drostynt hwy eu hunain), drwy Benderfyniadau Ymlaen Llaw a thrwy benodi Atwrneiaeth Arhosol i weithredu ar eu rhan pan na fyddant yn gallu gwneud hynny mwyach.⁷²

Dylid annog ymdrechion i helpu unigolion a theuluoedd i ddechrau ar y gwaith cynllunio hwn ar gam cynnar o'u cyflwr. Datblygwyd llwybr gofal ym maes gofal sylfaenol yn lleol er mwyn annog practisau i drafod trefniadau ar gyfer blaengynllunio gofal â thrigolion cartrefi nyrsio.⁷³

Mae'r defnydd o 'deleiechyd' (sef defnyddio technoleg gwybodaeth a chyfathrebu i helpu i fonitro cleifion ac ymgynghori â hwy) i helpu unigolion y mae ganddynt ddementia a chyflyrau hirdymor yn argoeli'n dda o ran lleihau apwyntiadau ymgynghorol a nifer y cleifion a gaiff eu derbyn i'r ysbyty tra'n gwella mynediad a phrofiad i gleifion, er bod sail y dystiolaeth yn gymysg.⁷⁴ Er mai cyfyngedig fu llwyddiant profiadau o ddefnyddio teleiechyd yn Lloegr, bu ymdrechion i'w roi ar waith gan Weinyddiaeth Iechyd y Cyn-filwyr (VA) yn yr Unol Daleithiau yn gadarnhaol iawn, gan gyfrannu, yn ôl pob tebyg, at ostyngiad o chwarter o ran hyd arosiadau yn yr ysbyty a gostyngiad o un rhan o bump o ran nifer y bobl a gaiff eu derbyn i'r ysbyty. Roedd y gyfradd boddhad cleifion yn uchel hefyd.

Mae llwybr dementia a chynllun dementia lleol tair blynedd wrthi'n cael eu datblygu ar hyn o bryd yng Nghaerdydd a'r Fro, gan nodi'n glir pa ofal sy'n digwydd, ble a phryd. Mae'r rhain yn ategu elfen dementia'r rhaglen gwella ansawdd genedlaethol '1000 o Fywydau a Mwy', sy'n disgrifio pum targed clir ar gyfer gwella ansawdd bywyd a gofal i bobl sydd wedi cael diagnosis o

ddementia a'u gofalwyr.⁷⁵ Mae'r targedau fel a ganlyn: (i) gwella gwasanaethau asesu'r cof; (ii) gwella gofal ar wardiau cyffredinol ysbytai; (iii) gwella gofal cymunedol gan gynnwys cartrefi gofal; (iv) cynyddu cymorth i unigolion sy'n rhoi gofal; a (v) gwella ansawdd gofal yn unedau dementia'r GIG i gleifion mewnol. Er y dylid ei ganmol, ni ddylai'r ffocws hwn ar wella gofal pobl y mae ganddynt ddementia dynnu gormod o sylw oddi ar ymdrechion i wella gwasanaethau i atal y cyflwr yn y lle cyntaf.

5.4.5 Newidiadau posibl yn y dyfodol o ran dyrannu adnoddau

Ar hyn o bryd, caiff y rhan fwyaf o arian y GIG ar gyfer dementia ei wario ar bobl yn ystod y cyfnod yn union cyn i'r gofalwr gwreiddiol wynebu argyfwng neu yn union ar ôl yr adeg honno.

Byddai aildyrannu rhywfaint o'r arian hwn i wneud diagnosis cynharach a chefnogi a chynorthwyo gofalwyr yn gynharach yn ystod y salwch o fudd i'r gofalwr a'r claf, gan eu helpu i ddeall y salwch yn gynharach ac ymdopi'n well eu hunain â phroblemau wrth iddynt godi. Hefyd, byddai cynyddu'r gyfran a gaiff ei gwario ar atal yn lleihau nifer gyffredinol y bobl sy'n datblygu dementia, gan gynnig buddiannau tymor hwy nid yn unig i'r boblogaeth, ond gan hefyd leihau'r costau sy'n ofynnol gan y GIG a gweddill cymdeithas wrth reoli dementia.

Pwyntiau allweddol:

- Cyflwr lle ceir dirywiad na ellir ei wrthdroi yn y meddwl a'r cof (gweithrediad gwybyddol) yw dementia. Mae nifer o wahanol fathau o ddementia, ac mae gan bob un elfennau gwahanol. Er y gall dementia ddigwydd ar unrhyw oedran, daw'n gynyddol yn fwy cyffredin wrth i bobl fynd yn hŷn
- Mae tua 2,400 o bobl wedi'u cofnodi ar gofrestrau practisau meddygon teulu yng Nghaerdydd a'r Fro fel pobl sy'n byw gyda dementia, er y credir bod y ffigur yn uwch. Rhagwelir y bydd cyfanswm y bobl y mae ganddynt ddementia yn cynyddu'n sylweddol, o leiaf draean yn ystod y deng mlynedd nesaf
- Ar hyn o bryd, nid oes gennym ffigur manwl gywir ar gyfer gwariant y GIG ar ddementia
- Mae llawer o'r ffactorau sy'n ddefnyddiol wrth leihau'r risg o ddatblygu clefydau eraill megis clefyd cardiofasgwlaidd a diabetes o fudd hefyd wrth atal dementia
- Mae cefnogi pobl y mae ganddynt ddementia yn canolbwyntio ar gymorth cymdeithasol ac emosiynol iddynt hwy, eu gofalwr a'u teulu. Gall rhoi gwybodaeth a chymorth i ofalwyr ar sut i reoli ymddygiad heriol, ac ar y cyfleoedd a'r angen am wasanaethau cwnsela, cymorth a gofal seibiant, alluogi pobl y mae ganddynt ddementia i barhau i fyw gyda'u teuluoedd am gyfnod hwy, ac atal unigolion rhag cael eu derbyn yn ddiangen i'r ysbyty.
- Mae gan un o bob pedwar claf mewnol aciwt yn yr ysbyty ryw fath o ddementia erbyn hyn, ac felly dylai pawb yn y GIG, ar draws pob gwasanaeth, feddu ar wybodaeth dda am ddementia a deall sut i ymdopi â chlaf y mae'r cyflwr arno a'i reoli
- Tameidiog yw ansawdd ac argaeledd gofal lliniarol i bobl y mae ganddynt ddementia sy'n marw ac mae angen gwella hyn. Dylid annog ymdrechion i helpu unigolion a theuluoedd ddechrau cynllunio ar gyfer cyfnodau diweddarach y salwch
- Mae'r defnydd o 'deleiechyd' i helpu i fonitro a chefnogi unigolion y mae ganddynt ddementia a chyflyrau hirdymor yn addawol

6. Un droed yn y gorffennol: diffyg cynnydd parhaus

Mae'r adroddiad hwn yn amlygu nifer o feysydd lle y bu'r GIG yng Nghaerdydd a'r Fro, ynghyd â llawer o ardaloedd eraill, yn araf wrth esblygu ei wasanaethau mewn ymateb i dystiolaeth helaeth fod ein poblogaeth yn heneiddio a thros bwysau, ac yn wynebu nifer o wahanol fathau o salwch. Yn rhy aml, mae'r GIG yn aros i'r argyfwng nesaf ddigwydd cyn gweithredu. Mae'r dyfodol eisoes ar ein gwarthaf, ac mae angen gweithredu, dim ond er mwyn i ni allu darparu ar gyfer yr oes sydd ohoni.

Dylid cymryd y camau canlynol eleni i ymdrin â'r materion sy'n ein hwynebu eisoes. Trafodir camau gweithredu i'n symud o wasanaeth iechyd sydd ar ei hôl hi i un a all ragweld ac atal problemau iechyd rhag cynyddu yn y dyfodol, ym Mhennod ⁷.

