

# Y Pwyllgor Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol

HSS-22-02(min)

---

## COFNODION

**Dyddiad:** Dydd Mercher, 4 Rhagfyr 2002

**Amser:** 9.00am i 12.05pm

**Lleoliad:** Ystafell Bwyllgora 2, Cynulliad Cenedlaethol Cymru

**Yn Bresennol:** **Aelodau'r Pwyllgor Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol**

Kirsty Williams (**Cadeirydd**) Brycheiniog a Sir Faesyfed

Geraint Davies Rhondda

Jocelyn Davies Dwyrain De Cymru

Brian Gibbons Aberafan

Jane Hutt (Y Gweinidog) Bro Morgannwg

Ann Jones Bro Clwyd

Huw Lewis Merthyr Tudful a Rhymni

Dai Lloyd Gorllewin De Cymru

David Melding Canol De Cymru

### **Yn Bresennol**

Peter Finch Fforwm Partneriaeth y GIG (*Cymdeithas Siartredig y Ffisiotherapyddion*)

Jane Hanna Epilepsi Bereaved

Jane Jeffs Cymdeithas Cynghorau Iechyd Cymunedol Cymru

Richard Jones	Fforwm Partneriaeth y GIG ( <i>Coleg Nyrso Brenhinol</i> )
Dr Hywel Lloyd	Ymarferwr Cyffredinol
Mandy Price Jenkins	Fforwm Partneriaeth y GIG ( <i>Ymddiriedolaeth Gofal Iechyd GIG Gwent</i> )
Janet Wilkinson	Fforwm Partneriaeth y GIG ( <i>Ymddiriedolaeth GIG Sir Benfro a Derwen</i> )
Yr Athro John Williams	Grp Gorchwyl a Gorffen Gwybodaeth ( <i>Clinigwr</i> )

### **Swyddogion yn Bresennol**

Dr Ruth Hall	Prif Swyddog Meddygol
Peter Lawler	Yr Is-Adran Iechyd Sylfaenol a Chymunedol
Ann Lloyd	Cyfarwyddwr, y GIG yng Nghymru
John Morgan	Yr Is-adran Rheoli Gwybodaeth, Technoleg ac Ystadau Iechyd
Hilary Neagle	Yr Is-Adran Adnoddau Dynol GIG
Dr Sarah Watkins	Swyddog Meddygol Hyn

### **Ysgrifenyddiaeth:**

Jane Westlake	Clerc y Pwyllgor
Claire Morris	Dirprwy Glerc y Pwyllgor

## **Eitem 1: Ymddiheuriadau ac Eilyddion a Datganiadau o Fuddiant**

1.1 Daeth ymddiheuriad i law oddi wrth Lynne Neagle. Cymerodd Huw Lewis ei lle.

1.2 Nid oedd unrhyw ddatganiadau o fuddiant.

## **Eitem 2: Informing Healthcare (9.05 - 10.10am)**

## Papur: HSS-22-02(p.1)

2.1 Croesawodd y Cadeirydd yr Athro John Williams, Cyfarwyddwr Swyddfa Ymchwil a Datblygu Cymru, clinigwr sy'n ymarfer ac aelod o'r Grwp Gorchwyl a Gorffen ar Wybodaeth, Dr Hywel Lloyd, Ymarferwr Cyffredinol o Lanidloes ac aelod o Rannu Gwybodaeth Glinigol yn y Tîm Gofal Iechyd Sylfaenol (SCIPiCT); a Jane Jeffs, Prif Swyddog Cymdeithas Cyngorau Iechyd Cymunedol Cymru.

2.2 Cyflwynodd y Gweinidog y papur, gan ddweud bod *Informing Healthcare* wedi datblygu'r themâu a oedd yn *Gwella Iechyd yng Nghymru*. Gwnaeth gynigion ar gyfer datblygu mewn pum maes er mwyn sicrhau bod gwybodaeth yn llifo yn amserol ac yn rhydd i gefnogi iechyd a gofal iechyd, yn ogystal â datblygu rôl y claf fel aelod o'r tîm. Y pum maes datblygu oedd:

- Gwella'r Broses Ofal;
- Datblygu'r Gweithle;
- Galluogi Cleifion a'r Cyhoedd;
- Cofnodion Iechyd Electronig;
- Defnyddio Gwybodaeth yn Well.

Yr oedd y meysydd datblygu yn cydategu ei gilydd ac yr oedd angen bwrw ymlaen yn gyson drwy Raglen Weithredu Strategol a reolir yn gorfforaethol. Yr oedd y weledigaeth a nodwyd yn *Gwella Iechyd yng Nghymru ac Informing Healthcare* wedi cael ei chofleidio gan y staff yn yr ymgynghoriad hyd yn hyn. Yr oedd pedair sioe deithiol wedi'u cynnal ledled Cymru yn ystod mis Tachwedd a chroestoriad o fuddiannau yn bresennol yn y rhain a disgwyliad adroddiad ar yr ymatebion i'r ymgynghoriad yn ddiweddarach yn y mis.

