

Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

Lleoliad:

Ystafell Bwyllgora 1 – Y Senedd

Dyddiad:

Dydd Iau, 12 Mehefin 2014

Amser:

09.15

Cynulliad
Cenedlaethol
Cymru

National
Assembly for
Wales



I gael rhagor o wybodaeth, cysylltwch â:

Helen Finlayson

Clerc y Pwyllgor

029 2089 8403

PwyllgorIGC@cymru.gov.uk

Agenda

1 Introductions, apologies and substitutions

2 Ymchwiliad i'r cynnydd hyd yma ar weithredu Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru: Sesiwn dystiolaeth 1 (09.15 – 10.10)
(Tudalennau 1 – 44)

Dr Martin O'Donnell, Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol

Alisa Hayes, Coleg Nyrsio Brenhinol

Yr Athro John Chester, Coleg Brenhinol y Ffisigwyr

3 Ymchwiliad i'r cynnydd hyd yma ar weithredu Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru: Sesiwn dystiolaeth 2 (10.10 – 11.05)
(Tudalennau 45 – 47)

Rachel Hargest FRCS, Cymdeithas Brydeinig yr Oncolegwyr Llawfeddygol

Dr Martin Rolles, Coleg Brenhinol y Radiolegwyr

Egwyl (11.05–11.15)

4 Ymchwiliad i'r cynnydd hyd yma ar weithredu Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru: Sesiwn dystiolaeth 3 (11.15 – 12.10)
(Tudalennau 48 – 52)

Emma Greenwood, Ymchwil Canser y DU
Dr Alison Parry-Jones, Banc Canser Cymru

Cinio (12.10 – 13.10)

5 Ymchwiliad i'r cynnydd hyd yma ar weithredu Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru: Sesiwn dystiolaeth 4 (13.10 – 14.00)
(Tudalennau 53 – 94)

Susan Morris, Cymorth Canser Macmillan
Simon Jones, Gofal Canser Marie Curie
Dr Ian Lewis, Tenovus
Linda McCarthy, Cynghrair Canser Cymru

6 Ymchwiliad i'r cynnydd hyd yma ar weithredu Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru: Sesiwn dystiolaeth 5 (14.00 – 15.00)
(Tudalennau 95 – 106)

Dr Hamish Laing, Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg
Mr Damian Heron, Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr a Rhwydwaith Canser Gogledd Cymru
Dr Sian Lewis, Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda
Dr Tom Crosby, Ymddiriedolaeth GIG Felindre a Rhwydwaith Canser De Cymru

7 Papurau i'w nodi (Tudalennau 107 – 147)

Mae cyfyngiadau ar y ddogfen hon



Royal College of General Practitioners Wales
Regus House
Falcon Drive
Cardiff Bay
Cardiff
CF10 4RU

Committee Clerk
Health and Social Care Committee
National Assembly for Wales
Cardiff Bay
CF99 1NA.

17 March 2014

**RE: Inquiry into progress made to date on implementing the Welsh Government's
Cancer Delivery Plan**

Please find attached comments from RCGP Wales on the Inquiry into progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan.

Yours Sincerely

Dr Paul Myres
Chair, RCGP Wales

Response to the inquiry into the progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan

The Royal College of General Practitioners (RCGP) is the largest membership organisation in the United Kingdom solely for GPs. It aims to encourage and maintain the highest standards of general medical practice and to act as the 'voice' of GPs on issues concerned with education, training, research, and clinical standards. Founded in 1952, the RCGP has over 49,000 members, 1,915 in Wales, who are committed to improving patient care, developing their own skills and promoting general practice as a discipline.

The Royal College of General Practitioners in Wales (RCGP Wales) welcomes the opportunity to contribute to this inquiry.

We will address this by looking at the outcome measures in the Cancer Delivery Plan.

Outcome 1 – People are aware of and are supported in minimising their risk of cancer through healthy lifestyle choices.

- more people are supported to quit smoking;

We are aware that there has been a lot of effort in Primary care through QOF to assess the smoking habits of the population and to offer advice where possible. The support from Pharmacy colleagues and from Stop Smoking Wales campaigns has been excellent but sadly sparse in places and needs better support. Delays in access to support services mean lower success rates in cessation.

- more people are aware of the health harms of smoking, consumption of alcohol above recommended limits and the broader benefits of physical activity and healthy eating;

There are ongoing good support programmes both Nationally (at relevant times, for example Christmas) and locally. However, the availability of cheap alcohol in supermarkets remains a major concern, especially for the younger 'binge' drinkers. The cost of healthy foods is also a concern with many people choosing unhealthy alternatives due to cost.

- more people achieve a healthy weight through weight management support;

There is an increasing awareness in the public of weight issues, but a significant lack of Primary and Community support with regard to access to dietetics or exercise on prescription programmes.

- more people are physically active as a natural part of their everyday life and undertake sufficient physical activity to benefit their health.

It is difficult to encourage people with multiple co-morbidities to undertake exercise programmes unless freely available and tailored to their individual capabilities.

Outcome 2 – Cancer is detected quickly where it does occur or recur

- easier access to primary care services;

Patients will be seen in Primary care, but due to the lack of funding, services have tended to constrict rather than expand. As more services move from secondary care into community settings without the funding following, these impact on potential access further. There needs to be an expansion of Primary care provision to ensure easier access. Patients with 'acute'

or 'urgent' problems will be seen on the day, but others will have a wait for routine appointments due to capacity issues. This does not engender the easy presentation of early symptoms.

- more accessible information and support services provided through local pharmacies;
This is an area where development has taken place depending on the interest and engagement of local pharmacists. Sadly the bigger municipalities with the use of frequent Locums do not engage as well in this regard.

- more clinical support available 24 hours a day, 365 days a year;
The cancer networks ensure access to an oncologist and also to palliative care consultants both in hours and out of hours, and is a greatly improved service.

- more direct access to diagnostics for GP;
This is dependant on locality, with some guidelines and pathways agreed for referral for access, monitored and managed by the radiology services. This is understandable as the resources are limited and need to be used sensibly. However, the ability to organise such scans before a secondary care appointment occurs would avoid unnecessary delays.

- a greater range of local services meaning less need to travel, particularly for diagnosis and care after treatment;
Again this is variable, with several areas of good practice working with locality groups. However, due to the need for centralisation of specialist services, this has resulted in longer journeys for some patients but presumed better quality and outcomes. Care after treatment in local settings has improved with the help of the Macmillan and Marie Curie services and specialist cancer care nurses who ensure care plans are in place and proactive planning occurs with the relevant GP and Out of Hours providers.

- take up of population screening in line with programme targets;
Encouragement and reminders are constantly done in Primary care.

- prompt and appropriate access to evidence based assessment and treatment to increase the chance of cure and reduce side effects;
This is much improved, with awareness of referral to treatment targets and the Cancer Care Standards. Initial assessment can, however, be delayed in some specialities e.g. bowel, with assessment questionnaires being sent out to patients and categorisation of urgency only occurring when they are returned (or not).

- more information on reducing the risk of developing cancer, recognising symptoms suggestive of early cancer and what services to expect to be available by telephone and on-line;
Information on line is readily available but less so via telephone unless through NHS Direct. Local services are well publicised on the relevant hospital websites. Recent health promotion campaigns via the media have encouraged patients to seek early advice for symptoms such as chronic cough, bloating etc; and can lead to increased anxiety and requests for referral which are hard to manage in this current economic environment.

- more men accessing healthcare as there is evidence their uptake can be lower than needed.

This remains difficult as men are reluctant to be seen as weak or needy and historically don't present until later in their symptomatology.

Outcome 3 – People receive fast, effective treatment and care so they have the best possible chance of cure.

Generally once the diagnosis is made, the treatment course, planning and implementation is usually fast and efficient. There are exceptions due to complexity or lack of availability of sufficient consultant staff e.g. Urology.

- prompt and appropriate access to clinically and cost effective treatment offering people better chances of being cured of cancer;

This is determined by local Multi Disciplinary Teams which act effectively and refer exceptional cases to the Individual Patient Funding panels who work with Welsh Health Specialised Services Committee (WHSSC) and All Wales Medicines Strategy Group (AWMSG) to ensure that the best outcomes are determined for the population.

- people experience well co-ordinated services, which are compliant with national standards and guidelines, safe, sustainable and available as locally where possible;

Co-ordination of care remains a problem because despite the use of key workers the flow of information, discharge summaries and treatment plans from secondary to primary care is still inefficient and often at times lacking completely or arrives too late to be useful. Local pathways are often determined by secondary care and rolled out to Primary care with little active consultation or thoughts for the practicalities involved, which can lead to a reluctance to use them if they are time consuming.

- specialist hospital cancer care in centres of excellence that match or surpass the best and seamlessly connected with local cancer services;

The cancer centres have focussed excellent care by centralising services and are to be praised for the service they deliver and the quality of staff employed. However local delivery of services remains patchy due to capacity issues.

- flourishing cancer research to improve treatment and making NHS Wales an attractive place to live and work for high calibre clinicians;

Health Boards and Universities do seem to be working together to audit activity and demand and to help with the clinical research trials available.

- more patients participating in clinical trials.

This option does appear to be more readily available to patients and most centres have several research staff to explain the meaning, risks and impacts of such trials.

Outcome 4 – People are placed at the heart of cancer care with their individual needs identified and met so they feel well supported and informed, able to manage the effects of cancer

- everyone is treated with dignity and respect;

generally the standard of care and compassion is high during the active treatment phase, but more work needs to be done to improve end of life care and support for families and patients.

- services are available as locally as possible;
This is limited by geography and capacity issues.
- people have access to timely information so they understand their condition and what to look out for and what to do and which service to access should problems occur;
This has improved due to available websites and easier printing of useful material in a primary care setting. Hospital information services tend to be well thought out and useful for patients and carers.
- every patient has a Key Worker who co-ordinates care and support in partnership with them;
Generally this happens, but better links with the community need to be formed as the key worker is often secondary care based for the treatment plan but failures of 'hand over' to a new community based key worker need to be improved.
- people's clinical and non clinical needs as a consequence of cancer are assessed and recorded in a care plan and services designed around meeting those needs;
There is still poor co-ordination of services between health and social services around the patient, especially for those based in residential and nursing care homes.
- care plans are written and shared with the person involved and reviewed on an ongoing basis;
When care plans are done this usually happens.
- follow up care given in the most appropriate place for the patient and not the service. Increasingly this should be in primary care.
This is difficult due to the overstretched capacity in Primary Care and the need for a better developed community support and nursing service 24/7. The ability to empower primary care also needs to be addressed through ongoing education programmes.
- direct access to services for cancer patients in whom recurrent disease is suspected;
This is usually not a problem.
- best possible IT and communication links giving clinical staff fast, safe and secure access anywhere in Wales to the information needed to care for patients;
Still in development and roll out – but out of hours services have access through the Internet Health Records (IHR) to a summary of the patient's primary care records – this needs further expansion and development.
- more information for people tailored to meet their individual needs;
Information is available in a wide variety of languages and formats, but tends to be generic rather than individualised.
- transport to and from clinics and hospitals is easily accessible;

Problems remain in rural areas.

- patients and carers are involved in the design of services and people's views on services are sought regularly and acted on to ensure continuous improvement;
Service redesign and strategic development is consulted with relevant groups and with the CHC.

- transparently published information available on the performance of NHS cancer care in terms of safety, effectiveness and patients' views.
Usually useful and informative when published.

Outcome 5 – People approaching the end of life feel well cared for and pain and symptom free

- more people receive palliative and end of life care and support on a 24/7 basis;
This has improved, with better awareness and proactive planning. The availability of the 'orange boxes' for palliation in the out of hours period has improved care.

- specialist palliative care nursing is available 7 days a week;
Usually available and have been attached to local OOH services.

- people's needs and wishes, and those of their family, are clarified, clearly recorded and are a key guide to care provided;
More work needed to ensure that this happens in all cases as there remains a reluctance to broach this delicate subject with individuals.

- people whose symptoms have not improved after 48 hours are referred to specialist palliative care;
This usually happens.

- key information on all patients with advancing cancer is recorded on CaNISC and accessible to others who have clinical responsibility for the patient, including out-of-hours GP services, on a 24/7 basis;
This key information is not always available to GPs, but is accessible through the on call consultant Oncologist.

- less people being admitted unnecessarily to hospital;
Subjectively we believe that this is the case, but sadly, unnecessary admissions still happen due to lack of community support and services available.

- more people are able to die in the place of their choice;
Variable – again depending on level of local support services.

- NHS and Third Sector voluntary sector care is integrated and seamless;
This is improving and continues to be supported and funded by Health Boards.

- families have access to pre and post bereavement support appropriate to their age.
This seems to be better for paediatric care than adult, but has improved overall.

We believe that there has been a slow but steady improvement in the drive to achieve excellence in Cancer care in accord with the Quality delivery plan for the NHS in Wales 2012
– 16

Dr. M.A. O' Donnell
Vice Chair (Policy and External Affairs)
RCGP Wales

Royal College of Nursing Response

National Assembly for Wales
[Health and Social Care Committee](#)

[Inquiry into the progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan](#)

Evidence from Royal College of Nursing – CDP 25

National Assembly for Wales Health and Social Services Committee Inquiry examining the progress made in implementing the Cancer Delivery Plan in Wales including:

- Whether Wales is on course to achieve the outcomes and performance measures, as set out in the Cancer Delivery Plan, by 2016;
- Progress made in reducing the inequalities gap in cancer incidence and mortality rates;
- The effectiveness of cancer screening services and the level of take-up across the population of Wales, particularly the harder to reach groups;
- Whether patients across Wales can access the care required (for example, access to diagnostic testing or out-of-hours care) in an appropriate setting and in a timely manner;
- The level of collaborative working across sectors, especially between the NHS and third sector, to ensure patients receive effective person-centred care from multi-disciplinary teams.
- Whether the current level of funding for cancer services is appropriate, used effectively and provides value for money.

1. The RCN is the world's largest professional union of nurses, representing over 415,000 nurses, midwives, health visitors, nursing students and health care support workers, including over 24,000 members in Wales. The majority of RCN members work in the NHS with around a quarter working in the independent sector. The RCN works locally, nationally and internationally to promote standards of care and the interests of patients and nurses, and of nursing as a profession. The RCN is a UK-wide organisation, with its own National Boards for Wales, Scotland and Northern Ireland. The RCN is a major contributor to nursing practice, standards of care, and public policy as it affects health and nursing. The RCN represents nurses and nursing, promotes excellence in practice and shapes health policies.
2. The Cancer Delivery Plan like many of the Welsh Government Delivery Plans has a section on prevention. The RCN has consistently proposed that prevention activity by health professionals needs to be joined up and not disease specific. Despite concerted efforts to prevent ill health in Wales, inequalities in health are widening. The risk factors for many diseases are interlinked and are rooted in poverty and deprivation. This has to be recognised and addressed.
3. The RCN is an active member of the Wales Tobacco Control Alliance. The Welsh Government's Tobacco Control Action Plan, published in 2012, sets a target of reducing smoking prevalence rates to 16% by 2020, from a current prevalence rate that remains stubbornly high at 23%. This is clearly an ambitious target. As giving up smoking is a key step for individuals taking responsibility for their own health, and reducing their risk of developing cancer, it is essential to recognise that the Tobacco

Control Action Plan underpins the preventive element of the Cancer Delivery Plan as well as in a number of other Welsh Government plans.

4. At the last meeting of the Wales Tobacco Control Alliance, members were informed of the concerns that ASH Wales has in terms of the leadership, accountability and monitoring structures for both of these plans. The following issues need to be addressed in order to ensure that the targets set out in both plans are achieved:
 - Clear leadership
 - Buy-in from key delivery partners and stakeholders
 - Consistent strategic representation on delivery boards
 - A more formal and robust accountability structure

5. Nurses are in an ideal position to influence the people they interact with be it in primary prevention, secondary prevention or in teaching the promotion of self care and management. Midwives, health visitors, and school nurses have an obvious role to play in ensure that every child has a healthy start in life. It is vital though that all nurses and midwives promote every encounter with their patients as a public health encounter. If we are to close the gap in health inequalities and the burden of avoidable ill health then we must harness the full potential of the nursing workforce.

6. The Cancer Delivery Plan makes a commitment to deliver person-centred cancer care in Wales and ‘people are placed at the heart of cancer care with their individual needs identified and met so they feel well supported and informed, able to manage the effects of cancer’. Specifically it calls on LHBs to:
 - Assign a key worker to each person with cancer, from the point of diagnosis onwards, to coordinate their care;

The Cancer Patient Experience Survey (CPES) 2013¹ identified that only 66% of patients responding had been given the name and contact details of their key Worker.

7. As highlighted in the report, the most striking finding of the survey relates to the impact of the Clinical Nurse Specialist (CNS). On almost all questions in the survey, patients who have a CNS are significantly more positive than patients who do not have access to a CNS.

“It is clear that the presence of a CNS makes a substantial positive difference to the perceived quality of cancer services seen by patients. On 59 questions in the survey, patients who had a CNS were more likely to be positive about their care and treatment than patients who did not; and the scale of differences on many questions is very substantial. All of these differences are statistically significant. The most pronounced differences in view between those patients with a CNS and those without one in 2013 were in respect of verbal and written information, involvement, information on financial support, discharge information and post discharge care and emotional support.”

8. At the Cross Party Group on Nursing and Midwifery in October 2013, Macmillan Cancer Support identified that there is a mismatch between the distribution of Clinical Nurse Specialists in Wales and the distribution of cancer incidents. The group also heard from a Clinical Nurse Specialist for Breast Cancer who was concerned that

¹ <http://wales.gov.uk/docs/dhss/publications/140117canceren.pdf>

some patients with certain types of cancer still don't have access to a CNS. At the meeting of the Cross Party Group in February 2013, Assembly Members were told of circumstances where men in Wales were personally paying to receive specialist robotic surgery for prostate cancer in England as the surgery was not available in Wales. The RCN was pleased to see the Welsh Government decision to fund robotic surgery system for Wales capable of minimally invasive treatment of prostate cancer at Cardiff and Vale University Health Board in August 2013. It is important that patients in Wales have an equity

9. Nurse specialists provide direct patient care, play a vital role in educating patients about how to manage their condition and importantly, provide emotional support. They take a leading role in ensuring that patients get the best care possible. A number of independent studies have shown that specialist nurses are both clinically and cost effective.²

The cost benefits generated by specialist nurses include:

- reduced waiting times,
- avoidance of unnecessary hospital admission/ readmission (through reduced complications,
- post-surgery/enhanced symptom control/ improved patient self-management),
- reduced post-operative hospital stay times,
- the freeing up of consultant appointments for other patients,
- services delivered in the community/at point of need,
- reduced patient treatment drop-out rates,
- the education of health and social care professionals,
- the introduction of innovative service delivery frameworks,
- direct specialist advice given to patients and families.³

10. Whilst the development of the role of the specialist nurse has been one of the most exciting innovations in nursing practice in recent times it is also one of the least understood and valued and as such are vulnerable in times of constrained public spending. An RCN (2008) highlighted that;

- more than one third of specialist nurses reported that they had a vacancy freeze in place.
- 47% reported that they were at risk of being downgraded and
- 68% reported having to see more patients.

11. The RCN has recently published 'More than just a Number'⁴ showing that in England, hidden within wider nursing workforce cuts is a significant loss and devaluation of

² Epilepsy Action (2010) *Best care: the value of epilepsy specialist nurse*.

<http://www.sudep.org/wp-content/uploads/2010/07/EpilepsySpecialistNurse-Report-2010.pdf>

² Parkinson's UK (2011) *Parkinson's nurses- affordable, local, accessible and expert care: a guide for commissioners*

in England. <http://www.parkinsons.org.uk/PDF/Englandnursereport.pdf>

16 Parkinson's UK (2011) *Parkinson's nurses in Scotland- providing safe, effective and patient-centred care*.

<http://www.parkinsons.org.uk/PDF/Scotlandnursereport.pdf>

² Mynors G, Perman S and Morse M (2012) *Defining the value of MS specialist nurses*.

Multiple Sclerosis Trust. <http://www.mstrust.org.uk/downloads/defining-the-value-of-ms-specialist-nurses-2012.pdf>

³ <http://www.rcn.org.uk/Specialistnurses.pdf>



skills and experience in the NHS with 3,994 fewer full time equivalent (FTE) nursing staff working in senior positions (bands 7 and 8). The staff affected by this includes ward sisters, community matrons, clinical nurse specialists and advanced nurse practitioners. A similar study has not yet been undertaken in Wales but we have evidence from our members that specialist posts have been under threat.

12. The RCN recommends that every patient with cancer should have the right to specialist nursing care, and ask that the Welsh Government undertake an audit of the number and type of cancer specialist nurses in Wales. Specialist nurse posts should also be supported through robust long term funding and time should be given to specialist nurses to ensure that they can fulfill the core elements of their role, namely providing clinical expertise, leadership and education and training.

13. At the Cross Party Group on Nursing and Midwifery in October 2013 we also discussed how we currently don't have the right follow up care in Wales. The system that we have in place currently is based on people's experience of cancer many years ago, not on how people experience cancer today. At least one in four people living with and beyond cancer – over 30,000 in Wales⁵ - experience a wide range of long-term debilitating health conditions caused by their cancer or its treatment. This growing population of individuals with chronic health conditions will challenge existing care models and will need the ongoing support of practice and community nurses.

14. Nurses in the community are committed to meet the coming challenges but, historically, they have simply not benefited from the national vision and investment needed to provide us with the workforce we need today. Across the UK 27 per cent of NHS community nurses are over 50 and will have retired within the next 10 years. We are simply not educating enough new staff to fill these posts, let alone increase services. The RCN believes strongly that a renewed investment in the community nursing workforce is essential to support the changing nature on the way in which we provide health services in Wales.

⁴ http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/564739/004598.pdf

⁵ Macmillan estimate based on known cancer prevalence (Maddams J, Utley M, Møller H. Projections of cancer prevalence in the United Kingdom, 2010-2040. *Br J Cancer* 2012; 107: 1195-1202) and expert consensus, see Macmillan Cancer Support (2013) *Throwing light on the consequences of cancer and its treatment*.



Inquiry into progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan

RCP (Wales) consultation response

About us

The Royal College of Physicians (Wales) plays a leading role in the delivery of high quality patient care by setting standards of medical practice and promoting clinical excellence. We provide physicians across the world with education, training and support throughout their careers. As an independent body representing more than 29,000 fellows and members worldwide, including 1,000 in Wales, we advise and work with government, the public, patients and other professions to improve health and healthcare.


Amdanom ni

Mae Coleg Brenhinol y Meddygon (Cymru) yn arwain y ffordd o ran darparu gofal o ansawdd uchel i gleifion drwy osod safonau ar gyfer arferion meddygol a hybu rhagoriaeth glinigol. Rydym yn darparu addysg, hyfforddiant a chefnogaeth i feddygon ledled y byd drwy gydol eu gyrfa. Fel corff annibynnol sy'n cynrychioli mwy na 29,000 o gymrodorion ac aelodau ym mhedwar ban byd, gan gynnwys 1,000 yng Nghymu, rydym yn cynghori ac yn gweithio gyda'r llywodraeth, y cyhoedd, cleifion, a gweithwyr proffesiynol eraill i wella iechyd a gofal iechyd.

For more information, please contact:

Lowri Jackson

Senior policy adviser for Wales



Royal College of Physicians (Wales)
Regus House - Tŷ Regus, Falcon Drive
Cardiff - Caerdydd CF10 4RU

www.rcplondon.ac.uk/wales

Committee Clerk

Health and Social Care Committee
National Assembly for Wales
Cardiff CF99 1NA

HSCCommittee@wales.gov.uk

From the RCP vice president for Wales
O'r is-lywydd yr RCP dros Gymru
Dr Alan Rees MD FRCP

From the RCP registrar
O'r cofrestrydd yr RCP
Dr Andrew Goddard FRCP

Friday 04 April 2014


Dear committee,

Thank you for the opportunity to respond to your inquiry into the progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan. We would also like to thank the Association of Cancer Physicians for their help in drawing up this response.

The Royal College of Physicians (RCP) represents doctors in Wales and across the world working medical oncology, that is, physicians trained in the management of cancer. Their main area of expertise is in the systemic or drug treatment of cancer using chemotherapy, hormonal therapy and, increasingly, new molecular targeted therapy. Medical oncology also has a strong research basis: most medical oncologists are involved in clinical trials and many will have an academic post.

Overview

1. The RCP strongly welcomes the improvements outlined in the recent Cancer Delivery Plan annual report for 2013, especially improved survival rates at 14 per cent for one year, and 15 per cent for five year survival, with Wales showing the greatest increase of all four UK nations in recent years. However, there is still a great deal more to be done and cancer survival in Wales remains lower than the European average for most common cancers. Below we have outlined some of the areas from the cancer delivery plan itself which still need further work.
2. On **preventing cancer**, our physicians told us that there had been patchy developments made by local health boards. The overall activity was not overarching or strategic, and not enough work was being done through networks. However, there were some good local examples of best practice. On **detecting cancer quickly**, our physicians highlighted some capacity and compliance issues for bowel cancer screening at local health board level. Furthermore, we found that on **early diagnosis**, local health boards had made very little progress, with physicians reporting poor data and information, poor development of primary care oncology, and poor collaboration between primary and secondary care.
3. On **delivering fast, effective treatment and care**, we found that local health boards had made only patchy progress. There were some improvements in some areas, but physicians felt that there had been a lack of strategic planning and delivery for cancer treatment by health boards.
4. On **meeting people's needs**, our fellows and members told us that there was very little clarity over policy and strategic planning by local health boards in this area. There was little to no policy on key workers and care planning, and there was huge variation in follow up. Furthermore, our



physicians judged that Public Health Wales had provided poor support to local health boards to meet the information needs of people affected by cancer.


5. On **improving information**, our physicians reported ‘frustratingly little progress’ by local health boards. They described the progress made by health boards and trusts on data and information, ‘patchy at best’, and found that Public Health Wales and Velindre NHS Trusts (along with NWIS) had made little progress with providing a cancer clinical information infrastructure, or analysing local health board participation in clinical audit and peer review. Finally, **on targeting research**, they did report some positive work, but argued that this was actually being led by NISCHR, not the health boards or trusts.

Our response to the inquiry terms of reference

6. The Cancer Delivery Plan was published in June 2012. This means that any changes made are highly unlikely to have had sufficient time to be reflected in any of the outcome indicators, so it is very difficult objectively to assess progress. On the terms of reference for the inquiry, it is difficult, if not impossible to answer some of these, either due to short timescales or because of a lack of objective data.

Whether Wales is on course to achieve the outcomes and performance measures, as set out in the Cancer Delivery Plan, by 2016

7. Latest cancer official [Welsh Government figures on cancer waiting times](#) show that the 2016 target of 98% of patients starting treatment within 31-days of diagnosis, not via the urgent route, is already being met consistently. Although the target of 95% patients diagnosed via the urgent suspected cancer route, and starting definitive treatment within 62 days of GP referral, has not been attained in any quarter since publication of the cancer delivery plan, data for the latest quarter reached 92%, suggesting progress towards the target, though it is disappointing that only one of 6 LHBs achieved the 95% target.
8. We are not aware of any publicly-available statistics on stage-specific data so it is hard to make a worthwhile comment. However, it seems unlikely that there will have been any statistically meaningful downward stage migration in the time since publication of the delivery plan.
9. Wales Cancer Research Network figures from September 2013 show that both the 10% and 7.5% targets for cancer trials are already being exceeded in breast and haematological malignancies. Trials in urological cancers are meeting the 10% target, but not the 7.5% interventional target. In colo-rectal cancer trials, the 10% figure is being met overall, though not in two of the three regions of Wales, whilst the 7.5% interventional target is not being met in any of the three. The situation is very similar for lung cancer studies, except that only one of the three regions is not meeting the 10% target. It is disappointing that the details of monitoring of 30-day mortality following chemotherapy and surgery were absent from annex 3 of the cancer delivery plan and we could find no publicly available progress data on these key indicators. We could not find any collated figures, nor trends in the individual tumour types, but overall, there seems to be good, if inconsistent progress, across the main cancer types.
10. In the cancer delivery plan, the Wales Cancer Bank was identified as a ‘key research facility’. It has played a key role in the success of Cancer Research UK’s Stratified Medicine, and is fundamental to continuing to build on Wales’ leading role within stratified medicine in the UK. There was an increase in people diagnosed with cancer agreeing to donate to the Wales Cancer Bank – from 7.2% in 2011 to 10.6% in 2012 – so it is clear that progress is being made towards the target of 20%. However, this is an ambitious number, and we are not convinced that current rates will double by 2016 to meet this target.

- 
11. Furthermore, while this progress has so far been achieved by dedicated research staff, we suggest that achieving the 20% target will require either additional funding and/or a different mechanism for obtaining consent eg introducing an 'opt out' approach of assumed consent to tissue donation for research, or the use of specifically-trained lay consenters.

Progress made in reducing the inequalities gap in cancer incidence and mortality rates

12. This is impossible to assess at this stage. As it is less than two years since the publication of the plan, any changes made have not had enough time to be reflected in any outcome measures. However, cancer service provision is an important determinant of mortality. There have been recent concerns regarding inequality in the provision of medical oncology services for the population of west Wales, and therefore the proposed incorporation of the provision of services for west Wales with Abertawe Bro Morgannwg University Health Board is a welcome prospect which should reduce the inequalities gap.

The effectiveness of cancer screening services and the level of take-up across the population of Wales, particularly the harder to reach groups

13. We could not find any publicly-available data for the period beyond the publication of the Cancer Delivery Plan. The most recent update of the NSAG for cancer, published in January 2014, contains only data to the end of the 2011/12 period. It would be interesting to know whether figures are available for the take-up of anti-HPV cervical cancer vaccine.

Whether patients across Wales can access the care required (for example, access to diagnostic testing or out-of-hours care) in an appropriate setting and in a timely manner

14. We are not aware of any systematic barriers to accessing any aspect of cancer services in Wales, aside from expensive novel therapies (see below). We were unable to obtain any official statistics to comment on whether there are inequalities between health boards.

The level of collaborative working across sectors, especially between the NHS and third sector, to ensure patients receive effective person-centred care from multi-disciplinary teams

15. The work of the third sector (including Tenovus, Cancer Research, Macmillan and Marie Curie Cancer Care) with cancer facilities (such as the Wales Cancer Trials Unit, Wales Cancer Bank and Cardiff Experimental Cancer Medicine Centre) has been crucial in making progress on the cancer delivery plan. The all-Wales Cancer Patient Experience Survey in January 2014 showed very high levels of scores of 'excellent' or 'very good', across the range of services, which suggests a good level of patient-centred care. However, we do have some concerns around the rarer cancers, survivorship issues and disparities between health boards.

Further points to note

16. There is much that is excellent about cancer care in Wales and good progress is being made on a number of fronts. However, we would like to highlight some areas of concern. In particular:

The lack of a Welsh Cancer Drugs Fund

17. Concerns have been raised that inequalities in access to effective novel therapies in Wales may have resulted from the creation of a cancer drugs fund in England since 2010, but not in Wales. The alternative system for accessing in Wales (Individual Patient Funding Requests) is a source of frustration to oncologists in Wales, and our physicians report that it is inconsistently applied by

local health boards. Our physicians asked us to highlight the case of the drug Bevacizumab for patients with ovarian cancer in Wales. In north and south east Wales, the only option for funding is to apply via the IPFR route. Unfortunately, all requests have so far been rejected by these health boards, despite it being widely used throughout Europe and England, and indeed, in south west and west Wales.

Phase I trials

18. In the absence of a cancer drugs fund, Phase I trials are an even more important means for patients to access novel therapies. However, it is disappointing not to have seen any specific mention of Phase I trials of new systemic anti-cancer therapies in the cancer delivery plan. Increasingly, trials are available through Velindre Cancer Centre and UHW, but the numbers are still disproportionately small, relative to comparable major population centres in the UK and to the excellent record of later-phase clinical trials activity in Wales. Phase I cancer trials activity in Wales should be a target for growth, yet there is no specific commitment of public funding for clinical service or clinical research in Phase I cancer trials.

Information technology

19. Accurate, accessible clinical information is crucial to both high quality clinical care and to forefront clinical research. However, the CaNISC electronic record system has failed to keep pace with comparable systems in the UK, and is significantly compromised by being far from universally used in cancer units in Wales. So far, there is no clear evidence that the development of an all-Wales cancer data warehouse has been able to facilitate either research or routine clinical practice.

Acute oncology

20. The provision of acute oncology services is very patchy in Wales and local provision is still almost non-existent in more than one of the larger health boards. There is clearly a long way to go to catch up with equivalent services in England and this must be a target for accelerated progress before 2016.

With best wishes,



Dr Alan Rees
RCP vice president for Wales
Is-lywydd yr RCP dros Gymru



Dr Andrew Goddard
RCP registrar
Cofrestrydd yr RCP

National Assembly for Wales
[Health and Social Care Committee](#)

[Inquiry into the progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan](#)

Evidence from Standing Welsh Committee of the Royal College of Radiologists – CDP 33

2 April 2014

Committee Clerk
Health and Social Care Committee
National Assembly for Wales
Cardiff Bay CF99 1NA

Dear Sir

Response of Royal College of Radiologists Standing Welsh Committee to the National Assembly for Wales' Health and Social Care Committee Inquiry into progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan

The Standing Welsh Committee (SWC) of the Royal College of Radiologists represents the specialties of Clinical Radiology and Clinical Oncology within Wales. The majority of Oncologists and Radiologists working in Wales are Fellows of the College. We would make specific observations as follows, based on our consultation with colleagues in Wales.

1. The Standing Welsh Committee of the Royal College of Radiologists supports the aims of the Welsh Cancer Delivery Plan (CDP.) This sensibly takes a patient and population centred approach to the different stages of the Cancer Pathway. The aspirations are appropriate.
2. The importance of public health, early diagnosis, rehabilitation and survivorship, and the role of the third sector are recognised. Whilst there are clear targets for cancer management in secondary care, this is put into overall context rather than dominating. That is likely to be helpful in encouraging the production of integrated and balanced programmes.
3. The production by individual LHBs and NHS Trusts of their own local annual CDPs and Cancer Annual Reports (CAR) is, overall, felt to have been a useful exercise. It allows for tailoring and prioritising for local needs, which will vary. Existing programmes can be included into the larger delivery plans.
4. The CDP is ambitious, which is a good thing. It is multifaceted, and addresses some very complex problems. It is unlikely that all of the targets will be met by 2016. The health of populations is slow to change. Changes to hospital infrastructure and staffing take time. Some of the challenges are organisational, and some are

undoubtedly financial. The current financial climate will influence this, and a pragmatic and long term view is necessary.