- Rhaid newid y ffordd rydym yn darparu gofal i bobl i system o atal, rhagweld a rheoli risg ar sail tystiolaeth, a gwneud diagnosis a darparu triniaeth amserol. Bydd y costau a'r galwadau ar y GIG a gofal cymdeithasol yn parhau i gynyddu'n aruthrol oni lwyddir i 'ddiffodd y tap' o ran cynyddu ffactorau risg yn y boblogaeth. Mae llawer o'r ffactorau risg 'ffordd o fyw' hysbys, megis ymarfer corff, deiet, tybaco ac alcohol, yn effeithio ar amrywiaeth eang o wahanol clefydau, felly bydd goblygiadau cadarnhaol helaeth yn deillio o ymdrechion i fynd i'r afael â'r ffactorau hyn. Yn y pen draw, dylid ariannu buddsoddiad mewn atal a rheoli cynnar drwy leihau'r angen i reoli cymhlethdodau ac clefydau cam terfynol. Mae angen i bob rhan o'r GIG a sefydliadau partner gymryd camau pendant nawr
- Dylid trawsnewid addysg i gleifion a gweithwyr proffesiynol er mwyn adlewyrchu'r newidiadau yn y proffil clefydau a'r demograffi lleol. Yn arbennig, mae angen iddi ystyried y ffaith bod ein poblogaeth yn heneiddio ac yn gynyddol ordew, a bod clefydau lle roedd angen mewnbwn arbenigol bob amser bellach yn ddigon cyffredin fel y dylai pob gweithiwr proffesiynol wybod sut i ymdrin â hwy, o leiaf yn ystod eu camau cychwynnol. Mae hyn yn cynnwys staff meddygol a staff anfeddygol, yn fyfyrwyr ac yn weithwyr proffesiynol cymwysedig



- Rhaid i ni annog a chefnogi mwy o unigolion â chyflyrau hirdymor a'u gofaluwr i gymryd rhan weithgar yn y broses o reoli eu cyflwr eu hunain, yn hytrach na'u dadrymuso ar gam cynnar a'u gorfodi i ddibynnu ar y GIG am bob agwedd ar eu cyflwr. Er mwyn gwneud hyn, mae angen addysg wedi'i strwythuro a'i hariannu'n briodol, sy'n diwallu eu hanghenion
- Nid oes gan y GIG adnoddau di-ben-draw. Mae angen i ni feddwl yn ehangach am ein diffiniadau o bwy sy'n helpu i wella a chynnal iechyd - ni ddylid eu cyfyngu i weithwyr gwella iechyd proffesiynol yn unig, ond dylid defnyddio gweddill gweithlu'r GIG a gweithwyr proffesiynol o fewn sefydliadau partner. Gofynnwch i aelod o staff mewn archfarchnad sut i ddod o hyd i eitem, ac fe wnânt ddangos i chi - ni waeth beth fo teitl ei swydd. Dylai'r un peth fod yn wir am y GIG - ein busnes craidd yw iechyd felly dylai pawb 'ar lawr y siop' allu helpu i roi cyngor a chadw pobl yn iach. Mae hyn yn cynnwys meddygon, nyrsys, porthorion, radiograffwyr ac unrhyw un sy'n dod i gysylltiad rheolaidd â phobl.

Dylem hefyd fanteisio ar frwdfrydedd ymhlith ein partneriaid i helpu eu cleientiaid a'u ffrindiau, gan gynnwys sefydliadau'r trydydd sector, busnesau, awdurdodau lleol a chymunedau, drwy fentrau fel 'Making Every Contact Count'

- Rhaid i ni allu gwneud penderfyniadau hyddysg sy'n berthnasol ar y pryd ynghylch adnoddau'r GIG. Mae busnesau preifat yn dibynnu ar y math hwn o wybodaeth, ond fel sefydliad â throsiant o £1.2bn, nid ydym wedi llwyddo i feistrol'r hanfodion. Mae angen i ddata cyllid y GIG fod yn fwy cadarn a manwl er mwyn gallu deall patrymau gwariant presennol, eu heffaith ar ganlyniadau, ac effaith symud staff ac adnoddau ariannol mewn perthynas ag anghenion. Mae angen sicrhau bod datblygiadau fel trefniadau costio ar lefel y claf ar gael ar draws pob llwybr gofal ac y cânt eu defnyddio i lywio'r broses o ddatblygu llwybrau
- Mae angen i ni gysylltu gwahanol rannau o'r gwasanaethau a ddarperir gennym, er enghraifft, gofal yn y gymuned, gofal cymdeithasol a gofal aciwt mewn ysbytai ar gyfer dementia. Mae angen i arbenigwyr a meddygon teulu weithio'n agosach o fewn modelau gofal newydd ac arloesol, gan rannu eu gwybodaeth am gleifion a phrosesau rheoli cyflyrau, a rheoli cleifion gyda'i gilydd. Mae angen cynnwys cleifion a gofalwyr ymhob peth a wnawn
- Wrth lunio llwybrau gofal (sut rydym yn darparu gwasanaethau), rhaid i ni gynnwys ein cymunedau ac ystyried nid yn unig eu hanghenion, ond hefyd eu cryfderau (asedau)



7. Camu i'r dyfodol: sut y gallwn fod un cam ar y blaen

Ar ddechrau'r adroddiad hwn, yn adran 1.8, gwnaethom ofyn dau gwestiwn:

1. A ydym ar hyn o bryd yn dyrannu ac yn targedu ein hadnoddau yn effeithiol ac yn effeithlon, yn ôl angen, ac yn gwneud y gorau o'r hyn sydd gan gymunedau a sefydliadau partner i'w gynnig eisoes?
2. A ydym yn llwyddo i sicrhau'r cydbwysedd cywir rhwng atal a thrin?

Yr ateb, fel y gwelsom, yw 'nid eto' i'r ddau, ond os caiff yr argymhellion uchod eu rhoi ar waith, bydd hynny'n newid.

Gwnaethom ofyn a fyddai buddsoddiad ychwanegol mewn dulliau atal yn werth da am arian. O ran diabetes a dementia, yr ateb yw 'byddai'; ar gyfer cyflyrau eraill, mae'n debygol bod angen newid y pwyslais hefyd, ond dylid ystyried y sail dystiolaeth cyn gwneud penderfyniadau i ailddyrranu adnoddau.

Gwnaethom ofyn hefyd beth y dylem roi'r gorau i'w wneud er mwyn canolbwyntio ar atal. Yr ateb i'r cwestiwn yw hyn: os bydd gwaith atal yn llwyddiannus, bydd yn lleihau'r angen i drin salwch a'i gymhlethdodau - felly gellir buddsoddi'r arian a gaiff ei arbed yn y maes hwn i wneud gwaith atal pellach.

Mae angen i ni newid y ffordd y mae'r GIG a sefydliadau partner yn mynd ati i ystyried iechyd a lles, gan feddwl am broblemau yn y dyfodol yn hytrach nag aros iddynt ddigwydd. Unwaith y byddwn wedi llwyddo i ymdrin â phroblemau'r oes sydd ohoni 'y gellir eu trin', bydd angen i ni sicrhau ein bod un cam ar y blaen drwy'r amser o ran achosion o salwch a chlefyd sy'n dod i'r amlwg y gellir eu hatal.

- Mae angen i ni gynllunio nawr ar gyfer newidiadau sylweddol pellach o ran cyfansoddiad ein poblogaeth a'u proffil clefydau. Nid yw parhau i weithredu yn yr un modd yn ddigon da; mae'n debygol y bydd angen gwahanol fodelau gofal arnom er mwyn sicrhau bod gofal ar gael i bawb ond y caiff ei dargedu at y rheini sydd ei angen fwyaf. Gall llwybrau gynnwys gwasanaethau a gaiff eu darparu gan grŵp ehangach o weithwyr proffesiynol, gan gynnwys gweithwyr proffesiynol o sefydliadau partner a'r trydydd sector

- Mae angen i glinigwyr gymryd mwy o ran wrth arwain a goruchwyllo'r llwybrau gofal cyfan ar gyfer y cyflyrau y maent yn arbenigo ynddynt, y cyfeiriwyd ato'n ddiweddar fel 'meddyginiaeth y boblogaeth'.⁷⁶ Yn hytrach nag aros i bobl gael eu hatgyfeirio atynt a chyflyrau arnynt sy'n rhan o'u harbenigedd, dylent hefyd fod yn cyfrannu at y broses o atal, gwneud diagnosis cynnar a rheoli ffactorau risg ar gyfer y cyflyrau hyn, er mwyn helpu cleifion i aros yn iachach am gyfnod hwy. Gellid gwneud hyn yn rhannol drwy weithio'n agosach â chydweithwyr ym maes gofal sylfaenol a gofal yn y gymuned
- Mae'n debygol y gellid cymhwyso'r 'modelau gofal' posibl a gyflwynwyd yma ar gyfer diabetes a dementia, a'r gwersi a ddysgir o'r broses o'u cymhwyso, i clefydau cronig eraill. Bydd clefydau cronig yn dod yn fwy cyffredin byth wrth i ddisgwyliad oes barhau i gynyddu, felly mae angen i ni weithredu nawr er mwyn lleihau'r galw eithriadol ar wasanaethau yn y dyfodol
- Argymhellir y dylid rhoi dull 'comisiynu' a chynllunio integredig ar waith er mwyn helpu i dynnu hyn oll ynghyd, gan roi gwell dealltwriaeth i ni o effaith ein gwasanaethau o gymharu â'u cost - h.y. eu gwerth. Gallwn ddefnyddio'r wybodaeth hon i wneud penderfyniadau cadarn am ddyrranu gwariant
- Mae angen arweinyddiaeth gref ar draws y GIG a'i bartneriaid yn lleol er mwyn sicrhau y caiff iechyd hirdymor y boblogaeth leol flaenoriaeth, ac na chaiff ei roi yn y fantol er mwyn sicrhau budd gwleidyddol neu ariannol byrdymor
Byddwn yn cyflwyno adroddiad ar gynnydd yn erbyn yr argymhellion hyn yn yr adroddiad nesaf.