2.3 Dywedodd yr Athro Williams fod erthygl ddiweddar yn y Journal of the Royal Society of Medicine nad oedd 41% o amser clinigwr yn cael ei dreulio gyda'r claf. Dangosodd enghraifft i'r Pwyllgor wedyn o faint y gwaith papur a oedd yn ffeil achos un claf. Dywedodd fod y dull presennol o gofnodi gwybodaeth ar ffeil bapur yn peri risg i'r cleifion ac yn gosod pwysau cynyddol ar glinigwyr, gan ei bod yn anodd iawn, yn enwedig cleifion sydd â chyflwr cymhleth, creu darlun cydlynus. Hefyd ni fyddai un cofnod ond yn hytrach set a gâi ei dal gan bob corff gofal iechyd yr oedd y claf wedi bod mewn cysylltiad â hwy. Gallai un cofnod electronig i'r claf (EPR) ledled Cymru gael ei gyrchu mewn unrhyw leoliad neu amser ac fe allai alluogi'r claf i gyfrannu ei ddymuniadau, ei bryderon a'i hoffterau at y cofnod. Byddai hefyd yn galluogi'r tîm gofal sylfaenol i gael mynediad ar unwaith i fanylion unrhyw driniaeth yr oedd eu claf wedi'i gael yn yr ysbyty yn hytrach na gorfod aros am lythyr rhyddhau. Byddai'r EPR hefyd yn declyn defnyddiol ar gyfer llywodraethu clinigol, cynllunio, gwerthuso a monitro perfformiad. Croesawodd yr argymhellion yn y strategaeth a dywedodd y byddent yn gofyn am newid sylweddol yn y ffordd yr oedd clinigwyr yn gweithio.

2.4 Dywedodd Dr Hywel Lloyd fod Ymarferwyr Cyffredinol yn treulio llawer o amser yn mynd ar drywydd gwybodaeth oddi wrth ddarparwyr gofal eilaidd. Yr oedd problemau'n codi yn aml wrth ddarllen llythyron rhyddhau argyfwng, a gallai llythyron mwy ffurfiol oddi wrth ymgynghorwyr i

Ymarferwyr Cyffredinol gymryd hyd at chwe mis i ddod trwodd. Dywedodd fod yr ymweliad arfaethedig gan Bron Brawf Cymru yn ei bractis ef wedi peri bod angen i'w staff ddioli allbrintiadau A3 o wybodaeth gleifion a ddarparwyd gan yr awdurdod iechyd er mwyn penderfynu pwy oedd yn gymwys. Byddai hyn yn cymryd bron tair wythnos i'w gwblhau. Dangosodd arolwg diweddar o ymwelwyr iechyd fod 30-40% o'u hamser yn cael ei dreulio yn llenwi ffurflenni. Roedd yna gydgyssylltu gwael ar draws y proffesiynau hefyd, gan arwain at ddyblygu ymdrech a gwybodaeth. Fel rhan o brosiect SCIPiCT, yr oedd grwp wedi'i sefydlu i edrych ar farn y cleifion a'u disgwyliadau. Yr oedd canlyniadau'r gwaith hwn yn dangos bod cleifion yn disgwyl i broffesiynolion gofal iechyd gael mynediad ar unwaith i'w holl wybodaeth ac yn disgwyl iddynt ei rhannu â phroffesiynolion gofal iechyd eraill.

Yr oeddent yn dymuno gallu cael gafael ar eu cofnodion ar-lein a diwigio unrhyw wallau; gwneud apwyntiad ar-lein a chael mynediad at wefannau sydd â chysylltiadau cymeradwy â gwefannau gofal iechyd eraill. Casglodd mai diffyg gwybodaeth oedd y broblem sylfaenol. Yr oedd yn peri risg i'r cleifion, yn gwneud gwasanaethau yn aneffeithlon ac yn golygu nad oedd proffesiynolion yn gallu monitro eu perfformiad.

2.5 Dywedodd Jane Jeffs mai datblygiad i'w groesawu yn fawr oedd hwn, a fyddai'n sicrhau diogelwch y claf ac a fyddai'n fodd i alluogi'r claf, gan y byddai defnydd mwy effeithiol o dechnoleg yn arwain at arferion gweithio mwy effeithiol. Yr oedd llawer o waith Cynghorau Iechyd Cymunedol ar gwynion yn ymwneud â phroblemau sy'n cael eu hachosi gan gyfathrebu gwael. Dylai fod gan gleifion lais cryfach yn eu gofal iechyd a dylid eu hannog i gymryd cyfrifoldeb dros eu hiechyd eu hunain. Yr oedd angen i'r cyhoedd fod yn ymwybodol o risg torri cyfrinachedd a dylai dadl gyhoeddus eang gael ei chynnal ar y mater. Yr oedd yn credu y byddai pobl na fyddent am i'w cofnodion fod ar gael yn electronig ac fe fyddai angen cymryd eu hanghenion hwythau i ystyriaeth hefyd.