5. Funds are mainly used effectively and probably give value for money. The current level of funding for cancer services in Wales is inadequate. There is inequity of access to appropriate treatments. Better funding may improve the efficiency of the CDP.

There are disparities across Wales in ability to access certain treatments. A significant proportion of this is due to geographical location – for instance patients living further away from radiotherapy centres may choose to have non breast-conserving surgery, to avoid the 3 weeks radiotherapy. Whilst there is no easy solution, the perceived barriers to travel need to be broken down e.g. access to hostel accommodation, transport arrangements etc. The local MDTs need to ensure patients are fully aware of the reasons why some treatments may not be available locally.

Non surgical oncology services need to be centralised and site specialised in order to ensure patients receive the highest quality care. This is not possible with the model of care in some DGHs with a sole oncologist treating all cancers. Health Boards need to ensure that cancer services are delivered in conjunction with the Cancer Centre, and that the guiding principles of ensuring treatment is given as close to home as possible is not done at the detriment of ensuring care is delivered by a site specialist team.

The source of funding for “specialised cancer services” is not clear. There are different models of delivering “specialised cancer services” in Wales – with some services receiving WHSCC funding and others being funded through the LHB budget. At LHB level, the financial arrangements for provision of cancer care are opaque. It is thus impossible to know whether the amount spent for specialised cancer services per head of population is equal across Wales but we suspect not. There are disparities between Cancer Centres in terms of access to Clinical Nurse Specialists, Oncology Consultant numbers and radiographer numbers.

6. In Clinical Radiology, demand for diagnostic CT , MRI and ultrasound scanning currently outstrips capacity, as shown by longer waiting times for diagnostic tests in Wales compared with England. Access to PET scanning is commissioned at a lower level in Wales than in England.

We have an aging population of consultant radiologists in Wales with considerable anticipated retirements in the coming years and there have been insufficient Welsh trainees coming through to replace them. Furthermore, the increasing number of cancer MDTs adds to the time pressures on radiologists, both in preparing for and attending these meetings. This makes it increasingly difficult to cope with workload. There is inequitable access to MRI scanning for suspected cord compression across Wales; at some hospitals, there are no formal arrangements for MRI radiographers

to provide out of hours emergency MRI scans. There is no capital replacement programme in some Welsh Health Boards for diagnostic equipment which can lead to aging imaging technology.

With kind regards,

Yours faithfully

Dr Richard Clements
Chair, Standing Welsh Committee
The Royal College of Radiologists

Eitem 4

National Assembly for Wales
[Health and Social Care Committee](#)

[Inquiry into the progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan](#)

Evidence from Cancer Research UK – CDP 13



Cancer Research UK response to the National Assembly for Wales' Health and Social Care Committees inquiry into progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan
April 2014

Introduction

Cancer Research UK welcomed the introduction of the Cancer Delivery Plan and the creation of the Cancer Implementation Group in June 2012.

Cancer Research UK believes that cancer plans are essential in the fight against cancer. They set strategic direction and make the best use of resources to reduce cancer incidence and mortality. To continue to improve or make our cancer outcomes among the best in the world in the coming years, we need to maintain comprehensive cancer plans that incentivise action and dedicate resource to beating cancer.

We welcome the vision and priorities set out in the cancer plan. However we feel that more all Wales planning is needed, as there is currently variation in implementation of the plan by the different Local Health Boards. We therefore feel that the structures for delivering and implementing the cancer plan need to be strengthened, and we would like to see a more integrated all Wales approach.

We also feel that more could be done to better capture and analyse data in Wales to assess service delivery against the cancer plan, and to identify best practice.

The International Cancer Benchmarking Project (ICBP) has shown that UK cancer outcomes lag behind other comparable European Countries; evidence suggests this is due to both variation in access to treatment and late diagnosis, particularly the large number of cancers diagnosed through emergency admissions to hospital.

Our response therefore focuses on the action needed to diagnose cancers earlier in Wales, and to ensure people have equal access to the best treatment as recommended by their doctor.

These are the two areas that need to be prioritised if we are going to achieve better outcomes.

We have focused on: late stage cancer diagnosis in harder to reach groups; the variation in access to diagnostics tests in Wales; the effectiveness and take up of the bowel screening programme; and better access to treatments.

These are the areas where there is inequality, and where the cancer delivery plan lacks detail and national planning and oversight.

We would like to see:

Early diagnosis awareness campaigns considered at national level, and for local activity to be well coordinated, taking into consideration the needs of different population groups. This includes targeting lower socio-economic groups where indicated.

An improvement in the collection of staging data to ensure that we can identify and address problems with late diagnosis.

Better access to diagnostic tests for GPs

the Welsh Government develop a plan to add Bowel Scope Screening to the Welsh Bowel Screening Programme as soon as possible.

a data set for radiotherapy in Wales and a more joined up national comprehensive plan must be put in place for future service improvements

1. Early Diagnosis

Earlier diagnosis can dramatically improve survival for many cancers. For example, the ICBP has shown that when colon and colorectal cancer is diagnosed at the earliest stage, 1 year survival is over 90%, whereas when it is diagnosed at the latest stage survival is only 34%.¹

The Welsh Government cancer delivery plan states that, “Local Health Boards need to raise awareness among public and health professionals about the risks and symptoms of cancer and how to act promptly and appropriately on this knowledge,” and that “Diagnostic testing, particularly ultrasound and CT scans, should be available on request to primary care practitioners wherever this will reduce the time to diagnosis. All investigations that might demonstrate cancer should be reported promptly.”

At the moment all of the LHB individual cancer delivery plans acknowledge the importance of diagnosing cancers earlier in Wales, and the need to plan campaigns similar to the ‘Be Clear on Cancer Campaign.’ Some LHBs specify details of how and what they are doing to achieve this. For example Cwm Taff has established a Community Cancer Awareness Network which brings together all cancer stakeholders, including primary care, to raise awareness of the signs and symptoms of cancer and to improve quicker diagnosis in primary care. Other LHBs state that they will plan future work but do not provide detailed plans.

We know that each year 5,600 patients in the UK are diagnosed with cancer at a late stage because of social and health inequalities². This is in part due to a lack of awareness of cancer symptoms amongst lower socioeconomic groups.

¹ Maringe, C., *Stage at diagnosis and colorectal cancer survival in six high-income countries: A population-based study of patients diagnosed during 2000–2007*. Acta Oncologica, 2013. 52(5): p. 919-932.

We would like to see awareness campaigns considered at national level and for local activity to be well coordinated, taking into consideration the needs of different population groups. This includes targeting lower socio-economic groups where indicated.

Analysis of accurate staging data across different cancer types plays a key role in gaining an understanding of where delays to diagnosis are significant. We acknowledge that recording and collection of staging data is improving in Wales and the Wales Cancer Intelligence and Surveillance Unit will be carrying out more work on staging data this year. However it will be important for the staging data to be analysed and priorities and actions set accordingly.

We would like to see an improvement in the collection of staging data to ensure that we can identify and address problems with late diagnosis.

Diagnosing Lung cancer earlier in Wales - Preliminary work by the Wales Cancer Intelligence and Surveillance Unit (WCISU) indicates that 51% of lung cancer patients had an emergency episode of care leading to their diagnosis.³

In October 2013, Cancer Research UK (CR-UK) hosted an all Wales Knowledge Sharing meeting on Early Diagnosis to discuss the early diagnosis of cancer and access to optimal treatments. The meeting looked at the latest data and the evidence base around current interventions to consider what work could be taken forward in Wales including data on cancer diagnosed through emergency routes. The group agreed that an early diagnosis initiative should be taken forward based on lung cancer covering information, workforce, campaigns and public information. We support a national initiative on early diagnosis in Wales and will continue to work with the Welsh Government to ensure that this activity is taken forward as soon as possible.

Access to Diagnostic tests – the need for better access to diagnostics tests to improve earlier diagnosis was also highlighted at the workshop. Experts were concerned about diagnostic test capacity, waiting times for tests, and the variation in access to diagnostic tests between localities and health boards. There was also concern that the current system is not equipped to take on the extra referrals that may be generated by future public awareness campaigns. It was acknowledged that preparing the system for any increased demand would need to be an integral part of any campaigns.

More needs to be done to ensure that GPs are aware of the availability of these tests, and that they are able to access them when requested. The Welsh Government will need to consider the level of funding needed to improve access to these tests.

2. Bowel Cancer screening

² Lyratzopoulos, G. et al. Socio-demographic inequalities in stage of cancer diagnosis: evidence from patients with female breast, lung, colon, rectal, prostate, renal, bladder, melanoma, ovarian and endometrial cancer. *Annals of Oncology* doi:[10.1093/annonc/mds526](https://doi.org/10.1093/annonc/mds526)

³ Presentation by the WCISU at CR-UK knowledge sharing working on early diagnosis. October 2013.

The Cancer Plan states that, “Screening services need to keep pace with the changing evidence of benefit and remain of the highest international standard. Action is needed to find more effective ways to increase take up by harder to reach groups.”

Survival rates for colorectal cancer patients in Wales are poorer than most other countries in Europe,⁴ and older people and those from deprived areas are more likely to be diagnosed with cancer at a more advanced stage.

Improving overall uptake for bowel screening needs to be prioritised across all of Wales. Screening is the best way to diagnose bowel cancer early and early diagnosis is crucial - patients diagnosed with bowel cancer at the earliest stage have a better than 90% chance of surviving for five years, whilst for those diagnosed at the latest stage this drops to just 6.6%.⁵

We are currently piloting a campaign in North London, targeted at deprived communities, which aims to raise awareness, and remove barriers to bowel screening. We would be happy to share the results of this pilot in due course.

Cancer Research UK co-funded a 16 year study⁶ which showed that Bowel Scope Screening (BSS) cuts deaths by over 40 per cent, and can actually prevent a third of bowel cancers among those screened⁷. The UK National Screening Committee has recommended Bowel Scope Screening (BSS) as an appropriate screening test for use in the UK’s screening programmes⁸.

BSS is a one-off test at 55. It is an addition to the existing screening programme – people receiving BSS will still be invited to take part in the FOBT screening programme at 60. BSS is currently being piloted in six sites in England, with full coverage expected by 2016. The Scottish Government have also announced a two-year trial of BSS to start shortly.

We would like to see the Welsh Government develop a plan to add BSS to the Welsh Bowel Screening Programme as soon as possible.

Part of the plan should be an investment in endoscopy provision by the Welsh Government to ensure that services are equipped to take on bowel scope screening without impacting on other diagnostic and surveillance endoscopy services.

3. Equal access to treatment

The Cancer Plan states that, “Hospital services should be delivered promptly, be well co-ordinated with effective communication across boundaries and ensure good patient experience.”

⁴ Verdecchia, A., S. Francisci, and H. Brenner, *Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EURO-CARE-4 data (vol 8, pg 784, 2007)*. *Lancet Oncology*, 2008. **9**(5): p. 416-416.

⁵ <http://www.cancerresearchuk.org/about-us/we-develop-policy/our-policy-on-early-diagnosis/our-policy-on-bowel-cancer-screening>

⁶ <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/news/archive/cancernews/2010-04-27-Five-minute-screening-test-could-prevent-thousands-of-bowel-cancers>

⁷ Atkin, W.S., et al., *Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial*. *Lancet*, 2010. **375**(9726): p. 1624-33.

⁸ UKNSC, *Note of the meeting held on 10 March 2011*. 2011.

However we feel that the commissioning and planning of treatment services, such as radiotherapy, could benefit from better national coordination and strategic planning.

Radiotherapy is a highly effective way of treating cancer. Four in ten people whose cancer is cured have received radiotherapy, and every year radiotherapy helps cure more people than cancer drugs.

New radiotherapy techniques like Intensity modulated radiotherapy IMRT are able to give precise doses to the tumour, rather than the surrounding tissue area.

However we know that the roll out of IMRT has been slow across Wales because of complex bureaucratic processes between the different Local Health Boards, and variation exists in access to advanced radiotherapy treatments. We believe that more national oversight could help address this.

We need a data set for radiotherapy in Wales and a more joined up national comprehensive plan must be put in place for future service improvements.

About Cancer Research UK

Every year around 300,000 people are diagnosed with cancer in the UK. Every year more than 150,000 people die from cancer. Cancer Research UK is the world's largest cancer charity and is dedicated to saving lives through research. Together with our partners and supporters, Cancer Research UK's vision is to bring forward the day when all cancers are cured. We support research into all aspects of cancer through the work of over 4,000 scientists, doctors and nurses. In 2012/13, we spent over £330 million on research in institutes, hospitals and universities across the UK. The charity's pioneering work has been at the heart of the progress that has already seen survival rates in the UK double in the last forty years. We receive no government funding for our research.

In Wales fund the Wales Cancer Trials Unit which is dedicated to improving clinical practice through quality research evidence. We also fund the Cardiff Cancer Research UK Centre which draws together world class research and areas of medical expertise to provide the best possible results for cancer patients nationwide.

National Assembly for Wales

[Health and Social Care Committee](#)

[Inquiry into the progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan](#)

Evidence from Macmillan Wales – CDP 16

Papur briffio ar gyfer :	Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol y Cynulliad Cenedlaethol.
Diben :	Ymateb Macmillan Cymru i'r ymchwiliad i'r cynnydd a wnaed hyd yma wrth weithredu Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer Llywodraeth Cymru.
Cyswllt :	Susan Morris, Rheolwr Cyffredinol Cymru.
Dyddiad creu:	3 Ebrill 2014

1. Cyflwyniad

Mae Macmillan wedi ymrwymo i gefnogi partneriaid, gan gynnwys Llywodraeth Cymru (LIC), GIG Cymru, Byrddau Iechyd Lleol (BILLau), Ymddiriedolaeth GIG Felindre a Llywodraeth Leol i wella'r gofal i'r rhai wedi'u heffeithio gan ganser ledled Cymru. Rydym wedi buddsoddi bron i £10m yn ystod y tair blynedd diwethaf mewn gwella gofal cancer yng Nghymru ac rydym yn rhoi cymorth i dros 270 o weithwyr proffesiynol Macmillan yng Nghymru.

Mae Macmillan yn croesawu'r ymchwiliad hwn i'r cynnydd a wnaed hyd yma wrth weithredu Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer Llywodraeth Cymru gan Bwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Llywodraeth Cynulliad Cymru. Rydym yn ystyried bod Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer LIC yn ysgogydd allweddol i godi safonau, gwella canlyniadau clinigol a gwireddu gweledigaeth gofal cancer sy'n rhoi'r person yn y canol yng Nghymru. Mae bron i ddwy flynedd ers i LIC lansio ei Chynllun Cyflawni ar gyfer Cancer a chredwn felly fod ymchwiliad y Pwyllgor yn amserol ac yn angenrheidiol er mwyn gweld pa gynnydd a wnaed, lle mae'r heriau a'r bylchau o ran ei gyflawni.

Mae angen gweithredu ar fyrder er mwyn i Gymru wireddu'r weledigaeth sydd yng Nghynllun Cyflawni ar gyfer Cancer LIC erbyn 2016. Rydym yn llawn werthfawrogi maint yr her sy'n gofyn am arweinyddiaeth glinigol a rheolaethol ymroddedig a llawn ffocws ar lefel genedlaethol a lleol.

O ran y cylch gorchwyl ar gyfer yr ymchwiliad hwn, mae ein hymateb yn ceisio amlygu:

- a yw Cymru'n dilyn yr amserlen i gyflawni'r canlyniadau a'r mesurau perfformiad, fel y'u nodwyd yn y Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer, erbyn 2016; yn enwedig o ran gwireddu'r uchelgais i fod y gorau yn Ewrop a gwella'r canlyniadau yn adran 6.4 'Atel Anghenion Pobl', maes allweddol yn

y Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser i'r rhai wedi'u heffeithio gan ganser.

- ac a wnaed cynnydd o ran lleihau'r bwlch anghyfartaledd o ran mynychder canser, cyfraddau goroesi a marwoldeb.

2. Yr Achos dros Newid

Gan fod diagnosis a thriniaeth canser yn dod yn fwyfwy effeithiol, mae llawer mwy o bobl yn byw'n hirach gyda chanser a'r tu hwnt iddo. Erbyn 2030, amcangyfrifir y bydd nifer y bobl sy'n byw gyda neu ar ôl canser bron yn dyblu i bron i chwarter miliwn (o 120,000 i 217,000) ¹ Wrth i natur canser newid, felly hefyd anghenion y rhai wedi'u heffeithio ganddo - ac ystod y gweithwyr proffesiynol a'r gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol sy'n ofynnol i helpu i ateb yr anghenion hynny. Bydd gan y boblogaeth hon sy'n tyfu'n oblygiadau arwyddocaol i iechyd a gofal cymdeithasol fel ei gilydd a byddant yn herio'r modelau gofal canser presennol. Mae'n rhaid gweithredu i sicrhau bod y gofal yn holistaidd gydag anghenion anghlinigol yn cael eu hystyried fel mater o drefn, a'u bod yn cwmpasu anghenion cymdeithasol, ariannol, emosiynol, ymarferol, seicolegol, ysbrydol a gwybodaeth. Mae angen gofal y tu hwnt i'r clinigol ar bobl i'w galluogi i fyw cystal ag sy'n bosibl ac i ddod yn bartneriaid yn eu gofal fel y gallant hunanreoli cyhyd â phosibl.

Yn fwyfwy, bydd pobl a fyddai wedi marw'n fuan ar ôl cael diagnosis ddegawdau'n ôl yn byw'n hirach. Bydd 1 o bob 4 o bobl yn byw gyda'r canlyniadau a bydd llawer yn byw gyda chanser nad oes modd ei wella, gwellhad dros dro a phyliau o salwch eto. Mae angen mwy o ffocws ar y cyfnod goroesi hwn er mwyn gwella ansawdd bywyd, rhoi cymorth i gleifion fyw'n dda, gan y bydd llawer mwy'n byw gyda chanser, neu gyda chanlyniadau canser fel cyflwr tymor hir.

3. Gofal Canser yng Nghymru

Mae dogfennau polisi allweddol, ymchwil ac adroddiadau am brofiad cleifion sy'n llywio ein hymateb i'r Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol:

3.1 Mae *Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser LIC* yn cynnig ymagwedd strategol tuag at driniaeth a gofal canser. Dyma'r ddogfen graidd ar gyfer llywio cyflenwi gwasanaethau canser a monitro mynychder canser, marwoldeb a chyfraddau goroesi ledled Cymru.

3.2 Mae *Adroddiad Atodol Technegol: Grŵp Cyngtori Arbenigol Cenedlaethol Canser* yn coladu data epidemiolegol, proffiliau penodol i ganser, archwiliadau a threialon clinigol ac yn rhoi cymariaethau data defnyddiol â gwledydd eraill yn Ewrop. Felly mae'n helpu i asesu'r cynnydd a wnaed i gyflawni'r uchelgais o fod y gorau yn Ewrop.

3.3 Mae canlyniadau'r *Arolwg o Brofiad Cleifion Canser Cymru 2014 (CPES)* yn rhoi dadansoddiad cadarn a chynhwysfawr o brofiadau pobl o ofal canser yng Nghymru, gyda'r arolwg yn cynnwys barn 7,352 claf gyda chyfradd ymateb o 69%. Mae'r (CPES) yn cynnig meincnod pwysig, ar lefel genedlaethol a lleol, o ran profiad cleifion ac i ba raddau y mae Byrddau Iechyd yn ateb anghenion pobl fel y'u nodwyd yn y Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser. Menter ar y cyd oedd yr arolwg rhwng Macmillan a Llywodraeth Cymru.

Mae'n bwysig cydnabod bod canlyniadau'r CPES ym mis Ionawr 2014 yn dangos lefelau uchel o fodlonrwydd â gofal canser y GIG yng Nghymru, gyda 89% o'r cleifion yn dweud bod eu gofal cyffredinol yn rhagorol neu'n dda iawn a 1% yn unig yn dweud bod y gofal yn wael. Mae hyn yn arwydd eglur iawn fod y profiad cyffredinol yn un da ac mae'n waelodlin uchel iawn ar gyfer gwelliant pellach. Fodd bynnag, mae canlyniadau'r arolwg yn dangos hefyd mai isel yw'r cydymffurfio yn

erbyn ymrwymiadau'r Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser a bod amrywiaeth arwyddocaol ar draws ysbytai Cymru, byrddau iechyd a mathau o ganser.

Bwriad yr argymhellion yn y ddogfen hon yw adeiladu'n wrol ar yr arferion da presennol a nodi meysydd i'w gwella er mwyn helpu'r cynnydd tuag at wireddu'r uchelgais i fod gyda'r gorau yn Ewrop.

4. Pwyntiau gweithredu allweddol

Mae Macmillan yn galw ar LIC i wneud y canlynol:

5.3 Rhoi cyfeiriad ac arweinyddiaeth strategol eglur wedi'u cynorthwyo gan strwythur cyffredinol ar gyfer Cymru gyfan er mwyn cynllunio, atebolrwydd a pherfformiad. Dylai osod y blaenoriaethau ar sail Cymru gyfan am gyfnod o dair blynedd tan ddiwedd 2016; gosod systemau monitro cadarn i archwilio ac adrodd yn agored ar gynnydd a defnyddio data i gyfeirio gwelliannau er mwyn codi safonau a sicrhau bod ymagweddu cyson tuag at wella gofal cancer yng Nghymru.

6.3 Adolygu cynnwys ac ansawdd adroddiadau blynyddol Byrddau Iechyd a Sicrhau bod Cynlluniau Cyflawni Byrddau Iechyd yn nodi'n benodol y cynnydd yn erbyn pob gofyniad yn y Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser; sicrhau bod Byrddau Iechyd yn cyhoeddi eu hadroddiadau blynyddol a'u cynlluniau cyflawni'n gyson ac yn sicrhau eu bod yn amserol, hygyrch, eglur a dealladwy. Mae angen archwilio cenedlaethol cyffredinol cadarn i fonitro safonau, rhoi canllawiau a sicrhau bod cydymffurfio yn erbyn y targedau y cytunwyd arnynt.

6.6. Darparu arweinyddiaeth strategol, eglurder a thryloywder gwirioneddol ar gymhwyso amserau aros, polisiau a thargedau a sut mesurir perfformiad yn erbyn targedau. Mae angen gweithredu nawr i sicrhau bod Byrddau Iechyd yn cyflawni eu targedau amser aros fel nad yw cleifion yn wynebu oedi cyn cael diagnosis neu ddechrau triniaeth.

6.9 Sicrhau bod Byrddau Iechyd yn defnyddio canlyniadau data arolwg CPES Cymru yn lleol ac yn dangos yn benodol y camau a gymerwyd i wella'r cynnydd wrth gyflawni gofal sy'n rhoi'r person yn y canol yn eu hadroddiadau blynyddol a'u cynlluniau cyflawni.

7.3 Cynhyrchu diffiniad eglur a diamwys o rôl y Gweithiwr Allweddol. Mae hyn yn allweddol ac mae ei angen ar fyrder er mwyn sicrhau cydraddoldeb mynediad ac ansawdd ledled Cymru a fydd yn helpu i sicrhau bod y rôl yn cael ei gweithredu'n gyson ar draws Byrddau Iechyd Lleol.

7.6 Cynhyrchu diffiniad eglur, y cytunwyd arno'n genedlaethol o'r hyn yw darparu asesiad anghenion holistaidd a chynllun gofal ysgrifenedig, wedi'i gysylltu â rôl y Gweithiwr Allweddol, i helpu i roi cydraddoldeb mynediad ac ansawdd i ofal sy'n rhoi'r person yn y canol ledled Cymru.

7.9 Ymrwymo i sicrhau bod yr argymhelliad yn y Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser y dylai'r rhai wedi'u heffeithio gan ganser gael cyfle i gael mynediad i gyngor budd-dal lles yn cael ei weithredu'n gyson gan BILLau.

7.12 Datblygu ymagweddu strategol gyda sicrwydd ansawdd dros Gymru gyfan fel bod gwybodaeth a chymorth cyson, hygyrch sydd wedi'u teilwra i gleifion canser yng Nghymru.

Law yn Llaw at Iechyd - Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser LIC

5. Cyfrifoldeb ac Atebolrwydd ar lefel genedlaethol

5.1 Dylai Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser LIC yrru newid a gwelliannau cenedlaethol ac felly sicrhau cysondeb o ran gwasanaethau a safonau i gleifion ledled Cymru. Meddai Prif Weithredwr GIG Cymru yn y Rhagair 'Byddaf yn dal BILlau i gyfrif ar y canlyniadau y maent yn eu cyflawni ar gyfer eu poblogaethau'.

5.2 **Ymateb Macmillan Cymru:** Roedd gwir angen cyfeiriad strategol Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser LLC ac roedd yn hynod werthfawr yn 2012 ond hyd yma, cyfyng fu'r gweithredu arno. Bellach mae angen mireinio'r safonau a'r targedau a nodwyd yn y ddogfen ac mae angen cryfhau'r anghenion monitro. At hynny, nid eir i'r afael â chanlyniadau peidio â chydymffurfio oherwydd diffyg eglurder mewn llywodraethu a hunanadrodd ac oherwydd nad oes ysgogiadau sy'n gyrru gweithredu a newid. Nid yw'r system bresennol yn ddigon trylwyr i leihau amrywiaethau ac ychydig o gyfleoedd sydd i rannu arferion da ar draws timau a BILlau ac felly osgoi dyblygu ymdrech. Rhoesom groeso i greu'r Grŵp Gweithredu ar Ganser a'r cynnydd gwerthfawr a wnaed hyd yma; fodd bynnag, ar ei ffurf bresennol ni all bontio'r bwlch yn effeithiol rhwng polisi cenedlaethol a gweithredu lleol. Yn ogystal, nid yw'r trefniadau a'r seilwaith presennol yn galluogi cynllunio rhwydwaith cenedlaethol neu ar draws byrddau iechyd ar gyfer mentrau fel oncoleg aciwt. Mae'n eglur bod angen edrych yn strategol ar y meysydd hyn ac nid yn ddarniog ac ar lefel leol yn unig.

5.3 Mae Macmillan yn galw ar LIC i roi cyfeiriad ac arweinyddiaeth strategol eglur, wedi'u cynorthwyo gan strwythur cyffredinol cenedlaethol i Gymru gyfan o ran cynllunio, atebolrwydd a pherfformiad. Dylai osod y blaenoriaethau ar sail Cymru gyfan am gyfnod o dair blynedd tan ddiwedd 2016; gosod systemau monitro cadarn i archwilio ac adrodd yn agored ar gynnydd a defnyddio data i gyfeirio gwelliannau er mwyn codi safonau a sicrhau bod ymagweddu cyson tuag at wella gofal canser yng Nghymru.

Byddai ymagweddu cenedlaethol ledled Cymru yn:-

- gwella'r monitro cyfredol a chynorthwyo ymyrraeth wedi'i thargedu a fyddai'n rhoi sicrwydd fod safonau'n cael eu bodloni;
 - rhoi cymorth i ddefnyddio adnoddau'n effeithiol ac osgoi dyblygu ymdrech;
 - hwyluso rhannu a lledaenu arferion a dysgu da;
- sicrhau bod camau'n digwydd i leihau amrywiadau ac anghydraddoldebau ledled byrddau iechyd;
- gwella cydlynu'r gofal ar draws llwybrau gofal cymhleth rhwng cyrff;
- gwella cyflawni gofal canser integredig ar draws lleoliadau gofal sylfaenol, cymunedol ac eilaidd;
- creu cyfleoedd i adolygu, herio a dadgomisiynu llwybrau gofal traddodiadol sy'n bodoli mewn amgylchedd nad yw'n ymwneud â chomisiynu er mwyn sicrhau bod gofal yn gost effeithiol.

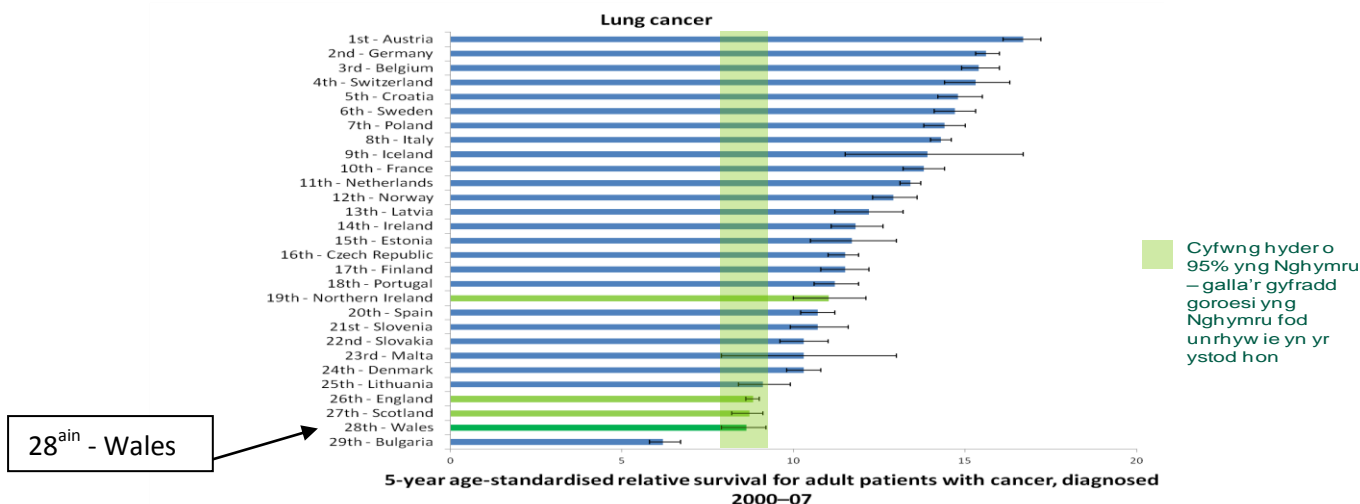
Canlyniadau cenedlaethol

5.4 Mae Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser LIC yn nodi y *'byddai'r GIG yn gweithio gydag uchelgais - yn lleol, yn rhanbarthol ac yn genedlaethol - fel ein bod gyda'r gorau yn Ewrop ar gyfer*

5.5 **Ymateb Macmillan Cymru:-** Mae angen cadw i fyny â newid sydyn er mwyn sicrhau bod triniaeth ganser yn gyflym, yn effeithiol ac o ansawdd uchel. Er bod goroesi am bum mlynedd yng Nghymru ar lefel genedlaethol wedi gwella ar gyfer canserau'r stumog, y rectwm, y fron a'r brostad, ychydig o welliant sydd o ran canserau'r colon, yr ysgyfaint a'r ofari. Canfu astudiaeth wedi'i seilio ar boblogaethau, Eurocare 5, fod y DU a Gweriniaeth Iwerddon yn gyffredinol y tueddu i fod â chyfraddau goroesi is na gweddill Ewrop a nodir mai'r canserau lle mae'r DU a Gweriniaeth Iwerddon fwyaf ar ôl gweddill Ewrop yw canser yr arenau, y stumog a'r ofari. Mae maes pryder penodol yn ymwneud â chyfraddau goroesi am bum mlynedd canser yr ysgyfaint ac mae'r graff isod (Ffigur 1) yn amlygu'n eglur iawn safle Cymru fel y 28^{ain} allan o 29 gwlad ac mae'n dangos un wlad yn unig, Bwlgaria, sydd â chyfradd goroesi lai na Chymru. Mae tystiolaeth o'r un ffynhonnell yn awgrymu bod safle Cymru ar gyfer canserau eraill yn amrywio o'r 19^{eg} allan o 29 gwlad ar gyfer lymffoma nad yw'n Hodgkin's; 21^{ain} allan o 29 gwlad ar gyfer canser y Fron a'r Brostad. Mae hyn yn dangos yr her enfawr sy'n wynebu Cymru o ran gwireddu'r uchelgais o fod gyda'r gorau yn Ewrop.

Ffigur 1.

Canser yr Ysgyfaint



De Angelis R, Sant M, Coleman MP, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5—a population-based study. *Lancet Oncol* 2013; published online Dec 5. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70546-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70546-1).

5.6 Mae cydymffurfio ag Arweiniad Gwella Canlyniadau NICE a Safonau Canser Cenedlaethol Cymru yn hanfodol wrth gyflawni gofal canser o ansawdd uchel. Mae Adolygiad Cymheiriad Arolygiaeth Iechyd Cymru (HIW) o safleoedd tiwmor canser yn ddatblygiad arwyddocaol a phwysig i Gymru. Mae'n hanfodol fod y dystiolaeth ar berfformiad yn cael ei chydlynu i fesur pa mor dda y mae Cymru'n perfformio o ran cyflawni safonau cenedlaethol a bod ymagweddu cydlynol er mwyn sicrhau bod cymorth i welliannau.

Mae'r wybodaeth hyd yma'n awgrymu bod angen gwella'r gwasanaethau a'r safonau ar gyfer canserau prinnach, plant, rhai yn eu harddegau, pobl hŷn a'r rhai sy'n byw mewn ardaloedd o amddifadedd. **Byddai proses gynllunio genedlaethol Cymru gyfan sy'n nodi blaenoriaethau flwyddyn ymlaen llaw a than ddiwedd y Cynllun yn 2016, yn unol â'r symud tuag at gynllunio ariannol dros dair blynedd ar gyfer BILLau, yn gwella ac yn cynorthwyo symudiadau strategol a'r newid radical sydd eu hangen i symud Cymru'n nes at y nod o fod gyda'r gorau**

yn Ewrop, yn ogystal â monitro safonau a chydymffurfio. Bydd system sicrhau ansawdd ddibynadwy a chadarn yn sicrhau bod pawb yng Nghymru'n symud ymlaen tuag at yr uchelgais o fod gyda'r gorau yn Ewrop, yn gwneud y bwlch yn dryloyw ac yn mesur y cynnydd tuag at ei gau ar yr un pryd.

6. Atebolrwydd a chydymffurfio Mecanweithiau

Adrodd ar lefel Byrddau Iechyd

6.1 Mae Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser LIC yn ei gwneud hi'n ofynnol i BILlau *"cyhoeddi gwybodaeth gyson a hawdd ei deall am effeithiolrwydd eu gwasanaethau cancer" a "cyhoeddi adroddiad blynyddol ar wasanaethau cancer ar gyfer cyhoedd Cymru bob blwyddyn i ddangos cynnydd" a "cynhyrchu a chyhoeddi cynllun cyflawni lleol manwl ar gyfer cancer er mwyn adnabod, monitro a gwerthuso'r gweithredu sydd ei angen erbyn pryd a chan bwy...a chyhoeddi'r adroddiadau hyn ar eu gwefannau bob chwarter."*

6.2 **Ymateb Macmillan Cymru:** Mae ein dadansoddiad ni o adroddiadau blynyddol a chynlluniau cyflawni Byrddau Iechyd yn awgrymu mai'n rhannol yn unig y mae gweithredu'r ymrwymadau adrodd hyn wedi'u bodloni a bod ansawdd y wybodaeth am wasanaethau cancer sydd ar gael i'r cyhoedd ar hyn o bryd yn ddarniog, yn anghyson ac yn annigonol. Mae ansawdd a chynnwys yr Adroddiadau a gyhoeddir yn amrywio'n fawr ac ar hyn o bryd nid ydynt yn cwmpasu'n benodol yr holl gamau gweithredu a nodwyd yn y Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser. Mae diffyg eglurder yng nghynlluniau'r Byrddau Iechyd ynghylch sut bydd yr holl dargedau sydd yn y Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser yn cael eu cyflawni erbyn y dyddiad a bennwyd, sef 2016. Mae hyn yn allweddol er mwyn gwella tryloywder, codi safonau, mesur canlyniadau a chyflawni gofal cancer gyda'r person yn y canol yn gyson yng Nghymru.