⁷⁶ 'Comisiynu' yw'r ffordd y caiff systemau iechyd eu cynllunio, eu gweithredu, eu monitro a'u gwerthuso, er mwyn diwallu anghenion y boblogaeth

Atodiad 1. Demograffeg Caerdydd a'r Fro

1. Newid yn y boblogaeth

(i) Newid hanesyddol yn y boblogaeth

Tabl A1. Poblogaeth Caerdydd a'r Fro yn ôl grŵp oedran bras, 2001 i 2012. Ffynhonnell: StatsWales (2013).⁷⁷

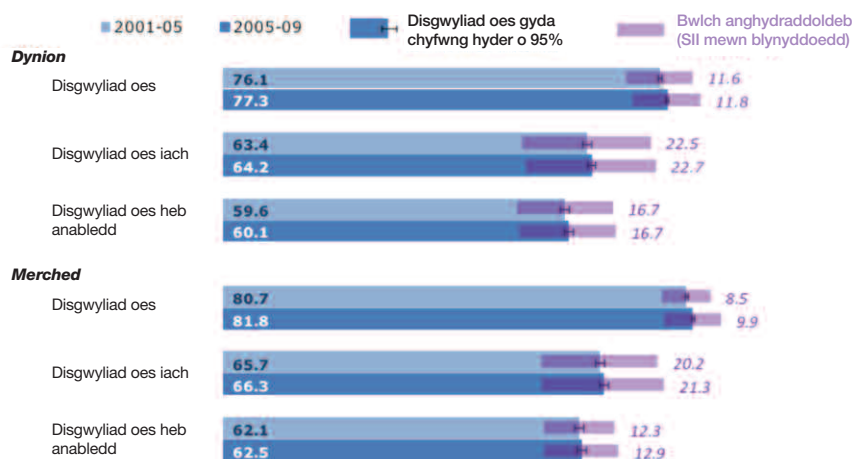
Ardal	Grŵp oedran	Blwyddyn											
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Caerdydd	0-15	63,276	62,166	61,028	60,289	59,909	60,135	60,497	60,786	61,356	62,071	63,074	63,881
	16-64	201,736	205,015	207,751	212,564	216,986	219,589	223,577	227,599	231,518	234,020	236,627	237,611
	65-84	39,837	39,644	39,462	39,152	38,785	38,285	38,018	38,097	38,248	38,487	38,815	39,966
	85+	5,239	5,196	5,005	5,094	5,321	5,757	6,104	6,308	6,534	6,824	6,926	7,035
	Pob Oedran	310,088	312,021	313,246	317,099	321,001	323,766	328,196	332,790	337,656	341,402	345,442	348,493
Bro Morgannwg	0-15	25,562	25,460	25,259	25,087	24,822	24,577	24,437	24,381	24,141	24,000	23,776	23,814
	16-64	73,669	74,583	75,320	76,350	77,060	77,875	78,744	79,329	79,620	79,629	79,677	78,800
	65-84	17,617	17,769	18,005	18,270	18,487	18,535	18,750	19,071	19,427	19,733	20,033	20,937
	85+	2,429	2,467	2,396	2,394	2,508	2,655	2,801	2,932	2,974	3,073	3,193	3,280
	Pob Oedran	119,277	120,279	120,980	122,101	122,877	123,642	124,732	125,713	126,162	126,435	126,679	126,831
Caerdydd a'r Fro	0-15	88,838	87,626	86,287	85,376	84,731	84,712	84,934	85,167	85,497	86,071	86,850	87,695
	16-64	275,405	279,598	283,071	288,914	294,046	297,464	302,321	306,928	311,138	313,649	316,304	316,411
	65-84	57,454	57,413	57,467	57,422	57,272	56,820	56,768	57,168	57,675	58,220	58,848	60,903
	85+	7,668	7,663	7,401	7,488	7,829	8,412	8,905	9,240	9,508	9,897	10,119	10,315
	Pob Oedran	429,365	432,300	434,226	439,200	443,878	447,408	452,928	458,503	463,818	467,837	472,121	475,324

(ii) Newid a ragwelir yn y boblogaeth

Tabl A2. Rhagamcanion o'r boblogaeth ar gyfer Caerdydd a'r Fro yn ôl grŵp oedran bras, 2015 i 2035. Ffynhonnell: StatsWales (2013).⁷⁷

Ardal	Grŵp oedran	Blwyddyn				
		2015	2020	2025	2030	2035
Caerdydd	0-15	66,568	73,795	78,842	81,679	83,450
	16-64	246,097	256,562	268,336	280,731	295,072
	65-84	42,250	46,164	51,450	57,909	61,571
	85+	7,427	8,326	9,495	11,016	13,957
	Pob Oedran	362,339	384,849	408,123	431,334	454,051
Bro Morgannwg	0-15	23,459	23,839	23,430	22,783	22,031
	16-64	78,909	77,725	76,633	74,909	73,653
	65-84	22,548	24,890	27,116	29,219	29,812
	85+	3,583	4,150	5,085	6,413	8,222
	Pob Oedran	128,499	130,605	132,264	133,322	133,718
Caerdydd a'r Fro	0-15	90,027	97,634	102,272	104,462	105,481
	16-64	325,006	334,287	344,969	355,640	368,725
	65-84	64,798	71,054	78,566	87,128	91,383
	85+	11,010	12,476	14,580	17,429	22,179
	Pob Oedran	490,838	515,454	540,387	564,656	587,769

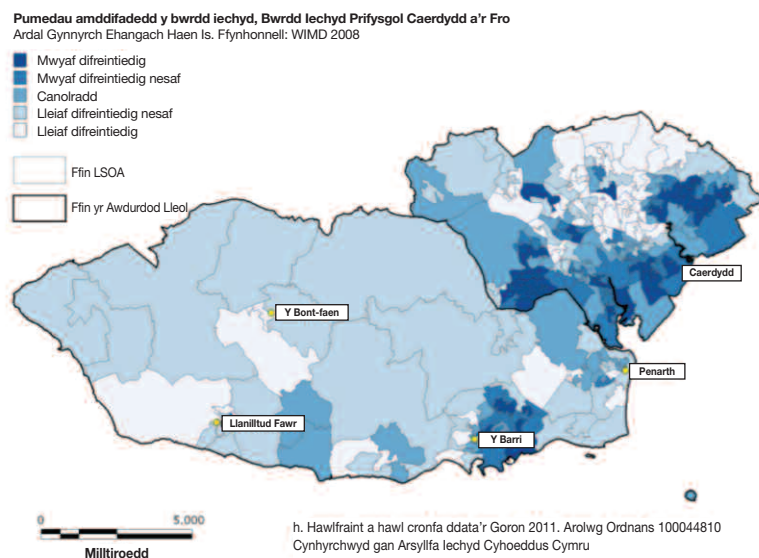
2. Disgwyliad oes

Ffigur A1. Disgwyliad oes mewn blynyddoedd, yng Nghaerdydd a'r Fro. Ffynhonnell: Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru (2011).¹**Allwedd:**

SII, Mynegai Goleddol o Anghydraddoldeb. Mae'r Mynegai Goleddol o Anghydraddoldeb (SII) yn mesur y bwlch absoliwt o ran blynyddoedd disgwyliad oes rhwng y mwyaf a'r lleiaf difreintiedig, gan ystyried y patrwm ar draws pob pumed amddifadedd o fewn yr Awdurdod Lleol

3. Ardaloedd o amddifadedd

Ffigur A2. Ardaloedd o amddifadedd yng Nghaerdydd a'r Fro, yn seiliedig ar Fynegai Amddifadedd Lluosog Cymru (WIMD) 2008. Ffynhonnell: Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru (2011).¹



4. Nodweddion ffordd o fyw ymhlith oedolion

Tabl A3. Canran yr oedolion â nodweddion ffordd o fyw penodol, Caerdydd a'r Fro, 2010-2011. Ffynhonnell: Arolwg Iechyd Cymru (2012).²⁷

Nodwedd ffordd o fyw	Ardal		
	Caerdydd	Y Fro	Cymru
Ysmygwr	21	21	23
Oedolion nad ydynt yn ysmygu a gaiff eu hamlygu'n rheolaidd i fwg goddefol dan do	19	17	21
Yfed alcohol: uwchlaw'r canllawiau	45	46	44
Yfed alcohol: goryfed mewn pyliau	28	28	27
Bwyta ffrwythau a llysiau: yn bodloni'r canllawiau	35	32	34
Gwneud ymarfer corff neu weithgarwch corfforol: yn bodloni'r canllawiau	25	29	30
Dros bwysau neu ordew	53	56	57
Gordew	20	22	22

5. Baich clefydau ar draws clystyrau meddygon teulu

Tabl A4. Canran y cleifion yn ôl oed safonedig ar gofrestrau dethol ar gyfer cyflyrau cronig, Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro, 2012, er mwyn dynodi baich cymharol clefydau a gofnodwyd ledled clystyrau meddygon teulu ar ôl ystyried oedran. Ffynhonnell: Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru (2013).⁷⁸