2.6 Mewn ymateb i sylwadau a chwestiynau oddi wrth yr Aelodau gwnaeth y cyflwynwyr y pwyntiau canlynol:

- Byddai angen safonu offer a mewnbwn gan glinigwyr er mwyn sicrhau cydnawsedd.
- Byddai hyfforddiant yn y defnydd technegol o offer newydd a ffyrdd gwahanol o weithio yn hollbwysig, ac fe ddylai hynny ddechrau yn awr ar lefel person is-raddedig.
- Ni ragwelwyd y byddai'r cofnod electronig yn gyfan gwbl strwythuredig gyda phopeth yn cael ei godio. Gallai testun rhydd gael ei ychwanegu yn yr un ffordd ag y byddai'n cael ei ychwanegu at gofnod papur ar hyn o bryd. Y farn oedd na fyddai'r cofnod electronig yn disodli'r cofnod papur am lawer o flynyddoedd i ddod.
- Nid oedd gofyniad statudol ar gyfer cynnwys cofnodion meddygol dim ond cofnodion nyrsio, ond yr oedd y Cyngor Meddygol Cyffredinol yn ei gwneud yn ofynnol i feddygon gadw cofnodion cywir.
- Yr oedd rhaid cadw cofnodion meddygol am saith mlynedd yn unig ar ôl yr ymgynghoriad diwethaf.
- Yr oed y mwyafrif o gleifion yn meddwl fod gan broffesiynolion gofal iechyd fynediad i'w holl wybodaeth a syndod iddynt oedd cael gwybod cyn lleied o gyfathrebu oedd rhwng gwahanol

sectorau yn y GIG.

## 2.7 Gwnaeth John Morgan y pwyntiau canlynol:

- Yr oedd y Grwp Gorchwyl a Gorffen wedi edrych ar fater cyfrinachedd yn fanwl ac wedi dod i'r casgliad bod y dechnoleg newydd yn rhoi mwy o gyfrinachedd a diogelwch na'r cofnod papur presennol, a oedd yn agored i fynd ar goll neu i gael ei ddwyn.
- Ni ddylai safonau diogelwch gael eu gorfodi ar ddatrysiadau technegol a oedd yn uwch na'r rhai sydd wedi'u sefydlu eisoes neu sy'n wahanol iddynt.
- Dylai rhannu gwybodaeth yn y tîm clinigol fod yn ddethol a chydymffurfio â dymuniadau'r claf. Byddai'r staff yn cael rhif PIN, a byddai hwn yn eu galluogi i gael gafael ar rai rhannau o'r cofnod.
- Yr oedd yn holl-bwysig mabwysiadu ymagwedd Cymru-gyfan. Dylai fod modd wedyn adeiladu i mewn i'r contract y dylai unrhyw uwchraddiad a gynigir gan weithgynhyrchwyr gynnwys trosglwyddo data sy'n bodoli eisoes yn rhwydd. Yr oedd y ffaith bod offer cyfrifiaduron yn darfordo amdano mor gyflym yn broblem, ond byddai angen dod o hyd i system o adfywio'r system heb waith mawr.
- Yr oedd y Grwp Gorchwyl a Gorffen wedi ystyried cynnig un cofnod iechyd a gofal cymdeithasol integredig, ond yr oeddent wedi teimlo bod hwn yn rhy uchelgeisiol gan fod yna faterion yn y ddau sector yr oedd angen eu datrys. Byddai angen cynllunio symud at un cofnod ar gyfer y ddau sector dros amser.
- Yr un olwg fyddai ar y system ym mhob lleoliad. Ni ddylai person proffesiynol ym maes gofal iechyd sy'n symud o gwmpas y Gwasanaeth orfod dysgu system newydd bob tro.
- Yr oedd problemau wedi cael eu hachosi yn y gorffennol o ran manteisio ar dechnoleg gan glinigwyr a hynny o ganlyniad i'r hyfforddiant hir y mae ei angen. Os nad oedd defnyddiwr yn gallu gweithio eu ffordd o gwmpas y system ar eu hymdrech gyntaf ni fyddai'n llwyddo. Serch hynny, yr oedd rhaglen barodrwydd yn cael ei datblygu ar gyfer pob corff. Byddai hyn yn ei gwneud yn ofynnol i bob corff ddangos sut yr oedd yn cynnwys clinigwyr.
- Yr oedd profiadau gwledydd eraill yn cael eu cymryd i ystyriaeth.