6.3 Mae Macmillan yn galw ar LIC i:- adolygu cynnwys ac ansawdd adroddiadau blynyddol Byrddau Iechyd a sicrhau bod eu Cynlluniau Cyflawni'n nodi cynnydd yn benodol yn erbyn pob un o'r gofyniadau sydd yn y Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser; a bod Byrddau Lleol yn cyhoeddi eu hadroddiadau blynyddol a'u cynlluniau cyflawni'n gyson ac yn sicrhau eu bod yn brydlon, yn hygyrch, yn eglur ac yn ddealladwy. Mae angen archwilio cenedlaethol cyffredinol cadarn i fonitro safonau, rhoi canllawiau a sicrhau bod cydymffurfio yn erbyn y targedau y cytunwyd arnynt.

Cyflawni targedau amserau aros

6.4 Mesur perfformiad allweddol yng Nghynllun Cyflawni ar gyfer Canser LIC yw i Fyrddau Iechyd gyflawni targedau 31 a 62 diwrnod amser aros cancer.

6.5 **Ymateb Macmillan Cymru:** Mae ein dadansoddiad o amserau aros cancer yn dangos bod Byrddau Iechyd ar y cyfan yn bodloni'r gofyniad 31 diwrnod ond ar gyfer achosion brys a amheuir, mae'r targed 62 diwrnod yn parhau i gael ei fethu, gyda dros hanner y Byrddau Iechyd yn methu'r targed bob chwarter am y tair blynedd diwethaf. Nid yw cyfartaledd Cymru ar gyfer y targed hwn wedi cael ei gyrraedd ers bron i bedair blynedd ac ar hyn o bryd mae ar 92.1% Mae hyn 2.9% o dan y targed o 95%. At hynny, ymddengys fod peth dryswch a dehongliadau gwahanol o ran amser dechrau'r targed 62 diwrnod. Er bod peth gwelliant wedi'i adrodd yn ddiweddar mae hyn yn dal i olygu na ddechreuodd 1,054 claf eu triniaeth o fewn y targedau amser aros rhwng mis Ionawr 2013 i fis Rhagfyr 2013. ⁱⁱMae canlyniadau arolwg CPES Cymru yn dangos hefyd er bod 78% o'r cleifion yn teimlo iddynt gael eu gweld cyn gynted ag oedd angen, bod 1,524 claf yn teimlo y dylent fod wedi cael eu gweld yn gynharach. Rydym yn ymwybodol fod LIC yn adolygu ei pholisi a'i thargedau amser

aros ar hyn o bryd.

Rhaid i gleifion cancer gael mynediad i'r profion diagnostig a'r driniaeth gywir yn fuan fel bod ganddynt y cyfle gorau o oroesi a byw'n hirach gyda chanser. Mae gan Macmillan dystiolaeth anecdotaidd fod cleifion yng Nghymru'n wynebu oedi sylweddol wrth gael mynediad i brofion diagnostig ac mae hyn yn achos pryder. Mae oedi diangen cyn cael diagnosis a dechrau triniaeth yn gallu achosi trallod a phryder sylweddol i gleifion, a'u teuluoedd, yn ogystal â chael effaith andwyol ar eu canlyniadau clinigol a rhaid rhoi sylw i hyn ar fyrder.

6.6 Mae Macmillan yn galw ar LIC i roi arweiniad strategol ac eglurder a thryloywder llwyr ynghylch sut caiff amserau, polisiâu a thargedau aros eu cymhwyso a sut caiff perfformiad yn erbyn targedau ei fesur. Mae angen gweithredu nawr i sicrhau bod Byrddau Iechyd yn cyflawni eu targedau amser aros fel nad yw cleifion yn wynebu oedi wrth gael diagnosis neu ddechrau triniaeth.

Cyflawni gofal sy'n rhoi'r person yn y canol

6.7 Mae Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer LIC yn gwneud ymrwymiad i gyflawni gofal cancer gyda'r person yn y canol yng Nghymru a bod *'pobl yn cael eu rhoi wrth graidd gofal cancer gyda'u hanghenion unigol wedi'u nodi a'u bodloni fel eu bod yn teimlo eu bod yn cael cymorth a gwybodaeth dda, ac yn gallu rheoli effeithiau cancer'*. Yn benodol, mae'n galw ar Fyrddau Iechyd Lleol i a) neilltuo Gweithiwr Allweddol; b) asesu'r anghenion clinigol ac anghlinigol a rhoi cynllun gofal ysgrifenedig i gleifion a c) rhoi crynodeb "diwedd y driniaeth" i bob meddyg teulu.

6.8 **Ymateb Macmillan Cymru:** Rydym yn deall y bydd rhai o'r ymrwymadau hyn yn cymryd amser i'w gweithredu'n llawn. Serch hynny, rydym yn poeni nad yw hi'n ymddangos bod prosesau a strwythurau eglur yn eu lle er mwyn sicrhau bod yr ymrwymadau hyn yn cael eu dehongli a'u cyflawni'n gyson drwy Gymru benbaladr. Mae cyflawni'r ymrwymadau hyn a gwneud i ofal sy'n rhoi'r person yn y canol ddigwydd mewn gwirionedd yn gofyn i Fyrddau Iechyd Lleol wneud pethau'n wahanol. Mae ein dadansoddiad o Gynlluniau Cyflawni Byrddau Iechyd yn datgelu nad yw meysydd allweddol yn cael sylw cyson ledled Cymru, er enghraifft pennu Gweithiwr Allweddol, asesiadau holistaidd sy'n rhoi cynllun gofal ysgrifenedig personol i gleifion, pethau sy'n allweddol er mwyn darparu gofal cancer sy'n rhoi'r person yn y canol. At hynny, ychydig o dystiolaeth sydd i'w gweld i ddangos ymrwymiad Byrddau Iechyd Lleol i ymgymryd â'r gwaith o gynllunio a gweithredu'r newidiadau sydd eu hangen er mwyn cyflawni'r ymrwymadau hyn ledled Cymru. Nid dewis ychwanegol yw gofal sy'n rhoi'r person yn y canol; mae'n hanfodol er mwyn cyflawni gofal o ansawdd uchel a lleihau niwed, a gall leihau defnydd aneffeithiol o adnoddau cyfyngedig y GIG.

6.9 **Mae LIC wedi ymrwymo i ailadrodd arolwg CPES Cymru, o bosib yn 2015. Mae canlyniadau'r arolwg cyfredol yn rhoi data gwaelodlin pwysig ac mae angen i Fyrddau Iechyd weithredu nawr er mwyn dangos cynnydd i'r dyfodol. Mae Macmillan yn galw ar LIC i sicrhau bod Byrddau Iechyd yn defnyddio canlyniadau arolwg CPES Cymru yn lleol a dangos yn benodol y gweithredu a'r ymatebion a wnaethpwyd er mwyn cyflawni gofal sy'n rhoi'r person yn y canol yn eu hadroddiadau blynyddol.**

7. Law yn Llaw at Iechyd - Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser LIC: 6.4: Cwrdd ag Anghenion Pobl

Darparu Gweithiwr Allweddol

7.1 Mae'r Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser yn cynnwys ymrwymiad y bydd pob un a gaiff ddiagnosis canser yng Nghymru yn cael Gweithiwr Allweddol o adeg y diagnosis er mwyn cydlynu'r gofal parhaus.

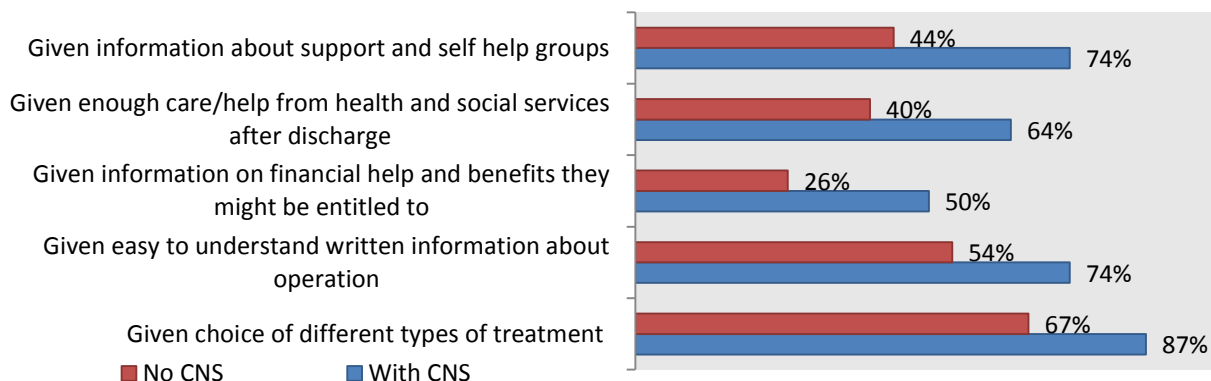
7.2 **Ymateb Macmillan Cymru:** Mae ein dadansoddiad o Gynlluniau Cyflawni Byrddau Iechyd yn datgelu bod sôn am Weithwyr Allweddol ond bod anghysondeb wrth ddehongli a gweithredu menter y Gweithiwr Allweddol yng Nghymru. Ar hyn o bryd, caiff rôl a chwmpas rôl y Gweithiwr Allweddol eu diffinio a'u gweithredu'n lleol, ac rydym yn pryderu bod hyn yn arwain at anghysondeb yn y ffordd y caiff y rôl ei dehongli ac anghyfartaledd daearyddol yn ansawdd y gwasanaeth a gaiff rhai wedi'u heffeithio gan ganser yng Nghymru.

Mae data arolwg CPES Cymru yn rhoi tystiolaeth nad oes gan bob unigolyn sydd â diagnosis canser Weithiwr Allweddol a 66% yn unig o'r cleifion yn yr arolwg a ddywedodd iddynt gael enw a manylion cysylltu eu Gweithiwr Allweddol. Mae canlyniadau o Fyrdau Iechyd/Ymddiriedolaethau unigol yn dangos bod amrywiadau sylweddol yng nghyfran y cleifion a ddywedodd iddynt gael enw Gweithiwr Allweddol. Roedd y sgoriau mewn Byrddau Iechyd/Ymddiriedolaethau yn amrywio o 58% yn cytuno ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda i 75% yn cytuno ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan. Mae ymatebion ar lefel safle Ysbyty yn datgelu mwy fyth o amrywiad gyda 49% yn unig o'r cleifion yn ysbytai Treforys a Glangwili yn dweud iddynt gael enw Gweithiwr Allweddol o'i gymharu â 74% o'r cleifion yn ysbyty Felindre ac ysbyty Llandochoau.

Barn Macmillan yw, yn ystod triniaeth weithredol, y dylai Nyrs Glinigol Arbenigol (CNS) gael ei b/phenodi'n Weithiwr Allweddol, i fod yn gyfrifol am gydlynu triniaeth a gofal ar ran tîm o weithwyr proffesiynol sy'n gofalu am y claf, gan sicrhau pontio a chyfathrebu esmwyth â'r tîm, y claf a'i deulu. Pan fydd y driniaeth weithredol wedi dod i ben, dylid trosglwyddo rôl y Gweithiwr Allweddol, yn y rhan fwyaf o'r achosion, i ofal sylfaenol, e.e. y meddyg teulu, nyrs y practis neu nyrs gymunedol fel y prif gyswllt. Mae'r pontio rhwng gofal eilaidd a sylfaenol yn aml yn gyfnod anodd i gleifion ac mae gofal integredig yn hanfodol fel nad yw cleifion yn teimlo eu bod wedi'u gadael heb neb. Mae Gweithiwr Allweddol yn hanfodol wrth roi cymorth neu wrth hyrwyddo hunanofal yn ystod y cyfnod pontio hwn.

Gydol canlyniadau'r arolwg, ymatebodd cleifion a gafodd Weithiwr Allweddol yn fwy cadarnhaol yn gyson ar feysydd a oedd yn cynnwys gwybodaeth ar lafar ac ysgrifenedig, ymwneud â'u gofal, gwybodaeth am gyllid, gwybodaeth wrth gael eu rhyddhau o'r ysbyty, gofal ar ôl gadael yr ysbyty a chymorth emosiynol. Mae tystiolaeth ddigamsyniol yn arolwg CPES Cymru fod cael Nyrs Glinigol Arbenigol yn Weithiwr Allweddol yn gwella cyflawni gofal cydlynol ac yn rhoi profiad mwy cadarnhaol yn gyffredinol i gleifion a'u teuluoedd gydol a thu hwnt i'w triniaeth (Ffigur 2).

**Enghreifftiau o'r gwahaniaethau mawr sydd rhwng cleifion a chymorth Nyrs
Glinigol Arbenigol a'r rhai heb gymorth o'r fath**



Ffigur 2: Arolwg CPES Cymru 2014.

“Fy ngweithiwr allweddol oedd y person pwysicaf ar y blaned yn ystod ac ar ôl fy nhriniaeth, roedd hi'n amlwg yn dilyn yr hyn a ddywedwyd yn y clinig bob amser ac mae'n dal i ateb e-byst ac yn cael sgysiau â mi ar y ffôn er fy mod yn gwybod ei bod hi mor brysur. Diolch”. (Claf Arolwg CPES Cymru 2014)

7.3 Roedd Mesur Perfformiad Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer LIC yn ei gwneud hi'n ofynnol i 100% o'r cleifion gael Gweithiwr Allweddol erbyn 2016. Nid yw'r mesur perfformiad hwn wedi'i gyflawni eto. Mae diffiniad eglur a diamwys o rôl y Gweithiwr Allweddol yn hanfodol ac mae ei angen ar fyrder er mwyn sicrhau cydraddoldeb mynediad ac ansawdd ledled Cymru a bydd yn helpu i sicrhau bod y rôl yn cael ei gweithredu'n gyson ar draws Byrddau Iechyd.

Darparu Asesiadau a Chynllunio Gofal

7.4 Mae Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer LIC yn cynnwys ymrwymiad y bydd pawb sy'n cael diagnosis cancer yng Nghymru'n cael asesiad o'u hanghenion clinigol ac anghlinigol drwy gydol eu triniaeth a thu hwnt gyda chanlyniad y drafodaeth bwysig hon yn cael ei ysgrifennu mewn cynllun gofal a chopi'n cael ei roi iddynt.

7.5 Ymateb Macmillan Cymru: Mae ein dadansoddiad o Gynlluniau Cyflawni Byrddau Iechyd a gyhoeddwyd yn datgelu bod pob Bwrdd Iechyd, heblaw am Fwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf, yn sôn am gynlluniau gofal. Fodd bynnag, Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg a Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr yn unig sy'n sôn am asesu anghenion holistaidd. Er gwaethaf hyn rydym yn ymwybodol nad yw llawer o gleifion cancer yng Nghymru'n cael cynnig cymorth hanfodol yn y misoedd yn ystod eu triniaeth ac ar ei hôl i'w helpu i ddod i delerau â'u diagnosis, sgil effeithiau'r driniaeth, ei effaith ariannol a pharatoi at ofal a hunanofal ar ôl cael triniaeth. Byddai gweithredu asesiadau a chynllunio gofal priodol fel mater o drefn ledled Cymru yn helpu i sicrhau bod y cymorth hanfodol hwn yn cael ei ddarparu'n gyson ledled Cymru.

Er bod y rhan fwyaf o Fyrddau Iechyd yn cyfeirio at gynlluniau gofal, mae tystiolaeth yng nghanlyniadau arolwg CPES Cymru fod angen gwella'r penderfynu a'r cynllunio gofal ar y cyd yn sylweddol, gyda 58% yn unig o'r cleifion yn amlygu bod trafodaeth am eu hanghenion wedi digwydd a 22% yn unig o'r cleifion yn dweud iddynt gael cynnig cynllun gofal ysgrifenedig. At hynny, mae canlyniadau gan Fyrddau Iechyd / Ymddiriedolaethau unigol yn dangos bod amrywiadau arwyddocaol yng nghyfran y cleifion sy'n dweud iddynt gael cynnig cyfle i drafod eu hanghenion a'u pryderon a'r gyfran a gafodd gynllun gofal ysgrifenedig. Roedd y sgoriau mewn Byrddau Iechyd/ Ymddiriedolaethau'n amrywio o un o bob dau (49%) yn cytuno ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg i ddau o bob tri (67%) yn cytuno yn Ymddiriedolaeth GIG Felindre.

7.6 Roedd Mesur perfformiad Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser LIC yn ei gwneud hi'n ofynnol i 100% y cleifion dderbyn cynllun gofal ysgrifenedig yn ystod y driniaeth ac ar ei diwedd gan gwmpasu anghenion clinigol ac anghlinigol erbyn 2016. Mae'n annhebygol y cyflawnir y dangosydd perfformiad hwn heb ymdrech ac ymrwymiad arwyddocaol sydd wedi'i ffocysu gan y Byrddau Iechyd. Mae angen diffiniad eglur, y cytunwyd arno'n genedlaethol, o'r hyn yw darparu asesiad anghenion holistaidd a chynllun gofal ysgrifenedig, a hwnnw wedi'i gysylltu â rôl y Gweithiwr Allweddol, i helpu i ddarparu cydraddoldeb cyson o ran mynediad ac ansawdd i ofal sy'n rhoi'r person yn y canol ledled Cymru.

"After "Mae angen i'r ôl-ofal wella yn fy marn i gyda mwy o wybodaeth a chynlluniau gofal ysgrifenedig wedi'u rhoi i bobl ac o ran cael gweithiwr allweddol, bob tro ro'n i'n ffonio, peiriant ateb oedd yno bob amser felly rhoddais y ffidl yn y to." (Claf. Arolwg CPES Cymru 2014.)

Mynediad i gyngor a chymorth ariannol

7.7 Roedd Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser LIC yn cynnwys ymrwymiad i'r rhai sy'n cael eu heffeithio gan ganser "*gael cyfle, fel mater o drefn, i gael mynediad i gyngor a chymorth ariannol fel rhan o'r broses asesu a chynllunio gofal*".

7.8 **Ymateb Macmillan Cymru:** Mae Macmillan wedi ymgyrchu ar y mater hwn ac felly rydym yn croesawu'r ymrwymiad hwn yn gynnes; fodd bynnag, nid oes un o Gynlluniau Cyflawni ac Adroddiadau Interim y Byrddau Iechyd yn cyfeirio at sut maent yn rhoi sylw i'r gofyniad hwn i sicrhau bod pob claf canser yn cael cynnig y cyfle i gael mynediad i gyngor a chymorth ariannol fel mater o drefn. At hynny, mae tystiolaeth eglur o ddata arolwg CPES nad yw hyn yn cael ei weithredu fel mater o drefn ledled Cymru. Mae'r CPES yn amlygu mai 44% yn unig o'r cleifion a ddywedodd iddynt gael digon o wybodaeth gan staff ysbyty am sut i gael help ariannol neu fudd-daliadau. ⁱⁱⁱEto mae amrywiaeth arwyddocaol ar lefel Bwrdd Iechyd a lefel safle ysbyty gan fod yr ymatebion yn amrywio o 22% o'r cleifion yn cytuno yn ysbyty Tywysoges Cymru a 60% yn Ysbyty Maelor Wrecsam.

Mae Macmillan yn cyfrifo bod pedwar o bob pum person sy'n cael eu heffeithio gan ganser yng Nghymru'n cael eu taro gan gost diagnosis canser ac ar gyfartaledd maent £640 y mis yn waeth eu byd (£310 colli incwm a £330 costau ychwanegol). Yn ystod 2013 rhoddodd Cynghorwyr Budd-daliadau Macmillan Cymru gymorth i bron i 3000 o bobl wedi'u heffeithio gan ganser a chawsant bron i £13.4 miliwn mewn incwm budd-daliadau i helpu i'w cynnal nhw a'u teuluoedd yn ystod ac ar ôl eu triniaeth ganser.

7.9 Mae gwasanaeth Budd-daliadau Lles Macmillan yn amlygu'n eglur pa mor bwysig yw hi fod y rhai sy'n cael eu heffeithio gan ganser yn cael gwasanaethau cyngor budd-daliadau ac mae Macmillan Cymru'n ategu'r dystiolaeth ysgrifenedig i'r ymchwiliad a roddwyd gan Helen Powell, Arweinydd Prosiect Ailgynllunio Gwasanaeth Hawliau Lles Macmillan, sy'n rhoi rhagor o dystiolaeth a'r camau gweithredu sydd eu hangen. Mae Macmillan yn galw ar LIC i ailadrodd ei hymrwymiad i'r argymhelliad yn y Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser i sicrhau bod y rhai sydd wedi'u heffeithio gan ganser yn cael cyfle i gael mynediad i gyngor budd-daliadau lles, os oes angen. Gallai strwythur cenedlaethol cyffredinol i Gymru gynorthwyo'r gwaith o gyflawni gwasanaeth cyngor budd-daliadau cyson i bawb sydd wedi'u heffeithio gan ganser yng Nghymru.

Darparu gwybodaeth wedi'i theilwra'n ymwneud â chanser a'r driniaeth

7.10 Roedd Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser LIC yn cynnwys ymrwymiad bod '*gan bobl fynediad i wybodaeth amserol fel eu bod yn deall eu cyflwr a'r hyn i edrych amdano a beth i'w wneud a pha wasanaeth i gael mynediad iddo petai problemau'n digwydd*'.

7.11 **Ymateb Macmillan Cymru:** Mae ein dadansoddiad o Gynlluniau Cyflawni Byrddau Iechyd yn datgelu mai sylw cryno a roddir i'r maes hwn, a'i fod, ar y cyfan, yn tueddu i ganolbwyntio cynnydd ar ddarparu data clinigol ac nad yw'n cyfeirio at ateb anghenion gwybodaeth y rhai sydd wedi'u heffeithio gan ganser. Mae cysylltiad agos rhwng gwybodaeth a chymorth o ansawdd uchel â phrofiad cadarnhaol cleifion, eto mae nifer o'r sgoriau gwaethaf a roddir gan gleifion yn nata arolwg CPES Cymru'n ymwneud â'r wybodaeth a roddir iddynt am agweddau allweddol ar eu cyflwr, eu triniaeth a'u gofal. Eto mae amrywiad yn ymatebion y cleifion rhwng y Byrddau Iechyd ac mae hyn yn destun pryder.

*Dylid bod wedi esbonio effeithiau tymor hir a thymor byr radiotherapi yn llawn ac yn fanwl i mi - fel y gallwn wneud penderfyniad gwybodus cyn bwrw ymlaen.
(Claf. Arolwg CPES Cymru 2014. 2014)*

7.12 Cadarnhawyd pwysigrwydd gwybodaeth a chymorth gyda sicrwydd ansawdd i'r rhai sydd wedi'u heffeithio gan ganser yn yr ymateb ysgrifenedig i'r ymchwiliad a gynhyrchwyd gan Caroline Walters, Arweinydd Strategaeth Gwybodaeth Canser Macmillan/Iechyd Cyhoeddus Cymru ac mae'n amlygu'r dystiolaeth a'r camau sydd eu hangen i wella'r agwedd bwysig hon ar ofal. Mae Macmillan yn galw ar LIC i ddatblygu ymagwedd strategol dros Gymru Gyfan gyda sicrwydd ansawdd i roi gwybodaeth a chymorth cyson, hygyrch sydd wedi'u theilwra i gleifion canser yng Nghymru.

8. Anghyfartaleddau o fewn poblogaethau a mathau o ganser

8.1 Nod Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser LIC yw i Gymru gael cyfraddau mynychder, morbidrwydd a goroesi sy'n cymharu â goreuon Ewrop ac i brofiad y claf gael ei ystyried lawn cyn bwysiced ag effeithiolrwydd clinigol a digelwch y claf.

8.2 **Ymateb Macmillan Cymru:** Mae ein dadansoddiad o Adroddiad Ategol Technegol CNSAG 2014 ac arolwg CPES Cymru yn gweld bod anghyfartaleddau o fewn poblogaethau a mathau o ganser yng Nghymru.

Amddifadedd - Gwyddom fod effaith canser yn fwy yn yr ardaloedd o amddifadedd mwyaf yng Nghymru. Wrth ymateb i arolwg CPES Cymru, atebodd cleifion yn y grwpiau o amddifadedd mwyaf yn llai cadarnhaol i'r rhai yn y grwpiau â llai o amddifadedd, yn enwedig ar gwestiynau'n ymwneud ag anghenion gwybodaeth, p'un a gafwyd gwybodaeth hawdd ei deall am sgil effeithiau, gwybodaeth am hunangymorth a grwpiau cymorth. Mae hwn yn faes cymhleth ac mae angen ystyriaeth ychwanegol ar y grŵp hwn cyn, yn ystod ac ar ôl eu triniaeth. Mae'r canlyniadau hyn yn pwysleisio pwysigrwydd sicrhau bod gwybodaeth briodol yn hygyrch i bob grŵp mewn amrywiaeth o fformatau.

Mathau/grwpiau o diwmor - O ran ymatebion gan gleifion oedd â thiwmorau o fathau gwahanol, cleifion â chanser y fron oedd fwyaf tebygol o fod yn gadarnhaol am eu gofal a'u triniaeth a chleifion â chanserau sarcoma, yr ysgyfaint ac wrolegol oedd fwyaf tebygol o roi sgoriau gwael. Mae data arolwg CPES yn awgrymu gwahaniaethau mewn profiad hefyd rhwng cleifion sydd wedi cael diagnosis canserau prinnach a mwy cyffredin.

Grwpiau cyffredinol - Mae canlyniadau arolwg CPES yn dangos bod cleifion a ddechreuodd eu triniaeth 5 mlynedd a mwy yn ôl yn llai cadarnhaol am eu profiad na'r rhai a ddechreuodd eu triniaeth yn ystod y flwyddyn ddiwethaf. Yn ogystal, roedd cleifion a oedd â chyflyrau cronig eraill ar y cyfan yn llai cadarnhaol am eu profiad. At hynny, roedd cleifion dros 75 mlwydd oed nid yn unig yn llai cadarnhaol ond yn ymddangos yn llai tebygol o fod â Gweithiwr Allweddol. Mae'r meysydd sy'n achosi pryder yn ymwneud â threfniadau ar gyfer asesu a chynllunio gofal, pennu Gweithiwr Allweddol a darparu gwybodaeth i'r grwpiau hyn.

Rhaid i'r lefel hon o anghyfartaledd ar gyfer grwpiau gwahanol o bobl a effeithiwyd gan ganser ynghyd â'r amrywiaeth o ran cyflawni ym mhob bwrdd iechyd yng Nghymru gael eu hystyried yn fanylach a rhaid gweithredu'n benodol i sicrhau bod gwelliannau yn y meysydd allweddol hyn yn cael eu cyflawni.

8.3 Byddai cyfeiriad ac arweiniad strategol eglur gyda chymorth proses bolisi gyffredinol ar gyfer Cymru gyfan a strwythur cynorthwyol ar gyfer cynllunio, atebolrwydd a pherfformiad yn helpu i leihau anghyfartaleddau a sicrhau bod yr ymrwymadau a wnaed eisoes yn cael eu cyflawni'n gyson ar gyfer pob grŵp o gleifion ledled Cymru.

9. Casgliad.

Mae Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser LLC yn fframwaith pwysig ac mae'n pennu cyfeiriad a gweledigaeth ar gyfer gwasanaethau canser yng Nghymru. Mae'n ein galluogi i edrych ar amrywiaeth o fesurau o ran cyflawni triniaeth a gofal canser o ansawdd uchel. Er i ychydig o gynnydd gael ei wneud wrth ei weithredu mae cryn waith i'w wneud eto er mwyn cyflawni'r dangosyddion canlyniad a amlygwyd ac fel bod y weledigaeth gyda'r orau yn Ewrop. Mae bylchau arwyddocaol rhwng y weledigaeth a'r targedau a nodwyd yn y ddogfen a'r cyflawni a'r gweithredu ar draws Byrddau Iechyd yng Nghymru. Mae diffyg eglurder a chysylltedd gweithredol yn gwaethygu'r sefyllfa fel bod llai o atebolrwydd a thryloywder.

Nid dewis ychwanegol yw gofal sy'n rhoi'r person yn y canol, mae'n greiddiol er mwyn cyflawni gofal diogel ac effeithiol o ansawdd uchel. Rhoi cleifion wrth graidd gofal canser yw'r ateb i'r nifer

cynyddol o bobl sydd ag angen gofal a'r heriau ariannol sy'n wynebu'r GIG yng Nghymru. Mae strwythur proses a chymorth cyffredinol dros Gymru gyfan ar gyfer cynllunio, atebolrwydd a pherfformiad, gan leihau'r amrywiaeth sydd rhwng Byrddau Iechyd a safleoedd ysbyty; lleihau'r anghyfartaleddau ym mhrofiad cleifion sydd ag amrywiol fathau o diwmor a dysgu gan brofiad cleifion yn gamau allweddol tuag at gyflawni'r safon gofal uchaf i bawb sydd wedi'u heffeithio gan ganser yng Nghymru.

Mae Ymchwiliad y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol yn amserol ac mae angen gweithredu ar frys gan LIC a Byrddau Iechyd. Mae angen i LIC a Byrddau Iechyd ailffocysu, rhoi arweiniad cadarn a chynyddu cyflymder y newid er mwyn gwneud cynnydd sylweddol wrth weithredu'r cynllun uchelgeisiol hwn a symud ymlaen fel mai Cymru yw'r wlad orau yn Ewrop, fel y nodwyd yng Nghynllun Cyflawni ar gyfer Canser LIC, a hynny erbyn 2016

ⁱFfynhonnell: Dadansoddiad mewnol gan Intelligence & Research, Corporate Development Directorate, yn seiliedig ar ffigurau gan: Maddams J et al. (2008) Cancer prevalence in the United Kingdom: Estimates for 2008. British Journal of Cancer.

ⁱⁱ822 claf heb fod yn cael eu trin o fewn y targed ar gyfer amser aros achosion brys lle'r amheuir bod cancer a 232 claf ar gyfer amser aros achosion heb fod yn rhai brys lle'r amheuir bod cancer.

ⁱⁱⁱCanlyniadau Arolwg o Brofiad Cleifion Canser Cymru 2014.

Figur 1. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, et al. Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO CARE-5— a population-based study. Lancet Oncol 2013; cyhoeddwyd ar-lein 5 Rhagfyr



May 2014

Inquiry into progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan

1 Follow up evidence from Marie Curie Cancer Care

1.1 Marie Curie Cancer Care welcomes the opportunity to provide further evidence to the Health and Social Care Committee regarding their inquiry into the progress made so far on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan.

1.2 Marie Curie provides hospice and community-based care and support to terminally ill people, their families and their carers in Wales and the rest of the UK. In the last year, just under three-quarters of the people our nursing service supported in the communities of Wales (about 1,300) and just under 90% (over 400) in our hospice had a cancer diagnosis.

1.3 Our initial response to the committee's inquiry focused on its first point of reference, 'Whether Wales is on course to achieve the outcomes and performance measures, as set out in the Cancer Delivery Plan, by 2016'. We raised concerns regarding progress towards delivery on two specific outcomes in the Cancer Delivery Plan. These are:

Outcome 4 - People are placed at the heart of cancer care with their individual needs identified and met so they feel well supported and informed, able to manage the effects of cancer

Outcome 5 - People approaching the end of life feel well cared for and pain and symptom free

1.4 Here we will expand on the points made previously and also discuss the inquiry's second point of reference, 'Progress made in reducing the inequalities gap in cancer incidence and mortality rates', based upon NHS statistics recently made available to us regarding cancer mortalities in the year 2012.

2 Putting people with terminal cancer at the heart of care (Outcome 4)

2.1 Under Outcome 4 in its summary of outcomes, the Cancer Delivery Plan stipulates that people have 'their individual needs identified and met' and 'patients and carers are involved in the design of services and people's views on services are sought regularly and

acted on to ensure continuous improvement'. Section 6.5 of the Delivery Plan sets out that LHBs are to 'Support participation in cancer patient experience surveys, in particular the iWantGreatCare survey of palliative care patients and their families'.

2.2 Marie Curie believes that the current measures in place including the iWantGreatCare (iWGC) survey and use of patient concerns data is not sufficient to guarantee that the broad range of individual needs and views of people with cancer at the end of life across Wales can be identified and thus met. We have recently published a report, 'Listening to Dying People in Wales'¹, which explains why these measures alone and without refinement cannot go far enough (in line with the Welsh Government's 'Framework for Assuring Service User Experience'²) to ensure that service planning puts the needs and wishes of all people with terminal cancer at the heart of care.

2.3 Key messages from this report to note here include:

- 2.3.1 There are crucial points for analysis that are missed in iWGC data. For example, no information on the characteristics of the patient – such as their age, ethnic background, post code (by which the impact of socio-economic factors may be analysed using the Welsh Index of Multiple Deprivation) or type of cancer – is collected, and we know that all of these factors can influence the experience of care someone has at the end of life.
- 2.3.2 No information is collected on how well pain and symptoms were controlled in the final days of life.
- 2.3.3 The iWGC survey response rate is very low. Further to this, feedback is only collected from patients who are in receipt of care from a Specialist Palliative Care Team. Statistics show that less than half of those who died with cancer as the underlying cause in 2012 received any specialist palliative care. This means that over half of the people who died with cancer may not have had the opportunity to provide feedback on the care they received towards the end of life. For men who died from malignant neoplasms of the male genital organs (e.g. testicular cancer and prostate cancer) this figure is as low as 40%. Evidence also shows that the oldest patients are least likely to have received palliative care, therefore are least likely to have been asked for their thoughts on the care they did receive (see Appendix A for full information).
- 2.3.4 The feedback measures currently in place do not tell us about the coordination of end of life care services, such as how well the patient or patient's family felt the GP, District Nurse and Specialist Palliative Care Team worked together.