Cyflwr cronig							
Ardal	Asthma	Gorbwysedd	CHD	COPD	Diabetes	Epilepsi	Methiant y galon
Dwyrain Caerdydd	6.7	12.2	2.8	1.6	4.3	0.7	0.6
Gogledd Caerdydd	6.5	10.4	2.2	0.9	3.2	0.5	0.6
De Dwyrain Caerdydd	5.7	11.3	2.6	1.7	4.3	0.6	0.6
De Orllewin Caerdydd	7.2	11.4	2.6	1.6	4.4	0.6	0.5
Gorllewin Caerdydd	6.6	9.8	2.2	1.0	3.2	0.5	0.5
Canol y Fro	7.1	12.3	2.7	1.4	4.2	0.7	0.5
Dinas a De Caerdydd	6.0	11.8	2.6	1.5	5.8	0.6	0.6
Dwyrain y Fro	6.2	9.6	2.2	0.9	3.3	0.5	0.4
Gorllewin y Fro	6.1	9.6	2.2	0.9	3.0	0.5	0.7
Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro	6.4	10.9	2.4	1.2	3.8	0.6	0.5
Cymru	6.4	11.1	2.6	1.4	3.9	0.7	0.6

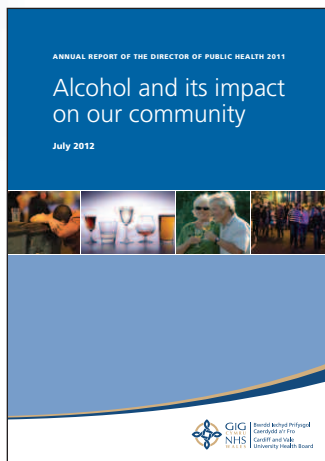
Allwedd:

COPD, clefyd rhwystrol cronig yr ysgyfaint; CHD, clefyd coronaidd y galon

Noder:

Mae naw 'clwstwr' o bractisau meddygon teulu ledled Caerdydd a'r Fro, gyda chwech yng Nghaerdydd a thri yn y Fro: Dwyrain Caerdydd, Gogledd Caerdydd, De Caerdydd, De Orllewin Caerdydd, Gorllewin Caerdydd, Dinas a De Caerdydd; a Dwyrain y Fro, Canol y Fro a Gorllewin y Fro.

Atodiad 2. Y wybodaeth ddiweddaraf am gynydd ers adroddiad 2011



Cyflwyniad

Roedd Adroddiad Blynnyddol Cyfarwyddwr Iechyd y Cyhoedd 2011 yn canolbwyntio ar effaith alcohol ar iechyd ein cymuned. Rhoddodd drosolwg o effaith camddefnyddio alcohol ar iechyd poblogaeth Caerdydd a Bro Morgannwg a'i effeithiau ehangach. Amlygodd yr amrywiaeth o gamau gweithredu sydd eu hangen gan lywodraeth leol a chenedlaethol, yr Heddlu, Bwrdd Iechyd y Brifysgol, y trydydd sector a phartneriaid eraill i fynd i'r afael â'r mathau hyn o niwed.

Ystyriodd pob pennod o'r Adroddiad ran wahanol o'r dull gweithredu cyffredinol mewn perthynas â lleihau lefelau niweidiol o yfed alcohol a'i effeithiau ehangach ar y gymuned a nododd gyfres o negeseuon allweddol. Mae'r bennod hon yn amlygu rhai o'r camau gweithredu allweddol a gyflawnwyd ers cyhoeddi'r Adroddiad.

Cynnydd

Argaeledd alcohol a'r defnydd ohono

Gwneud alcohol yn llai fforddiadwy/rheoli sut y gellir cael gafael ar alcohol yn hawdd

Tynnodd yr Adroddiad Blynnyddol sylw at y ffaith bod camau i wneud alcohol yn llai fforddiadwy, a rheoli'r modd y gellir cael gafael ar alcohol yn hawdd (gorfodi trwyddedu), yn dylanwadu'n gryf ar batrwm poblogaeth o ran yfed alcohol.

Ymgynghorodd y Swyddfa Gartref ar Strategaeth Alcohol Llywodraeth y DU o fis Tachwedd 2012 hyd at fis Chwefror 2013, gan gynnwys y posibilrwydd y gellid cyflwyno isafswm pris uned

(MUP) ar gyfer alcohol. Ymatebodd Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro i'r ymgynghoriad, gan nodi y byddai o blaid MUP o 50c. Erys Llywodraeth Cymru yn ymrwymedig i isafswm pris o 50c yng Nghymru, ac mae wedi galw ar Lywodraeth y DU naill ai i roi hyn ar waith ledled Cymru a Lloegr neu i ddatganoli'r pwerau angenrheidiol i Gymru. Mae'r Alban eisoes wedi pasio deddfwriaeth i gyflwyno MUP o 50c, ond mae hyn yn cael ei herio yn llysoedd yr Alban ar hyn o bryd.

Ar lefel y DU, mae pryder na fydd y llywodraeth bellach yn cyflwyno MUP i Gymru a Lloegr. Er bod cyllideb Mawrth 2013 yn cynnwys yr angen i roi'r gorau i ddisgowntiau mawr ar alcohol rhad gan fanwerthwyr, nid oedd unrhyw sôn am gyflwyno MUP. Mae llywodraeth y DU wedi datgan ei bod yn dal i ystyried ymatebion i'r ymgynghoriad ar y strategaeth.

O ran gorfodi trwyddedu, mae Cyngor Caerdydd a Chyngor Bro Morgannwg wedi rhoi'r newidiadau gofynnol a ddeilliodd o Ddeddf Diwygio'r Heddlu a Chyfrifoldeb Cymdeithasol ar waith.

Cynhaliodd Swyddogion Gorfodi Trwyddedu Cyngor Caerdydd arolygiadau rheolaidd o tua 450 o safleoedd trwyddedig yn 2012/13. Yn ystod yr un cyfnod, ymchwiliodd Swyddogion i 126 o gwynion a oedd yn ymwneud â safleoedd trwyddedig. Mae nifer y cwynion o'r fath wedi bod yn lleihau ers sawl blwyddyn, er enghraifft, gostyngodd ffigur 2012/13 17% o gymharu â 2011/12, a chafwyd gostyngiad o 48% o gymharu â 2010/11. Mae'n bosibl y gellir priodoli'r gostyngiad hwn i ymweliadau gorfodi parhaus a gwell ymwybyddiaeth o ofnyion deddfwriaethol.

Ym Mro Morgannwg, cwblhawyd 77 o arolygiadau rheolaidd o safleoedd trwyddedig yn ystod yr un cyfnod ac ymchwiliwyd i 539 o geisiadau gwasanaeth.

Fel 'awdurdod cyfrifol' newydd, mae Bwrdd Iechyd y Brifysgol wedi rhoi proses ar waith ar gyfer ystyried ceisiadau am drwyddedau a geir gan yr awdurdod trwyddedu, gan gynnwys llythyrau ymateb safonol yn dilyn canllawiau Awdurdodau Llywodraeth Leol. Mae'r ffordd orau i Fyrdau Iechyd ddylanwadu'n gadarnhaol ar benderfyniadau trwyddedu er mwyn gwella iechyd y boblogaeth yn cael ei hystyried ar lefel leol ac ar lefel genedlaethol.

Cyfyngiadau oedran ac alcohol

Mae Tîm Safonau Masnach Cyngor Caerdydd wedi cynnal rhaglen barhaus o bryniannau prawf o fis Ebrill 2012, gan gynnal dros 100 o bryniannau prawf, gyda phump o'r pryniannau prawf hyn yn methu. Mae hyn yn cynrychioli gostyngiad yng nghanran y gyfradd fethu o fis Ebrill 2011.

Yn ogystal, mae Heddlu De Cymru wedi arwain ymgyrch pryniannau prawf ar y cyd yn ddiweddar gyda Chyngor Caerdydd mewn perthynas â phryniannau alcohol prawf ar-lein a thros y ffôn a dosbarthu i'r cartref. Gwnaed naw pryniant prawf ar-lein ac yn dilyn hynny, dosbarthwyd pedwar gwerthiant i wirfoddolwyr dan oed. Gwnaed cynnig ar ddwy archeb dros y ffôn ond nododd y manwerthwr adeg trefnu'r archeb y byddai angen dangos cerdyn adnabod adeg dosbarthu. Mewn perthynas â'r maes hwn nas profwyd yn flaenorol, cynhaliwyd cyfarfodydd dilynol gyda'r busnesau a fethodd er mwyn adolygu eu polisïau gwerthu a thrafod y mesurau diwydrwydd dyladwy a oedd ar waith. Rhagwelir y gwneir pryniannau prawf tebyg pellach yn 2013-14.

Cynhaliodd Gwasanaeth Safonau Masnach Cyngor Bro Morgannwg hefyd raglen o bryniannau prawf yn ystod 2012/13 mewn cydweithrediad â Heddlu De Cymru. Cynhaliwyd 100 o ymweliadau pryniannau prawf. Canran y gyfradd fethu ar gyfer 2012-2013 yw 3.5% sy'n dangos gwelliant o gymharu â'r flwyddyn flaenorol (14%). O ganlyniad i bresenoldeb proffil uchel parhaus y Gwasanaeth Safonau Masnach a Heddlu De Cymru wrth gynnal yr archwiliadau hyn, mae'r lefelau troseddu yn isel iawn. Mae'r ddau dîm yn rhoi cyngor ac arweiniad i fusnesau sy'n gwerthu alcohol. Er bod cyfradd fethu pryniannau prawf yn isel, mae angen gwella systemau llawer o fusnesau a nodwyd bod angen hyfforddiant pellach.