2.8 Dywedodd y Gweinidog fod y Grwp Gorchwyl a Gorffen eisoes wedi gwneud llawer o waith sylfaen. Mater i Lywodraeth Cynulliad Cymru yn awr fyddai penderfynu a yw am gymeradwyo'r strategaeth a'r argymhellion. Pe bai'n cael ei chymeradwyo câi cyhoeddiad ei wneud ym mis Mawrth. Byddai'r Bwrdd Gweithredu yn holl-bwysig o ran gweithredu'r strategaeth ac yr oedd swyddogion wedi dechrau gweithio ar nifer o gynlluniau gweithredu. Cynhwyswyd codiad o 2% yn y gyllideb mewn cynlluniau gwariant yn y dyfodol i dalu am y costau gweithredu. Nodwyd bod Derek Wanless, yn ei adroddiad ar y GIG yn Lloegr, wedi dweud mai 4% oedd y ffigur yr oedd ei angen ac fe ofynnid iddo edrych ar hyn yn y gwaith y byddai'n ei wneud yng Nghymru. Strategaeth tair i bum mlynedd oedd Informing Healthcare a byddai'r prif wariant yn digwydd o leiaf tair blynedd i mewn i'r rhaglen.

**Eitem 3: Archwiliad Clinigol Gwarchodol Cenedlaethol o Farwolaethau sy'n Gysylltiedig ag Epilepsi (10.10-11.00am)**

## **Papur: HSS-22-02(p.2)**

3.1 Croesawodd y Cadeirydd Jane Hanna, Cyfarwyddwr Epilepsi Bereaved.

3.2 Cyflwynodd Jane Hanna bapur byr, yr amgaeir copi ohono yn Atodiad A. Yr oedd ei chyflwyniad yn ymdrin â thri phrif fater:

### Potensial ar gyfer Gwelliant

Bob blwyddyn yn yr EU yr oedd 400 o farwolaethau y gellid o bosibl bod wedi'u hosgoi yn digwydd o ganlyniad i epilepsi. Nid oedd ystadegau ar gyfer Cymru yn cael eu cofnodi ar wahân ond amcangyfrifwyd bod o leiaf 40 o'r rhain yn digwydd yng Nghymru. Yr oedd cyfradd cam-ddiagnosis o 20% ar gyfer epilepsi a chyfradd uchel o dderbyniadau argyfwng diangen, ond mae yna botensial i 7 o bob 10 o bobl sydd â'r cyflwr fod yn rhydd rhag trawiad o gael y driniaeth a'r feddyginiaeth iawn. Ni allai pobl sy'n cael triniaeth yn y GIG ei chymryd yn ganiataol y byddent yn gweld arbenigwr epilepsi ac yr oedd Jane Hanna yn credu bod epilepsi yn anffasiynol iawn ymhlith clinigwyr a rheolwyr y gwasanaeth iechyd. Yn y gorffennol, yr oedd disgwyliadau'r cleifion wedi bod yn isel iawn ac yr oedd llawer wedi ymeithrio o'r gwasanaeth, ond roedd yn credu bod hyn yn newid. Teimlai nifer cynyddol o deuluoedd mai'r drefn gwynion ac ymgyfreitha oedd eu hunig ddewis. Yr oedd angen newid a hynny ar frys, ac os yw cost-ffeithiolrwydd a thegwch yn amcanion allweddol i'r GIG wedyn yr oedd angen mynd i'r afael â'r sefyllfa fel mater o flaenoriaeth.

### Beth Ddylai Ddigwydd

Yr oedd pethau y gellid eu gwneud ar unwaith na fyddai'n costio llawer ond a fyddai'n dod â manteision ar unwaith o ran iechyd. Pe bai proffesiynolion gofal iechyd yn rhoi gwybodaeth am gefnogaeth y sector gwirfoddol byddai'n hybu hunan-reolaeth. Yr oedd prinder o niwrolegwyr, yn enwedig niwrolegwyr pediatrig, ond drwy hybu rhwydweithiau o arbenigedd clinigol gallai gwybodaeth gael ei rhaedru. Nid oedd clinigau epilepsi mewn practis cyffredinol yn bodoli bron o gwbl, ond roedd y mwyafrif o feddygfeydd yn darparu clinigau ar gyfer diabetes sy'n ddibynnol ar inswlin, a oedd yn digwydd yr un mor aml yn fras. Yr oedd y Cyd-gyngor Epilepsi wedi llunio strategaeth sylfaenol a dylid defnyddio hon fel man cychwyn ar gyfer trafodaeth.

### Gweithredu

Ni fyddai gweithredu Strategaeth Epilepsi yn gweithio ond pe bai'n cael ei chefnogi o'r canol, a phe bai'n cynnwys arian sydd wedi'i glustnodi yn benodol i sicrhau bod newidiadau yn digwydd mewn gwirionedd. Yng Ngogledd Iwerddon, yr oedd y Llywodraeth wedi dod â'r cyfranddeiliaid allweddol ynghyd i ystyried y mater ac argymhellwyd yr ymagwedd hon ar gyfer Cymru.