¹ 'Listening to Dying People in Wales' (April 2014), Marie Curie
<http://www.mariecurie.org.uk/Global/Policy/Listening-to-dying-people-in-Wales.pdf>

² 'Framework for Assuring Service User Experience' (April 2013), Welsh Government and NHS Wales
<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1064/Framework%20for%20Assuring%20Service%20User%20Experience%20-%20April%202013.pdf>

2.4 The ability to understand needs and plan services so that they meet the outcomes set out in the Cancer Delivery Plan for those with terminal cancer requires that we know as much as possible about the patient, family and carer experience at the end of life. In 'Listening to Dying People in Wales', Marie Curie makes a series of recommendations. These include clearer guidance on the use of concerns data by Health Boards, and the introduction of an annual bereavement survey similar to the VOICES (Views of Informal Carers – Experience Survey) survey that is carried out in England. Without expanding sources of data to include such measures, it is difficult to see how individual needs will be identified and therefore met for a significant proportion of the people who die from cancer each year.

3 Ensuring people approaching the end of life feel well cared for and pain and symptom free (Outcome 5)

3.1 The following outcomes are included under Outcome 5 of the Cancer Delivery Plan:

- 3.1.1 More people receive palliative and end of life care and support on a 24/7 basis
- 3.1.2 People whose symptoms have not improved after 48 hours are referred to specialist palliative care
- 3.1.3 Less people being admitted unnecessarily to hospital

3.2 As stated above, statistics show that over half of people in Wales who died from cancer in 2012 did not (according to their medical records) receive specialist palliative care (see Appendix A). 3.1.1 and 3.1.2 will therefore require continued significant efforts if they are to be achieved. The focus on ensuring people at the end of their lives are on a Palliative Care Register (a key outcome indicator measure included in the Welsh Government's End of life Care Delivery Plan) should significantly improve this outcome. However, we are starting from a low (but fast improving) baseline. In 2009/10 3,721 people were on the Palliative Care Register rising to 7,152 in 2012/13. On the basis of estimated need this could still be as low as 25% of all those with a need for specialist palliative care. Some caution is needed in respect of these figures as there does not at present appear to be a direct read across between being recorded as being on a palliative Care Register and receiving specialist palliative care.

3.3 Regarding 3.13, statistics show that, in their final year of life, the 8,673 people who died with cancer as the underlying cause in 2012 were admitted to hospital over 21,000 times (please see Appendix B, 1a and 1b). Almost two thirds of these admissions were emergency rather than elective. On average, a person who died of cancer in 2012 spent almost 23 emergency days in hospital in their final year of life. When elective bed days are taken into account, the average number of bed days in the final year exceeds a month.

3.4 An emergency admission to hospital can be incredibly stressful for a dying person, and may well be clinically unnecessary. It is also very costly, not just financially, but in terms of the impact on the terminally ill person and their family. When pain and symptoms can be controlled and it is in line with their wishes, terminally ill people should be supported in the community as much as possible. There must also be adequate services in place to make sure

that people who decide to remain at home are well cared for and pain and symptom free. Of the 46 Welsh GPs who responded to a recent survey commissioned by Marie Curie and Doctors.net.uk, only 40% felt that the majority of their patients being cared for at home in the final three months of life were completely free of pain all of the time. Less than a third felt that patients were able to get adequate access to care at night and weekends.

4 Progress made in reducing the inequalities gap in cancer incidence and mortality rates

4.1 The recent Public Health Wales Welsh Cancer Intelligence and Surveillance Unit's 'Cancer in Wales' report³ found variations in cancer mortality rates dependent upon age, type of cancer, area of deprivation and across Health Boards. Point 2.3.3 above shows that factors such as age and type of cancer also correspond to variations in the likelihood of being referred to or in receipt of specialist palliative care for terminal cancer patients (please see Appendix A).

4.2 According to the 'Cancer in Wales' report, cancer mortality is over 50% higher in the most deprived areas of Wales. Data from the NHS Wales Informatics Service suggests that the journey through care for people who are dying with cancer in their final year may look quite different depending on similar factors. For example:

4.2.1 Admissions - There are variations in the balance between emergency and elective admissions depending on levels of deprivation (see Appendix B, 2A), with patients from the most deprived groups tending to undergo a higher number of emergency admissions whilst those from the least deprived have more elective admissions. A similar trend exists for deaths caused by cancers of the digestive and respiratory organs, which continue to be two major causes of death in Wales (Appendix B, 2B and 2C).

4.2.2 Bed days - For all deaths with cancer as an underlying cause and for malignant neoplasms of digestive organs, the average number of emergency bed days in the final year also increases in the final year as levels of deprivation increase. For digestive cancers, the average number of bed days is over 20% more for those in the most deprived group than for the least deprived (Appendix B, 3A and 3B – note only a very small upwards trend is found for malignant neoplasms of respiratory and intrathoracic organs).

4.3 Finding the narrative which explains these trends is a very difficult process which must go further than quantitative analysis. However, one possible route to explore may be that people with terminal cancer from the least deprived groups are more likely to have plans and supports in place which better facilitate their care within the community. Further work needs to be carried out to determine why these inequalities exist to ensure that any unjustifiable variations which exist in cancer care at the end of life are remedied.

³ 'Cancer in Wales' (April 2014), Public Health Wales
<http://www.wcisuwales.nhs.uk/sitesplus/documents/1111/CANCERinWALESApril2014FINAL%28Eng%29.pdf>

Appendix A: Palliative care inequalities

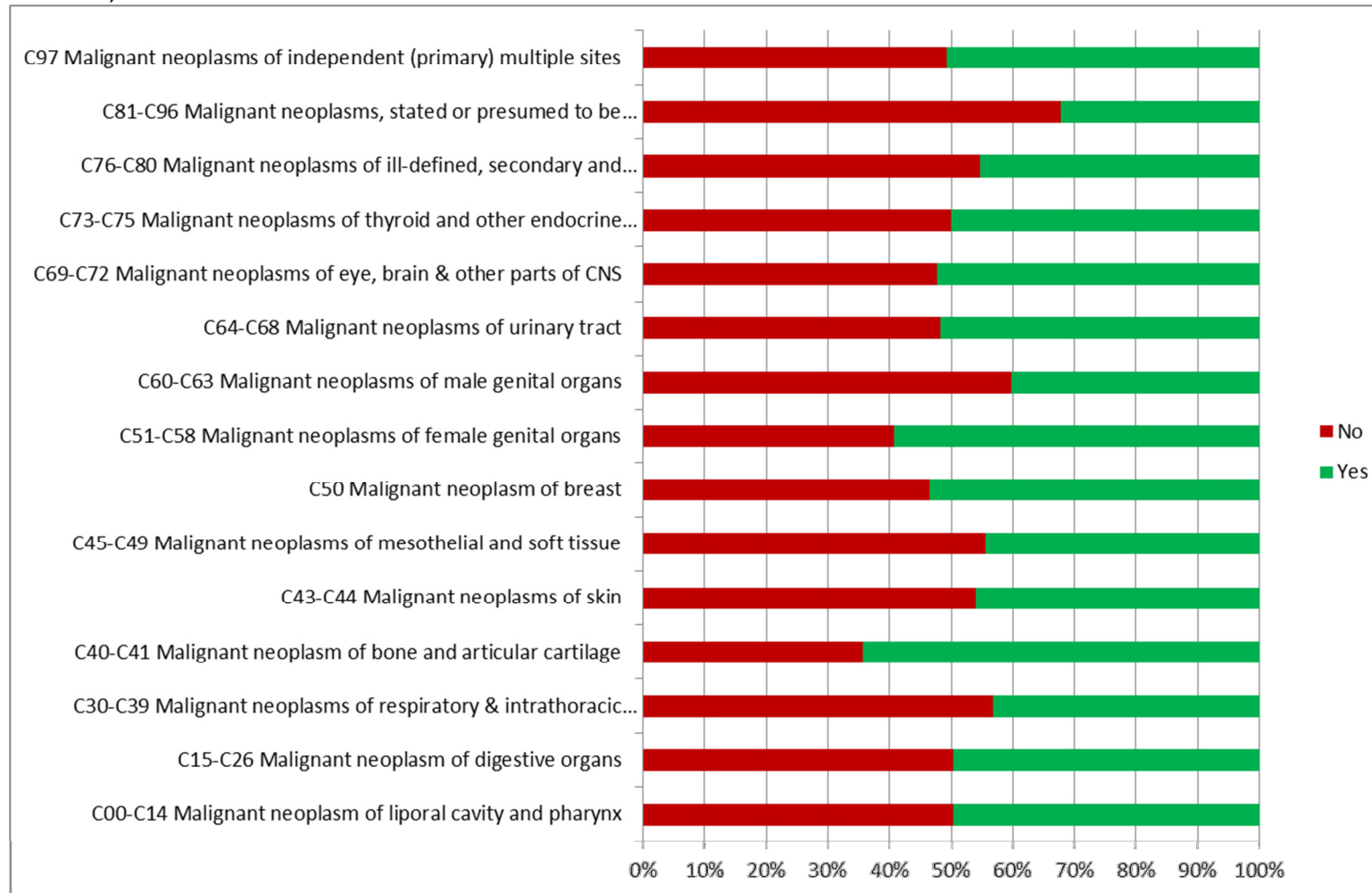
1 - Table showing variations in numbers of people receiving Specialist Palliative Care by underlying cause of death for all deaths from cancer in Wales, 2012:

Tudalen y pecyn 70

Underlying cause of death – diagnosis subgroups	Recorded as palliative?			
	No	Yes	Total deaths	% coded as palliative
C00-C14 Malignant neoplasm of liporal cavity and pharynx	63	62	125	49.6
C15-C26 Malignant neoplasm of digestive organs	1267	1247	2514	49.6
C30-C39 Malignant neoplasms of respiratory & intrathoracic organs	1100	835	1935	43.2
C40-C41 Malignant neoplasm of bone and articular cartilage	5	9	14	64.3
C43-C44 Malignant neoplasms of skin	95	81	176	46.0
C45-C49 Malignant neoplasms of mesothelial and soft tissue	75	60	135	44.4
C50 Malignant neoplasm of breast	277	319	596	53.5
C51-C58 Malignant neoplasms of female genital organs	183	267	450	59.3
C60-C63 Malignant neoplasms of male genital organs	338	228	566	40.3
C64-C68 Malignant neoplasms of urinary tract	244	261	505	51.7
C69-C72 Malignant neoplasms of eye, brain & other parts of CNS	91	100	191	52.4
C73-C75 Malignant neoplasms of thyroid and other endocrine glands	13	13	26	50.0
C76-C80 Malignant neoplasms of ill-defined, secondary and unspecified sites	388	321	709	45.3
C81-C96 Malignant neoplasms, stated or presumed to be primary, of lymphoid, haematopoietic and related tissue	445	211	656	32.2
C97 Malignant neoplasms of independent (primary) multiple sites	37	38	75	50.7
Total/average	4621	4052	8673	46.7

1b – Graph to show variations in numbers of people receiving Specialist Palliative Care by underlying cause of death for all deaths from cancer in Wales, 2012:

Tudalen y pecyn 71

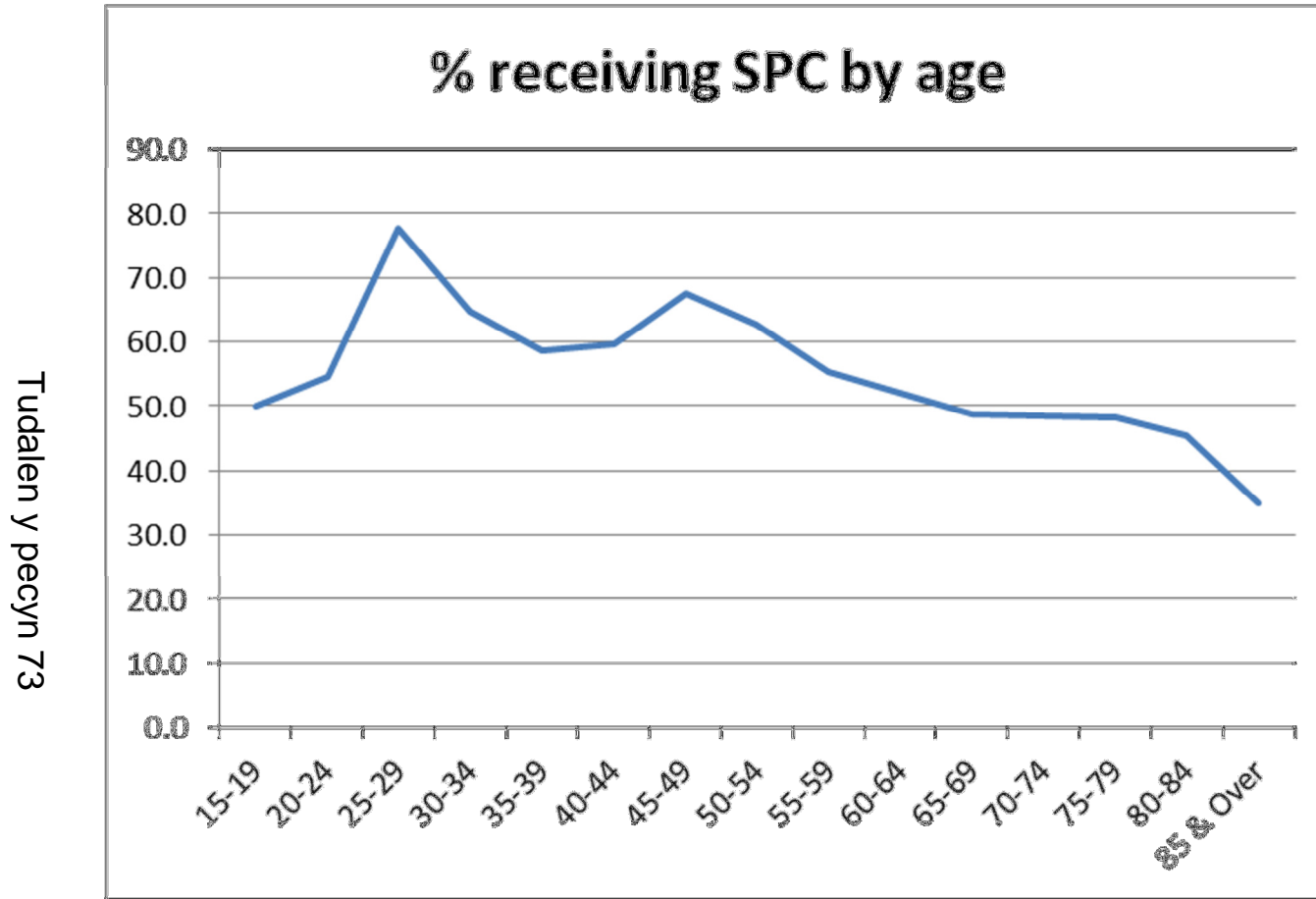


2a - Table showing variations in receiving Specialist Palliative Care by age group for all deaths from cancer of people in Wales aged over 15, 2012:

Sum of Deaths	Palliative			
Age group	No	Yes	Total deaths	% coded as palliative
15-19	2	2	4	50.0
20-24	5	6	11	54.5
25-29	2	7	9	77.8
30-34	6	11	17	64.7
35-39	17	24	41	58.5
40-44	33	49	82	59.8
45-49	50	104	154	67.5
50-54	93	156	249	62.7
55-59	180	223	403	55.3
60-64	349	380	729	52.1
65-69	538	509	1047	48.6
70-74	663	626	1289	48.6
75-79	717	666	1383	48.2
80-84	783	654	1437	45.5
85 & Over	1176	634	1810	35.0
Total/average	4614	4051	8665	46.8

Tudalen y pecyn 72

2b - Graph showing trends in receiving Specialist Palliative Care by age group for all deaths from cancer of people in Wales aged over 15, 2012:



Appendix B: Admissions and bed days**1a. Tables to show admissions in the final year for all deaths with cancer as the underlying cause (C00-C97) in Wales in 2012:**

Sum of Deaths	Emergency admissions	Elective admissions	Total admissions
8673	17532	9609	27141

% admissions that were emergency	% admissions that were elective
64.6	35.4

Emergency admissions per death	Elective admissions per death	Total admissions per death
2.0	1.1	3.1

1b. Tables to show bed days in the final year for all deaths with cancer as the underlying cause (C00-C97) in Wales in 2012:

Sum of Deaths	Emergency bed days	Elective bed days	Total bed days
8673	198830	77410	276240

% bed days as an emergency	% bed days that were elective
72.0	28.0

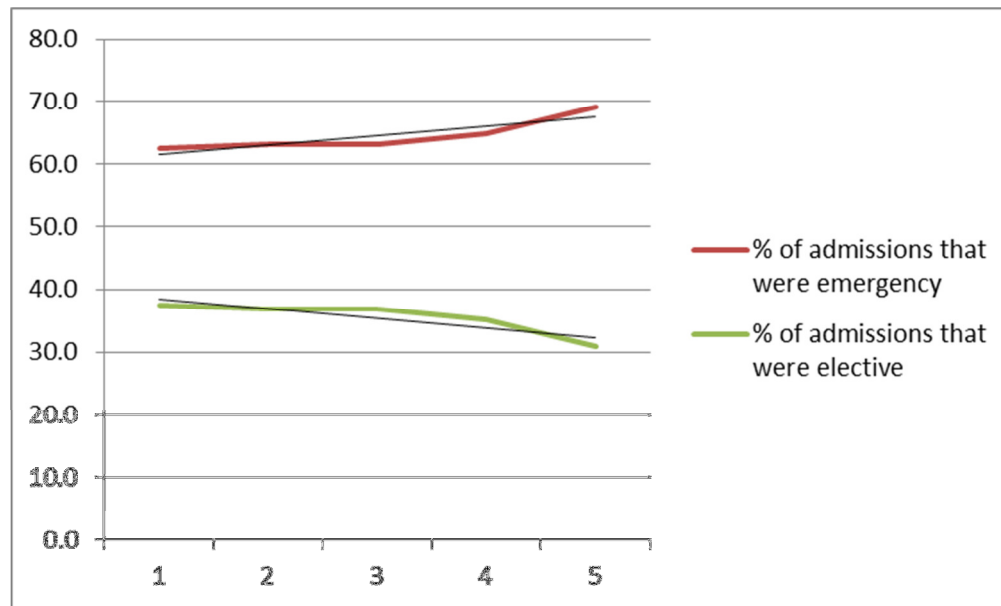
Emergency bed days per death	Elective bed days per death	Total bed days per death
22.9	8.9	31.9

2. Balance between emergency and elective admissions in the final year of life broken down by deprivation quintiles (where 1 is the least deprived and 5 the most deprived) for:

A. *all deaths with cancer (C00-C97) as underlying cause, Wales 2012:*

Deprivation quintile	% of admissions that were emergency	% of admissions that were elective
1	62.5	37.5
2	63.1	36.9
3	63.2	36.8
4	64.9	35.1
5	69.2	30.8
Average	64.6	35.4

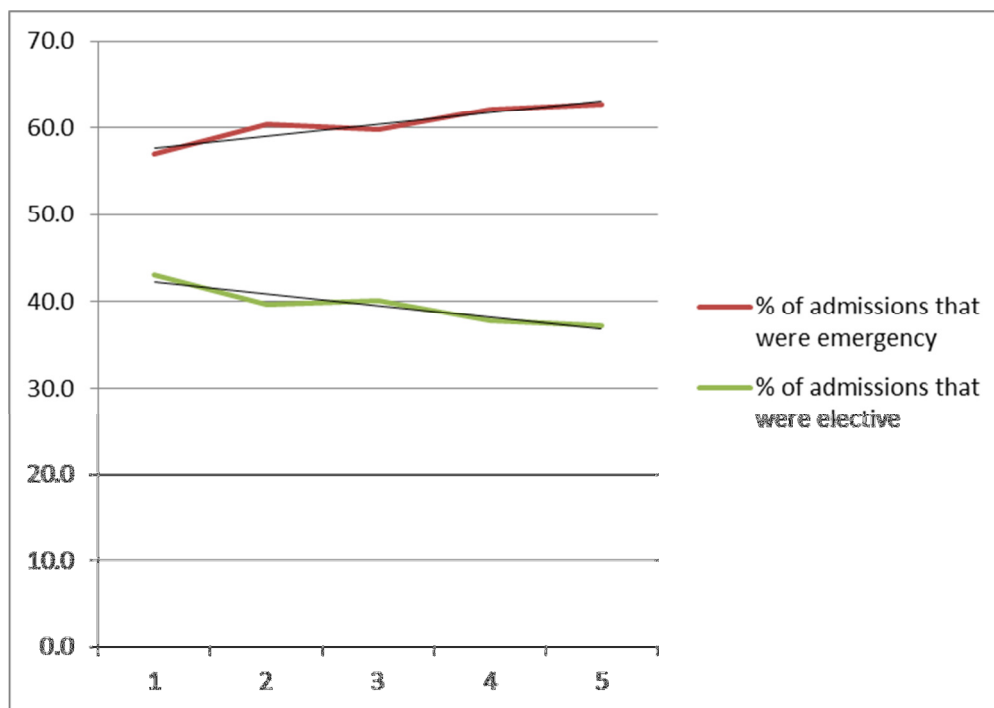
Tudalen y pecyn 75



B. Malignant neoplasms of digestive organs as cause (C15-26):

Deprivation quintile	% of admissions that were emergency	% of admissions that were elective
1	56.9	43.1
2	60.4	39.6
3	59.8	40.2
4	62.3	37.7
5	62.8	37.2
Average	60.4	39.6

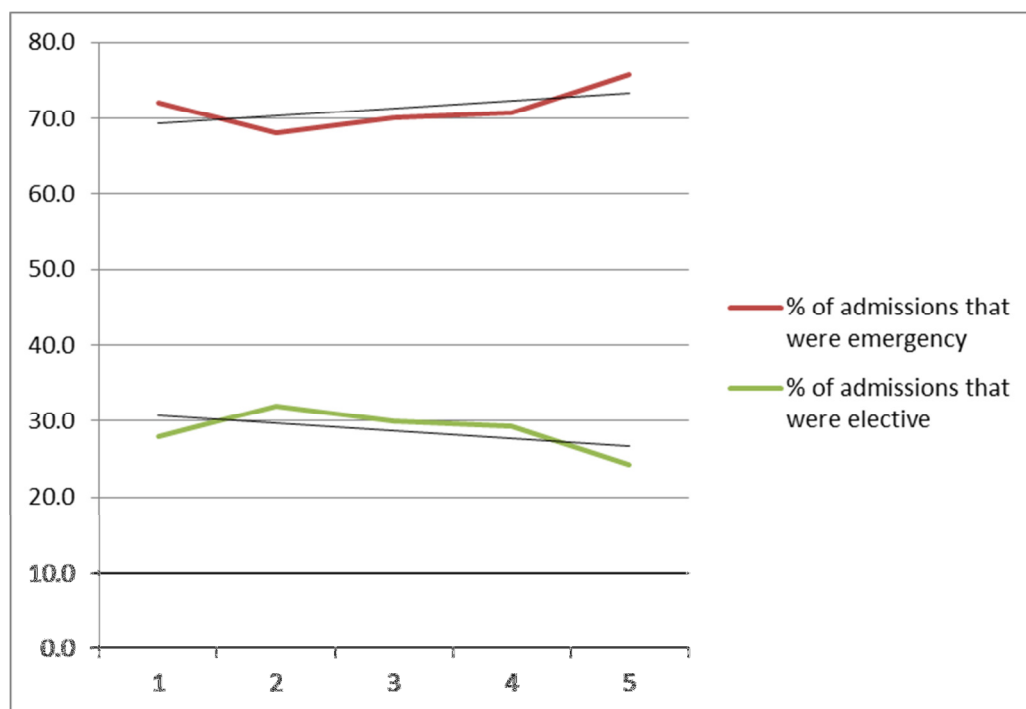
Tudalen y pecyn 76



C. Malignant neoplasms of respiratory and intrathoracic organs as cause (C30-39):

Deprivation quintile	% of admissions that were emergency	% of admissions that were elective
1	72.0	28.0
2	68.1	31.9
3	70.0	30.0
4	70.7	29.3
5	75.8	24.2
Average	71.6	28.4

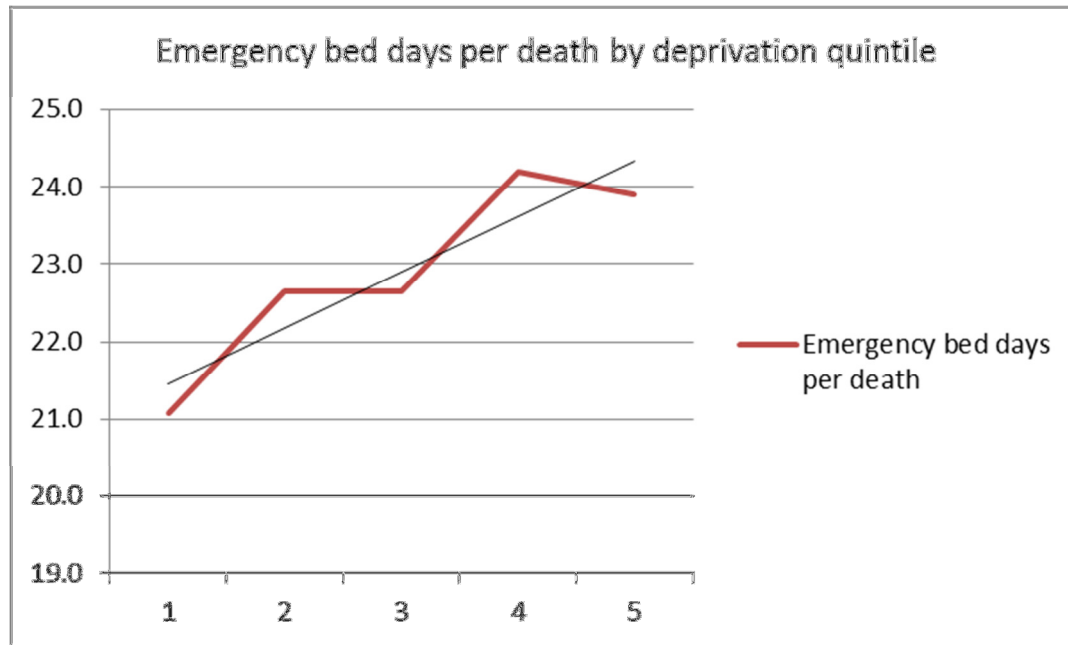
Tudalen y pecyn 77



3. Trends in emergency bed days in the final year of life by deprivation quintiles for:

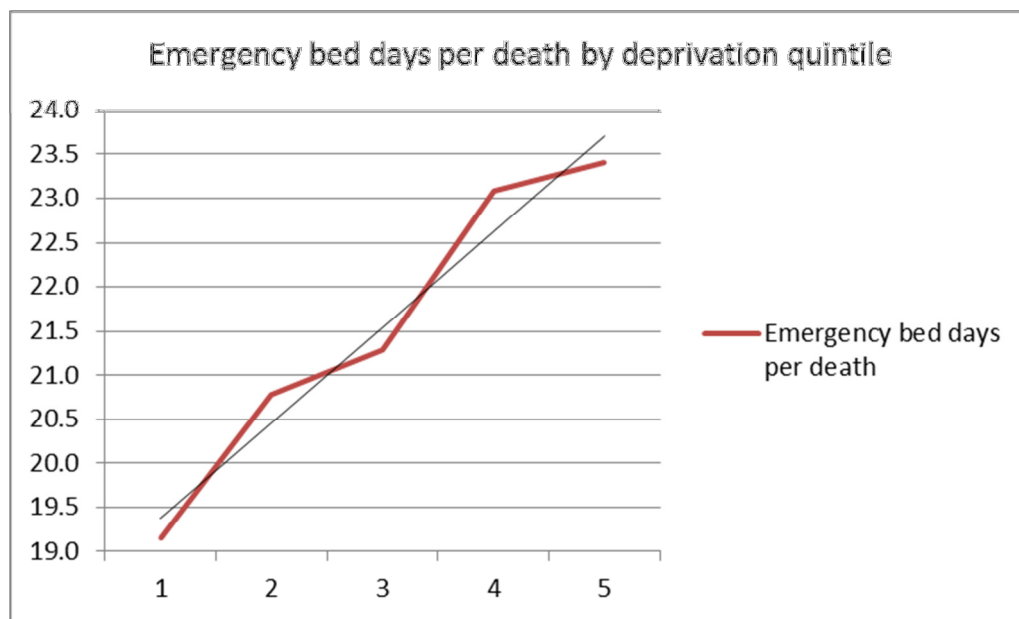
A. all deaths with cancer (C00-C97) as underlying cause, Wales 2012:

Deprivation quintile	Emergency bed days per death
1	21.1
2	22.6
3	22.6
4	24.2
5	23.9
Average	22.9



B. Malignant neoplasms of digestive organs as cause, Wales 2012 (C15-26):

Deprivation quintile	Emergency bed days per death
1	19.1
2	20.8
3	21.3
4	23.1
5	23.4
Average	21.5

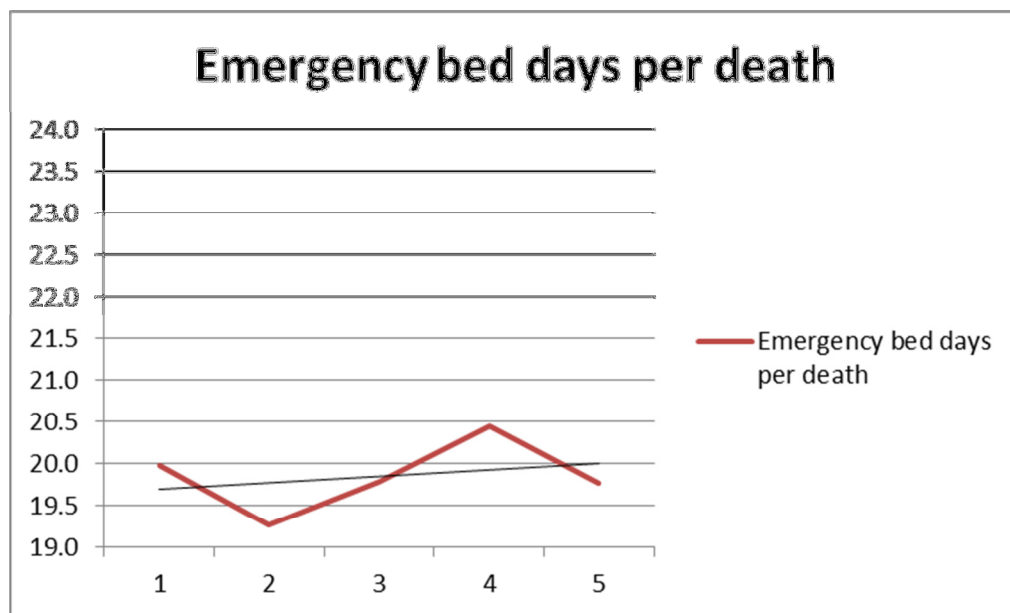


Tudalen y pecyn 79

C. Malignant neoplasms of respiratory and intrathoracic organs as cause (C30-39):

Deprivation quintile	Emergency bed days per death
1	20.0
2	19.3
3	19.8
4	20.4
5	19.8
Average	19.9

Tudalen y pecyn 80



National Assembly for Wales

[Health and Social Care Committee](#)

[Inquiry into the progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan](#)

Evidence from Tenovus – CDP 28



Tenovus response to the National Assembly for Wales' Health and Social Care Committees inquiry into progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan.

At Tenovus we want a future where fewer people develop cancer and everyone with cancer has equal access to excellent treatment and support. We offer support, advice and treatment for cancer patients, information on cancer prevention and funding for research to improve the outcomes for people with cancer. We do this where it is needed most - right at the heart of the community.

In 2012 Tenovus welcomed the introduction of the Cancer Delivery Plan and its vision to provide world class health care services to people affected by cancer in Wales. We were also pleased that patient centred care was seen as integral to achieving this aim and that many of the key priorities set out in the Plan matched our own strategic aims and objectives as a service provider to thousands of patients and families affected by cancer in Wales each year.

Below is our response to the progress of the Cancer Delivery Plan to date, focussing on the areas set out in the terms of reference as requested.

1. Is Wales on course to achieve the outcomes and performance measures, as set out in the Cancer Delivery Plan, by 2016?

At this stage it is probably too early to tell if the Cancer Delivery Plan is having a positive effect and whether this will lead to the desired outcomes by 2016. Whilst the Wales Cancer Intelligence Surveillance Unit (WCISU) is an excellent resource for cancer statistics in Wales there needs to be a greater use of this data to drive improvements and identify areas of weakness as soon as they arise. This is symptomatic of a need for greater national planning and leadership in relation to cancer services in Wales.

Whilst the CIG was established to provide some of this oversight and strategic direction it does not have the resources or the authority to do so effectively. Tenovus would welcome a national planning structure with responsibility for better and more expedient data collection and analysis, advising LHBs where the performance gaps in services are shown to exist and delivering the aspects of the plan which require a systematic national focus and commitment.

This would provide clearer leadership and therefore accountability. It would also help us in Wales to plan for long term success that crosses LHB boundaries, with clear deadlines and targets against which progress can be measured.

2. Has progress been made in reducing the inequalities gap in cancer incidence and mortality rates?

Currently in Wales there are approximately 120,000 people who have experienced a diagnosis of cancer, and with around 50 more people diagnosed everyday this is set to double by 2030. In the last 15 years there has been a significant increase in the number of cases of cancer diagnosed each year, but thanks to continuing improvements in our ability to detect and treat cancer the numbers of people who actually lose their lives due to the disease has actually decreased.

However there are still great disparities which determine how likely you are to get cancer and how likely you are to recover from it. For example, in Wales, as in many countries, the poorer you are the more likely you are to develop cancer. In fact if you are a man and live in one of the most deprived areas of Wales you are up to 21% more likely to develop cancer than someone who lives in a more affluent area. If you are a woman you are around 14% more likely to develop cancer.

Even more shockingly, not only are you more likely to develop cancer if you are poor but you are also more likely to die from it compared to someone from a more affluent area. For example, for every 2 individuals who die of cancer in the most affluent group in Wales, 3 die in the poorest [1].

There are also some types of cancer where the outcomes for patients are far more likely to be worse than others. Probably the starkest example of this is lung cancer, a disease which has seen little improvement in survival rates over the last few decades and is today Wales' biggest cancer killer. However, we have made huge strides in successfully treating many other common cancers and improved survival rates dramatically. This has been achieved through a mix of increased public awareness, an established screening service and improvements in treatments and surgery, much of which has been demanded and driven by the patients themselves over a number of years.

We are pleased to see that both 1 year and 5 year survival rates from cancer have improved in Wales however these figures pre-date the implementation of the Cancer Delivery Plan and we may have to wait several years until the data is available to see if the Plan has helped drive these improvements even further.