Cynhaliwyd nifer o ymgyrchoedd dirprwyol hefyd ym Mro Morgannwg yn ystod y cyfnod hwn. Rhoddwyd blaenoriaeth i ardaloedd yn seiliedig ar gyflwyniadau gwybodaeth i'r Gwasanaeth Safonau Masnach neu Heddlu De Cymru. Defnyddiwyd canlyniadau Arolwg Camddefnyddio Sylweddau'r Gwasanaeth Ieuencid hefyd i lywio'r gwaith hwn.

Mae'r ddau Gyngor wedi darparu gwybodaeth am newidiadau i'r Ddeddf Drwyddedu i'r fasnach drwyddedu drwy amrywiaeth o lwybrau, er enghraifft, y Fforwm i Drwyddedeion yng Nghaerdydd.

Datblygu economi gyda'r nos ddiogel a chynaliadwy

Mae amrywiaeth o gamau gweithredu yn parhau i gael eu rhoi ar waith yng Nghaerdydd a Bro Morgannwg i reoli a lleihau'r niwed posibl sy'n gysylltiedig ag alcohol yn yr economi gyda'r nos. Mae'r hyn a gyflawnwyd yn erbyn argymhellion penodol gan Bwyllgor yr Economi a Chraffu ar Ddiwylliant Cyngor Caerdydd ar yr economi gyda'r nos, a broffiliwyd yn adroddiad Cyfarwyddwr Iechyd y Cyhoedd, yn cynnwys:

- Rheolaeth strategol (A1): mae strategaeth Economi Gyda'r Nos wrthi'n cael ei datblygu mewn cydweithrediad â ffordd o gategoreiddio gweithgareddau i flaenoriaethu ble y caiff adnoddau eu targedu, a fydd yn darparu llwyfan ar gyfer gwelliant parhaus. Cyflogwyd Cydgysylltydd Gyda'r Nos ar gyfer Canol y Ddinas a'r Bae er mwyn cydgysylltu'r broses o ddatblygu'r strategaeth a'i rhoi ar waith
- Trwyddedu: Caiff polisi dirlawnder safleoedd trwyddedig Caerdydd ei adolygu bob blwyddyn er mwyn sicrhau ei fod yn addas at y diben mewn perthynas ag anghenion y ddinas
- Iechyd (A8): er mwyn helpu i sicrhau gwelliant parhaus o ran arferion manwerthu mwy diogel, mae gwaith newydd wedi cynnwys cyflwyno 'Thirsty Class', sef cynllun gwobrau i safleoedd trwyddedig (Gwobr Safleoedd Trwyddedig Hwyrnos Caerdydd ar gyfer Diogelwch) gan Gyngor Caerdydd a phartneriaid. Bydd y cynllun hwn yn gwella'r system goleuadau traffig er mwyn sicrhau gwasanaeth ehangach a sicrhau bod partneriaid yn cymryd rhan yn y gwaith o wella ansawdd yr economi hwyrnos. Er mwyn hwyluso cysylltiadau'r economi gyda'r nos, mae Caerdydd hefyd wedi cyflwyno'r system gyfathrebu tetra ddigidol fasnachol gyntaf yn Ewrop ar gyfer sicrhau diogelwch y cyhoedd i'r gymuned fusnes
- Gwella ansawdd ac amrywiaeth (A14): ymhlith y camau gweithredu, cynhaliwyd adolygiad o drwyddedau caffi er mwyn annog gwell perfformiad busnes 'yn seiliedig ar fwyd' yn hytrach nag 'yn seiliedig ar ddiod', a chwblhawyd gwaith ymchwil a gwaith dadansoddi data cymharol mewn perthynas â dichonoldeb caniatáu i fanwerthwyr heb eu trwyddedu fasnachu'n hwyrach

Drwy Fforwm Economi Gyda'r Nos Cymru Gyfan, cyfrannodd Caerdydd, gydag eraill, at y broses o ddatblygu'r Canllaw Diwydrwydd Dyladwy sy'n darparu llinell sylfaen o waith sy'n mynd rhagddo yng Nghymru, yn hysbysu Partneriaethau Diogelwch Cymunedol am gynlluniau cyflenwi ac yn nodi unrhyw fylchau.

Nid yw'r naill Gyngor na'r llall wedi ystyried mesurau dewisol a gyflwynwyd drwy Ddeddf Diwygio'r Heddlu a Chyfrifoldeb Cymdeithasol, megis Ardoll yr Hwyrnos a'r Gorchmynion Cyfyngiadau Bore Cynnar eto.

Lleihau niwed

Canolbwyntiodd yr Adroddiad Blynnyddol ar amrywiaeth o ddulliau effeithiol ar gyfer lleihau niwed, sy'n anelu at gyfyngu'r niwed a'r difrod a achosir gan alcohol i unigolion ac i gymdeithas. Trafodwyd rôl sgrinio ac ymyriadau cryno, lleihau niwed o fewn yr economi gyda'r nos, terfynau yfed a gyrru, polisïau alcohol yn y gweithle, ac addysg iechyd a datblygiad sgiliau i blant a phobl ifanc.

Sgrinio ac ymyriadau cryno

Rhwng mis Ebrill 2012 a mis Mawrth 2013, cyflwynwyd cyfanswm o 31 o gyrsiau hyfforddiant Ymyriadau Cryno ym maes Alcohol yng Nghaerdydd a Bro Morgannwg, a hyfforddwyd 442 o aelodau o staff. Roedd y rhain yn cynnwys amrywiaeth o staff sector cyhoeddus megis Nyrsys Ysgol, Nyrsys Ardal, Therapyddion Galwedigaethol a Gweithwyr Ieuenctid, yn ogystal â staff cymdeithasau tai a staff trydydd sector o sefydliadau megis Llamau, Cymorth Hafod a NewLink Wales. Comisiynwyd hyfforddwr Ymyriadau Cryno ym maes Alcohol gan y Bwrdd Cynllunio Ardal ar gyfer Camddefnyddio Sylweddau i ddarparu hyfforddiant yng Nghaerdydd a'r Fro o fis Ionawr 2013.

O ran cofnodi a monitro, mae tîm alcohol cenedlaethol lechyd Cyhoeddus Cymru wedi datblygu system ar gyfer monitro nifer yr hyfforddeion sy'n cyflwyno Ymyriadau Cryno ym maes Alcohol yn ystod y flwyddyn ar ôl iddynt gael hyfforddiant. Mae tua 65% o'r rheini sydd wedi'u hyfforddi yn y maes ledled Cymru yn rhoi'r ymyriadau ar waith, gan roi 3-5 o ymyriadau ar waith bob mis ar gyfartaledd. Dengys

Blwch A1 Defnydd ymarferol o Ymyriadau Cryno ym maes Alcohol

Mae Gweithwyr Ieuenctid ar y Stryd o Wasanaeth Ieuenctid Cyngor Caerdydd yn defnyddio eu gwybodaeth a'u sgiliau o'r hyfforddiant Ymyriadau Cryno ym maes Alcohol yn llwyddiannus i ymgysylltu â phobl ifanc am risgiau defnyddio alcohol a goryfed mewn pyliau.

Yn ystod y mis diwethaf, mae gweithwyr wedi rhoi Ymyriadau Cryno ym maes Alcohol ar waith gyda mwy nag 20 o bobl ifanc sy'n cymysgu ac yn cymdeithasu ar strydoedd, parciau ac ardaloedd siopa Pentwyn. Rhoddodd gweithwyr ieuenctid Ymyriadau Cryno ym maes Alcohol ar waith gyda phobl ifanc sy'n dod i ganol y ddinas ar benwythnosau hefyd fel rhan o'r Prosiect StaySafe.

Noda Stephen McCambridge, Swyddog Addysg Gymunedol gyda Gwasanaeth Ieuenctid Cyngor Caerdydd (Tîm ar y Strydoedd) fod Ymyriadau Cryno ym maes Alcohol wedi helpu gweithwyr i dargedu pobl ifanc a all fod mewn perygl o ganlyniad i gamddefnyddio alcohol ac i gynnig gwybodaeth ac arweiniad cywir yn ogystal â chymorth ac atgyfeiriad at wasanaeth penodol os bydd angen. Bu'r dull yn werthfawr o ran helpu pobl ifanc i wneud dewisiadau hyddysg am eu defnydd o alcohol. Mae'r Gwasanaeth yn bwriadu parhau i helpu staff i gael hyfforddiant i roi Ymyriadau Cryno ym maes Alcohol ar waith.



amcangyfrifon fod tua 38 o bobl bob mis yng Nghaerdydd a Bro Morgannwg yn symud o lefelau yfed niweidiol tuag at lefelau yfed synhwyrol. Mae gwaith ymchwil yn mynd rhagddo i asesu ffactorau proffesiynol sy'n rhwystro ac yn hwyluso'r broses o roi Ymyriadau Cryno ym maes Alcohol ar waith.