3.3 Mewn ymateb i sylwadau a chwestiynau oddi wrth yr Aelodau, gwnaeth Jane Hanna y pwyntiau

ychwanegol canlynol:

- Yr oedd stigma ynghlwm wrth epilepsi o hyd. Yr oedd hwn yn ymwneud ag agweddau clinigwyr a hefyd at y canfyddiad ymhlith y cyhoedd.
- Cyflwr cymhleth iawn oedd epilepsi ac yr oedd llawer o fathau ohono. Yr oedd pob achos yn unigol ac felly byddai angen i rywun sydd ag arbenigedd a dealltwriaeth o'r cyflwr benderfynu ar driniaeth briodol ar ei gyfer.
- Oherwydd y prinder o niwrolegwyr pediatrig, byddai plentyn fel rheol yn cael ei gyfeirio at bediatregydd.
- Dangosodd yr archwiliad lawer o botensial ar gyfer gwell hunan-reolaeth. Nid oedd nifer sylweddol o gleifion yn cydymffurfio â'u meddyginiaeth. Yr oedd angen i gleifion wybod y risgiau a gysylltir â'u cyflwr, ond mor hwyr â dechrau'r 1980au dywedid wrth ddarpar meddygon mai cyflwr hollol ddiniwed oedd epilepsi.
- Yng Nghaerdydd yr oedd protocolau sy'n ymwneud â'r rhyngwyneb rhwng gwasanaethau epilepsi arbenigol a'r adran damweiniau a brys wedi'u datblygu, ac yr oedd angen lledaenu'r arferion da hyn hefyd.
- Yr oedd gwasanaethau allestyn yn bwysig iawn, nid yn unig drwy'r sector gwirfoddol ond hefyd ar gyfer gwasanaethau statudol.
- Un o brif ddarganfyddiadau'r archwiliad oedd bod gan y mwyafrif o blant sydd ag epilepsi anawsterau eraill, ac yn aml yr oedd gwaith trin a gofalu am anhwylderau eraill yn cymryd blaenoriaeth dros yr epilepsi.
- Dangosodd yr archwiliad ym maes gofal sylfaenol ganran sylweddol o bresgripsiynau hwyr, a oedd yn dangos nad oedd cleifion yn cymryd eu meddyginiaeth fel y dylent. Mewn gofal eilaidd, nid oedd 15% o gleifion yn mynychu apwyntiadau. Yr oedd dulliau o ymdrin ag apwyntiadau a gollwyd yn amrywio. Yr oedd rhai clinigau yn galw cleifion yn ôl, ac eraill ddim.

3.4 Dywedodd y Prif Swyddog Meddygol ei bod yn amau bod agweddau clinigwyr at epilepsi yn amrywio led led Cymru ac y gallai fod achos dros sicrhau bod dealltwriaeth well a chytbwys.

3.5 Dywedodd y Gweinidog ei bod wedi cyfarfod â Jane Hanna i drafod sut i symud ymlaen yng Nghymru. Dywedodd fod y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth Glinigol (NICE) yn datblygu canllawiau ar ddiagnosis a thrin epilepsi mewn plant ac oedolion, ond na fyddai eu gwaith yn cael ei gwblhau am flwyddyn neu fwy. Yn y cyfamser yr oedd am symud ymlaen gyda gweithdai cyfranddeiliaid, megis y rhai a oedd wedi digwydd yng Ngogledd Iwerddon. Byddai'r sector gwirfoddol yn allweddol i'r ffordd ymlaen, fel rhan o ymagwedd aml-ddisgyblaeth. Dywedodd hefyd fod cynigion wedi dod i law oddi wrth Epilepsi Cymru.

#### **Eitem 4: Datganiad gan y Gweinidog dros Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol (11.15-11.20am)**

4.1 Gwnaeth y Gweinidog ddatganiad ar benderfyniad y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth Glinigol i leoli'r Ganolfan Gydweithredol Genedlaethol ar gyfer Canser yng Nghaerdydd. Amgaeir copi yn Atodiad B.

## Gweithredu

- Mewn ymateb i gwestiynau oddi wrth yr Aelodau, byddai nodyn pellach ar fanylion y cais yn cael ei ddarparu.

### Eitem 5: Recriwtio a Chadw Staff, Strategaeth ar gyfer GIG Cymru (11.20-12.00pm)

#### Papur: HSS-22-02(p.3)

5.1 Croesawodd y Cadeirydd Peter Finch, Richard Jones, Mandy Price Jenkins a Janet Wilkinson o Fforwm Partneriaeth y GIG.

5.2 Cyflwynodd y Gweinidog y strategaeth a phwysleisio bod Llywodraeth y Cynulliad, Gweithwyr Cyflogedig y GIG, a'r Undebau Llafur yn cydweithio tuag at ddiwallu anghenion recriwtio a chadw'r GIG yng Nghymru, gan arddel ymagwedd gydgysylltiedig a allai gael ei monitro a'i hadolygu yn ôl yr angen. Yr oedd y strategaeth yn gweithio ar y cyd â strategaethau eraill o fewn y GIG a "dogfen fyw" ydoedd y gellid ychwanegu ati ac adeiladu arni ar unrhyw amser i wella dulliau recriwtio a chadw ac yr oedd yn cynnwys yr **holl** staff yn y GIG.