Also, whilst these improvements are heartening, they are also far overdue and need to continue at a pace if we are to get anywhere near matching the best survival rates in Europe. For example survival rates for lung cancer are the 28th lowest in Europe out of 29 countries. We are also behind the European average in terms of survival for a number of other common cancers [2]. In fact if we just matched the best in Europe in terms of survival across all cancers we would save the lives of over 600 patients per year.

3. The effectiveness of cancer screening services and the level of take-up across the population of Wales, particularly the harder to reach groups.

We know that early detection (and indeed detection of pre-cancerous conditions) through screening programmes has saved many lives. However we are concerned that the uptake of screening is not meeting national targets in Wales and that the uptake of screening varies greatly between different socioeconomic groups further driving the inequalities seen in incidence and survival described above.

For example, we know that women from more deprived areas are less likely to attend cervical and breast screening [3] and in Wales screening uptake varies hugely by area, for example, patterns of low uptake in breast screening closely match patterns of deprivation in Wales [4]. Despite this little research is being done into targeting socioeconomic groups with a low screening uptake. More funding for research in this area, in-line with the Welsh Government's emphasis on evidence-based policy-making and stronger links between research and policy e.g. through the Knowledge Exchange Trials programme, is essential not only for improving screening uptake but improving it among the socio-economic groups most likely to benefit.

Black Asian Minority Ethnic and Refugee (BAMER) groups and screening is a relatively unexplored area and the links between racial equality and health remain tenuous despite allusions by the Welsh Government to ensuring cultural inclusivity in health care (Ruth Hussey, All Wales Annual Race Equality Conference, 2014). This could be done through stronger links between Local Health Boards and community cohesion programmes within local authorities. In addition working in partnership with organisations such as Communities First and voluntary organisation in a systematic and structured way could improve screening uptake among hard to reach and minority groups.

Wales also has to keep up with the latest developments in effective screening not just in the UK but also globally. Cervical Screening Wales has announced that they are planning to assess the impact of HPV triage on the screening programme in Wales and will make a recommendation to the Welsh assembly government on any potential plans to adopt HPV triage as a policy. This has already been adopted as common practice in England and should lead to less women being unnecessarily treated for suspected cervical cancer reducing harm to the individual and costs to the health service. If this is found to be the case then we are calling for the screening services to also adopt this as routine practice.

Low awareness and negative beliefs about cancer are likely to contribute to delayed presentation with cancer symptoms, leading to advanced stage at presentation and a smaller chance of survival. In 2011, researchers from Cardiff University's School of Medicine joined forces with Tenovus and the Welsh Government as part of the International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP) the largest international research study designed to examine the root causes of international differences in cancer survival.

Through this study it was shown that Wales and the UK generally had an average knowledge of symptoms relating to cancer, but had a poor knowledge that increasing age was a risk factor and also had the highest level of perceived barriers to symptomatic presentation, in particular being worried about "wasting the doctor's time" [5].

4. Can patients across Wales access the care required (for example, access to diagnostic testing or out-of-hours care) in an appropriate setting and in a timely manner?

Once an individual is told that they have a suspected cancer, whether via a screening route or from GP referral, this is one of the most emotionally distressing times imaginable. The NHS in Wales has set the maximum wait for access to specified diagnostic tests at 8 weeks. However a recent report shows that overall the number of people waiting for diagnostics has increased dramatically over the past two years and as of January this year 41.6% of all people in Wales waiting for diagnostic

endoscopy have waited for more than 8 weeks. This alone represents 5,228 people waiting for a diagnosis relating to a bowel condition, some of which will include cancer [6].

As the population continues to age in Wales, awareness of cancer increases and screening services become more fully utilised, the need for diagnostic testing is going to greatly increase. Therefore much greater investment is needed in this area to ensure that individuals with cancer are treated expeditiously and those who don't have cancer can have their fears alleviated.

There will always be for some specialist services to be centralised to ensure that the right level of expertise or facilities are available. However there are also a number of services that can be taken out into the community alleviating the pressure on already overcrowded waiting rooms whilst also reducing journey times for cancer patients and families at an already stressful time. Since 2009 Tenovus has helped to do this through our mobile chemotherapy and lymphoedema services in partnership with Local Health Boards in Wales.

Technology also provides us with new opportunities, not least telemedicine which can be used to for remote diagnosis, treatment and follow up and is already routinely used in other countries with rurality issues that dwarf ours (e.g. Canada, US, Australia). There have been a number of telemedicine pilots that have taken place in Wales in recent years including a project in Hywel Dda for head and neck cancer patients funded by Tenovus. However there needs to be a coordinated approach to this issue on an all Wales level that brings together the best expertise in Wales with models of global best practice to drive the use of this technology forward.

5. Collaborative working across sectors, especially between the NHS and third sector, to ensure patients receive effective person-centred care from multi-disciplinary teams.

Tenovus has worked closely with the NHS in Wales over a number of years and shares the Cancer Delivery Plan's vision of greater patient centred care and world class treatment, support and care for cancer patients in Wales.

Below are just some of the ways in which Tenovus is already helping to deliver this and some areas where we feel the NHS and third sector could work more closely to provide even greater care and support to a larger number of patients and their families.

Prevention- Over the past 3 years we have delivered more than 3500 cancer specific Health Checks to people in some of the poorest places in Wales. This has led to a partnership with Cardiff University which has secured £150,000 in funding from the National Awareness and Early Detection Initiative (NAEDI) to evaluate its effectiveness as an intervention for promoting healthy living and identification of common cancer symptoms in areas of high social deprivation.

Clinical Trials- Tenovus is currently funding a research project with NISCHR CRC which aims to improve the cancer patient experience of being introduced to research. As is highlighted in the Cancer Delivery Plan Annual Report, only 29% of patients had been asked about participation in research. We hope to use the findings of this study to increase research participation not only in clinical trials but also research that improves vital areas of care such as information provision, psychosocial support and the development of best practice in allied health care services.

Research- Tenovus is one of Wales' largest cancer research funders and will this year invest around £1m in research that covers the whole patient journey. We are also one of the biggest funders of PhD studentships in Wales which not only helps to increase research capacity and training in Wales but also provides some of the newest avenues for research and cutting edge discoveries.

Treatment closer to home- Since 2009 we have worked in partnership with Velindre to deliver chemotherapy in the community closer to where people live. In fact, our mobile units have delivered over 10,000 treatments to date and in 2012/13 saved cancer patients in Wales from traveling over 55,000 miles to and from hospital. Also, since January 2012 we have used our Mobile Units to provide a range of treatments for patients with lymphoedema. In October 2013 we launched our 2nd Mobile Unit which is set to deliver around 6500 treatments for patients affected by this debilitating condition all over Wales, the first mobile service of its kind in the UK.

Practical Advice and Emotional Support- Tenovus provides a wide range of services to cancer patients and their families and can support them from point of diagnosis right through to survivorship or end of life care. Whilst many positives came out of the recent Wales Cancer Patient Experience Survey [7] carried out by Macmillan and Welsh Government, we were greatly concerned that nearly 1 in 4 patients who would have liked information about emotional support, such as self-help groups, were not offered any information, and half of all patients who would have liked information about financial issues or benefits also did not receive any. This is an example of where the NHS and the third sector could coordinate much more effectively to provide support for cancer patients and families in Wales. The Tenovus Cancer Support Team provides a wide range of services for cancer patients including advice on money matters and benefits, counselling, a nurse led support line available 8am-8pm 7 days a week and a range of innovative and effective support groups such as the Tenovus Sing With Us Choir programme. In 2012 Tenovus received the Advice Quality Standard from the Legal Services Commission in recognition of the quality of our advice services.

We have also developed a proactive telephone support service called Tenovus Cancer Callback through a collaborative project between Tenovus, Velindre and the University of Glamorgan funded by the Burdett Trust for Nursing. The project began in April 2012 and allows Tenovus to implement a schedule of callbacks to any cancer patient in Wales undergoing treatment and to follow those patients up for at least 6 months.

6. Whether the current level of funding for cancer services is appropriate, used effectively and provides value for money.

With an ever increasing incidence of cancer and a health and social care system already creaking under we need to think about how we can spend existing budgets more effectively and look at developing new and innovative ways of providing care, treatment and support that will benefit an increasing number of people. In Wales there is a huge opportunity to do this. We have an incredibly skilled and dedicated work force with excellent third sector service providers and a strong track record in research. We feel that the Cancer Delivery Plan is helping cancer care and treatment move in the right direction, but a greater focus on organisational structure, processes and accountability will be needed if we are to reach the bold vision of a world class service by 2016.

References

- [1] Cancer Incidence, Mortality and Survival by Deprivation in Wales, Welsh Cancer Intelligence and Surveillance Unit report, July 2009
- [2] De Angelis et al (2014) Cancer survival in Europe 1999—2007 by country and age: results of EURO CARE-5— a population-based study *The Lancet Oncology*, Volume 15, Issue 1, Pages 23 - 34, January 2014
- [3] Marmot, M. (2010) 'Fair society, healthy lives: the Marmot review'.
<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>, last accessed 31 September 2012.
- [4] Breast Test Wales Uptake Mapping by Lower Super Output Area (LSOA): Screening Round 6 (for the approximate period Jun 2003 – Feb 2012), Produced by Screening Informatics, Screening Division, Public Health Wales
- [5] Forbes et al (2013) Differences in cancer awareness and beliefs between Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK (the International Cancer Benchmarking Partnership): do they contribute to differences in cancer survival? *British Journal of Cancer*, advance online publication 31 January 2013
- [6] NHS Wales Diagnostic & Therapy Services Waiting Times: At end January 2014, Statistics for Wales, 13th March 2014 <http://wales.gov.uk/docs/statistics/2014/140313-nhs-diagnostic-therapy-service-waiting-times-janaury-2014-en.pdf>
- [7] Wales Cancer Patient Experience Survey: National Report (2014) Produced by Macmillan Cancer Support, Quality Health and Welsh Government



Tystiolaeth Cynghair Canser Cymru i Ymchwiliad Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru i'r Cynnydd a wnaed hyd yma wrth weithredu Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru.

1. Cefndir

Mae Cynghair Canser Cymru (WCA) yn cynnwys un ar ddeg o gyrff gwirfoddol sydd wedi ymrwymo i hyrwyddo atal canser, triniaeth ganser, ymchwil a gofal canser i bobl yng Nghymru. Bob blwyddyn rydym yn buddsoddi dros £20m yng Nghymru ac yn cyfrannu i ddatblygu polisi canser.

Bydd pob aelod o WCA yn cyflwyno ei ymateb ei hun i'r Ymchwiliad hwn; felly, bydd yr ymateb hwn gan WCA yn canolbwyntio ar y materion strategol cyffredinol y credwn sy'n sylfaenol er mwyn gweithredu'r cynllun yn llwyddiannus. Byddwn yn canolbwyntio ar y cwestiwn cyntaf, "**A yw Cymru'n dilyn yr amserlen i gyflawni'r canlyniadau a'r mesurau perfformiad, fel y'u nodwyd yn y Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser, erbyn 2016?**"

Cyflwynodd Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Cymru a gyhoeddwyd yn 2012 weledigaeth i leihau effaith canser ar fywydau pobl a gwella canlyniadau erbyn 2016 drwy:

- Atal canser
- Canfod canser yn gyflym
- Cyflawni triniaeth a gofal cyflym, effeithiol
- Ateb anghenion pobl
- Rhoi gofal ar derfyn oes
- Gwella gwybodaeth
- Targedu ymchwil

Mae'r cynllun yn herio pob Bwrdd Iechyd Lleol (BILLau) i gynllunio a chyflawni gofal canser o ansawdd uchel i'w poblogaethau.

Croesawodd Cynghair Canser Cymru'r ffaith i'r Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser gael ei gyflwyno ac i'r Grŵp Gweithredu ar gyfer Canser (CIG) gael ei greu ym mis Mehefin 2012. Fodd bynnag, credwn fod angen gwneud mwy o waith yn enwedig o ran casglu data a dadansoddi'r wybodaeth i lywio'r gweithredu; cynllunio cenedlaethol mwy effeithiol; mwy o fonitro yn erbyn mesuriadau perfformiad a bod angen i ragor o strwythurau atebolrwydd gael eu rhoi yn eu lle.



2. Defnyddio data'n fwy effeithiol

Mae data i ddangos a yw Cymru ar y llwybr i gyflawni'r canlyniadau a'r mesurau perfformiad a nodwyd yn y Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer erbyn 2016, ar gael drwy Uned Gwybodaeth ac Arolygaeth Cancer Cymru (WCISU) a thrwy drefniadau monitro perfformiad eraill gan gynnwys yr Arolwg o Brofiad Cleifion Cancer Cymru, safonau cancer, ac adolygu gan gymheiriaid.

Fodd bynnag, rydym yn dal i bryderu nad oes digon o ffocws yn Llywodraeth Cymru neu yn y GIG i sicrhau bod y data sydd ar gael yn cael eu defnyddio i yrru'r gweithredu sydd ei angen i wneud y gwelliannau angenrheidiol i ofal cancer yn gyson ledled Cymru.

Credwn ei bod yn annhebygol y bydd Cymru'n gwireddu'r dyheadau a nodwyd yn y Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer heb ddadansoddiad llawer mwy a manylach o'r data a'r wybodaeth arall sydd ar gael, er mwyn nodi lle mae'r bylchau mewn gwasanaethau a pherfformiad, a lle mae'n rhaid gwneud gwelliannau.

3. Mwy o Gynllunio ac Arweiniad Cenedlaethol

Rhoesom groeso i'r gofyniad a oedd yn y Cynllun fod rhaid i BILLau gynhyrchu eu cynlluniau cyflawni ar gyfer cancer blynyddol eu hunain a fyddai'n helpu i deilwra'r gofal i'w gwasanaethau a'u poblogaethau lleol. Fodd bynnag, mae cryn amrywiaeth yng nghynnwys, dyfnder ac ansawdd cynlluniau BILL gwahanol, ac mae hyn yn debygol o arwain at fwy o amrywiaeth yn y mynediad i driniaethau a gofal, o atal a diagnosis cynnar, drwy driniaeth a thu hwnt.

Heb ysgogiad cenedlaethol i gyflawni'r nodau yn y cynllun, mae'r ddibyniaeth a'r ffocws cyfredol ar gynllunio a gweithredu ar lefel bwrdd iechyd lleol, yn cynyddu yn hytrach nag yn lleihau'r anghysondeb o ran mynediad i ofal ledled Cymru.

Credwn fod angen cynllunio rhai gwasanaethau'n genedlaethol neu ar sail Cymru neu rwydwaith oherwydd cymhlethdod triniaeth ganser ac oherwydd yn aml, bod angen i gleifion gael triniaeth gan nifer o dimau amlddisgyblaethol mewn amrywiaeth o ysbytai sy'n rhychwantu nifer o ffiniau byrddau iechyd.

Mae diffyg strwythur cynllunio a chynnal cenedlaethol wedi golygu nad oes gan Gymru'r gallu i reoli mentrau ar sail Cymru gyfan, gan gynnwys rheoli prosiectau elfennau allweddol y cynllun megis symud gwaith yn ei flaen ar ddiagnosis cynnar sydd wedi cael ei nodi'n flaenoriaeth.

Er enghraifft, mae diffyg ymagweddu cenedlaethol wedi llesteirio gweithredu menter y gweithiwr allweddol. Yn araf y cyflwynwyd hyn ac mae gweithredu rôl y gweithiwr allweddol wedi cael ei ddehongli a'i gymhwyso'n anghyson ar draws byrddau iechyd.

Rydym yn argymhell y dylid rhoi strwythur cynllunio a phrosesau cynnal cenedlaethol yn eu lle sy'n ymgorffori'r cyfrifoldeb dros gasglu data a dadansoddi'r wybodaeth yn well; dros goladu'r cynnydd yn erbyn y targedau a gyflawnir; dros gynghori BILLau lle gwelir bod bylchau perfformiad mewn gwasanaethau; a thros gyflawni'r agweddau ar y cynllun sydd ag angen ffocws ac ymrwymiad cenedlaethol systematig. Dylai'r adnodd/tîm hwn fod yn fforwm hefyd ar gyfer rhannu a datblygu'r arferion da a'r rhai gorau.



Er ein bod yn croesawu'r ffaith i'r Grŵp Gweithredu ar gyfer Cancer (CIG) gael ei greu, lle mae Cyngghrair Cancer Cymru wedi cael ei gydnabod yn aelod allweddol, rydym o'r farn nad oes gan y grŵp ddigon o adnoddau ar hyn o bryd i gynorthwyo ei waith y tu hwnt i'r cyfarfodydd yn enwedig o ran symud mentrau cenedlaethol yn eu blaenau.

Byddai strwythur cynllunio a thîm gweithredu cenedlaethol i roi cymorth i weithredu'r Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer yn helpu'r CIG i weithio'n fwy effeithiol drwy bontio'r bwlch sydd rhwng y polisi cenedlaethol a'r gweithredu lleol. Rydym yn argymhell bod Llywodraeth Cymru'n ystyried y strwythurau a'r prosesau y byddai eu hangen i symud ei huchelgais yn ei flaen a'i weithredu.

Hoffem weld mwy o dystiolaeth o arweiniad cenedlaethol, a gosod targedau sy'n mynd y tu hwnt i amserlen blwyddyn gyda mwy o gynllunio prosiectau cadarn yn sail i bob blaenoriaeth. Hefyd, hoffem weld fod gan bob amcan eglur derfynau amser/ targedau y gellir mesur cynnydd yn eu herbyn.

4. Atebolrwydd Mwy Eglur

Ar hyn o bryd, mae'n aneglur sut mae'r strwythurau atebolrwydd a'r prosesau cyflawni yn erbyn cynlluniau'r byrddau iechyd yn gweithio neu sut cesglir tystiolaeth y gellir ei defnyddio'n offeryn i feincnodi perfformiad arno.

Rydym yn croesawu'r gofyniad i BILlau gyhoeddi eu cynlluniau cyflawni ar gyfer cancer a'u hadroddiadau blynyddol unigol ar eu gwefannau, ac rydym yn croesawu'r ymrwymiad i fod yn agored ac yn dryloyw, a all fod yn un o'r ysgogiadau allweddol ar gyfer newid. Fodd bynnag, mewn gwirionedd mae angen trefniadau atebolrwydd mwy ffurfiol hefyd gyda disgwyliadau eglur o ran cyflawni gan fyrddau iechyd. Rhaid i Lywodraeth Cymru gymryd cyfrifoldeb dros sicrhau, ble a phan welir bod angen gwella perfformiad, fod camau gweithredu'n digwydd a bod cymorth ychwanegol yn cael ei roi.

Cred WCA na wireddir yr uchelgeisiau a nodir yn y cynllun heb ragor o gynllunio, prosesau a strwythurau cenedlaethol cadarn i roi cymorth i'r gweithredu er mwyn casglu data llawn gwybodaeth; gwneud dadansoddiad manwl cywir i lywio a nodi lle mae angen camau gweithredu; goruchwyllo cynllunio cenedlaethol a mentrau dros Gymru gyfan lle y bo angen; strwythur monitro ac atebolrwydd mwy cadarn.

Mae angen cydnabod bod angen newid mwy sylfaenol yn y dull o synied am faint a chyflymdra'r gweithredu sydd ei angen faint o newid systemau a newid diwylliannol sydd ei hangen er mwyn gwireddu'r uchelgais a nodwyd yn y cynllun erbyn 2016.

5. Casgliad

I grynhoi, mae Cyngghrair Cancer Cymru yn croesawu'r uchelgais a'r cyfeiriad a nodwyd yn *Law yn Llaw yn erbyn Cancer - Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer* a gyhoeddwyd ym mis Mehefin 2012. Mae dwy flynedd bellach wedi mynd heibio ers ei gyhoeddi ac nid ydym eto wedi cael ein darbwyllo bod y dyheadau a nodwyd yn y Cynllun yn cael eu cyflawni ar y cyflymder a'r raddfa yr oeddem wedi gobeithio amdanynt. Mae cryn waith i'w wneud o hyd er mwyn sicrhau bod y nodau a bennwyd ar gyfer 2016 yn cael eu cyflawni ar draws pob math o ganser ac ar gyfer pob claf cancer yng Nghymru. Mae gormod o amrywiaeth mewn canlyniadau a phrofiad cleifion o hyd rhwng ysbytai a byrddau iechyd na ellir eu cyfiawnhau gan amgylchiadau lleol yn unig.



Galwn ar Lywodraeth Cymru i gryfhau ei hymagweddu tuag at gynllunio cenedlaethol a monitro'r cynnydd a wneir wrth weithredu. Mae angen inni edrych yn fwy na blwyddyn ymlaen gyda ffocws ar lawer mwy o gydweithredu ar draws byrddau iechyd a thimau cancer lle y bo angen i sicrhau bod cleifion yn cael gofal amserol sydd wedi'i gydlynu.

Mae angen newid o ran syniadau ac ymagweddu i sicrhau y gellir gwireddu'r cyfeiriad a'r uchelgais a bennwyd yn y Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer, yr ydym yn ei gefnogi'n llawn, ar gyfer pob claf cancer, ble bynnag y maen nhw'n byw yng Nghymru.

Cynghraid Cancer Cymru
4 Ebrill 2014

Cyrff aelodaeth

Gofal Cancer y Fron

Ymchwil Cancer y DU

Ymchwil Cancer Cymru

Clic Sargeant

Hosbisau Annibynnol Cymru

Cymorth Cancer Macmillan

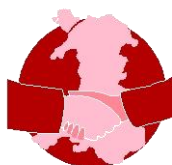
Maggies

Gofal Cancer Marie Curie

Cancer y Brostad y DU

Ymddiriedolaeth Cancer yr Ardegau

Tenovus



CYNGHRAIR CANCER CYMRU
WALES CANCER ALLIANCE

Cynghrair Cancer Cymru Galwadau am Flaenoriaethu Polisiâu

Mae Cynghrair Cancer Cymru (WCA) yn cynnwys deg o gyrff gwirfoddol sydd wedi ymrwymo i hyrwyddo rhwystro cancer, triniaeth ganser, ymchwil a gofal cancer i bobl yng Nghymru. Bob blwyddyn rydym yn buddsoddi dros £20m yng Nghymru ac yn cyfrannu i ddatblygu polisi cancer.

Mae Cynghrair Cancer Cymru yn croesawu Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer Llywodraeth Cymru a gyhoeddwyd ym mis Mehefin 2012. Rydym yn cydnabod pwysigrwydd y Cynllun Cyflawni o ran gyrru gwelliannau mewn gwasanaethau cancer ac yn galw ar y llywodraeth i sicrhau momentwm parhaus wrth weithredu ymrwymadau allweddol yn y cynllun.

Credwn fod gan y sector gwirfoddol rôl bwysig i'w chwarae wrth gyflawni gwelliannau i rai wedi'u heffeithio gan ganser, ac edrychwn ymlaen at gydweithio â Llywodraeth Cymru, y GIG ac eraill er mwyn gwneud hyn.

Mae'r ddogfen hon yn nodi'r meysydd allweddol lle credwn fod angen ymrwymiad pellach ac mae'n awgrymu camau gweithredu.

Atal Cancer

Amcangyfrifir y gellid atal hyd at hanner yr holl ganserau drwy ffyrdd o fyw iach. Mae peidio ag ysmegu, rheoli pwysau'r corff, byw'n egniol, dewis bwydydd iach, lefel isel o alcohol a chadw'n ddiogel yn yr haul i gyd yn gallu helpu i leihau'r perygl o ganser.

Rydym eisiau gweld;

- Mwy o ymwybyddiaeth ymhlith y cyhoedd o'r ffyrdd o leihau'r perygl o ganser a mwy o gydweithio ar draws sectorau
- Adnabod a chynorthwyo cyfleoedd ar gyfer 'eiliadau addysgu' am negeseuon atal.

Ffocws ar Ganfod Cancer yn Gynnar

Rydym yn croesawu'n frwd y meysydd sy'n canolbwyntio ar ganfod cancer yn gynnar yn y Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer ac yn edrych ymlaen at weithio gyda'r llywodraeth i'w cyflawni.

Rydym eisiau gweld:

- Menter wedi'i chydlynu'n ganolog i wella diagnosis cancer cynnar yng Nghymru
- Ymgyrch ymwybyddiaeth gyhoeddus dros Gymru gyfan sy'n rhoi sylw i arwyddion a symptomau cyffredin cancer a phwysigrwydd mynd yn brydlon at feddyg teulu
- Tystiolaeth gadarn yn cael ei rhoi i Fyrddau Iechyd i lywio'r gweithredu lleol
- Ymgyrch gwybodaeth genedlaethol ar fanteision sgrinio am ganser sy'n cynnwys y sector gwirfoddol
- Gwella'r cymorth i feddygol teulu i'w helpu i gyfeirio cleifion yn amserol am ddiagnosis cancer a gwella'r llwybrau'r cyfeirio rhwng gofal sylfaenol ac eilaidd er mwyn hybu cyfeirio cleifion ymlaen yn brydlon.



Rhoi Triniaeth a Gofal Cyflym, Effeithiol

Gwyddom fod anghydraddoldebau o hyd o ran mynediad i wasanaethau a thriniaethau ac y gall y rhain arwain at anghydraddoldebau yn y canlyniadau.

Dylai prosesau newydd wella'r cydraddoldeb mynediad i gyffuriau cancer ond ychydig iawn o wybodaeth sydd ar gael i'r cyhoedd i bennu faint o gynnydd a wnaed ar y mater hwn. Mae'r mynediad i driniaeth yn dal i fod yn anghyfartal yn fwy cyffredinol; er enghraifft, technoleg radiotherapi neu dechnegau llawfeddygol newydd; ac mewn gwasanaethau cancer a gwasanaethau cymorth.

Rydym eisiau gweld:

- Data cyfoes a mwy o dryloywder o ran mynediad i driniaeth cancer
- Prosesau teg, eglur a chyson ledled Cymru er mwyn sicrhau bod cleifion yn gallu cael mynediad i gyffuriau sy'n effeithiol yn glinigol
- Bod pobl yn gwybod pa wasanaethau sydd ar gael iddynt; a
- Bod ganddynt fynediad cyfartal, beth bynnag yw math y cancer, daearyddiaeth, oedran, rhyw, statws, ethnigrwydd, ffydd neu anabledd i dimau rhyngddisgyblaethol arbenigol cancer
- Cydymffurfio â thargedau amser aros ar gyfer achosion brys a heb fod yn rhai brys
- Gwasanaethau penodol wedi'u cydlynu i gleifion cancer metastatig a chanlyniadau wedi'u mesur.

Ateb Anghenion Pobl

Dylai gwasanaethau cancer ganolbwyntio ar anghenion unigol pobl a'u teuluoedd. Nid yw anghenion hollistaidd pobl - corfforol, emosiynol, ysbrydol, ariannol ac ymarferol yn cael eu hadnabod neu'n cael sylw bob amser.

Dylai pob person dderbyn cynllun gofal personol sydd wedi'i seilio ar asesiad hollistaidd o'i anghenion a dylai hyn fynd ymlaen i'r cyfnod ar ôl y driniaeth.

Yn ogystal mae pobl yn dweud wrthym eu bod yn gwerthfawrogi cael gweithiwr allweddol a enwyd i weithredu fel cydlynnydd, rhywun i ateb cwestiynau ac i gyfeirio at y gwasanaethau sydd ar gael i gynorthwyo anghenion unigol pobl.

Byddai'r newidiadau hyn yn helpu i roi cymorth i nifer o bobl i hunanreoli eu cyflwr ar ôl y driniaeth a gallai felly ryddhau adnoddau a chapasiti ar gyfer achosion mwy cymhleth.

Rydym eisiau gweld:

- Asesu a chynllunio gofal yn cael ei weithredu i bawb sy'n byw gyda chanser
- Gwellu'r wybodaeth a'r cymorth er mwyn annog hunanreoli
- Dehongli a gweithredu rôl y gweithiwr allweddol yn gyson ledled Cymru
- Mwy o ddealltwriaeth gan gleifion o rôl y gweithiwr allweddol
- Crynodeb diwedd triniaeth wedi'i anfon at feddygon teulu'r cleifion
- System ôl-driniaeth sy'n rhoi'r person yn fwy yn y canol i gynorthwyo'r rhai sydd wedi goroesi cancer.

Cydlynu Gofal

Mae pobl yn dweud wrthym eu bod eisiau i'w gofal fod wedi'i gydlynu'n effeithiol, ar draws gwahanol rannau'r sector statudol a'r sector gwirfoddol yn ystod ac ar ôl triniaeth. Er mwyn cyflawni hyn, mae angen cydlynu'r gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol yn well a rhwng gofal aciwt a sylfaenol. Dylid rhoi sylw arbennig i adegau pontio megis adeg diagnosis, ar ddiwedd y driniaeth a phan fydd cleifion yn nesáu at ddiwedd eu bywyd.

Mae Nyrsys Arbenigol Clinigol (CNS) a gweithwyr iechyd yn chwarae rhan bwysig wrth gydlynu'r gofal. Fodd bynnag, gwyddom nad oes mynediad cyfartal i CNSs a bod tystiolaeth fod amser nyrsys arbenigol yn cael ei gollu. Gwyddom hefyd mai'n ddarniog ac yn anghyson y mae rôl y gweithiwr allweddol yn cael ei gweithredu ac nad yw nifer o gleifion yn ymwybodol o'r cymorth y gallant ddisgwyl ei dderbyn gan eu gweithiwr allweddol.

Rydym eisiau gweld:

- Ymrwymiad i wella cynllunio gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol
- Gwella cydgynllunio gofal cleifion unigol ar draws gwasanaethau gofal aciwt a sylfaenol gan gynnwys y sector gwirfoddol
- Cymorth ychwanegol i bobl ar adegau pontio allweddol
- Data am ddarpariaeth nyrsys arbenigol clinigol (CNSs) ledled Cymru
- Ymchwil i rôl y CNSs ac i ba raddau mae cydlynu anghenion gofal yn digwydd
- Monitro mesurau canlyniadau gweithredu rôl y gweithiwr allweddol.
- Defnyddio'r canfyddiadau i lywio'r arferion i helpu i asesu'r ffordd orau o ddefnyddio adnoddau.

Rhoi Gofal ar Derfyn Oes

Gwyddom fod dros 60% o'r bobl dweud yr hoffent farw gartref ond y sefyllfa sydd ohoni yw bod dros 60% o bobl yng Nghymru yn marw yn yr ysbyty. Gwyddom hefyd fod pobl yn poeni y byddant mewn poen ar derfyn eu bywydau. Mae cymorth clinigol arbenigol yn allweddol wrth sicrhau bod terfyn oes pobl heb boen a symptomau. Hefyd dylai gofalwyr a theuluoedd dderbyn y cymorth a'r gofal sydd eu hangen arnynt.

Rydym eisiau gweld:

- Mwy o bwyslais ar ddarparu gwasanaethau mewn lleoliadau cymunedol gydag adnoddau priodol i gyflawni hyn
- Mwy o integreiddio cymorth ar draws pob corff o fewn a'r tu allan i'r sector cyhoeddus
- Pobl yn cael cymorth i gael sgysiau am eu dymuniadau ar derfyn eu hoes.
- Dylid dechrau sgwrs ledled Cymru i annog pobl i drafod eu dymuniadau a'u barn am ofal ar derfyn eu hoes.



Gwella Gwybodaeth

Mae pentwr o ddata archwiliadau'n cael ei gasglu, ond rydym eisiau sicrhau bod gan gleifion y wybodaeth sydd ei hangen arnynt i wneud penderfyniadau gwybodus am eu triniaeth a'u gofal canser, a bod Byrddau Iechyd yn gallu asesu a gwella eu gwasanaethau i gleifion canser. Hefyd mae angen data ar Lywodraeth Cymru i'w galluogi hi a'r cyhoedd i ddal Byrddau Iechyd Lleol i gyfrif.

Rydym eisiau gweld data ystyrion sy'n berthnasol i brofiad cleifion, ansawdd y gwasanaeth a chanlyniadau iechyd yn cael eu casglu, eu coladu ac yn sbardun i weithredu.

Rydym eisiau gweld:

- Byrddau Iechyd Lleol yn gweithredu ar ganfyddiadau Arolwg o Brofiad Cleifion Cymru Gyfan Llywodraeth Cymru er mwyn gwella'r gofal a'r cymorth i bobl a'u teuluoedd.
- Nodi'r mesuriadau canlyniad penodol ar gyfer profiad cleifion a'u cynnwys yn y fframwaith ansawdd newydd.
- Data a gwybodaeth wedi'u cyflwyno mewn fformat tryloyw a hawdd ei deall fel bod pawb, gan gynnwys rhai wedi'u heffeithio gan ganser, yn deall y wybodaeth.
- Creu diwylliant cefnogol yn y GIG ar gyfer dysgu o brofiad cleifion ac asesu a gwella ansawdd y gwasanaethau.
- Casglu data am ddiagnosis metatastig a rheolaidd fel y gellir cynllunio a chyflawni triniaeth a chymorth i'r grŵp hwn yn effeithiol
- Rhoi cymorth i fentrau fel bod gwybodaeth hygyrch ar gael i gleifion ynghylch dewisiadau triniaeth a gofal a'u hargaeledd.

Targed Ymchwil

Mae Cymru wedi bod ar flaen y gad ym maes ymchwil canser dros y blynyddoedd gyda nifer o aelodau'r Cynghrair yn cyfrannu i ddatblygiadau allweddol o ran canfod a thrin y clefyd. Mae datblygu Banc Canser Cymru a Pharc Geneteg Cymru yn gampau allweddol y dylai Cymru fod yn falch ohonynt.

Nawr hoffai'r Cynghrair weld mwy o ffocws ar ddatblygu strategaeth ymchwil canser i Gymru sy'n rhoi cyfeiriad eglur i'r rhai ym maes ymchwil canser o ran sut gallant gyfrannu i weithredu'r Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser yn llwyddiannus.

Rydym eisiau gweld:

- Pobl yn cael gwybodaeth ddigonol ac yn cael mynediad i'r treialon clinigol priodol gan fod yn hyn allweddol ar gyfer ymchwil glinigol a gwella canlyniadau
- Eglurder a ffocws o ran y seilwaith, y rhwydweithiau a'r ffrydiau ariannu sy'n rhoi cymorth i ymchwil canser yng Nghymru
- Mwy o gymorth i ymchwil i ofal lliniarol ac ar ddiwedd bywyd yn ogystal â goroesi a materion sy'n gysylltiedig â byw gyda chanser.

Am ragor o wybodaeth cysylltwch â:-

Susan Morris, Cadeirydd, Cynghrair Canser Cymru SMorris@macmillan.org.uk Ffôn: 01656 867974

Cynghrair Canser Cymru: Gofal Canser y Fron, Ymchwil Canser Cymru, Ymchwil Canser y DU, Clic Sergeant, Hosbisau Cymru, Cymorth Canser Macmillan, Maggie's, Marie Curie, Myeloma UK a Tenovus.
<http://www.walescanceralliance.org.uk>

Clerc i'r Pwyllgor
Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol
Cynulliad Cenedlaethol Cymru

HSCComittee@wales.gov.uk

Annwyl Syr/Madam

Ymchwiliad i Weithrediad Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru

Diolch yn fawr am y gwahoddiad i roi adborth ar Gynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru. Gobeithiaf y bydd y wybodaeth a ganlyn o fudd i'r Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol.