Camau gweithredu i leihau niwed i unigolion sy'n yfed yn ormodol yn economi gyda'r nos Caerdydd

Sefydlwyd y Ganolfan Trin Alcohol (ATC) ym mis Medi 2012 gyda'r nod o liniaru'r pwysau ar y gwasanaeth ambiwlans a'r Uned Achosion Brys o ganlyniad i'r nifer gynyddol o achosion sy'n gysylltiedig ag alcohol.

Mae'r gwasanaeth wedi gweld 100 o unigolion bob mis ar gyfartaledd, a dim ond 10% o'r rheini yr oedd angen eu hanfon ymlaen i'r Uned Achosion Brys. Mae gwerthusiad gan Brifysgol Caerdydd wedi dangos gwelliannau amlwg yn amgylchedd yr Uned Achosion Brys yn ystod sifftiau nos ar y penwythnos, llai o amser yn cael ei dreulio gan swyddogion yr heddlu yn yr Uned Achosion Brys a gostyngiad o ran amseroedd trosglwyddo ambiwlansys ar nos Wener a nos Sadwrn.

Mae ffilmio ac ailchwarae defnyddwyr gwasanaethau bellach yn digwydd yn rheolaidd, ac mae'n dechrau cael effaith ar ganfyddiadau pobl o'u hymddygiad pan fyddant dan ddylanwad alcohol. Mae proses ar gyfer atgyfeirio unigolion fel y gallant gael cyngor ar gamddefnyddio sylweddau yn cael ei datblygu ar hyn o bryd.

Mae'r gwasanaeth bellach wedi llwyddo i sicrhau arian parhad am dair blynedd drwy gronfa cydweithredu rhanbarthol newydd Llywodraeth Cymru.

Fel rhan o gynllun StaySafe Caerdydd, sy'n galluogi'r heddlu i helpu pobl ifanc agored i niwed allan ar y strydoedd tan oriau mân y bore drwy eu hebrwng i fan diogel, hyfforddwyd 26 o aelodau o staff i roi Ymyriadau Cryno ym maes Alcohol ar waith. Rhwng mis Ebrill 2012 a mis Mawrth 2013, gweithiodd y cynllun gyda 4,800 o bobl ifanc, gan hebrwng 81 ohonynt i fan diogel.

Cynhaliwyd peilot o'r cynllun hefyd ym Mro Morgannwg gyda thair menter StaySafe yn cael eu rhoi ar waith ar Noson Calan Gaeaf, Noson Tân Gwylt a Dydd Gwener Du, lle yr ymgysylltwyd â 1,079 o bobl ifanc ar y strydoedd a hebryngwyd pum person ifanc i fan diogel mewn perthynas â digwyddiadau yn ymwneud ag alcohol. Atgyfeiriwyd pob person ifanc at wasanaethau Haen 2.

Yfed a gyrru

Pwysleisiodd yr Adroddiad Blynyddol effeithiolrwydd terfynau yfed a gyrru cyfreithiol wrth leihau nifer y marwolaethau a nifer yr anafiadau difrifol o ganlyniad i yfed a gyrru ym Mhrydain Fawr. Mae hyn yn arbennig o wir pan gânt eu cyfuno â chamau gorfodi trwyadl. Ers lleihau'r terfyn alcohol yn y gwaed yng Ngweriniaeth Iwerddon i 50mg fesul 100ml o waed yn 2011, mae'r DU bellach yn un o'r ychydig

wledydd yn Ewrop sy'n parhau i gydymffurfio â'r terfyn o 80mg.

Mae Llywodraeth Cymru wedi galw am leihau'r terfyn yfed a gyrru, ac yn ei chyflwyniad i Gomisiwn Silk ym mis Chwefror 2013, galwodd am i'r pwerau i bennu terfynau yfed a gyrru gael eu datganoli er mwyn gallu gwneud diwygiadau i wella diogelwch ar y ffyrdd yng Nghymru. Mae cynllun gweithredu alcohol Caerdydd a'r Fro yn cynnwys yr angen i lobïo ar faterion allweddol yn ymwneud ag alcohol, megis yfed a gyrru.

Yn 2012, cafodd Ogwr D.A.S.H., sy'n darparu cyrsiau adsefydlu ar ôl yfed a gyrru, 362 o atgyfeiriadau gan Lysoedd Caerdydd a'r Fro am droseddau yn ymwneud ag yfed a gyrru. O'r rhain, cwblhaodd 233 o unigolion y cwrs yn llwyddiannus.

Polisiau alcohol yn y gweithle

Mae polisiau alcohol yn y gweithle yn parhau i chwarae rhan bwysig wrth helpu cyflogeion y mae ganddynt broblemau sy'n gysylltiedig â chamddefnyddio alcohol. Datblygodd Tîm Iechyd y Cyhoedd Caerdydd a'r Fro, gan weithio gyda tîm Cymru Iach ar Waith Iechyd Cyhoeddus Cymru, becyn adnoddau ymwybyddiaeth o alcohol a ddosbarthwyd i 61 o gyflogwyr yn ystod mis Tachwedd 2012. Fe'i datblygwyd er mwyn ategu neges allweddol yr ymgyrch ymwybyddiaeth o alcohol y cyfeirir ati mewn adran ddiweddarach. Gwnaed defnydd da o'r pecyn ac roedd y cyflogwyr a gymerodd ran yn ei werthfawrogi'n fawr.

Mae tîm Cymru Iach ar Waith wedi gweithio'n agos â chyflogwyr i gyflawni lefel aur y Safon Iechyd Corfforaethol (CHS), sy'n cynnwys y gofyniad am bolisi alcohol ac sy'n dynodi y dylid gwahardd alcohol drwy gydol y diwrnod gwaith. Ar hyn o bryd, mae chwe chyflogwr yn ardal Caerdydd a'r Fro wedi cyflawni lefel aur y wobr CHS. Mae Iechyd Cyhoeddus Cymru ac Alcohol Concern hefyd yn ystyried sut y gallent gydweithio ar fentrau yn y gweithle.

Ail-lansiwyd Rhwydwaith Cyflogwyr Caerdydd a'r Fro ym mis Chwefror 2013. Bwriedir cynnal fforwm alcohol yn ystod 2013-14. Mae'r Rhwydwaith hefyd yn annog cyflogwyr i roi canllawiau ar waith ac i godi ymwybyddiaeth o'r hyfforddiant Ymyriadau Cryno ym maes Alcohol.

Rhaglenni addysg iechyd a datblygu sgiliau personol i blant a phobl ifanc

Mae 100% (20/20) o ysgolion uwchradd, ysgolion arbennig, Unedau Cyfeirio Disgyblion a Cholegau yng Nghaerdydd bellach yn gweithio gyda'r Gwasanaeth Addysg a Chyngor ar Gamddefnyddio Sylweddau (SMEAS), sy'n rhoi cymorth i ysgolion mewn perthynas â datblygu polisïau camddefnyddio sylweddau, rhaglenni addysg, adnoddau a chymorth i bobl ifanc a'r gymuned ysgolion ehangach. Mae 14 o ysgolion cynradd yng Nghaerdydd yn treialu fersiwn peilot o'r pecyn adnoddau 'Atal Camddefnyddio Sylweddau yn yr Ysgol Gynradd' gyda'r bwriad o ddosbarthu fersiwn terfynol ddechrau 2014.

Mae gwasanaethau SMEAS a SMEAS Uwch bellach wedi ehangu eu cyrhaeddiad i gynnwys Bro Morgannwg. Bydd y ddau wasanaeth yn dod yn rhan o becyn Gwasanaethau Camddefnyddio Sylweddau Cyffredinol llawer ehangach o fis Medi 2013.

O ran gwaith mewn prifysgolion, dangosodd astudiaeth beilot yn ystyried effaith ymgyrch normau cymdeithasol alcohol ar fyfyrwyr mewn pedair prifysgol yng Nghymru bod gostyngiad o ran normau yfed canfyddedig myfyrwyr a welodd yr ymgyrch o gymharu â'r rheini na wnaethant. Fodd bynnag, ni chafodd yr ymgyrch unrhyw effaith ar lefelau yfed alcohol. Casgliad DECIPHer, sef cydweithrediad academiaidd ym maes iechyd y cyhoedd, oedd nad oedd y canfyddiadau yn gwarantu gwerthusiad terfynol. Felly nid oes unrhyw fwriad ar hyn o bryd i gynnal ymgyrch normau cymdeithasol gyda phrifysgolion lleol.

Mae'r Tîm Iechyd y Cyhoedd wrthi ar hyn o bryd yn ystyried cyfleoedd i gymryd rhan yn y gwaith o ddatblygu Rhwydwaith Prifysgolion Iach Llywodraeth Cymru. Caiff defnyddio sylweddau ei gynnwys fel rhan o'r trefniadau Prifysgolion Iach.