5.4 Yr oedd y broses o gynllunio'r gweithle wedi datblygu dros y ddwy flynedd diwethaf i gynnwys proses fwy soffistigedig o gasglu data ar gyfer yr holl staff yn GIG Cymru. Byddai hyn yn fodd i nodi tueddiadau symudiadau staff i mewn i'r GIG ac allan ohono, yn ogystal ag edrych ar anghenion staffio yn y dyfodol. Yr oedd ymddiriedolaethau eisoes yn cael eu hannog i ddefnyddio systemau priodol i fesur llwyth gwaith ar gyfer nyrsio ac yr roedd naw ymddiriedolaeth wedi sefydlu systemau.

5.5 Er mwyn codi ymwybyddiaeth o'r amrywiaeth o yrfaeodd GIG sydd ar gael yr oedd adroddiad ar ddarparu gwybodaeth gyrfaoedd yn GIG Cymru ar fin cael ei gwblhau cyn hir. Yr oeddent yn edrych ar pa mor ymarferol fyddai i ymholiadau gyrfaoedd cychwynnol ynghylch y GIG yng Nghymru gael eu trafod drwy un ffynhonnell ddwyieithog.

5.6 Roedd trafodaethau'n digwydd rhwng UWCM, Prifysgol Cymru Bangor a Gogledd Ddwyrain Cymru ynghylch datblygu rhaglen o addysg therapi galwedigaethol yng Ngogledd Cymru. Y bwriad oedd y byddai rhaglen ran-amser pedair blynedd yn dechrau ym mis Medi 2003 yn Wrecsam ac y byddai rhaglen garlam dwy flynedd yn dechrau ym Mangor ym mis Ionawr 2004. Rhagwelwyd y gellid defnyddio'r model hwn wedyn i ddatblygu rhaglenni ar gyfer grwpiau proffesiynol eraill yng Ngogledd



Cymru e.e ffisiotherapi, therapi lleferydd ac iaith.

5.7 Yr oedd yr holl swyddi gwag yn cael eu hysbysebu ar hyn o bryd i'r staff presennol ar wefan HOWIS drwy'r Fewnwyd. Ar 26 Hydref 2002 aeth y swyddi gwag a hysbysebwyd yn allanol i'r cyhoedd yn "fyw" ar wefan recriwtio Cymru gyfan. Yr oedd chwe ymddiriedolaeth wrthi'n hysbysu eu swyddi gwag fel peilot i gael gwared ar unrhyw anawsterau technegol, cyn i'r wefan gael ei lansio yn swyddogol yn y flwyddyn newydd. Wedi hynny byddai unrhyw un yn y byd yn gallu cael gafael ar yr holl swyddi gwag yn GIG Cymru ar un wefan ac yr oedd gwaith ar y gweill i ddatblygu cyfleuster ar gyfer gwneud cais ar-lein.

5.8 Yr oedd ymgyrch dychwelyd i ymarfer ar gyfer Proffesiynau Iechyd Cysylltiedig yn cael ei chynllunio gan ddefnyddio radio, papurau newydd a dosbarthu taflenni. Yr ymgyrch hon fyddai'r gyntaf o'i math yng Nghymru ac yr oedd yr ymgyrch ar fin dechrau ym mis Ionawr 2003. Y proffesiynau sy'n cael eu targedu yw Therapyddion Lleferydd ac Iaith, Ffisiotherapyddion, Therapyddion Galwedigaethol, Awdiolegwyr, Radiolegwyr a Dietegwyr. Yr oedd arian ar gael i ddarparu addysged ar gyfer Proffesiynolion Iechyd cysylltiedig sy'n mynychu Rhaglenni Dychwelyd i Ymarfer ac yr oedd yr arian hwn hefyd yn cynnwys arian ar gyfer cymorth gyda gofal plant.

5.9 Croesawodd pob un o gynrychiolwyr y Fforwm Partneriaeth y strategaeth. Tanlinellodd Peter Finch bwysigrwydd gofal plant fforddiadwy a gweithio hyblyg a thynnodd Richard Jones sylw at y crèche yn Ymddiriedolaeth GIG Conwy a Sir Ddinbych fel enghraifft o arfer da. Mewn ymateb i sylwadau a chwestiynau oddi wrth yr Aelodau, gwnaethant y pwyntiau canlynol hefyd:

- Buasai'n rhaid i bob ymddiriedolaeth ddatblygu ei chynllun gweithredu recriwtio a chadw ei hun.
- Yr oedd ymchwil wedi'i gwneud i paham yr oedd pobl yn ymadael â'r GIG. Y rheswm mwyaf cyffredin oedd tâl, ac ar ôl hynny datblygiad proffesiynol parhaus, gweithio hyblyg, faint o amser sydd ar gael i drin cleifion a'r ffordd yr oedd staff yn cael eu trin.
- Yr oedd cyfweiliadau ymadael wedi'u cynnwys yng ngwaith y Timau arferion da, ac yr oedd ymddiriedolaethau yn treulio llawer o amser yn cyflawni cyfweiliadau a holiaduron ymadael.
- Yng Ngwent, yr oedd cynllun hyfforddiant ar sail cymwyseddau yn cael ei ddatblygu er mwyn i weithwyr cymorth iechyd gael cyfle i gael mynediad i hyfforddiant nyrsio.
- Yr oedd y mwyafrif o fyfyrwyr nyrsio sy'n ymadael yn gwneud hynny am na allent fforddio parhau i hyfforddi, gan fod addysgedau mor isel.
- Byddai lleihau straen yn gwneud nyrsio yn yrfa fwy deniadol.
- Yr oedd staff newydd eu hyfforddi yn fwy parod i dderbyn yr angen am gadw cofnodion at ddibenion archwilio ac yr oeddent yn fwy medrus yn y dechnoleg na chydweithwyr a oedd wedi gwasanaethu'n hwy.

5.10 Mynegodd David Melding bryder nad oedd unrhyw wybodaeth ariannol yn y strategaeth.

5.11 Dywedodd y Gweinidog fod £1m yn cael ei fuddsoddi mewn gofal plant dros y tair blynedd nesaf a bod grp gorchwyl a gorffen wedi'i sefydlu i edrych ar y mater. Yr oedd gofal yr henoed yn eitem amlwg

iawn ar yr agenda. Yr oedd astudiaeth wedi'i chomisynnau ar leihau biwrocratiaeth a byddai hon yn cyflwyno adroddiad yn yr haf, a byddai adolygiad o iechyd galwedigaethol ym maes gofal sylfaenol a gofal amgylchedd hefyd yn cael ei wneud. Yr oedd un a hanner y cant o'r codiad blynyddol yn arian y GIG wedi'i glustnodi ar gyfer bodloni targedau'r strategaeth. Yr oedd £22 miliwn wedi'i glustnodi ar gyfer y flwyddyn nesaf ac yr oedd yn ddigon hawdd ymdopi â'r targedau twf.

## **Gweithredu**

- Câi manylion eu darparu ynghylch pa ymddiriedolaethau a oedd wedi manteisio ar y cynllun addysged ar gyfer hyfforddi nyrsys.

### **Eitem 6: Cofnodion 20 Tachwedd 2002**

#### **Papur: HSS-20-02(min)**

6.1 Cytunwyd ar gofnodion 20 Tachwedd. Nid oedd unrhyw faterion yn codi.

### **Eitem 7: Papur i'w nodi – Blaenraglen Waith y Pwyllgor Ionawr i Fawrth 2003**

#### **Papur: HSS-22-02(p.7)**

7.1 Cytunwyd ar flaenraglen waith y pwyllgor ar gyfer Ionawr i Fawrth 2003.

### **Eitem 8: Unrhyw Fater Arall**

8.1 Byddai lansiad adroddiad y Pwyllgor ar yr adolygiad o wasanaethau i blant sydd ag anghenion iechyd arbennig yn digwydd ddydd Iau 12 Rhagfyr am 2.15pm yn y Ganolfan Ymgynghorol Anghenion Arbennig, Margam.

8.2 Yr oedd arddangosiad o ragnodi awtomeiddiedig yn digwydd yn Neuadd y Cynulliad.

## **Ysgrifenyddiaeth y Pwyllgor**

## Briefing Paper to the Health and Social Services Committee

### 4 December 2002 – Jane Hanna, Epilepsy Bereaved

Summary of Key findings of the National Sentinel Audit into Epilepsy Related Death (Detailed findings at [www.sudep.org](http://www.sudep.org))

- Only 13% of 2,412 deaths of people with epilepsy were adequately investigated.
- Every year in the UK about 1,000 people die because of epilepsy.
- At least one third never saw the appropriate specialist.
- The audit found a lack of review or care plans in 89% of deaths in primary care with 41% having no record of monitoring in two years before death.
- There was poor medical recording of type of epilepsy, seizure activity and response to treatment and only 8% of patients who should have been re-referred to specialists were referred.
- There was poor drug management in 18% of cases and 14% had recorded problems taking their medications.
- Information was poor to families. In only 1% of cases was the fatality risk from seizures recorded as being discussed.
- Overall, 42% of deaths were potentially avoidable.

### Background on the Case for Epilepsy

1. Although epilepsy can affect anyone and indeed affects more than 300,000 people and their families, it is more than 2 times more likely in the poorest groups in society (BMJ October 2002). There are over 20,000 people in Wales who have epilepsy. About 30% of cases of epilepsy are unreported, and there is about 20% misdiagnosis.
2. 7/10 people with epilepsy and their families should be seizure free with modern drug treatments of epilepsy. There is plenty of evidence and guidance already on good practice – on early and better diagnosis, quick access to a specialist but as importantly better co-ordination between GPs and hospitals and good information and support to patients and families.
3. In spite of its prevalence and potential for treatment, it remains a hidden and neglected condition. Research shows that 20 to 25 percent of cases are wrongly diagnosed. We know that 30 percent of patients with active epilepsy are not receiving treatment from a specialist and that one in 12 people are not referred to a specialist at all. On average, it takes six months to one year from the

- onset of a first seizure to receive definitive diagnosis and treatment. Epilepsy clinics at general practice level are almost non-existent compared with clinics for other chronic conditions.
4. Overall development of essential epilepsy services languish behind other chronic medical conditions.
  