Mae'r ymateb hwn yn adlewyrchu safbwyntiau'r Bwrdd Iechyd a Rhwydwaith Canser Gogledd Cymru. Wrth wneud hynny, mae'n adlewyrchu sylwadau o safbwynt darparwr GIG, comisiynydd ac eiriolwr cleifion.

Trosolwg

Er ei bod yn wir y caiff y rhan fwyaf o'r Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser ei gyflawni erbyn 2016, mae hefyd yn debygol y bydd agweddau ar y cynllun yn dal i fod yn heriol ac mae'n bosibl na chaiff rhai ohonynt eu cyflawni. Nid yn unig y mae'r cynllun yn datgan bod cyfradd amllder canser yn cynyddu, mae hefyd yn cyfeirio at yr hinsawdd economaidd heriol a oedd yn bodoli, nid yn unig ar adeg cyhoeddi, ond sy'n dal i fodoli ar adeg rhoi'r ymateb hwn. Felly mae'n rhaid bod pryder nad oes modd cyflawni rhai agweddau ar y cynllun o'u gosod gyferbyn â chyd-destun blaenoriaethau lluosog a gostyngiad mewn cyllid.

Yn ein barn ni, dylai mynediad at driniaeth canser ar sail tystiolaeth fod ar gael yn gyson i bobl Cymru ac wrth i'r dystiolaeth ddod i'r amlwg i gefnogi therapïau newydd, dylai'r rhain gael eu mabwysiadu cyn gynted â phosibl yng Nghymru. Yr heriau allweddol i Gymru a'r Cynllun Cyflawni yw cyfeirio/rhoi diagnosis cynnar, gofal diwedd oes a thegwch. Mae cael diagnosis cynnar yn allweddol i ganlyniadau da o ran canser ac ar hyn o bryd, mynediad cyflym at wasanaethau diagnostig sy'n cynnig yr her fwyaf, efallai.

Mae'r cynllun wedi cyflawni llawer o ran gofal diwedd oes, ond dylid nodi bod 'diwedd oes' yn ymddangos mewn cynllun canser. Ein pryder o hyd, er hynny, yw bod angen i ddiwedd oes ymddangos yn yr holl gynlluniau sy'n gysylltiedig ag afiechyd cronig.

Mae tegwch ar draws Cymru yn dal i fod yn her, ac er bod y cynllun yn ceisio mynd i'r afael â hyn, mae'n dal i fod yn faes lle y gallai fod yn anodd cyflawni erbyn 2016. Un enghraifft o hynny fyddai nifer y Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol (IPFR) ar gyfer cyffuriau canser lle mae amrywio rhwng ardaloedd gwahanol o Gymru.

Dangosyddion Canlyniadau a Mesurau Perfformiad Penodol – Atodiad 3 – Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser

Nid yw'n glir p'un a all y cynllun ddylanwadu ar leihad o ran y gyfradd o gynnydd mewn achosion o ganser o fewn y terfyn amser penodol. Bydd lleihad mewn achosion o ganser yn dibynnu ar newidiadau o ran ffordd o fyw, yn bennaf e.e. gwahardd ysmegu ac mae'n annhebygol y bydd y manteision o'r datblygiadau hyn i'w gweld ar unwaith. Wedi dweud hynny, nodir bod mwy o bwyslais wedi'i roi ar yr agenda atal ar ôl cyhoeddi'r cynllun ac mae hyn i'w groesawu.

Mae'n galonogol gweld bod lleihad sylweddol mewn marwolaethau, ochr yn ochr â chynnydd mewn cyfraddau goroesi 1 blwyddyn a 5 mlynedd wedi codi yng nghyfnod y cynllun a chredir y gall y gwelliant hwn barhau. Mae hyn ar ei amlycaf yng Ngogledd Cymru lle mae'r baich mwyaf o ran canser yng Nghymru. Er hynny, mae cyfraddau goroesi 1 blwyddyn a 5 mlynedd ymhlith y rhai gorau sydd i'w cael yng Nghymru. Fodd bynnag, nid yw'r gwelliant hwn o ran cyfraddau goroesi yn cyd-fynd â chydymffurfiaeth ag amseroedd aros am driniaeth canser ac mae hi wedi bod yn anodd sicrhau bod y rhain yn gyson ers cyhoeddi'r Cynllun Cyflawni. Wedi dweud hynny, mae naw claf ym mhob 10 ohonynt yn dal i gael eu triniaeth o fewn y paramedrau targed. Yn ein barn ni, mae methiant i gyrraedd y targedau hyn yn gyson ar draws Cymru, yn gysylltiedig i raddau helaeth â chael diagnosis cynnar a'r annhegwch y soniwyd amdano yn gynharach.

Mae'r pwyntiau olaf uchod hefyd yn adlewyrchu hynt y canser ar adeg cael diagnosis ac wrth reswm, mae hyn yn dylanwadu ar y mesur perfformiad, bod cleifion fwyfwy yn cael diagnosis bod arnynt glefyd ar gyfnod cynnar. Efallai y bydd hwn yn fater anodd i'w wella'n sylweddol o fewn terfyn amser y cynllun gan y bydd yn dibynnu ar y cyhoedd i gyflwyno eu hunain yn gynnar i ofal cychwynnol a chyfeirio prydlon at wasanaethau canser yn ogystal â mynediad gwell at wasanaethau diagnostig.

Yn olaf, mae'r cynllun wedi llwyddo i sicrhau bod gweithgarwch treialon clinigol yn cael ei gynnal, bod data am farwolaethau 30 diwrnod ar ôl triniaeth yn cael ei gasglu ac y bydd gan bob claf weithiwr allweddol. O ran y ddwy eitem olaf, erbyn 2016, credwn ei bod yn rhesymol disgwyl, nid yn unig i'r holl gyfraddau marwolaeth 30 diwrnod ar ôl triniaeth gael eu coladu, ond hefyd i gael eu harchwilio. O ran Gweithiwr Allweddol, nid yn unig y bydd gan bob claf weithiwr allweddol ond bydd ganddynt hefyd un sy'n cael mwy o effaith ar eu gofal.

Crynodeb o Ganlyniadau- Atodiad1- Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer

Canlyniad 1- Mae pobl yn ymwybodol o'u risg o ganser ac yn cael eu cefnogi i leihau eu risg o ganser trwy ddewisiadau iach o ran ffordd o fyw

Ers cyhoeddi'r Cynllun Cyflawni, mae'r data'n awgrymu bod effaith gyfyngedig wedi bod ar ymddygiad y cyhoedd o ran addasu at ffordd o fyw. Wedi dweud hynny, ar lefel leol mae hefyd yn wir bod cynnydd sylweddol wedi bod o ran ymdrechion y GIG i fynd i'r afael â'r materion hyn. Felly mae'n bosibl y daw newid mwy sylweddol i'r amlwg o ganlyniad i'r cynllun hwn. Yng Ngogledd Cymru, adlewyrchir hyn gan ymgyrchoedd newydd i godi ymwybyddiaeth y cyhoedd am ddefnyddio cludiant cyhoeddus a chyflwyniadau atal cancer mewn ysgolion gwladol.

Canlyniad 2- Canfod cancer yn gyflym lle mae'n codi neu'n ailgodi.

Fel y soniwyd yn flaenorol, dyma'r agwedd ar y cynllun lle mae'r her fwyaf ar hyn o bryd. Mae mynediad at ofal cychwynnol yn fwyfwy heriol yn yr un modd â mynediad uniongyrchol at wasanaethau diagnostig o ofal cychwynnol. Yn ogystal, mae'r ffaith bod mwy o wasanaethau ar gael 24 awr y dydd trwy gydol y flwyddyn yn heriol, ac unwaith eto, mae'n anodd sicrhau bod gwasanaethau ar gael yn fwy lleol.

Y teimlad yw nad oedd yr agwedd hollbwysig hon ar y cynllun, efallai, wedi cael y pwyslais y dylai fod wedi'i gael ac mae'r effaith wedi'i thanbriso. Yr agweddau hyn ar y llwybr cancer sy'n destun blaenoriaethau gwrthwynebol eraill a phwysau cyllid yn fwy nag unrhyw agweddau eraill ac mae angen mynd i'r afael â hyn yn ail hanner hyd bwriadedig y cynllun.

Canlyniad 3- Pobl yn cael triniaeth a gofal cyflym ac effeithiol fel eu bod yn cael y cyfle gorau posibl o gael iachâd

Yn 2014, mae'r Cynllun Cyflawni ar gyfer Cancer wedi cynnal momentwm cyflymder triniaeth a mynediad at driniaeth effeithiol ar sail tystiolaeth. Er bod mater amseroedd aros o ran cancer eisoes wedi'i drafod, mae'n werth nodi bod pwyslais newydd yn cael ei roi ar Adolygu Cymheiriaid – proses sy'n rhan uniongyrchol o'r cynllun. Mae'r broses hon erbyn hyn yn mynd i'r afael â'i phedwerydd math mawr o ganser ac erbyn 2016, bydd yr holl brif fathau o ganser wedi bod yn destun i'r broses a chaiff y garfan gyntaf o fathau o ganser eu hailasesiad cyntaf.

Dylai adolygu gan gymheiriaid ochr yn ochr â datblygiadau pellach yn y fframwaith perfformiad cancer sicrhau bod y Cynllun ar gyfer Cyflawni yn sicrhau bod asesiadau ansawdd parhaus a gwell yn cael eu cynnal o ran gwasanaethau cancer.

Canlyniad 4- Pobl yn cael eu rhoi wrth wraidd gofal canser gan nodi eu hanghenion a'u bodloni fel eu bod yn teimlo eu bod yn cael cefnogaeth ddigonol a'u hysbysu, gan allu rheoli effeithiau canser

Mae'r Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser wedi bod yn llwyddiannus o ran rhoi mwy o bwyslais ar natur holistaidd gofal canser, ac yn sicr, ar lefel leol mae ymdrechion sylweddol yn cael eu gwneud gyda'r trydydd sector i fynd i'r afael â materion y mae'r unigolyn yn ganolog iddynt. Er nad yw'r darnau amrywiol o waith wedi'u cwblhau eto, mae ffocws a momentwm i fod â modelau gofal sefydledig a chynladwy erbyn 2016.

Yng Ngogledd Cymru, mae hyn yn amlwg mewn prosiectau sy'n ymwneud â chyflwyno Gweithiwr Allweddol, cynllunio gofal holistaidd ac adsefydlu.

Canlyniad 5- Pobl sy'n dod i ddiwedd eu hoes sy'n teimlo eu bod yn cael gofal da a'u bod yn rhydd o boen a symptomau

Mae cryn gynnydd wedi'i wneud hyd yn hyn o ran darparu gofal lliniarol gan gynnwys agweddau ar ofal sy'n gysylltiedig â'r trydydd sector a gweithio saith niwrnod o'r wythnos. Mae croeso i'r pwyslais ar weithio di-dor ar draws pob sector yn y GIG a'r trydydd sector, ac yn sicr, mae'n amlwg i'w weld mewn arferion o ddydd i ddydd yng Ngogledd Cymru.

Casgliad

Nodwyd bod yr ymchwiliad hwn yn cael ei gynnal hanner ffordd trwy gylch oes Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru, ac fel mae'n digwydd, mae rhai agweddau ar y cynllun yn dal i fod ar y gweill.

Mae'r themâu yn y cynllun yn dal i fod yn ddilys yn ogystal â llawer o'r canlyniadau a nodir yn yr atodiadau amrywiol, ac i'r perwyl hwn, mae'r cynllun yn fframwaith cyd-destunol pwysig i wella darpariaeth gofal canser.

Mae cynnydd gyferbyn â'r cynllun yn amlwg yn enwedig o ran sicrhau diogelwch ac ansawdd triniaeth canser a gofal diwedd oes. Mae cynnydd yn amlwg hefyd o ran gofal holistaidd y mae'r unigolyn yn ganolog iddo a chaiff llawer o ddatblygiadau eu rhoi ar waith yn llawn erbyn 2016.

Mae'r prif heriau o ran cyflwyno'r cynllun yn dal i fod ar flaen y llwybr canser – atal a diagnosis cynnar. Er eu bod yn ganmoladwy, efallai y bydd yn cymryd mwy o amser i'r amcanion atal arwain at ganlyniadau ac efallai na fydd gwelliant go iawn o ran baich afiechyd am flynyddoedd lawer yn hytrach nag erbyn 2016. Fodd bynnag, y pryder pennaf yw cael diagnosis canser cyflym - dyma'r ffactor gyfyngol y mae angen ei hystyried ymhellach os bydd y cynllun yn cyflawni ei amcanion ehangach. Yng Ngogledd Cymru, adlewyrchir hyn gan ymgyrchoedd newydd i godi ymwybyddiaeth y cyhoedd am ddefnyddio cludiant cyhoeddus a chyflwyniadau atal canser mewn ysgolion gwladol.



Bwrdd Iechyd Prifysgol
Betsi Cadwaladr
University Health Board

Yr eiddoch yn gywir

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Geoff Lang', written over a light grey rectangular background.

GEOFF LANG
PRIF WEITHREDWR DROS DRO

Evidence from Velindre NHS Trust – CDP 31

Inquiry into progress made to date on implementing the Welsh Government's Cancer Delivery Plan and whether Wales is on course to achieve the outcomes and performance measures, as set out in the Cancer Delivery Plan, by 2016

Response from Velindre NHS Trust

Velindre NHS Trust comprises of 2 main operating Divisions namely:

- Velindre Cancer Centre, a specialist provider of non surgical cancer treatments
- Welsh Blood Services

In addition Velindre NHS Trust is 'Host' to a number of external organisations:

- National Specialist Advisory Group for Cancer (NSAGC)
- Cardiac Networks Co-ordinating Group of Wales
- National Collaborating Centre for Cancer
- NISCHR Clinical Research Centre
- NHS Wales Informatics Services (NWIS)
- Wales Shared Services Partnership (NWSSP)

Velindre NHS Trust's response to the 'Inquiry into progress made to date on implementing WG's Cancer Delivery plan' will seek to provide comments under each of the headings as per the terms of reference of the Inquiry.

1. Is Wales on course to achieve the outcomes/performance measures as set out in the Cancer Delivery plan 2016

There has been good progress in some of the key areas within the Cancer Delivery plan. For example the Wales results from the recent Patient Experience Survey, run with the help of Macmillan, showed 89% patients rated their care as excellent or very good. In addition 88% of patients have been allocated a Clinical Nurse Specialist (CNS) and 86% patients said they had received the right amount of information. The Velindre results have been further analysed and show that they are very favourable in comparison to some of the best cancer centres in England and in fact in some domains Velindre's

scores exceeded those of English cancer centres. However it is recognised the results were variable by organisation and cancer site, thus the focus between now and 2016 is to address the variability and ensure consistency for patients irrespective of where they receive their care or which cancer they have.

Other examples of positive progress include:

- The introduction of peer review which is driving up standards,
- Good recruitment rates into clinical trials
- Clinical engagement, especially with work to review the patient pathways, with some very good examples at both the South Wales Cancer Network level but also within Velindre Cancer Centre e.g. work to reduce the pathway for head and neck patients receiving Radiotherapy with a reduction in waiting times from 28 to 14 days without any additional resources
- Increasing numbers of patients consenting to their tissue being collected for the Wales Cancer Bank
- Creation of specialised Multi Disciplinary Team meetings (MDT) for metastatic cancers for some cancer sites, thereby ensuring patients with metastatic disease or diagnosis of secondary cancers are given the same care as those with first diagnosis.
- An increasing focus across Wales on the “survivorship” agenda and ensuring patients are living well with their cancer

Some of the key remaining challenges are:

- Continue to manage demand with the increasing incidence and patients surviving longer with cancer
- Diagnosing patients earlier – as this takes time before long term benefits are seen
- Improving Cancer information systems to improve communications between providers of care, including primary care, and to ensure good quality data to measure the outcomes

2. Progress made in reducing the inequalities gap in cancer incidence and mortality rates

Reducing the inequalities will have a long term effect on survival and mortality. It is important that NHS works with the public to seek to change behaviours and reduce risk of incidence of cancer. There are clear roles for Public Health Wales and Primary care in leading work in this area. It may be worthwhile considering whether targets/outcome measures for these organisations would be helpful in the achievement of this by 2016.

It is essential that Wales keeps up with new treatment developments in order to ensure an equitable access to clinical trials for patients and to

continue to ensure that Wales recruits and retains high calibre clinical staff. We welcome the WG review into Access of new Technologies.

We are aware that the IPFR process is currently under review and we welcome this, as the current process can cause stress for patients, their families and the clinical staff caring for the patients and to avoid any perceived inequity.

The results of the Patient Experience Survey showed some variations in access to Key workers and the provision of care plans and we believe it'd be helpful if Wales is to achieve progress in this area by 2016, if there was some policies/agreement around these topics.

3. The effectiveness of cancer screening services and the level of take-up across the population of Wales, particularly the harder to reach groups

In order to achieve the targets by 2016 there is need to continue to improve the national focus on prevention and we recognise the important role screening services play in prevention and early diagnosis.

Given the nature of the Trust screening service does not have a direct impact for the organisation. However VCC does recognise that it can, like all organisations, play a part in encouraging patients and their relatives to take up screening opportunities. The challenge is to reach the “harder to reach” communities.

VCC supports the “making every contact count” type initiative and would also welcome and support the development of some simple consistent messages for all to use.

4. Whether patients across Wales can access the care required (for example, access to diagnostic testing or out-of-hours care) in an appropriate setting and in a timely manner;

We recognise that reduced waiting times have a direct impact on outcomes and survival.

VCC has made significant progress over last few years in the reduction of waiting times for radiotherapy and chemotherapy treatments. For example in 2009 approximately 35% patients received radiotherapy within 28 days (with some patients waiting up to 11 weeks) and this is now 99%.

It is important that there is sufficient capacity in the future to maintain these waiting times – see later section re planning and funding.

The NHS is experiencing high demand for unscheduled care but the Acute Oncology Service (AOS) pilot between ABHB and Velindre Cancer Centre has proven a huge success and had an impact on patient's ability to access the correct type of care in a timely manner. For example prior to AOS only 16% of the patients received correct investigation for neutropenic Sepsis, but now with AOS in place this has risen to 86%. Similarly following introduction of AOS 85% of patients suspected metastatic spinal cord compression had an MRI within 24 hours, compared to previously only 61%, and the mean time to definitive therapy from MRI has reduced from 50 hours to 24 hours.

Similarly there has been some progress towards 7/7 working so patients have same level of service irrespective of the day but, as across many specialties in the NHS, further work is required in this area between now and 2016. Good examples of the shift towards 7/7 are demonstrated by the all Wales palliative care work which has resulted in 7/7 working in all organisations.

As outlined earlier in this response Wales is reviewing the system of access of new technologies with the aim of ensuring that appropriate, clinically proven treatments/technologies are available to patients in Wales in a timely manner for the population. We welcome this review as we believe it is important for patients to have access to the most appropriate, clinically effective treatments.

With regard to the introduction of new drugs AWMSG have made improvements in their systems which have resulted in a reduction in the average time for an assessment to announcement. However further improvements to the system, including a system for orphan drugs, or drugs for rarer cancers is we believe essential to ensure equity for all patients.

Access to treatment i.e. waiting times are important and VCC welcomes the review of the 31/62 day targets, with the shift to more clinically determined targets. However it is important that the implications of the changes to the target are worked through prior to any formal changes.

Finally with regard to access to care in timely manner the IPFR process has some issues – but as outlined earlier it is under review with the aim of addressing and improving the process and we welcome this review.

5. The level of collaborative working across sectors, especially between the NHS and third sector, to ensure patients receive effective person-centred care from multi-disciplinary teams.

There remains a very good level of collaboration across NHS organisations and with the Third Sector in the provision of cancer services. Examples include:

The Acute Oncology Service (AOS) pilot between VCC and ABHB has shown excellent results due to the high level of collaborative working. It has been shortlisted in NHS Wales Awards under the category of working across organisations.

There are projects funded by Macmillan which involve piloting electronic health needs assessments (e-hna) for patients and the development of care plans and key workers. These type of projects are great examples of work seeking to ensure 'Person centred care' is delivered by the MDT. Similarly Velindre Cancer Centre is working closely with Maggie's in the development of a Maggie's centre for patients in south east Wales – again an environment to deliver person centred care.

As outlined earlier in the response the All Wales Palliative care project provides another excellent example of collaborative working between the Third sector and NHS organisations for end of life care.

Recent events run by the South Wales Cancer Network to review lung cancer and colorectal pathways were only successful due to the close working of the organisations involved in delivering care. This type of work now needs to be rolled out across other cancer sites.

With regard to R&D the fact that in Wales research and treatment are delivered as part of a spectrum of care is a strength. Wales has improved access to trials as per the requirement of the cancer Delivery plan but if Wales is to maintain this level of access it requires organisations to continue to improve the way they work together in respect of the timeliness of start up, delivery and application of research. To support this increase in access it is important that there is a clear strategic drive and funding strategy to ensure that ALL patients have access to speedy delivery of research in line with the delivery plan.

6. Whether the current level of funding for cancer services is appropriate, used effectively and provides value for money

In the absence of comparative data it is challenging to comment on whether the current level of funding is appropriate, thus our response to this section will instead focus on the process for allocation of the funding, rather than the amount/level of funds.

In today's financial climate the challenge for NHS Wales is to cope with the increasing demands for cancer services as more patients are diagnosed, more treatments are available and patients are surviving longer with their disease. Linking this to Prudent healthcare providers of cancer services need over coming years to consider potentially ineffective treatments/interventions and the impact on investment

decisions. For example the provision of CNS and good palliative care has been demonstrated to improve the patient experience and in some studies to increase survival and quality of life compared to high cost drug treatments. VCC has a system in place to review deaths of patients within 30 days of SACT /chemotherapy treatments to ensure the clinical appropriateness of potentially high cost drugs, especially at end of life. All organisations should be encouraged to undertake similar reviews and VCC plans to roll it out to Radiotherapy between now and 2016.

Thus when considering investments Radiotherapy and Clinical Nurse Specialist (CNS) may prove more cost effective compared to some end of life medicines – but in Wales there isn't a process currently for the comparative assessments to be undertaken.

Similarly as patients live longer organisations need to develop new models of follow up so patients are less dependant .These models could include more focus on holistic needs through provision of support and rehabilitation.

The Acute Oncology Service (AOS) pilot has shown a reduction in length of stay and unnecessary investigations and hence a cost effective development.

Improved appraisal mechanisms for non drugs and technological interventions are vital to assist in decisions to invest in effective services that provide VFM. As outlined earlier there is currently a review in Wales into this area and we welcome that.

The Cancer Delivery Plan mentions the Health Boards should plan radiotherapy services through the Networks. There is we believe a need to strengthen the commissioning/planning arrangements between HBs and the Trust and that needs to be a focus for all organisations over coming years in order to prevent Wales falling behind other UK and European countries with regard to the development of radiotherapy techniques and capacity.

Developments in stratified medicine means there is a need, we believe, for a policy for the infrastructure of stratified medicine so patients can be selected for treatments on basis that they are more likely to benefit – thus for other patients this may avoid unnecessary treatment or fewer side effects.

With the Cancer Delivery Plan focus on R&D it is, we believe, vital all aspects of R&D funding are reviewed to ensure it is not having a detrimental affect on R&D in cancer services with a complex portfolio of funding streams which are a mixture of recurring and non-recurring.

Finally, it is our belief that the strategic planning of all cancer services could benefit from strengthening, through excellent clinical engagement and a cancer specific focus. As previously outlined there is a need for long term strategic capital planning, especially for radiotherapy equipment, so that Wales doesn't lag behind. Recent decisions e.g. to support development of SBRT/SRS services in Wales are a welcome step forward.

Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

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

Dyddiad: **Dydd Mercher, 4 Mehefin 2014**

Amser: **09.16 – 11.49**

Cynulliad
Cenedlaethol
Cymru

National
Assembly for
Wales



Gellir gwyllo'r cyfarfod ar Senedd TV yn:

http://www.senedd.tv/archiveplayer.jsf?v=cy_200000_04_06_2014&t=0&l=cy

Cofnodion Cryno:

Aelodau'r Cynulliad:

David Rees AC (Cadeirydd)
Leighton Andrews AC
Rebecca Evans AC
Janet Finch–Saunders AC
Elin Jones AC
Darren Millar AC
Lynne Neagle AC
William Powell AC
Gwyn R Price AC
Lindsay Whittle AC

Tystion:

Mark Drakeford AC, Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau
Cymdeithasol.
Dr Sandra Sandham, Llywodraeth Cymru
David Thomas, Llywodraeth Cymru

Staff y Pwyllgor:

Llinos Madeley (Clerc)
Sarah Sargent (Dirprwy Glerc)
Philippa Watkins (Ymchwilydd)

TRAWSGRIFIAD

Gweld [trawsgrifiad o'r cyfarfod](#).

1 Cyflwyniadau, ymddiheuriadau a dirprwyon

1.1 Croesawodd y Cadeirydd Aelodau'r Pwyllgor, y Gweinidog a'i swyddogion a'r cyhoedd i'r cyfarfod.

1.1 Cafwyd ymddiheuriadau gan Kirsty Williams.

2 Ymchwiliad i wasanaethau orthodontig yng Nghymru: Sesiwn dystiolaeth 3

2.1 Bu'r Gweinidog yn ateb cwestiynau gan aelodau'r Pwyllgor.

2.2 Cytunodd y Gweinidog i ofyn i'r Athro Stephen Richmond ystyried yr angen am isafswm oedran ar gyfer atgyfeirio at wasanaethau orthodontig, ar wahân i'r 2% o blant a ddyfynnwyd gan y Prif Swyddog Deintyddol fel rhai sydd wedi'u nodi i fod ag angen am atgyfeirio cynnar.

3 Papurau i'w nodi

3.1 Nododd y Pwyllgor gofnodion y cyfarfodydd blaenorol.

4 Cynnig o dan Reol Sefydlog 17.42(vi) i benderfynu gwahardd y cyhoedd o'r cyfarfod ar gyfer eitem 5 ac o dan Reol Sefydlog 17.42(ix) ar gyfer eitem 6

4.1 Derbyniwyd y cynnig.

5 Ymchwiliad i'r mynediad at dechnolegau meddygol – ystyried y materion allweddol

5.1. Bu'r Pwyllgor yn trafod y materion allweddol sy'n codi o'r ymchwiliad.

5.2 Nododd y Pwyllgor ei farn bod angen ymchwilio ymhellach i fynediad at dechnolegau meddygol o fewn gofal sylfaenol a gofal cymdeithasol cyn cwblhau'r ymchwiliad hwn. Cytunodd y Pwyllgor i wahodd cynrychiolwyr o Gymdeithas Feddygol Prydain, Cymdeithas Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol, Byrddau Iechyd Lleol ac Awdurdodau Lleol, ac unrhyw sefydliadau perthnasol eraill, i ystyried y materion hyn ymhellach.

6 Ystyried blaenraglen waith y Pwyllgor ar gyfer tymor yr hydref 2014

6.1 Cytunodd y Pwyllgor:

- I gynnal ymchwiliad i gyffuriau penfeddwol cyfreithlon yn nhymor yr hydref. Bydd y Pwyllgor yn ystyried ei ddulliau mewn perthynas â'r ymchwiliad maes o law;
- i wahodd y Comisiynydd Pobl Hŷn i roi tystiolaeth yn ystod tymor yr hydref, yn arbennig i drafod ei hadolygiad o ofal preswyl a'i hadroddiad blynyddol;
- i wahodd y Prif Swyddog Meddygol i ddod i sesiwn graffu gyffredinol yn nhymor yr hydref fel rhan o raglen y Pwyllgor o graffu ar Brif Weithwyr Iechyd Proffesiynol Cymru;
- i wahodd swyddogion y Llywodraeth i roi briff ffeithiol yn nhymor yr hydref ar y rheoliadau sy'n deillio o Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014, unwaith y bydd rheoliadau drafft yn cael eu cyhoeddi;
- i godi, ymhlith pethau eraill, y materion a ganlyn gyda'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol a'r Dirprwy Weinidog Gwasanaethau Cymdeithasol yn ystod y sesiwn graffu gyffredinol a drefnwyd ar gyfer 16 Gorffennaf:
 - adroddiad Archwilydd Cyffredinol Cymru ar reoli cyflyrau cronig;
 - recriwtio, cadw a hyfforddi meddygon teulu;
 - adroddiadau diweddar ar amseroedd aros ar gyfer llawdriniaeth ar y galon;
- ystyried materion ynghylch proses gwyno GIG Cymru, i'w lywio'n benodol gan yr adroddiad ar yr Adolygiad o Ymdrin â Phryderon a Chwynion yn GIG Cymru, o dan arweiniad Keith Evans, unwaith y bydd yr adroddiad ar gael.

Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

Ymchwiliad i'r cynnydd hyd yma ar weithredu Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru

Fel rhan o ymchwiliad y Pwyllgor Iechyd i Gynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru, cynhaliodd tîm Allgymorth y Cynulliad bum gweithdy rhanbarthol gyda chleifion cancer ledled Cymru. Cafodd y gweithdai eu cynnal am nifer o resymau, gan gynnwys:

- rhoi cyfle i gleifion cancer, sydd â phrofiad uniongyrchol o'r Cynllun Cyflenwi ar gyfer Canser, rannu eu profiadau;
- paratoi cyfranogwyr ar gyfer grŵp ffocws gydag Aelodau'r Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol;
- llywio'r sesiynau tystiolaeth ffurfiol gyda thystion, gan gynnwys y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol.

Mae'r ddogfen hon yn amlinellu'r dystiolaeth a gasglwyd, gan gynnwys cyfraniadau penodol gan y grwpiau ffocws a'r cyfranogwyr.

Nifer y cyfranogwyr:

Fforwm Cleifion Canser Gogledd Cymru

(1 Mai 2014, Coleg Llandrillo, Llandrillo yn Rhos)

Roedd 13 o gyfranogwyr yn bresennol, gan gynnwys cleifion, cyn-gleifion, gofalgwyr, gwirfoddolwyr a Hwylusydd Cynnwys Defnyddwyr Macmillan. Roedd cymysgedd o gyfranogwyr gwrywaidd a benywaidd o ogledd Cymru gyfan yn bresennol.

Mae Fforwm Cleifion Canser Gogledd Cymru yn cynnwys tri 'grŵp ardal' sy'n seiliedig ar y tri Ysbyty Cyffredinol Dosbarth yng Ngogledd Cymru – Gwynedd, Glan Clwyd a Maelor Wrecsam. Mae 'Grŵp Strategol' trosfwaol yn cyfarfod yn Llandrillo yn Rhos. Mae pob grŵp yn cyfarfod i drafod pynciau cyfredol sy'n effeithio ar gleifion cancer yng ngogledd Cymru ac yn sicrhau bod barn cleifion, cyfeillion a theuluoedd yn cael ei chlywed.



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Grŵp NETs Natter

(7 Mai 2014, canolfan gynadledda, Manor Way, Caerdydd)

Roedd cyfanswm o 25 o gyfranogwyr yn bresennol, gan gynnwys 18 o gleifion, pum gofalwr a thri aelod o staff.

Grŵp Crefftau Ysbyty Singleton

(8 Mai 2014, Ysbyty Singleton, Abertawe)

Roedd y grŵp yn cynnwys pedwar cyfranogwr benywaidd, dwy ohonynt â chanser y fron, un ohonynt â chanser yr ysgyfaint a chanser eilaidd y fron ac un ohonynt â chanser ceg y groth HPV.

Grŵp Cymorth Canser y Fron Gogledd Caerffili

(12 Mai 2014, Canolfan Wybodaeth ac Adnoddau White Rose, Tredegar Newydd)

Roedd y grŵp yn cynnwys saith o gyfranogwyr, pob un ohonynt yn gleifion canser y fron. Roedd tair nyrs/staff cymorth yn bresennol hefyd.

Grŵp Canser Ymddiriedolaeth Bracken

(12 Mai 2014, swyddfeydd Ymddiriedolaeth Bracken yn Llandrindod)

Roedd cyfanswm o ddeg o gyfranogwyr yn bresennol – siaradodd un cyfranogwr ar ran ei bartner sydd â chanser yr ofari, roedd un claf wedi cael canser y fron yn y gorffennol, roedd gan dri chyfranogwr ganser y prostad ac roedd dau gyfranogwr yn bresennol gyda'u partneriaid perthnasol. Roedd gweddill y cyfranogwyr yn gweithio i Ymddiriedolaeth Bracken.



Nodiadau o'r Grwpiau Ffocws

01. A yw cleifion yn cael eu cefnogi'n ddigonol ac yn cael gofal sy'n canolbwyntio ar y person (hynny yw, mynediad at Weithiwr Allweddol a chynllun gofal ysgrifenedig, mynediad at wybodaeth ddigonol a chael gofal yn y ffordd fwyaf priodol ar gyfer pob claf)?

A gawsoch Weithiwr Allweddol Penodol neu Nyrs Glinigol Arbenigol?



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Fforwm Cleifion Canser Gogledd Cymru

Nid oedd rhai cyfranogwyr yn gyfarwydd â'r term 'Gweithiwr Allweddol', ac nid oeddent yn gwybod beth y mae'n ei olygu. Nid oedd cyfranogwyr yn deall ai'r gweithiwr clinigol oedd eu Gweithiwr Allweddol, ac roeddent yn teimlo bod terminoleg wahanol yn cael ei defnyddio gan wahanol ysbytai, sefydliadau a chleifion.

Dywedodd un cyfranogwr, a gafodd diagnosis o ganser y prostad yn 2006–07, ei fod wedi cael Gweithiwr Allweddol a oedd yn gefnogol iawn i ddechrau yn ystod yr ychydig fisoedd cyntaf ar ôl diagnosis, ond, wrth i amser fynd heibio, daeth y Gweithiwr Allweddol yn fwyfwy anodd cael gafael arno. Roedd wedi cael diagnosis o ganser eto yn 2010 ac nid oedd wedi cael gweithiwr clinigol/allweddol cychwynnol.

Dywedodd gofalwr, yr oedd ei gŵr yn glaf canser a oedd yn cael triniaeth ar draws y ffin mewn dau ysbyty, fod gan y claf oedd Weithiwr Allweddol, ond bod pethau'n cael eu colli rhwng ysbytai ar brydiau, ac nid oedd y Gweithiwr Allweddol bob amser yn ymwybodol o driniaeth ac anghenion y claf. Fodd bynnag, pwysleisiodd y gofalwr fod rhywun ar gael i siarad â nhw ar bob adeg, a bod yr oncolegydd wedi rhoi ei fanylion cyswllt personol iddynt.