Cyflwynwyd y Rhaglen Atgyfnerthu Teuluoedd (SFP), sy'n gweithio i atgyfnerthu ffactorau o fewn y teulu sy'n helpu i ddiogelu pobl ifanc rhag camddefnyddio sylweddau, yn Ysgol Uwchradd Llanisien ac Ysgol Uwchradd Caerdydd, gyda'r rhaglen ddwyieithog gyntaf yn cael ei chyflwyno yn Ysgol Uwchradd Glantaf. Cwblhaodd 32 o deuluoedd (83 o gyfranogwyr) y cyrsiau. Cymerodd wyth teulu o Ysgol

Uwchradd Llanrhymni hefyd ran mewn sesiwn rhagflas. Nododd 100% o'r cyfranogwyr newidiadau cadarnhaol, gyda phobl ifanc yn rhoi adborth ardderchog ar ddefnyddio sgiliau pwysau gan gyfoedion i ddweud 'Na' wrth alcohol a sigarêts.

Bellach, mae rhaglen Ffyrdd o Fyw Iach Teuluoedd yn Gyntaf Caerdydd wedi ariannu'r SFP o 2013 hyd at 2017.

Newid agweddau

Roedd yr Adroddiad yn cyfeirio at reoleiddio hysbysebion a threfniadau noddi alcohol, ac ymgyrchoedd cyhoeddus yn y cyfryngau torfol fel dwy ffordd sy'n chwarae rhan wrth ddylanwadu ar agweddau'r cyhoedd tuag at alcohol.

Rheoleiddio hysbysebion a threfniadau noddi alcohol

Cydnabu Strategaeth Alcohol Llywodraeth y DU y cyswllt rhwng hysbysebion alcohol a'r defnydd o alcohol, ond canolbwyntiodd ar ymgysylltu â'r diwydiant diodydd er mwyn rheoleiddio hysbysebion yn well, ac ar ddefnyddio hysbysebion alcohol i hyrwyddo lefelau yfed synhwyrol. Mae pryder y gallai'r dull gweithredu hwn fod yn wrthgynhyrchol.

Mae Alcohol Concern yn parhau i ddatgan y dylid ystyried model Ffrainc o reoleiddio hysbysebion lle y mae'n rhaid i waith marchnata alcohol fod yn gwbl ffeithiol a chynnwys neges iechyd, a chael ei gyfyngu i gyfryngau oedolion. Mae cynllun gweithredu alcohol Caerdydd a'r Fro hefyd yn cynnwys yr angen i lobio am gyfyngiadau caethach ar hysbysebion a threfniadau noddi alcohol.

Ymgyrchoedd cyhoeddus yn y cyfryngau torfol

Cymerodd 61 o sefydliadau ran yn Ymgyrch Wythnos Ymwybyddiaeth o Alcohol Caerdydd a'r Fro yn ystod mis Tachwedd 2012, gan gynnwys sefydliadau o'r sector cyhoeddus a rhai o'r sector preifat. Neges allweddol yr ymgyrch oedd 'Paid gadael i'r ddiod dy ddal di'n slei bach, dylet anelu at gael o leiaf 2 ddiwrnod di-alcohol yr wythnos'.

Dangosodd gwaith gwerthuso fod y sefydliadau a gymerodd ran wedi gwneud defnydd helaeth o'r ymgyrch. Nododd y rhan fwyaf o'r aelodau o staff a welodd yr ymgyrch eu bod yn deall negeseuon allweddol yr ymgyrch a nododd mwy na'u hanner eu bod wedi dechrau ystyried newid faint o alcohol roeddent yn ei yfed.

Cymerodd Cyngor Caerdydd a Chyngor Bro Morgannwg ran yn yr ymgyrch hon ac maent wedi nodi eu bod yn awyddus i gymryd rhan fwy mewn ymgyrchoedd o'r fath yn y dyfodol.

Bydd Rhwydwaith Alcohol Iechyd Cyhoeddus Cymru yn ystyried datblygu ymgyrch alcohol genedlaethol fel rhan o'r broses o roi Cynllun Gweithredu Camddefnyddio Sylweddau Llywodraeth Cymru ar waith.

Pwyntiau allweddol:

- Ceir tystiolaeth gadarn bod Caerdydd a Bro Morgannwg yn gweithio mewn partneriaeth ar draws pob maes gweithredu er mwyn lleihau lefelau niweidiol yfed alcohol ac effaith hynny ar iechyd a chanlyniadau cymdeithasol.
- Bydd cynllun gweithredu alcohol Caerdydd a'r Fro a strategaeth Economi Gyda'r Nos Caerdydd hefyd o gymorth wrth sicrhau y caiff y gwaith hwn ei roi ar waith yn effeithiol
- Bydd angen i bob partner wneud ymdrech barhaus er mwyn lleihau effeithiau lefelau niweidiol yfed alcohol yn y dyfodol

Cyfeiriadau

1. Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru (2011). Mesur anghydraddoldebau 2011: Tueddiadau mewn marwolaethau a disgwyliad oes yng Nghymru. O: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/922/page/58379>
2. Sefydliad Iechyd y Byd (2008). Y Comisiwn ar Benderfynnyddion Cymdeithasol Iechyd - adroddiad terfynol. O: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html
3. NHS Choices (2013). Principles and values that guide the NHS. O: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx> (defnyddiwyd 14 Mehefin 2013)
4. Comisiwn Bevan (2011). 2008-2011 GIG Cymru: Ffurio dyfodol gwell. O: <http://wales.gov.uk/topics/health/publications/health/reports/betterfuture/?skip=1&lang=cy>
5. Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru (2012). Interactive NHS Atlas of Healthcare Variation in Wales. O: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/922/page/61925> (defnyddiwyd 14 Mehefin 2013)
6. Llywodraeth Cymru (2013). Cyllidebau Rhaglenni Gwariant y GIG 2011-12. O: <http://wales.gov.uk/topics/statistics/headlines/health2013/nhs-expenditure-programme-budgets-2011-12/?skip=1&lang=cy>
7. Yr Adran Iechyd (2012). Data cyllidebu rhaglenni 2011/12 (Lloegr). O: <http://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/health-investment-network/news/2011-12-programme-budgeting-data-now-available>
8. Sefydliad Iechyd y Byd (2011). Per capita government expenditure on health (PPP int. \$) O: <http://apps.who.int/gho/data/view.main> (defnyddiwyd 5 Mehefin 2013)
9. GIG Cymru (2013). Amdanom ni. O: <http://www.wales.nhs.uk/gigcymruamdanomni>
10. StatsCymru (2012). Cyllideb Rhaglenni'r GIG 2011-12. O: <https://statswales.wales.gov.uk/Catalogue/Health-and-Social-Care/Health-Finance/NHS-Programme-Budget>
11. World Bank via Google Public Data Explorer (2013). World Development Indicators. O: http://www.google.co.uk/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&met_y=sp_dyn_le00_in&hl=en&dl=en&idim=country:ZWE:ZAF:BWA
12. Swyddfa Ystadegau Gwladol (2011). Tablau Disgwyliad Oes Cyfnod a Charfan yn seiliedig ar 2010. O: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/lifetables/period-and-cohort-life-expectancy-tables/2010-based/p-and-c-le.html>
13. Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru (2012). Penderfynnyddion Iechyd ehangach 2012. O: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/922/page/60502>
14. Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro (2013). Organising for Excellence: update on proposed revised approach to organisational delivery. O: <http://www.cardiffandvaleuhb.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/864/3%20223.pdf>
15. Swyddfa Archwilio Genedlaethol (2013). Early action: landscape review. O: <http://www.nao.org.uk/report/early-action-landscape-review/>
16. Schaufler, TM et al. (2010). Cost effectiveness of preventive screening programmes for type 2 diabetes mellitus in Germany. Appl Health Econ Health Policy. 8(3):191-202. DOI: 10.2165/11532880-000000000-00
17. Norkus, A et al. (2005). The economic estimates of well-timed diagnostics and early treatment of type 2 diabetes mellitus. Medicina (Kaunas).41(10):877-84
18. Castro-Rios, A et al (2010). Potential savings in Mexico from screening and prevention for early diabetes and hypertension. Health Aff 29(12):2171-9. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0819
19. Shepherd, M. (2012) A review of the evidence on health inequalities and community cohesion with recommendations for strengthening the health assets approach. Iechyd Cyhoeddus Cymru. O: [http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/HealthServiceQDTPDocs.nsf/\(\\$All\)/6F07F269BD4E4CC680257A0E003A7554/\\$File/Assets%20report%20final.doc?OpenElement](http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/HealthServiceQDTPDocs.nsf/($All)/6F07F269BD4E4CC680257A0E003A7554/$File/Assets%20report%20final.doc?OpenElement)
20. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal (2011). Preventing type 2 diabetes – population and community interventions (PH35). O: <http://www.nice.org.uk/ph35>
21. HFMA (2011). On the Level. O: <http://www.hfma.org.uk/costing/case-studies/>
22. Cymdeithas Arsyllfeydd Iechyd y Cyhoedd (2012). Spend and Outcomes Tool. O: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=115350>
23. StatsCymru (2012). Data Cyfrifiad 2001 a 2011. O: <https://statswales.wales.gov.uk/Catalogue/Census>
24. StatsCymru (2013). Disgwyliad bywyd fesul awdurdod lleol. O: <https://statswales.wales.gov.uk/Catalogue/Health-and-Social-Care/Life-Expectancy/LifeExpectancy-by-LocalAuthority-Gender>
25. Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru (2012). Sub-local authority analysis of the Welsh Health Survey. O: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/922/page/60135>

26. Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro (2012). Adroddiad Blynyddol Cyfarwyddwr Iechyd y Cyhoedd, 2011. O: <http://www.cardiffandvaleuhb.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/864/FINAL%20C-V%202011%20Dir%20Public%20Health%20Report%20%283%29%2013-06-12.pdf>
27. Llywodraeth Cymru (2013). Arolwg Iechyd Cymru. O: <http://wales.gov.uk/topics/statistics/theme/health/health-survey/?lang=cy>
28. Diabetes UK (2013). Causes and risk factors for diabetes. O: http://www.diabetes.org.uk/Guide-to-diabetes/Introduction-to-diabetes/Causes_and_Risk_Factors/
29. Whitmer RA et al (2005). Obesity in middle age and future risk of dementia: a 27 year longitudinal population based study. BMJ 330(7504): 1360. doi: 10.1136/bmj.38446.466238.E0
30. Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru, WHSSC (2013). Management of obesity in Wales: Review of Bariatric Surgery Provision and Access Criteria in the Context of the All Wales Obesity Pathway O: <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/898/Bariatric%20Surgery%20Review%20Report%20to%20Management%20Group%20Jan%2013.pdf>
31. Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru (2013). Number of people on GP disease registers, 2012. Cymerwyd o Audit+ (NWIS)
32. Cymdeithas Arsyllfeydd Iechyd y Cyhoedd (2011). Diabetes prevalence. O: <http://www.yhpho.org.uk/default.aspx?RID=81090>
33. Cronfa ddata QOF (2013). O: <http://www.gpcontract.co.uk/browse/WAL/12>
34. Warner, J (2013). Data o arfer clinigol, Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro
35. Coleg Brenhinol y Peditryddion ac Iechyd Plant (2012). Archwiliadau Diabetes Paediatreg Cenedlaethol (2009-10 a 2010-11). O: <http://www.rcpch.ac.uk/national-paediatric-diabetes-audit-npda>
36. Holden, SH et al (2013). The incidence of type 2 diabetes in the United Kingdom from 1991 to 2010. Diabetes Obes Metab. 2013 15(9):844-52. doi: 10.1111/dom.12123
37. Y Ganolfan Gwybodaeth am Iechyd a Gofal Cymdeithasol (2013). Archwiliad Diabetes Cenedlaethol o Gleifion Mewnol 2012. O: <https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/clinical/diabetes/nati-diab-inp-audi-12/nati-diab-inp-audi-12-nat-rep.pdf>
38. Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro (2013). Primary care prescribing information.
39. Structured diabetes education Wales (2011). Executive summary. O: <http://www.senedd.assemblywales.org/documents/s11347/Consultation%20response%20DB%2024%20-%20British%20Dietetic%20Association%20Welsh%20Board%20Welsh%20Dietetic%20Leaders%20Adv.pdf>
40. Hall M a Felton, A-M (2009). The St Vincent Declaration 20 years on – defeating diabetes in the 21st century. O: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009_2_Hall_Felton.pdf
41. Rhaglen Mesur Plant Cymru (2013). Adroddiad ar gyfer 2011/12. O: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/888/page/67795>
42. Govan, L et al (2012). The effect of deprivation and HbA1c on admission to hospital for diabetic ketoacidosis in type 1 diabetes. Diabetologia. 55(9):2356-60
43. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal (2003). Diabetes (types 1 and 2) - patient education models (TA60). O: <http://www.nice.org.uk/ta60>
44. Warner, J (2013). Gohebiaeth bersonol yn ymwneud ag archwiliad o'r adran, Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro
45. Francis, R. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Inquiry (2010). O: <http://www.midstaffsinquiry.com/index.html> a Francis, R. (2013) Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. O: <http://www.midstaffspublicinquiry.com/report>
46. Cymdeithas Feddygol Prydain (2013). QOF guidance 2013-14 according to nation. O: <http://bma.org.uk/practical-support-at-work/contracts/independent-contractors/qof-guidance>
47. Deakin TA et al. (2006) Structured patient education: the Diabetes X-PERT programme makes a difference. Diabetic Medicine 23:944-954
48. Jacobs-van der Bruggen, MAM et al. (2009) Cost-effectiveness of lifestyle modification in diabetic patients. Diabetes Care 32: 1453-1458
49. Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro (2013). Diabetes QP pathway.
50. NHS Improving Quality (2012). Best Practice Tariff for Paediatric Diabetes (diabetes in children and young people aged 18 and under) - information for parents, children and young people. O: http://www.diabetes.nhs.uk/networks/paediatric_network/best_practice_tariff_for_paediatric_diabetes/#

51. Sassmann H et al (2012). Reducing stress and supporting positive relations in families of young children with type 1 diabetes: a randomized controlled study for evaluating the effects of the DELFIN parenting program. BMC Pediatr.12:152.doi: 10.1186/1471-2431-12-152
52. Cymdeithas Alzheimer (2012). What is dementia? O: http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=1754
53. Llywodraeth Cymru (2011). Gweledigaeth genedlaethol Cymru ar ddementia. O: <http://wales.gov.uk/topics/health/publications/health/guidance/dementia/?lang=cy>
54. Swyddfa Ystadegau Gwladol (2013). Deaths registered in England and Wales (Series DR), 2011. O: http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_284566.pdf
55. Bayer, A (2013) Gohebiaeth bersonol.
56. Daffodil Cymru. Dementia estimates for Wales (2013). O: <http://www.daffodilcymru.org.uk/>
57. Cymdeithas Alzheimer (2012). Mapping the dementia gap 2012. O: <http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download.php?fileID=1348>
58. Schrijvers, EMC et al. (2012) Is dementia incidence declining? Neurology 78(19):1456-1463. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182553be6
59. Qui, C et al (2013). Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. Neurology 80(20):1888-1894
60. Matthews, FE et al (2013). A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. The Lancet, cyhoeddiad ar-lein. O: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61570-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61570-6)
61. Coleg Brenhinol y Seiciatryddion (2013). Archwiliad Dementia Cenedlaethol 2013. O: www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/qualityimprovement/nationalclinicalaudits/dementia/nationalauditofdementia/overviewoftheproject.aspx
62. Vetter, N a Lester, N (2008). Gwasanaeth Iechyd Cyhoeddus Cenedlaethol Cymru. The development of a model and mapping of future dementia prevalence and service implications. O: <http://www.bangor.ac.uk/imscar/dsdc/noticeboard.php.en?menu=5&catid=4351&subid=0>
63. Grŵp Seneddol Trawsbleidiol Tŷ'r Cyffredin ar Dementia (2012). Unlocking diagnosis: the key to improving the lives of people with dementia. O: http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?downloadID=873
64. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal (2011). Alzheimer's disease - donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine (TA217). O: <http://www.nice.org.uk/ta217>
65. NHS Choices (2011). Behind the Headlines. O: <http://www.nhs.uk/news/2011/08August/Documents/Alzheimer's%20in%20the%20press.pdf>
66. Ritchie K et al (2010). Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. BMJ 341(7504): c3885. doi: 10.1136/bmj.c3885
67. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal (2011). (2006). Demensia: Cynorthwyo pobl y mae ganddynt ddementia a'u gofawyr ym maes iechyd a gofal cymdeithasol (CG42). O: <http://www.nice.org.uk/cg042>
68. Llywodraeth Cymru (2008). Fframwaith ABCh ar gyfer dysgwyr 7 i 19 oed yng Nghymru. O: <http://wales.gov.uk/psesub/home/resources/documents/pseframework/?lang=cy>
69. Caplan, GA (2006). Advance care planning and hospital in the nursing home. Age Ageing. 2006 Nov;35(6):581-5
70. Y Llyfrfa (2010). Mesur Iechyd Meddwl (Cymru) 2010. O: <http://www.legislation.gov.uk/mwa/2010/7/contents>
71. Prince, M et al. (2011) World Alzheimer's report 2011: the benefits of early diagnosis and intervention. O: www.alz.co.uk/research/world-report-2011
72. Y Llyfrfa (2005). Deddf Galluedd Meddyliol 2005. O: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>
73. Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro (2013). Advanced care planning QP pathway.
74. Bennett, L. (2013). Telehealth: a summary of the evidence base and critical success factors for scaling up and embedding telehealth systematically across Cardiff and Vale University Health Board
75. 1000 o Fwydau a Mwy (2011). 'How to' guide: Improving Dementia Care. O: <http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk/mh-dementia>
76. Gray, JAMG (2013). The shift to personalised and population medicine. Lancet 382(9888):200-201
77. StatsCymru (2013). Poblogaeth. O: <https://stats.wales.gov.uk/Catalogue/Population-and-Migration/Population>
78. Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru (2013). GP Cluster Profiles. O: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/922/page/67714>

Nodiadau