  5. Deaths could be reduced by up to 40% each year, but death rates from epilepsy have remained static at 1,000 deaths a year because of lack of action. The majority of deaths take place in the 20 to 45 year age group and most occur at home. Those tragic deaths in people at the peak of their productive lives are eminently preventable with up to 400 lives that could be saved each year.
  6. The cost of not managing epilepsy adequately also includes increased admission rates to Accident and Emergency (CSAG) and failure to free up opportunities for thousands of people with the condition to secure employment and family life. The total financial cost in the UK associated with epilepsy was estimated at £1,930 million in 1994.
  7. The Epilepsy Deaths Report 2002 showed that existing good practice guidance for epilepsy was rarely implemented and that any action to reduce deaths must therefore be to support the development of front-line clinicians (see footnote 2 on key findings).
  8. Attempts to get local health purchasers to give local priority to epilepsy by recommending good practice guidance to them failed in both 1995 (EL (95) 120) and most recently in 2000 (NHS response to the Clinical Standards Advisory Group 2000).
  9. Resources to significantly improve epilepsy services for 7/10 people with epilepsy will be small relative to the resources necessary for patients with conditions that are most likely to require high-tech interventions and long periods in acute care, but national direction and resource are necessary.

### Recommendations for strategy from the epilepsy voluntary sector

The Joint Epilepsy Council, representing 21 epilepsy organisations across the UK, has developed recommendations for a strategic vision, which are detailed below. In Northern Ireland a meeting of stakeholders met in September 2002 to make recommendations on the way forward and we would recommend that a meeting of stakeholders in Wales would be an important step in developing any strategy for Wales.

**We would expect that an effective strategy to reduce deaths and improve quality of care would contain specific targets for cutting the number of deaths within a fixed period, plans to monitor its effectiveness, specific directions to Health Boards and Trusts on what they must do and resources to deliver the plan.**

### **Aim:**

**To reduce epilepsy-related deaths by 40% within three years by providing access by all patients with epilepsy and families to an adequate epilepsy service.**

### **Strategy:**

**That government mandate every Hospital Trust and Local Health Board to implement a clinical network of epilepsy expertise delivering**

- Specialist consultation within 4 weeks of a possible diagnosis of epilepsy being raised. EEG to be available within 4 weeks and MRI within 3 months of request.
- Annual primary care review of all those with epilepsy with documentation of current situation, treatment plan, information provision, which is subject to audit.
- Implementation of specific care pathways and plans for children, the elderly, those with learning disability, women of reproductive potential and ethnic minorities.
- Tertiary referrals to be available within the Clinical Network for those whose seizures are not controlled.

**Government needs to provide leadership, direction and resources**

- Setting national target for reduction of epilepsy-related deaths by 40% within 3 years.
- Development and implementation of national guidance on the accurate investigation and recording of epilepsy-related deaths.
- Follow-up audits of epilepsy care at primary, secondary and tertiary levels.

### **Resources required**

- Provision of adequate trained staff to meet the needs of those with epilepsy:
- Specifically: 1 Consultant with a special interest in epilepsy and 1 Epilepsy Specialist Nurse / 100,000 population.
- There should be an identified lead GP responsible for implementing, auditing and monitoring epilepsy provision at primary care level, within each Health Board.
- Sufficient provision of EEG and brain imaging to meet the above waiting time targets.

- Support to the voluntary sector as a vital resource in delivering information and support.

## **Annex B**

### **NICE Collaboration Centre for Cancer to be based in Wales**

Welsh Minister for Health and Social Services Jane Hutt today said that she was delighted with the announcement made at the National Institute for Clinical Excellence (NICE) Conference in Birmingham, that the National Collaborating Centre for Cancer is to be hosted at Velindre NHS Trust and the University of Wales College of Medicine in Cardiff.

The Minister said "This is wonderful news. It will be a partnership between key Royal Colleges, Specialist Professional Societies and Patient Organisations. It is a very public recognition of the level of experience that exists in Wales and Dr Fergus MacBeth who headed up the bid for the Collaborating Centre is to be congratulated on the achievement. I will be writing to Dr MacBeth shortly to offer him my personal congratulations".

The Collaboration Centre for Cancer will operate from 1<sup>st</sup> April 2003. NICE National Collaboration Centres are established as a professionally led group, with the expertise, experience and resources to develop clinical guidelines and audit advice. Six National Collaboration Centres already exist for Acute Care, Chronic Conditions, Mental Health, Nursing and Supportive Care, Primary Care and Women & Children's Health.