Cytunodd yr holl gyfranogwyr fod cael pwynt cyswllt, boed wedi'i nodi'n Weithiwr Allweddol neu beidio, yn bwysig iawn.

'NETs Natter'

Argaeledd Gweithwyr Allweddol

O'r deunaw o gleifion, roedd naw wedi cael diagnosis o ganser niwroendocrin ar ôl 2012. Nid oedd un o'r cleifion wedi cael Gweithiwr Allweddol ar unrhyw adeg yn ystod ei ofal, er bod un claf wedi cael Nyrs Glinigol Arbenigol yn ystod ei driniaeth yn Lerpwl.

Argaeledd Arbenigwyr Nyrsio Clinigol ac anhawster wrth wneud diagnosis o ganser niwroendocrin

Amlygodd y grŵp nad oes, ar hyn o bryd, unrhyw Arbenigwyr Nyrsio Clinigol niwroendocrin yng Nghymru. Roedd cyfran sylweddol o'r grŵp yn teimlo, er bod symptomau canser niwroendocrin yn debyg i'r mathau eraill o ganser sy'n ymosod ar yr afu a'r coluddyn, fod llawer o nyrsys a chlinigwyr (yn enwedig Ymarferwyr Cyffredinol) yn cael anhawster wrth wneud diagnosis.



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Grŵp Crefftau Ysbyty Singleton

Argaeledd Gweithwyr Allweddol

Roedd tri o'r pedwar claf wedi cael 'Gweithiwr Allweddol' neu Nyrs Glinigol Arbenigol ddynodedig. Roedd rhywfaint o ddryswch ynghylch rôl 'Gweithiwr Allweddol' ac ystyr y term. Roedd y cleifion yn teimlo bod llawer o bobl wedi cyfrannu at eu profiad 'gofal', gan nodi bod lefel y gofal y maent wedi'i gael yn Ysbyty Singleton yn ardderchog. Disgrifiodd un claf ei brofiad personol o'r gofal a ddarperir mewn manau eraill, lle'r oedd wedi teimlo ei bod yn cael ei heidio o'r naill le i'r llall yn ystod ei thriniaeth cemotherapi. Unwaith iddi gyrraedd Singleton, dywedodd bod y staff wedi gwneud iddi deimlo'n bwysig ac fel person unwaith eto.

Grŵp Cymorth Canser y Fron Gogledd Caerffili

Diffyg gofal sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn

Roedd rhai cleifion yn teimlo nad oeddent wedi cael gofal yn canolbwyntio ar yr unigolyn hyd nes iddynt ymuno â Grŵp Cymorth Canser Macmillan Gogledd Caerffili. Nododd cleifion eraill eu bod wedi cael gofal rhagorol yn canolbwyntio ar yr unigolyn ac wedi cael cyswllt uniongyrchol â nyrs cancer Macmillan cyn gynted ag y cawsant ddiagnosis yn yr ysbyty.

Argaeledd Gweithwyr Allweddol

Roedd dau o'r cleifion wedi cael diagnosis o ganser cyn i'r Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser gael ei weithredu yn 2012. Cafodd y pump arall ddiagnosis ar ôl 2012. Cadarnhaodd dau glaf eu bod wedi cael Gweithiwr Allweddol penodol; roedd gweddill y grŵp wedi cael Nyrs Arbenigol Clinigol wedi'i dyrannu iddynt. Roedd un claf wedi llwyddo i newid Gweithiwr Allweddol oherwydd ei bod yn teimlo bod ei Gweithiwr Allweddol cyntaf yn wael o ran darparu cymorth ac adborth o ran ei thriniaeth, ac nid oedd ganddynt unrhyw ddiddordeb ynddi. Roedd y newid wedi bod yn syml, ac roedd yn hapus iawn gyda'i Gweithiwr Allweddol newydd. Disgrifiodd ail gyfranogwr y diffyg gofal a gafwyd ganddi pan ddyrannwyd aelod newydd o staff iddi pan aeth ei Nyrs Glinigol Arbenigol ar gyfnod mamolaeth.

Safonau Ymddygiad

Cytunodd y cleifion i gyd na ddylai fod unrhyw anghysondeb yn safon y gofal a geir gan wahanol bobl.



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Ymddiriedolaeth Bracken

Argaeledd Gweithwyr Allweddol a Nyrs Glinigol Arbenigwyr

Cafodd dau o'r cleifion ddiagnosis o ganser cyn 2012, ac roedd pedwar o'r cleifion wedi cael diagnosis yn ystod neu ar ôl 2012. Roedd tri o'r cleifion wedi cael Gweithiwr Allweddol, a dyrannwyd Nyrs Arbenigol Clinigol i un arall. Nododd y grŵp fod cael Gweithiwr Allweddol neu Nyrs Glinigol Arbenigol wedi gwella profiad y claf o driniaeth, gan roi sicrwydd iddynt fod ganddynt bwynt cyswllt y gallent ei ddefnyddio ar unrhyw adeg yn ystod eu triniaeth ac ôl-ofal. Roedd rhai cleifion wedi cael profiad gwael o ofal a chefnogaeth gan eu Nyrs Ardal, tra bod dau arall wedi cael lefel uchel o ofal a chymorth.

A gawsoch gyfle i drafod eich anghenion gofal ac a roddwyd cynllun gofal ysgrifenedig ichi? Os felly, beth oedd y buddion?



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Fforwm Cleifion Canser Gogledd Cymru

Diffyg ymwybyddiaeth ynghylch cynlluniau gofal ysgrifenedig

Roedd y mwyafrif o'r grŵp wedi cael triniaeth naill ai'n gyfan gwbl neu'n rhannol cyn i'r Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser gael ei weithredu yn 2012. Roedd un cyfranogwr wedi cael triniaeth ers 2012 ac wedi cael cynllun gofal ysgrifenedig.

Cytunodd y grŵp fod yna lawer o jargon a therminoleg aneglur. Ni roddwyd gwybodaeth i gyfranogwyr am bwrpas cynllun gofal ysgrifenedig.

Cyfeiriodd un cyfranogwr at Arolwg Profiadau Cleifion Canser Cymru, a dywedodd bod yr arolwg hwn wedi nodi mai dim ond 24% o gleifion Bwrdd Iechyd Betsi Cadwaladr oedd wedi cael cynllun gofal ysgrifenedig. Roedd y grŵp yn credu bod y ffigurau hyn yn awgrymu bod ymwybyddiaeth ynghylch cynlluniau gofal ysgrifenedig yn wael.

'NETs Natter'

Argaeledd cynlluniau gofal ysgrifenedig

Roedd un claf y dyrannwyd Nyrs Glinigol Arbenigol niwroendocrin iddi wedi cael cyfle i drafod ei hanghenion, yn ogystal â chael cynllun gofal ysgrifenedig.

Diffyg cyfleoedd i drafod anghenion gofal/clinigol

Nid oedd gweddill y cleifion wedi cael unrhyw apwyntiadau i drafod eu hanghenion clinigol. Nododd y cleifion hyn gyfraddau uchel o ganslo apwyntiadau, a arweiniodd at oedi o 4 i 6 mis cyn trafod eu hanghenion gofal yn y dyfodol. Oherwydd natur canser niwroendocrin, nododd ei bod yn anodd rhagweld anghenion gofal claf yn y dyfodol nes iddo/iddi gyrraedd pwynt penodol yn y driniaeth.

Grŵp Crefftau Ysbyty Singleton

Diffyg ymwybyddiaeth ynghylch cynlluniau gofal ysgrifenedig

Roedd un claf wedi gofyn am gynllun gofal ysgrifenedig ond cafodd ei wrthod. Nid oedd y cleifion eraill wedi cael cynlluniau gofal ysgrifenedig. Fodd bynnag, roedd y cleifion i gyd yn cytuno bod eu hanghenion gofal ac anghenion clinigol yn cael eu trafod yn aml mewn apwyntiadau. Roedd apwyntiadau'n amrywio o fod yn cael eu cynnal bob mis i bob yn ail fis, a chytunodd y cleifion i gyd fod ganddynt fynediad agored at eu nyrsys neu glinigwyr dynodedig i drafod unrhyw faterion wrth iddynt godi.



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Grŵp Cymorth Canser y Fron Gogledd Caerffili

Argaeledd cynlluniau gofal ysgrifenedig

Roedd tri o'r saith o gleifion wedi cael cynllun gofal ysgrifenedig, a chanfuant ei fod yn ffordd wych o drafod eu hanghenion gofal, yn ogystal â chael dealltwriaeth ehangach o'u clefyd.

Ymddiriedolaeth Bracken

Argaeledd cynlluniau gofal ysgrifenedig

Dim ond un claf oedd wedi cael cynllun gofal ysgrifenedig.

Gwahaniaethau mewn gwybodaeth rhwng Cymru a Lloegr

Dywedodd un claf a oedd â salwch angheuol ei fod wedi cael anhawster yn deall y gwahaniaeth rhwng gwasanaethau a ddarperir drwy'r GIG yng Nghymru a Lloegr. Roedd y grŵp yn credu y dylai mwy o wybodaeth am anghenion gofal gael ei darparu, yn enwedig lle mae gwahaniaethau yn y modd y rhoddir canllawiau'r Sefydliad Cenedlaethol dros Iechyd a Rhagoriaeth Glinigol ar waith rhwng y GIG yng Nghymru a'r GIG yn Lloegr, ac y gallai hyn arbed cleifion rhag teimlo'n siomedig o ran deall pam yr oeddent/pam nad oeddent yn gallu cael rhai triniaethau canser.

A gawsoch wybodaeth ddigonol am eich canser a'r effaith y gallai ei gael ar eich iechyd, bywyd cartref, gwaith, cyllid ac yn y blaen, neu a gawsoch eich cyfeirio at y wybodaeth hon? A oedd y wybodaeth honno'n hygyrch ac yn hawdd ei deall?



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Fforwm Cleifion Canser Gogledd Cymru

Mynediad da at wybodaeth

Yn gyffredinol, roedd aelodau'r grŵp yn teimlo eu bod wedi cael digon o wybodaeth am eu cancer.

Dywedodd un cyfranogwr, a oedd wedi cael diagnosis o ganser y coluddyn a chanser y prostad, fod gwybodaeth ddigonol ar gael am ganser y coluddyn ond llai o wybodaeth ar gael am ganser y prostad. Dywedodd un cyfranogwr ei bod wedi cael llawer o wybodaeth am ganser ei gŵr a'r driniaeth y byddai'n ei chael, ond na chawsant wybodaeth am faterion ariannol.

Cyfeirio gwael

Nododd un cyfranogwr sy'n ymwneud â chefnogi pobl yn y gymuned fod pobl yn ei chael yn anodd cael y wybodaeth sydd ei hangen arnynt oherwydd diffyg cyfeirio. Nodwyd bod y Ganolfan Macmillan yn Ysbyty Glan Clwyd wedi canfod nifer enfawr o bobl sydd am gael gwybodaeth am wahanol agweddau ar eu triniaeth gan nad ydynt wedi cael eu cyfeirio at y wybodaeth hon yn y lle cyntaf gan y GIG.

Roedd y grŵp yn teimlo bod y rhan fwyaf o bobl yn cael digon o wybodaeth am eu cancer a thriniaeth ond dim digon o wybodaeth am faterion ariannol.

'NETs Natter'

Gwybodaeth wael a chyfeirio gwael

Heb gyfle i drafod eu hanghenion gofal a diffyg cynlluniau gofal ysgrifenedig, ychydig iawn o wybodaeth, os o gwbl, oedd y cleifion wedi'i chael i'w helpu i ddeall eu cyflwr. Bu nifer o gyfranogwyr yn disgrifio sut yr oeddent wedi ceisio cael gwell dealltwriaeth o ganser (fel cleifion a gofalwyr) yr oeddent yn ystyried yn frawychus. Roedd y wybodaeth a gasglwyd o'r cyfnod hwn o fyfyrddod yn aml yn anghyson ac yn anodd ei deall. O ran dygymod ag effaith cancer niwroendocrin, nododd cleifion, gofalwyr a nyrsys eu bod yn dysgu trwy brofiad, sef y 'ffordd galed'.

Dywedodd un o'r nyrsys a oedd yn bresennol yn y drafodaeth nad oedd digon o Weithwyr Allweddol/Nyrsys Clinigol Arbenigol gyda'r wybodaeth a'r ddealltwriaeth angenrheidiol o ganser niwroendocrin i allu rhoi digon o wybodaeth a chefnogaeth i gleifion.

Grŵp Crefftau Ysbyty Singleton



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Mynediad da at wybodaeth

Roedd consensws cyffredinol fod cleifion yn cael eu cyfeirio at wybodaeth ddigonol am eu canser, neu fod y wybodaeth hon yn cael ei rhoi iddynt. Roedd un claf wedi cael camddiagnosis ers peth amser, ac roedd yn ei chael yn anodd cael rhagor o wybodaeth. Er nad oedd hyn wedi bod yn broblem sylweddol iddi, roedd yn teimlo y gallai fod yn broblem i fenywod eraill oherwydd natur a phrinder ei chanser. Cytunodd y cleifion hefyd fod y rhan fwyaf o'r wybodaeth hon yn cael ei darparu drwy elusennau (fel Cymorth Canser Macmillan) yn hytrach na'r GIG.

Grŵp Cymorth Canser y Fron Gogledd Caerffili

Cyfeirio da

Cafodd tri o'r cleifion y rhoddwyd cynllun gofal ysgrifenedig iddynt wybodaeth ddigonol am eu canser, ac fe'u cyfeiriwyd at y wybodaeth hon hefyd.

Anghysondebau o ran gwybodaeth a chyfeirio

Roedd y cleifion eraill wedi gorfod dod o hyd i'r wybodaeth hon yn annibynnol drwy gasglu taflenni a llyfrynnau ar ôl eu triniaeth. Roedd diffyg penodol o ran gwybodaeth am effaith canser ar iechyd, bywyd y cartref, gwaith a chyllid y cleifion yn y dyfodol. Cytunodd y cleifion y gall yr iaith a ddefnyddir i egluro eu cyflwr wedi cael diagnosis fod yn rhy dechnegol. Roedd rhai wedi cwrdd â nyrs Macmillan yn syth ar ôl i'w oncolegydd drafod y diagnosis â nhw, a chytunodd y cleifion y dylai hyn fod yn rhan orfodol o ofal pawb. Er bod rhai o'r taflenni gwybodaeth yn hawdd i'w deall, roeddent hefyd yn dadlau ei bod hi weithiau'n anodd cael y wybodaeth hon ar eu pennau eu hun, gan nodi bod cefnogaeth a dealltwriaeth yn allweddol.

Ymddiriedolaeth Bracken

Cyfeirio da

Roedd y cleifion wedi cael yr holl lyfrynnau ar eu canser, ac roedd rhai wedi cael eu cyfeirio at wybodaeth arall. Roedd cleifion yn teimlo bod yr Ymddiriedolaeth Bracken yn gwneud y gwaith cyfeirio hwn yn well na'r GIG. Esboniodd un claf fod mwy o wybodaeth ar gael yn awr nag yn 2004 pan oedd wedi cael diagnosis. Dywedodd cyfranogwr arall y dylid rhoi rhagor o wybodaeth i gleifion am atal canser ar ôl gwellhad (er enghraifft, drwy ddilyn y deiet cywir) er ei fod yn gwerthfawrogi bod rhai mathau o ganser yn codi eto heb achos. Awgrymodd un claf canser y fron y dylai rhagor o wybodaeth am ddeiet a'r risg o golli pwysau



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

gael ei rhoi i bobl sy'n cael cemotherapi.

A gafodd eich teulu y wybodaeth angenrheidiol i'w helpu i ofalu amdanoch gartref?



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Fforwm Cleifion Canser Gogledd Cymru

Diffyg gwybodaeth i deuluoedd

Yn gyffredinol, roedd y grŵp yn teimlo nad oes llawer o wybodaeth ar gael am yr hyn y dylai'r gofalwr ei wneud unwaith i'r claf fynd adref ar ôl i'r driniaeth ddod i ben. Mae hyn yn cynnwys gwybodaeth am holl gamau canser, o driniaeth hyd at ofal lliniarol.

Dywedodd un cyfranogwr fod diffyg gofal seicolegol i gleifion a gofalwyr.

Diffyg cefnogaeth i'r rhai heb deuluoedd

Nododd un cyfranogwr fod angen osgoi tybio bod gan bawb deulu o'u hamgylch i'w cefnogi, a gofynnodd o ble y gall bobl gael cymorth os nad oes ganddynt deulu.

'NETs Natter'

Diffyg gwybodaeth i deuluoedd

Dywedodd nifer o gleifion fod rhai aelodau o'u teuluoedd yn mynd i apwyntiadau gyda nhw, ond ni roddwyd unrhyw wybodaeth benodol i'w helpu i ddeall anghenion gofal parhaus. Cytunodd y cyfranogwyr y dylid rhoi rhagor o wybodaeth i aelodau o'r teulu, yn enwedig oherwydd nid cleifion yw'r unig bobl sy'n gorfod 'byw gyda'r canser'.

Grŵp Crefftau Ysbyty Singleton

Diffyg gwybodaeth i deuluoedd

Er bod teuluoedd/perthnasau agosaf y cleifion yn bresennol yn eu holl apwyntiadau, ni roddwyd cymorth unigol neu wybodaeth am sut i helpu i ofalu am gleifion yn y cartref i'r un ohonynt. Rhannodd un o Arbenigwyr Nyrsio Clinigol claf a oedd yn bresennol ei manylion cyswllt â'i theulu a phwysleisiodd y gallent gysylltu â hi ar unrhyw adeg os byddai angen iddynt wneud hynny.

Grŵp Cymorth Canser y Fron Gogledd Caerffili

Diffyg gwybodaeth i deuluoedd

Dywedodd y cleifion nad oedd yr un o'u teuluoedd wedi cael y wybodaeth yr oedd ei hangen arnynt i helpu i ofalu amdanynt yn y cartref.

Ymddiriedolaeth Bracken



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Diffyg gwybodaeth i deuluoedd

Dywedodd y cleifion y dylai gofalwyr gael cynllun gofal hefyd, yn ogystal â'r claf, gan nodi bod diffyg cefnogaeth i deuluoedd drwyddi draw (o ran gofal iechyd) i'w helpu i ddygymod â salwch aelod o'r teulu. Roedd un cyfranogwr wedi cael cyngor ar gymorth ariannol yn ystod triniaeth ei bartner, ond dywedodd nad oedd angen y cyngor hwn arnynt.

Os oes unrhyw sgil-ffeithiau hirdymor yn deillio o'ch triniaeth canser, a ydych wedi cael y wybodaeth a'r gefnogaeth angenrheidiol ar eu cyfer?



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Fforwm Cleifion Canser Gogledd Cymru

Diffyg gwybodaeth a chefnogaeth o ran sgil-ffeithiau hir-dymor

Roedd un cyfranogwr yn teimlo'n eithaf cryf nad yw pobl yn cael y wybodaeth sydd ei hangen arnynt am sgil-ffeithiau posibl cancer a'i driniaeth.

Nodwyd bod llawer o bobl yn cael trafferthion yn dilyn triniaeth fel cemotherapi ac ychydig iawn o wybodaeth sydd ar gael i fynd i'r afael â'r problemau hyn. Roedd y grŵp yn teimlo nad oedd y camau dilynol ar ôl radiotherapi yn ddigon da; mae un cyfranogwr yn dal yn dioddef o sgil-ffeithiau difrifol ar ôl triniaeth radiotherapi ac ni chafodd unrhyw wybodaeth am hyn.

Sgil-ffeithiau diffyg gwybodaeth

Mynegodd y grŵp bryderon efallai na fydd ymarferwyr iechyd yn dysgu am sgil-ffeithiau posibl cancer a'i driniaeth os nad yw cynnydd pobl yn cael ei ddilyn ar ôl eu triniaeth. Roedd y grŵp hefyd yn aneglur o ran sut y caiff y gwersi a ddysgir oddi wrth eu profiadau eu cadw a'u defnyddio i helpu i drin cleifion eraill a gofalu amdanynt.

'NETs Natter'

Diffyg gwybodaeth a chefnogaeth o ran sgil-ffeithiau hir-dymor

Cymharwyd byw gyda chanser niwroendocrin gyda dioddef o ddiabetes – nodwyd pwysigrwydd cydbwysu'r agwedd glinigol ar y canser (fel triniaeth) gyda rheoli'r clefyd (byw gyda'r canser, cymryd meddyginiaeth a sgil-ffeithiau dyddiol). Dywedodd y cleifion eu bod yn gwbl amharod i ddygymod ag effaith seicolegol y canser, gan nodi bod llawer o'r symptomau yn peri digalondid i gleifion ac yn eu hatal rhag gadael eu cartrefi neu wneud trefniadau teithio.

Grŵp Crefftau Ysbyty Singleton

Gwybodaeth am sgil-ffeithiau hir-dymor

Eglurodd tri o'r pedwar claf eu bod wedi cael y wybodaeth a'r cymorth angenrheidiol o ran effeithiau hir-dymor eu triniaeth cancer.

Dywedodd y claf arall nad oedd gan ei nyrs ardal y wybodaeth angenrheidiol i wybod sut i'w thrin yn y gymuned a rhoi'r un lefel o gefnogaeth iddi a ddarperir yn yr ysbyty. Dywedodd bod hyfforddiant i gefnogi ei thriniaeth HPV wedi cael ei gynnig i'w nyrs ardal, ond ei bod hi'n aml yn teimlo ei bod yn cefnogi a chydgyssylltu ei gofal ei hun.



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Roedd un claf yn teimlo ei bod yn gwbl amharod ar gyfer effeithiau seicolegol ac ymarferol ei thriniaeth canser, ac yn teimlo y gallai fod wedi cael mwy o gefnogaeth o ran gorfod rhoi'r gorau i'w gyrfa a goblygiadau ariannol hynny.

Grŵp Cymorth Canser y Fron Gogledd Caerffili

Gwybodaeth ddigonol am sgil-ffeithiau hir-dymor

Yn gyffredinol, cytunodd y cleifion eu bod wedi cael y wybodaeth a'r cymorth angenrheidiol o ran y sgil-ffeithiau hir-dymor, ac roeddent yn teimlo bod y pethau hyn yn cael eu darparu mewn modd sy'n fwy na digonol gan Grŵp Cymorth Canser Macmillan.

Ymddiriedolaeth Bracken

Diffyg gwybodaeth am sgil-ffeithiau hir-dymor

Cytunodd y cleifion nad oeddynt wedi cael y wybodaeth angenrheidiol am effeithiau hir-dymor canser a'i driniaeth.

Gwybodaeth am effaith ariannol canser

Roedd llawer yn credu y dylai cleifion allu hawlio costau teithio yn ôl ac ymlaen i ysbytai y tu allan i'w hardaloedd bwrdd iechyd lleol. Hefyd, nodwyd bod angen mwy o gefnogaeth i gleifion i wella eu dealltwriaeth o sut y gallant ddod o hyd i gyllid ar gyfer cyfarpar prosthetig a wigiau.



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

02. Pa gamau sydd angen eu cymryd i sicrhau bod canser yn cael ei ganfod yn gyflym (er enghraifft, cynyddu'r defnydd o wasanaethau sgrinio canser, cael gwell mynediad uniongyrchol at ddiagnosis ar gyfer meddygon teulu a gwella'r broses o gyfeiriadau gan feddygon teulu o ran amserau aros)?

Pa gamau sydd angen eu cymryd i sicrhau y gellir dod o hyd i ganser yn gyflym?



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Fforwm Cleifion Canser Gogledd Cymru

Diffyg arbenigwyr

Nododd un cyfranogwr brinder arbenigwyr mewn rhai mathau o ganser ledled Gogledd Cymru, er enghraifft ar gyfer canser y croen, y mae apwyntiadau clinig gyda nhw wedi'u gohirio fwy nag unwaith, weithiau ar fyr rybudd. Roedd y cyfranogwr hwn hefyd yn teimlo bod anghysondeb rhwng gwasanaethau yng ngogledd a de Cymru, ac nad yw prinder yn y gogledd yn cael sylw mewn modd amserol.

Oedi a chamddiagnosis

Nododd un cyfranogwr, unwaith y bydd rhywun yn cael symptomau canser, maent yn cael rhyw driniaeth neu feddyginiaeth ac mae'r meddyg teulu yn dweud wrthynt i ddychwelyd ymhen mis os nad yw'r symptomau'n well. Roedd yn credu y gallai oedi fel hyn gael sgil-ffeithiau ar atgyfeiriadau ymhellach, gan gynnwys aros am sganiau CT neu sgrinio perthnasol. Roedd rhai cyfranogwyr wedi aros mor hir â 3 mis rhwng cyflwyno eu symptomau a chael mynediad at sgrinio canser.

Barnwyd fod y mynediad sydd gan feddygon teulu at wasanaethau sgrinio yn annigonol.

Materion yn ymwneud â chanserau penodol o ran rhyw

Dyweddodd un cyfranogwr a oedd wedi cael diagnosis o ganser y prostad ac yna canser y coluddyn nad oes llawer yn cael ei wneud i hybu iechyd dynion a'r gwasanaethau sgrinio sydd ar gael i ddynion ar gyfer pethau fel canser y prostad.

'NETs Natter'

Oedi a chamddiagnosis

Roedd y cyfranogwyr yn teimlo'n gryf y dylai meddygon teulu fod yn fwy ymwybodol o symptomau canser niwroendocrin a bod yn fwy parod i gyfeirio cleifion i gael sganiau. Dywedodd un cyfranogwr bod saith mlynedd wedi mynd heibio ar ôl ei hymweliad cyntaf â'i meddygfa leol cyn cael diagnosis terfynol. Dywedodd cyfranogwyr oherwydd nad yw canser niwroendocrin yn rhan o faes oncoleg, nid yw clinigwyr yn ymwybodol bod angen iddynt edrych amdano. Dadleuwyd y byddai defnydd rheolaidd o brofi wrin yn ddull mwy cost-ffeithiol o ganfod canser niwroendocrin.



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Grŵp Crefftau Ysbyty Singleton

Diagnosis a chanfod cyflym

Roedd y cleifion i gyd yn teimlo bod canfod cyflwr yn gyflym yn allweddol ar gyfer diagnosis.

Oedi a chamddiagnosis

Roedd dau o'r cleifion wedi cael chamddiagnosis am gyfnod sylweddol o amser (hyd at flwyddyn) a oedd wedi arwain at eu canserau'n cael eu categorio'n ganserau T41. Awgrymodd un o'r cleifion y dylai unigolion gael y cyfle i ethol a thalu am sgan, a chael eu had-dalu os oes unrhyw beth yn cael ei ganfod.

Dywedodd claf arall fod ymdrin ag atgyfeiriadau mewn modd amserol yn bwysig iawn. Nododd bod ei meddyg teulu wedi ei chyfeirio at apwyntiad brys yng nghlinig y fron, ond ei bod wedi dewis cael sgan preifat i dawelu ei meddwl. Cafodd y sgan hwn o fewn deuddydd, ond nid oedd y llythyr am ei hapwyntiad brys wedi cyrraedd tan 6 wythnos yn ddiweddarach. Teimlai y gellid gwneud mwy i annog atgyfeiriadau amserol gan feddygon teulu i gael profion diagnostig.

Teimlai un claf y dylai mwy o feddygon teulu gael eu dyrannu. Eglurodd bod y rhan fwyaf o'i meddygon teulu yn staff locwm ac nad oedd wedi gweld yr un meddyg ddwywaith ar unrhyw adeg cyn diagnosis. Teimlai y gallai hyn fod wedi cyfrannu at yr amser a gymerwyd i wneud diagnosis.

Materion yn ymwneud â chanserau penodol o ran rhyw

Fel unigolion sydd wedi cael diagnosis o ganser penodol o ran rhyw, eglurodd y cleifion fod clinigwyr gwrywaidd dim ond yn gwneud apwyntiadau gyda nhw pan fo nyrs benywaidd yn gallu bod yn bresennol yn yr ystafell hefyd. Awgrymwyd y gallai hyn gyfrannu at yr oedi cyn diagnosis/triniaeth. Dywedodd y cleifion i gyd y byddent wedi bod yn fodlon cwrdd â'u clinigwyr heb fod nyrs benywaidd yn bresennol.

Grŵp Cymorth Canser y Fron Gogledd Caerffili

Oedi a chamddiagnosis

¹Mae gan y rhan fwyaf o ganserau system i rifo'r cymalau o 1 i 4. Lle mae'r canser wedi lledaenu o ble y dechreuodd i un o organau eraill y corff, nodir fod y canser yn ganser categori pedwar. Gelwir hyn hefyd yn ganser eilaidd neu ganser metastatig.



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Cytunodd y cleifion i gyd y dylai'r terfyn oedran isaf ar gyfer sgrinio mamogram gael ei ostwng. Roedd un claf wedi cael diagnosis yn 40 oed, sef degawd cyn ei phrawf cyntaf yn arferol. Cafodd diagnosis o ffurf ymosodol o ganser y fron T3 a fyddai, heb ei ganfod, wedi ei lladd o fewn 18 mis. ²

Codi ymwybyddiaeth

Cytunodd y cleifion y dylid gwneud mwy i godi ymwybyddiaeth ynghylch y ffaith fod cancer yn salwch sy'n bygwth bywyd, yn hytrach na salwch sy'n deillio o ysmegu neu ffordd o fyw afiach, er enghraifft. Mae rhai mathau o ganser yn datblygu heb symptomau ac yn aml heb reswm. O ganlyniad i hyn, roeddent yn teimlo y dylai pobl ifanc ddysgu sut i chwilio am lymphiau ar y corff.

Ymddiriedolaeth Bracken

Codi ymwybyddiaeth

Cytunodd y cleifion y dylid gwneud mwy i godi ymwybyddiaeth ynghylch cancer yn gynharach, ac y dylid rhoi sylw penodol i amseroedd atgyfeirio gan feddygon teulu a faint o amser y mae'n gymryd i ganfod cancer.

A wnaethoch/a ydych yn mynychu gwasanaethau sgrinio cancer cyson?

Nododd cyfranogwyr yn yr holl grwpiau eu bod wedi cymryd rhan mewn profion sgrinio a'u bod yn parhau i wneud hynny, ond dylai gwasanaethau sgrinio fod ar gael yn gynharach.

Ar ben hynny, nododd Grŵp Canser y Fron Gogledd Caerffili y dylid gwneud rhagor o ymdrech i godi ymwybyddiaeth i sicrhau bod cleifion sy'n cael triniaeth yn parhau i gael eu sgrinio er mwyn sicrhau bod cancer yn cael ei atal rhag datblygu mewn rhannau eraill o'r corff.

Dywedodd y grŵp NETs Natter fod rhai cleifion wedi aros hyd at 8 mis i sgrinio'r ysgyfaint a'r galon.

Nododd cyfranogwyr o Ymddiriedolaeth Bracken yr angen i dynnu sylw at y ffaith y gall dynion sy'n dioddef o ganser penodol o ran rhyw ofyn am brawf antigen penodol i'r prostad gan y meddyg teulu unrhyw bryd, beth bynnag eu hoedran.

²Yn aml, nodir fod y cancer yn un categori tri pan fo'r cancer yn fwy. Bydd y cancer, o bosibl, wedi dechrau ymledu i feinweoedd cyfagos ac mae celloedd cancer yn y nodau lymff yn y rhan hon o'r corff.



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Beth y gellir ei wneud i annog rhagor o bobl i ddefnyddio gwasanaethau sgrinio cancer?



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Fforwm Cleifion Canser Gogledd Cymru

Codi ymwybyddiaeth

Dywedodd un cyfranogwr fod angen i bobl gymryd mwy o gyfrifoldeb personol dros eu hiechyd.

Roedd y grŵp yn teimlo bod rhagor yn cael ei wneud yn awr i wneud pobl yn ymwybodol o wasanaethau sgrinio cancer ond nad yw hyn yn ddigon o hyd. Roeddent yn teimlo bod angen i ni siarad â phlant mewn ysgolion am ganser ac mae angen i ni siarad â nhw mewn ffordd sy'n naturiol iddynt. Mae angen iddynt gael eu haddysgu am y wybodaeth sydd ar gael a ble y gallant ddod o hyd iddi. Roedd y grŵp yn teimlo bod angen dangos rhywbeth i blant a fydd yn eu gorfodi i ymateb.

'NETs Natter'

Codi ymwybyddiaeth a dealltwriaeth o ganser niwroendocrin drwyddi draw

Nid oes unrhyw wasanaethau sgrinio ar gyfer cancer niwroendocrin, a dywedodd y cyfranogwyr fod angen cael gwell dealltwriaeth ac ymwybyddiaeth o'r cyflwr a'r symptomau ar bob lefel o ofal iechyd.

Grŵp Crefftau Ysbyty Singleton

Codi ymwybyddiaeth

Pwysleisiodd rhai o'r cleifion bwysigrwydd chwalu'r rhwystr o 'embaras a chysur' i fanteisio ar wasanaethau sgrinio cancer. Dywedodd un claf y dylai unrhyw fenyw sy'n cael rhyw gael prawf ceg y groth, er mwyn imiwneiddio yn erbyn cancer HPV a firysau. Nodwyd fod pobl ifanc y tu allan i'r DU yn cael eu haddysgu i chwilio am lymphiau yn y fron a'r ceilliau; dadleuodd y cleifion i gyd y dylai hyn ddigwydd yn ein hysgolion uwchradd ni, hefyd. Nodwyd y dylai'r broses hon o ddysgu fod yn un gweledol, gan ddangos effeithiau cancer. Roeddent yn credu y dylai iechyd personol fod ar frig yr agenda, ynghyd â maeth.

Profion genetig

Cododd un claf y posibilrwydd o gyflwyno mwy o lwybrau at 'brofion genetig' i ychwanegu at y llwybrau presennol ar gyfer menywod o deuluoedd sydd â hanes hir o ganser y fron.

Grŵp Cymorth Canser y Fron Gogledd Caerffili



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Codi ymwybyddiaeth

I annog mwy o bobl i fanteisio ar wasanaethau sgrinio ar gyfer canser, cytunodd y cleifion y dylid hysbysebu ar y teledu yn ystod oriau brig ac y dylid targedu'r hysbysebion hyn at y cynulleidfaoedd perthnasol.

Ymddiriedolaeth Bracken

Codi ymwybyddiaeth

I gael mwy o bobl i fanteisio ar wasanaethau sgrinio canser, dylid eu hannog ar ffurf ymgyrchoedd iechyd cyhoeddus, yn ogystal â sicrhau bod gwasanaethau ar gael i unigolion sy'n dod o deuluoedd sydd wedi dioddef llawer o achosion o ganser.

Pa mor rhagweithiol oedd eich meddyg teulu wrth asesu ac atgyfeirio eich symptomau, a faint o wybodaeth oedd ganddo amdanynt?



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Fforwm Cleifion Canser Gogledd Cymru

Oedi a chamddiagnosis

Nododd un cyfranogwr ei bod wedi cymryd 10 mis iddo gael diagnosis o ganser y prostad gan fod ei symptomau wedi cael eu trin fel haint i ddechrau.

Cysondeb o ran gwasanaethau meddyg teulu

Roedd y grŵp yn teimlo bod meddygon teulu weithiau yn rhagweithiol. Fodd bynnag, nid yw pawb bob amser yn gweld yr un meddyg teulu, sy'n golygu bod y meddyg teulu yn dibynnu ar wybodaeth wedi'i ffeilio yn hytrach na defnyddio'i wybodaeth bersonol am glaf penodol. Roedd aelodau o'r grŵp yn pryderu y gallai gweld mwy nag un meddyg teulu arwain at gofnodi neu drosglwyddo'r wybodaeth anghywir.

Roedd profiadau cleifion yn amrywio'n sylweddol, ond, yn gyffredinol, roedd y grŵp yn teimlo bod llawer o bethau i'w gwella mewn ymarfer meddygol.

'NETs Natter'

Diffyg ymwybyddiaeth ynghylch canser niwroendocrin/tiwmorau niwroendocrin ar lefel meddyg teulu

Roedd y cleifion i gyd yn teimlo bod diffyg gwybodaeth a dealltwriaeth angenrheidiol ymhlith meddygon teulu o ran canser niwroendocrin i'w galluogi i asesu eu symptomau fel rhai sy'n gyfystyr â'r clefyd. Roedd hyn, yn ei dro, wedi effeithio ar gyfeiriadau. Cafodd y rhan fwyaf o gleifion gamddiagnosis pan oeddent wedi cyflwyno'u symptomau, ac roeddent wedi treulio rhwng chwe mis a saith mlynedd yn cael eu trin am gyflyrau fel Syndrom Coluddyn Lludus.

Grŵp Crefftau Ysbyty Singleton

Oedi cyn cael eu cyfeirio i gael sgan

Yn gyffredinol, roedd y cleifion yn teimlo bod eu meddygon teulu yn rhagweithiol a gwybodus wrth asesu a chyfeirio eu symptomau, ond roedd oedi cyn eu cyfeirio i gael sgan wedi golygu bod canser dau o'r cleifion wedi lledaenu. Roedd un cyfranogwr yn teimlo bod ei meddygfa yn wael iawn yn adnabod ei symptomau, er bod lefel y gofal yr oedd wedi'i gael ers hynny yn ardderchog.

Grŵp Cymorth Canser y Fron Gogledd Caerffili

Meddygon teulu rhagweithiol a gwybodus



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Yn gyffredinol, roedd y cleifion yn teimlo bod eu meddygon teulu yn rhagweithiol a gwybodus wrth asesu a chyfeirio eu symptomau; yr amser rhwng sgrinio a diagnosis ar gyfer un claf oedd tair wythnos. Dywedodd un claf fod y broses hon wedi digwydd 'ychydig yn rhy gyflym' iddi, ac nad oedd wedi cael llawer o amser i ddod i delerau â'r hyn oedd yn digwydd iddi. Ar y llaw arall, dywedodd bod y gefnogaeth a gafodd gan y nyrsys yn rhagorol ac wedi ei helpu i deimlo'n gyfforddus.

Ymddiriedolaeth Bracken

Meddygon teulu rhagweithiol a gwybodus

Cytunodd y cleifion i gyd fod eu meddygon teulu yn rhagweithiol a gwybodus wrth asesu a chyfeirio eu symptomau.

03. Pa welliannau y gellir eu gwneud fel bod cleifion yn cael triniaeth a gofal cyflym ac effeithiol (er enghraifft, mynediad cyflym at driniaeth briodol, gwasanaethau sydd wedi'u cydgysylltu'n dda a mynediad at brofion a gwaith ymchwil clinigol)?

A oes gennych unrhyw brofiad o gael gofal canser ar draws gwahanol ysbytai neu leoliadau sylfaenol, cymunedol, eilaidd neu ofal cymdeithasol? Os felly, beth yw eich barn ar y ffordd y cydlynwyd eich gofal?



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Fforwm Cleifion Canser Gogledd Cymru

Cydgysylltu trawsffiniol gwael

Roedd rhai cyfranogwyr yn y grŵp wedi cael profiad o driniaeth drawsffiniol. Roeddent yn teimlo bod diffyg cydgysylltu rhwng gwahanol ysbytai. Soniodd y cyfranogwyr hyn am yr angen i ddweud wrth nyrsys neu oncolegwyr mewn un ysbyty beth oedd wedi digwydd mewn ysbyty arall oherwydd nad oedd gwaith papur bob amser wedi cael ei rannu rhyngddynt. Roedd teimlad cryf bod cyfathrebu rhwng ysbytai yn ddiffygiol.

Cydgysylltu da ar draws lleoliadau gofal

Roedd un cyfranogwr yn teimlo ei fod wedi cael profiad da o gyfathrebu rhwng ei feddyg teulu a meddyg ymgynghorol mewn ysbyty. Anfonodd ei feddyg ymgynghorol adolygiad o'i gyflwr a'i driniaeth at ei feddyg teulu ac roedd hefyd wedi cael copi personol o'r wybodaeth hon.

'NETs Natter'

Diffyg cydgysylltu

Dywedodd y mwyafrif llethol o gyfranogwyr y dylai gofal canser niwroendocrin gael ei gydgysylltu'n well, oherwydd eu bod yn teimlo eu bod yn gofyn am driniaeth drwy'r amser yn hytrach na chael y gofal hwn. Roeddent yn tynnu sylw at yr angen i gynyddu momentwm triniaeth o'r prawf cyntaf ymlaen, gan ddweud bod oedi rhwng profion a diffyg ymdeimlad o frys gan glinigwyr.

Grŵp Crefftau Ysbyty Singleton

Cydgysylltu da

Cytunodd y cleifion i gyd bod eu gofal wedi cael ei gydgysylltu'n dda ar y cyfan. Fodd bynnag, pwysleisiwyd pwysigrwydd rhannu gwybodaeth a'r angen i wneud popeth yn hygyrch yn electronig i'r holl staff meddygol. Roeddent yn dadlau y dylai clinigwyr o bob adran a lleoliad gofal a gymeradwyir allu cael mynediad at gofnodion meddygol unigolyn.

Diffyg cydgysylltu

Ar ôl cael gofal mewn dau ysbyty gwahanol, dywedodd un claf nad oedd ei gwybodaeth wedi cael ei rhannu'n ddigonol rhyngddynt.

Grŵp Cymorth Canser y Fron Gogledd Caerffili



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Angen cyfathrebu'n well ar draws lleoliadau gofal

Roedd gan y cleifion i gyd brofiad o gael gofal canser ledled rhanbarth de Cymru. Roeddent yn teimlo bod angen blaenoriaethu cyfathrebu er mwyn cydgysylltu gofal yn well. Nodwyd hefyd fod angen i ysbytai a thimau ôl-ofal gyfathrebu'n well gyda'i gilydd. Siaradodd rhai cyfranogwyr am brofiadau lle'r oedd Nyrsys Ardal yn dangos 'diffyg gofal a pharch' wrth ymweld â chleifion, gan fethu â darllen y nodiadau ymlaen llaw ac, ar adegau, gofyn i'r cleifion beth yr oeddent yno i'w wneud.

Ymddiriedolaeth Bracken

Angen cyfathrebu'n well ar draws lleoliadau gofal

Roedd gan y cleifion i gyd brofiad o gael gofal canser ar draws gwahanol ysbytai. Cytunodd y cleifion fod angen i adrannau ac ysbytai gyfathrebu'n well, a phwysleisiwyd yr angen i anfon copiâu o lythyrau at gleifion fel eu bod yn parhau i fod yn rhan o'r drafodaeth am eu gofal.

A gysylltwyd â chi i gymryd rhan mewn prawf clinigol? Os felly, sut brofiad oedd hynny?



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Fforwm Cleifion Canser Gogledd Cymru

Cysylltwyd â llawer o'r cyfranogwyr yn y grŵp mewn perthynas â chymryd rhan mewn prawf clinigol.

Dywedodd un cyfranogwr bod ei phrofiad o brofion clinigol wedi bod yn dda iawn a'i bod yn credu eu bod wedi helpu i achub ei bywyd. Cafodd ei chwaer ddiagnosis o'r un cancer wedi hynny, a defnyddiwyd yr un cyffuriau a oedd yn rhan o'r prawf clinigol yr oedd yn rhan ohono yn nhriniaeth ei chwaer.

'NETs Natter'

Roedd un cyfranogwr wedi cymryd rhan mewn tri phrawf clinigol: dau yn y DU ac un yn yr arfaeth yn yr Almaen. Roedd hi wedi mwynhau cymryd rhan ynddynt ac roedd yn croesawu'r cynnig i gymryd rhan.

Grŵp Crefftau Ysbyty Singleton

Ni chysylltwyd ag unrhyw un o'r cyfranogwyr i gymryd rhan mewn profion clinigol.

Grŵp Cymorth Canser y Fron Gogledd Caerffili

Bu un o'r cleifion yn cymryd rhan mewn prawf clinigol pum mlynedd o hyd a oedd yn cymharu effeithiau Anastrozole a Tamoxifen. Daeth y prawf clinigol hwn i ben y llynedd. Roedd hi wedi mwynhau'r profiad, ac roedd yn teimlo bod ganddi bwynt o gyswllt ardderchog drwy gydol ei thriniaeth.

Ymddiriedolaeth Bracken

Cysylltwyd ag un o'r cleifion i ofyn iddo gymryd rhan mewn prawf clinigol, ond pwysleisiodd ei glinigwr ei hawydd i reoli ei driniaeth yn bersonol. Nododd un cyfranogwr fod profion clinigol mewn gwirionedd dim ond yn cael eu cynnig i bobl yr oedd eu triniaethau blaenorol wedi bod yn aflwyddiannus.

04. Pa welliannau y gellir eu gwneud i sicrhau bod pobl yn ymwybodol o leihau'r perygl o ganser drwy wneud dewisiadau o ran byw'n iach, a'u bod yn cael eu cefnogi yn hynny o beth?



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

A ydych yn credu bod yr ymgyrchoedd cyhoeddus i godi ymwybyddiaeth ynghylch y ffactorau risg ar gyfer canser (er enghraifft, ysmegu, alcohol, gordewdra ac yn y blaen) yn ddigonol? Os na, pam felly, a sut y gellir eu gwella? A wnaethoch ddefnyddio unrhyw un o'r gwasanaethau iechyd cyhoeddus sydd ar gael i hybu ffyrdd iach o fyw (fel gwasanaethau rhoi'r gorau i ysmegu neu alcohol, neu wasanaethau i fynd i'r afael â gordewdra)? Os felly, sut brofiad oedd hynny?



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Fforwm Cleifion Canser Gogledd Cymru

Ar y cyfan, roedd y grŵp yn teimlo mai'r gair allweddol i'w ystyried wrth drafod ymwybyddiaeth y cyhoedd ynghylch ffactorau risg cancer yw cymhelliant. Roeddent yn teimlo bod pobl yn gwrthod cymryd cyfrifoldeb am eu ffordd o fyw. Roeddent yn dadlau y gallai gwneud pobl yn fwy ymwybodol o effeithiau eu penderfyniadau o ran eu ffordd o fyw eu cymell i newid eu penderfyniadau. Fodd bynnag, cafwyd cydnabyddiaeth y gall dod o hyd i ffyrdd i gymell pobl fod yn anodd.

Roedd y grŵp yn teimlo bod addysgu pobl am risgiau cancer o oedran ifanc yn bwysig iawn, ond roedd teimlad ymysg y grŵp bod gormod o ymgyrchoedd cyhoeddus am ffactorau risg o ran cancer. Bu'r grŵp yn cwestiynu a yw pobl yn cymryd unrhyw sylw ohonynt, gan ofyn a oedd negeseuon yn cael eu glastwreiddio yn sgil y nifer fawr o ymgyrchoedd.

Nododd un cyfranogwr bod newid deddfwriaeth yn cael dylanwad o bryd i'w gilydd, er enghraifft y ddeddfwriaeth i wahardd ysmegu mewn tafarnau. Nodwyd nad yw gweld ymgyrchoedd byth a beunydd yn cael yr un effaith. Gofynnodd y grŵp a oedd unrhyw ymchwil wedi ei wneud i weld a yw'r ymgyrchoedd hyn yn gweithio mewn gwirionedd.

Roedd llawer o'r cyfranogwyr yn teimlo nad oedd mentrau presennol yn cael eu defnyddio yn y ffordd orau; er enghraifft, cafodd sesiynau Dechrau'n Deg - Rhaglen Llywodraeth Cymru sydd wedi'i thargedu at y Blynyddoedd Cynnar ar gyfer teuluoedd sydd â phlant o dan 4 oed mewn rhai o ardaloedd mwyaf difreintiedig Cymru - eu nodi fel cyfle i hyrwyddo penderfyniadau ynghylch ffordd o fyw ac i roi cyngor am ganser.

'NETs Natter'

Dadleuodd y grŵp am fwy o ymwybyddiaeth ymhlith Meddygon Teulu o symptomau cancer niwroendocrin. Eglurwyd nad yw cancer niwroendocrin o reidrwydd yn amlygu ei hun o ganlyniad i ddewisiadau ffordd o fyw gwael, ond gall ddeillio o eneteg neu anghydbwysedd hormonaidd. Teimlwyd mai cael nyrsys niwroendocrin arbenigol fyddai'r dewis gorau i gleifion ac y dylai addysgu am y math hwn o ganser fod yn rhan o Ddatblygiad Proffesiynol Parhaus meddygon teulu.

Grŵp Crefftau Ysbyty Singleton

Cytunodd y cleifion yn gryf fod ymgyrchoedd cancer yn annigonol ar gyfer pobl ifanc, ac y dylai profion cancer ddechrau'n gynharach.



Tîm Cyfathrebu'r Cynulliad: Allgymorth

Amlinellodd un claf yr angen i barhau i addysgu menywod am ganser y fron: 'Nid lwmp yn unig yw canser y fron... mae yna ffyrdd eraill o'i ganfod drwy linyddau meinwe... Mae angen ichi wybod am eich corff ei hun, a dylai menywod ifanc gael eu haddysgu i chwilio i ddeall pan fydd rhywbeth o'i le'.

Roedd un claf wedi defnyddio'r cynllun atgyfeirio ymarfer corff, ond nid oedd wedi cael ei ddatblygu digon iddi gymryd mantais ohono. Dywedodd ei bod wedi cael y wybodaeth hon yn y Sioe Adfer o Ganser ac nid drwy'r GIG.

Grŵp Cymorth Canser y Fron Gogledd Caerffili

Roedd y cleifion yn teimlo y dylai mwy o hysbysebion wedi'u targedu o ran rhyw gael eu dangos ar y teledu. Dywedodd rhai cleifion fod gormod o ymgyrchoedd iechyd yn achosi dryswch, yn enwedig o ran beth sy'n iach i'w fwyta. Cafodd y grŵp drafodaeth am y diffyg gwybodaeth sydd ar gael yn gyhoeddus am effaith ychwanegion bwyd a diod. Fel y soniwyd yn flaenorol, dywedodd y grŵp hefyd na ddylai ymgyrchoedd canser ganolbwyntio ar ddeiet iach yn unig, gan fod llawer o ganserau yn datblygu heb achos neu symptomau.

Cafodd dau o'r cleifion fynediad at wasanaethau iechyd cyhoeddus, ond cawsant eu cyfeirio atynt drwy Macmillan yn hytrach na'r GIG. Mae un yn mynd i ddosbarth ffitrwydd sy'n cael ei gyflwyno ar y cyd drwy Macmillan a'r cynllun Cymunedau yn Gyntaf Lleol. Manteisiodd y llall ar atgyfeiriad triniaeth adweitheg drwy Felindre a oedd yn help iddi adennill ei ffocws ar ei lles cyffredinol.

Ymddiriedolaeth Bracken

Cytunodd y cleifion i gyd fod ymgyrchoedd ymwybyddiaeth cyhoeddus am ffactorau risg canser yn annigonol. Nododd y grŵp fod llawer o wybodaeth yn cystadlu, yn enwedig o ran deiet. Teimlai un o'r cyfranogwyr fod negeseuon iechyd cyhoeddus yn aml yn 'siarad lawr â'r cyhoedd, sy'n nawddoglyd... ni ellir disgwyl i bobl gydymffurfio â disgwyliadau uchel o ran ffordd iach o fyw'.

Roedd cyfranogwr a chlaf arall yn teimlo y dylai gwybodaeth gael ei rhannu gyda phlant o bob oed, yn hytrach na chaniatáu iddynt gael eu gwarchod rhag effeithiau canser: 'mae angen cael sgwrs agored am ganser, a allai yn y dyfodol... eu hannog i fanteisio ar sgrinio '.



Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

Ymchwiliad i'r cynnydd hyd yma ar weithredu Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru

Nodyn ar drafodaeth y grŵp ffocws ar 14 Mai 2014

1. Estynnodd y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol wahoddiad i bobl sydd â phrofiadau o wasanaethau canser yng Nghymru i gymryd rhan mewn grwpiau ffocws a drefnwyd mewn partneriaeth â Chymorth Canser Macmillan a Chynghrair Canser Cymru. Bu Aelodau yn cynnal grwpiau ffocws unigol, gan ofyn am farn y cyfranogwyr ar dair prif thema, yn ogystal ag unrhyw bwyntiau eraill yr oeddent yn dymuno eu codi, ac yna fe rannwyd y trafodaethau grŵp mewn sesiwn lawn. Mae'r nodyn hwn yn ymwneud yn bennaf â'r trafodaethau yn y sesiwn lawn, ond mae hefyd yn cynnwys rhai o'r materion a godwyd yn y grwpiau unigol.
2. Roedd amrywiaeth o ran profiadau cleifion mewn gwahanol rannau o Gymru a gyda gwahanol fathau o ganser. Roedd cleifion o'r farn bod y Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser yn swnio'n dda, ond nad oedd yn adlewyrchu eu profiadau.
3. Roedd cleifion o'r farn na ddylent orfod ymladd am y triniaethau neu'r cyffuriau sydd eu hangen arnynt, ond y dylid, yn hytrach, gydnabod fod pob claf yn unigolyn a'u trin yn y ffordd orau ar gyfer eu canser a'u hamgylchiadau penodol.

Thema 1: Beth sydd angen digwydd i sicrhau y gellir dod o hyd i ganser yn gyflym?

Diagnosteg

4. Roedd cleifion wedi cael profiadau cymysg, a mynegwyd pryderon am allu meddygon teulu i ddod o hyd i wahanol fathau o ganser. Mewn nifer o achosion, cafwyd sawl ymweliad â'r meddyg teulu cyn cael

atgyfeiriad priodol. Mynegodd rai cleifion rwystredigaeth a siom ei bod yn frwydr cael eu meddyg teulu i gymryd eu symptomau o ddifrif. I fynd i'r afael â hynny, roeddent o'r farn bod angen i feddygon teulu gael mynediad at yr hyfforddiant cywir – a hynny o'r cychwyn ac yn barhaus – ar gyfer y symptomau a hefyd ar gyfer sut i gyfathrebu â phobl mewn ffordd addas heb roi sicrwydd ffug iddynt.

5. Soniodd rai cleifion am rôl y gwasanaethau gofal sylfaenol eraill gyda diagnosis, er enghraifft, deintyddion a nyrsys.
6. Roedd cleifion o'r farn bod yr amseroedd aros ar gyfer profion diagnostig yn rhy hir, yn enwedig ar gyfer profion arbenigol neu ganser llai cyffredin. Roedd rhwystredigaeth y gallai amser aros hir gyfrannu at y straen ar yr unigolyn, a gallai'r canser hefyd dyfu neu ledu, neu fe allai effeithio ar y cyfnod tâl salwch sydd ar gael i'r unigolyn. Nodwyd hefyd mewn rhai grwpiau y gallai diagnosis hwyrach arwain at gostau uwch i'r GIG oherwydd y cymhlethdodau cynyddol ynghlwm wrth drin canser mwy datblygedig.
7. Roedd rhai cleifion, yn enwedig y rhai nad oeddent yn achosion brys, wedi talu am brofion diagnostig preifat er mwyn osgoi amseroedd aros hir, ond mynegwyd anhapusrwydd eu bod wedi gorfod gwneud hynny, ac na allai pawb fforddio'r opsiwn hwnnw. Dywedodd un claf, pe bai wedi gwybod bod posibilrwydd bod ganddi ganser, y byddai wedi talu am brawf preifat. Dywedodd eraill, pe byddent wedi gwybod am y targed 10 diwrnod i weld ymgynghorydd meddygol, byddent wedi ceisio cael apwyntiad yn gynt. Nodwyd hefyd bod rôl i feddygon teulu o ran mynd ar ôl atgyfeiriadau.
8. Codwyd pryderon ynghylch cael mynediad at brawf mamogram, yn enwedig ar gyfer menywod dros 70 nad ydynt yn ymwybodol bod ganddynt yr hawl i ofyn am famogram. Roedd barn y dylid gostwng yr oed gwahodd menywod am famogram o 50 i 47, fel yn Lloegr. Mynegwyd pryderon tebyg mewn perthynas â phrofion antigen penodol i'r prostad ar gyfer dynion, gan nad oes llawer o ddynion yn

ymwybodol bod ganddynt yr hawl i ofyn am brofion, a bod yr ymwybyddiaeth am beryglon canser y prostad yn isel.

9. Nodwyd pryderon hefyd bod rhai cleifion ond yn cael diagnosis ar ôl mynd i'r adran damweiniau ac achosion brys, sy'n rhoi straen ychwanegol ar gleifion a phwysau ychwanegol ar wasanaethau. Yn ôl Cancer Research UK mae tua chwarter o'r achosion o ganser yn y DU yn cael diagnosis ar ôl i'r claf fynd i'r ysbyty ar frys.
10. Roedd cleifion hefyd yn anhapus bod ceisiadau am brofion genetig yn cael eu gwrthod. Roeddent o'r farn fod rôl ataliol profion genetig yn cael ei hanwybyddu, a bod ceisiadau am ail farn hefyd yn cael eu gwrthod.

Thema 2: Pa welliannau a ellir eu gwneud i sicrhau bod cleifion yn cael triniaeth a gofal cyflym ac effeithiol?

Mynediad at driniaethau

11. Nododd y grŵp bryderon ynghylch cysondeb y mynediad at feddyginiaethau, therapïau, ymyriadau llawfeddygol a threialon clinigol ar gyfer canser. Mewn llawer o achosion roedd 'loteri cod post'. Nid oedd consensws cyffredinol y dylid sefydlu cronfa cyffuriau canser i Gymru, ond roedd teimlad bod y system Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol yn rhwystredig, a bod anghysondeb yn y ffordd y mae gwahanol oncolegwyr a gwahanol Fyrddau Iechyd Lleol yn gwneud penderfyniadau. Roedd teimlad hefyd nad oedd y rhesymeg glinigol sy'n sail i'r penderfyniadau i ganiatáu neu wrthod triniaeth yn cael ei chyfleu'n glir i gleifion bob tro. Roedd barn bod angen dull gweithredu cyson ledled Cymru sydd wedi'i ariannu'n briodol i sicrhau tegwch o ran mynediad, ond hefyd y dylai oncolegwyr gael mwy o rôl yn y broses o wneud penderfyniadau gan fod ganddynt y wybodaeth a'r ddealltwriaeth orau am gleifion unigol.
12. Roedd cleifion yn gyffredinol o'r farn, unwaith y maent yn y system, bod achosion unigol yn cael eu monitro'n dda, ond bod y driniaeth

weithiau'n ddi-drefn a bod oedi. Nododd rai cyfranogwyr bod y driniaeth ar gyfer canser y fron yn para'n rhy hir. Un awgrym oedd y dylid rhagdybio y bydd claf yn dymuno bwrw ymlaen â'r driniaeth, gan drefnu hynny ar y cyfle cyntaf er mwyn osgoi oedi unwaith bydd y claf wedi cyfarfod â'i feddyg ymgynghorol am y tro cyntaf.

Mynediad at wasanaethau arbenigol

13. Roedd profiadau cleifion yn gymysg, yn enwedig ar gyfer canser llai cyffredin. Gall gwasanaethau amrywio'n fawr, ac nid yw gofal safon aur ar gael bob tro. Roedd cydnabyddiaeth, fodd bynnag, er y gall canolfannau canser arbenigol fod yn bell i'w cyrraedd, neu hyd yn oed yn Lloegr, bod cleifion yn fodlon teithio i gael y gofal gorau. Roedd rhai cleifion a oedd yn bresennol wedi symud o Loegr i Gymru, neu i'r gwrthwyneb, er mwyn cael y gofal gorau ar gyfer eu canser penodol.
14. Roedd pryder ynghylch argaeledd radiolegwyr yng Nghymru.

Darpariaeth y driniaeth

15. Roedd safbwyntiau cymysg ynghylch yr amgylchedd ar gyfer darparu gwasanaethau. Roedd rhai wedi cael profiadau cadarnhaol tra bo eraill wedi cael profiadau negyddol. Dywedodd un claf ei fod wedi gorfod aros yn y car i osgoi'r amgylchedd llawn straen lle'r oedd ei driniaeth yn cael ei darparu, tra bo cleifion eraill wedi cyfeirio at ddiffyg preifatrwydd. Roedd pryderon hefyd ynghylch argaeledd ac ansawdd gwasanaethau y tu allan i oriau.

Mynediad i ôl-ofal

16. Roedd cleifion o'r farn bod diffyg mawr o ran gwasanaethau ôl-ofal, ac nad oedd effeithiau'r ofn bod canser yn mynd i ddod yn ôl yn cael eu cydnabod ddigon. Roeddent o'r farn bod rôl i feddygon teulu a nyrsys cymunedol ddarparu ôl-ofal yn y gymuned i gleifion sydd wedi'u rhyddhau o ofal eilaidd neu drydyddol, a dylai hynny fod yn rhan o

gontractau meddygon teulu ac y dylid monitro eu perfformiad. Roedd un grŵp o'r farn y dylai canser gael ei gynnwys yn y Fframwaith Ansawdd a Deilliannau i feddygon teulu.

17. Roedd nifer o'r cyfranogwyr yn teimlo nad oedd digon o wybodaeth ar gael am barhad sgrinio ar ôl triniaeth, ac y dylai'r cyfnodau sgrinio adeg ôl-ofal fod yn nes at ei gilydd.
18. Nododd rai cleifion yr effeithiau cadarnhaol yr oedd canolfannau lles wedi'u cael ar eu bywydau yn ystod ac ar ôl diagnosis a thriniaeth. Nodwyd nad oedd materion seicolegol cleifion yn cael eu trin yn ddigonol a bod angen mwy o gefnogaeth yn y maes hwn.
19. Cafodd rhaglenni adsefydlu ar ôl canser yn y trydydd sector eu canmol, yn enwedig i gleifion sydd angen therapi galwedigaethol a lleferydd. Nodwyd nad oes rhaglenni o'r fath ar gael ledled Cymru.

Thema 3: A yw cleifion yn cael cefnogaeth ddigonol a gofal sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn?

Grymuso cleifion

20. Roedd barn bod angen grymuso cleifion yn fwy, a bod angen gwell dealltwriaeth ar gleifion o'u hawliau.
21. Nododd y cleifion broblemau gyda chael mynediad at eu nodiadau, gan nad oedd cleifion yng Nghymru bob amser yn gwybod y gallent ofyn am gopïau.

Cynlluniau gofal

22. Dim ond rhai o'r cleifion oedd â chynlluniau gofal ysgrifenedig. Roedd rhai o'r cleifion o'r farn bod diffyg ymgysylltu ag adrannau gwasanaethau cymdeithasol o ran eu gofal.
23. Gan fod pobl yn byw gyda chanser yn hirach, ac mewn llawer o achosion bod ganddynt nifer o gyflyrau sy'n gallu effeithio ar ei gilydd, roedd y cleifion o'r farn y dylai eu cynlluniau gofal adlewyrchu hynny.

Dylai gweithwyr proffesiynol meddygol gydweithio i sicrhau ffordd gydgysylltiedig o drin cleifion.

Darparu gwybodaeth i gleifion

24. Roedd y grwpiau'n pryderu bod cleifion yn cael llawer o wybodaeth adeg diagnosis, efallai pan nad ydynt yn y cyflwr gorau i ddeall y manylion. Mae angen amser i feddwl ac ystyried y wybodaeth. Nodwyd fod angen ystyried dewisiadau unigol wrth ddarparu gwybodaeth am ddiagnosis a thriniaeth canser, ac addasu'r ddarpariaeth yn unol â hynny.
25. Roedd barn bod diffyg gwybodaeth a chyngor ariannol am fudd-daliadau ac effaith canser ar sefyllfa ariannol cleifion.
26. Roedd cleifion yn pryderu nad yw arfer da ynghylch darparu gwybodaeth yn cael ei rannu a'i roi ar waith yn gyson ledled Cymru. Er enghraifft, nid yw llyfr glas gogledd Cymru ar gael yn y de.
27. Roedd y cleifion o'r farn bod gwefannau GIG Cymru yn anodd eu defnyddio, a bod llai o wybodaeth ar gael o'i gymharu â gwefannau yn Lloegr. Mae dryswch ynghylch pwy fyddwch yn ei weld nesaf a beth fydd yn digwydd. Byddai cael siartiau llif ar gyfer triniaethau a diagnosteg yn eu helpu i ddeall eu sefyllfa a gofyn cwestiynau.

Gweithwyr allweddol

28. Roedd y cleifion yn cytuno ei bod yn bwysig cael rhywun i fynd atynt gyda chwestiynau neu bryderon (un person drwy gydol y driniaeth, neu arbenigwr ar gyfer pob cam), ond roedd dryswch ynghylch dealltwriaeth ac ymwybyddiaeth o rôl y gweithwyr allweddol. Roedd rhai cleifion o'r farn bod elusennau yn llenwi'r bwlch hwnnw. Roedd rhai o'r cleifion yn gwybod pwy oedd eu gweithiwr allweddol, ond nid oedd eraill yn gwybod pwy oedd eu gweithiwr allweddol neu hyd yn oed a oedd ganddynt un. Awgrymwyd nad oedd cael gweithiwr allweddol ar gyfer pob claf canser yn gyson ledled Cymru. Dywedodd

un claf ei fod wedi cael cerdyn cyswllt gweithiwr allweddol generig, gyda rhif ffôn switsfwrdd a dim enw. Mewn rhai achosion, mynegodd cleifion bryder ynghylch llwyth gwaith y gweithwyr allweddol.

Arbenigwyr nyrsio clinigol

29. Roedd y cleifion yn gadarnhaol iawn am rôl nyrsys arbenigol, ond yn poeni bod y cyswllt yn cael ei golli pan fydd nyrs yn newid rôl neu i ffwrdd o'r gwaith yn sâl. Pan oedd unigolion wedi cael profiadau gwael gydag arbenigwyr nyrsio clinigol, roedd hynny'n aml yn gysylltiedig â llwyth gwaith uchel y nyrsys yn effeithio ar eu gallu a'u perfformiad.

Grwpiau Cymorth

30. Roedd mynediad at grwpiau cymorth yn bwysig iawn, ond roedd cleifion o'r farn y dylid gwneud mwy i'w cyfeirio at grwpiau a allai ddarparu cymorth, yn hytrach na gadael i'r cleifion ddod o hyd iddynt eu hunain.

Gwybodaeth a chefnogaeth i deuluoedd cleifion

31. Cafwyd safbwyntiau cymysg ar rôl y GIG o ran darparu gwybodaeth a chefnogaeth i deuluoedd cleifion – roedd rhai yn ystyried hynny'n bwysig iawn o ran darparu cefnogaeth i'r claf, ond roedd eraill yn teimlo y dylid blaenoriaethu gwasanaethau i gleifion canser am fod adnoddau'n brin. Roedd rhai cleifion o'r farn mai rôl i'r trydydd sector oedd gofalu am y teuluoedd.

Materion eraill a godwyd

Ymwybyddiaeth ac addysg i'r cyhoedd

32. Roedd cleifion yn cytuno ar bwysigrwydd diagnosis cynnar, a'r angen i godi ymwybyddiaeth ynghylch y symptomau a'r risgiau, yn enwedig

ymhlith pobl ifanc. Cafwyd awgrymiadau, am fod negeseuon ymwybyddiaeth canser yn gyson eu cynnwys, y dylai gwledydd y DU weithio'n agosach gyda'i gilydd i gynnal ymgyrchoedd ymwybyddiaeth cyhoeddus, ac y dylid defnyddio cyfryngau cymdeithasol yn fwy i dargedu pobl ifanc yn ogystal ag ymgyrchoedd teledu a gweithio mewn ysgolion.

33. Roedd pryder ynghylch y nifer isel sy'n manteisio ar raglenni sgrinio, fel y rhaglen sgrinio am ganser y coluddyn, ac roedd teimlad bod angen gwneud mwy i roi gwybod i bobl am fanteision sgrinio.
34. Roedd gan gleifion ddiddordeb yn yr archwiliadau iechyd i bobl dros 50 oed gan Lywodraeth Cymru, ond dylai'r rheiny fod wyneb yn wyneb â meddyg teulu.
35. Roedd rhai cleifion o'r farn bod sgysiau am ganser weithiau yn cael eu dominyddu gan ganser menywod. Er mwyn mynd i'r afael â'r anghydbwysedd yn yr ystadegau canser rhwng y rhywiau dylid targedu dynion i'w hannog i fod yn fwy rhagweithiol am eu hiechyd.
36. Roedd cleifion yn pryderu fod y system eisoes wedi cyrraedd ei chapasiti, ac na allai ymateb i'r cynnydd yn y galw o ganlyniad i ymgyrchoedd ymwybyddiaeth cyhoeddus.

Gwybodaeth ystadegol

37. Roedd cleifion yn anfodlon ag argaeledd a thryloywder gwybodaeth ystadegol ar gyfer canser, ac yn teimlo y byddai mwy o dryloywder yn caniatáu i gleifion a gwleidyddion allu dwyn Llywodraeth Cymru i gyfrif. Roedd pryderon penodol yn cynnwys:
 - a. y ffordd y caiff unigolion sy'n cael eu hatgyfeirio am driniaeth dros y ffin eu cofnodi yn yr ystadegau amseroedd aros; a
 - b. diffyg gwybodaeth ystadegol am diwmorau eilaidd.