

Cynulliad Cenedlaethol Cymru
Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

Ymchwiliad un-dydd i atal thrombo-emboledd
gwythiennol ymhlith cleifion mewn ysbytai
yng Nghymru

Hydref 2012



Cynulliad Cenedlaethol Cymru yw'r corff sy'n cael ei ethol yn ddemocrataidd i gynrychioli buddiannau Cymru a'i phobl, i ddeddfu ar gyfer Cymru ac i ddwyn Llywodraeth Cymru i gyfrif.

Gallwch weld copi electronig o'r adroddiad hwn ar wefan y Cynulliad Cenedlaethol www.cynulliadcymru.org

Gellir cael rhagor o gopiau o'r ddogfen hon mewn ffurfiau hygyrch, yn cynnwys Braille, print bras, fersiwn sain a chopiau caled gan:
Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol
Cynulliad Cenedlaethol Cymru
Bae Caerdydd
CF99 1NA

Ffôn: 029 2089 8403
Ffacs: 029 2089 8021
E-bost: PwyllgorIGC@cymru.gov.uk

© Hawlfraint Comisiwn Cynulliad Cenedlaethol Cymru 2012
Ceir atgynhyrchu testun y ddogfen hon am ddim mewn unrhyw fformat neu gyfrwng cyn belled ag y caiff ei atgynhyrchu'n gywir ac na chaiff ei ddefnyddio mewn cyd-destun camarweiniol na difriol. Rhaid cydnabod mai Comisiwn Cynulliad Cenedlaethol Cymru sy'n berchen ar hawlfraint y deunydd a rhaid nodi teitl y ddogfen.

Cynulliad Cenedlaethol Cymru
Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

Ymchwiliad un-dydd i atal thrombo-emboledd
gwythiennol ymhlith cleifion mewn ysbytai
yng Nghymru

Hydref 2012



Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

Sefydlwyd y Pwyllgor ar 22 Mehefin 2011 gyda chylch gwaith i archwilio deddfwriaeth a dwyn Llywodraeth Cymru i gyfrif drwy graffu ar faterion gwariant, gweinyddu a pholisi sy'n cynnwys: iechyd corfforol, meddyliol a chyhoeddus pobl Cymru, gan gynnwys y system gofal cymdeithasol.

Aelodau cyfredol y Pwyllgor



Mark Drakeford (Cadeirydd)

Llafur Cymru
Gorllewin Caerdydd



Mick Antoniw

Llafur Cymru
Pontypridd



Rebecca Evans

Llafur Cymru
Canolbarth a Gorllewin Cymru



Vaughan Gething

Llafur Cymru
De Caerdydd a Phenarth



William Graham

Ceidwadwyr Cymreig
Dwyrain De Cymru



Elin Jones

Plaid Cymru
Ceredigion



Darren Millar

Ceidwadwyr Cymreig
Gorllewin Clwyd



Lynne Neagle

Llafur Cymru
Tor-faen



Lindsay Whittle

Plaid Cymru
Dwyrain De Cymru



Kirsty Williams

Democratiaid Rhyddfrydol Cymru
Brycheiniog a Sir Faesyfed

Cynnwys

Rhagair y Cadeirydd	5
Rhestr termau.....	6
Argymhellion a chasgliadau y Pwyllgor.....	7
1. Cyflwyniad.....	10
Y dull ymchwilio	10
2. Cefndir	11
3. Gwneud Diagnosis o Thrombo-emboledd Gwythiennol (VTE).....	13
Asesu risg	13
Canllawiau NICE	13
Dull Asesu Risg Cymru Gyfan	14
Strategaeth atal thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT).....	15
Asesu risg a thriniaeth	16
Cyfradd thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty	20
Dadansoddiad o'r hyn sydd wrth wraidd thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty	22
Haen 1	23
Asesu risg yn ystod beichiogrwydd	27
4. Hyfforddiant ac ymwybyddiaeth	30
Ymwybyddiaeth broffesiynol.....	30
Ymwybyddiaeth cleifion.....	32
Atodiad A – Tystion.....	34
Atodiad B – Tystiolaeth ysgrifenedig	36

Rhagair y Cadeirydd

Mae'n bleser gennyf gyflwyno'r rhagair i'r Adroddiad hwn ar thrombo-
emboledd gwythiennol (VTE) ymysg cleifion sydd yn yr ysbyty yng Nghymru.

Mae VTE yn gyflwr difrifol iawn. Mae'n digwydd pan fydd clot gwaed yn
ffurfio mewn gwythïen ac yn symud o'i leoliad gwreiddiol gan greu rhwystr
mewn pibell waed. Weithiau, gall clot deithio o amgylch y corff drwy
gylchrediad y gwaed, gan greu rhwystr yn y rhydweiliau a'r ysgyfaint. Gall hyn
achosi marwolaeth.

Er bod datblygu cyflwr angheuol yn yr ysbyty yn gwbl groes i reddf,
awgryma'r dystiolaeth a gyflwynwyd i ni yn ein hymchwiliad bod hyn yn
digwydd ar gyfradd sylweddol yn achos VTE. Mae nifer y bobl sydd wedi
datblygu clotiau o'r fath yn sylweddol, ac roedd nifer y marwolaethau y gellid
bod wedi'u hatal drwy wella ymwybyddiaeth a thriniaeth yn destun pryder
mawr i ni.

Mae ein hadroddiad yn cefnogi'r ddadl syml y dylem leihau nifer y bobl sy'n
cael clotiau sy'n deillio o'r ysbyty. Yn sgil y wybodaeth a gawsom, rydym
wedi ein hargyhoeddi bod camau ymarferol y gellid eu cymryd i gyflawni hyn
a bod y camau hyn o fewn ein cyrraedd. Credwn y gellid gwneud rhagor i
gynyddu pwysigrwydd atal achosion o VTE, a gwneud gweithwyr proffesiynol
a chleifion yn fwy ymwybodol o ddifrifoldeb y broblem. Yn yr adroddiad hwn,
yr ydym wedi crynhoi'r dystiolaeth a glywsom, wedi tynnu ynghyd ein prif
gasgliadau ac wedi gwneud argymhellion a fydd, yn ein barn ni, yn gwella
canlyniadau i gleifion yng Nghymru.

Hoffwn ddiolch i'r rhai a roddodd dystiolaeth i'r Pwyllgor er mwyn llywio'r
ymchwiliad hwn, yn arbennig y rhai a ddaeth i'r diwrnod o sesiynau
tystiolaeth lafar ar 24 Mai. Yn ystod y sesiynau hynny clywsom gan
amrywiaeth o weithwyr proffesiynol meddygol, gan gynnwys y rhai a oedd yn
arbenigo yn y maes hwn a'r rhai a chanddynt arbenigeddau eraill, yn ogystal
â chynrychiolwyr byrddau iechyd a Llywodraeth Cymru. Yr ydym yn
ddiolchgar i bob un ohonynt am eu harweiniad.

Mark Drakeford

Mark Drakeford AM

Cadeirydd y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol
Hydref 2012

Rhestr termau

Thrombosis: Clot gwaed mewn pibell waed yw thrombosis. Mae'n digwydd pan fydd clot yn ffurfio ac yn creu rhwystr mewn gwythien neu rydweli, gan rwystro neu atal llif y gwaed. Gall clot gwaed ddigwydd unrhyw le yn llif gwaed y corff.

Thrombosis gwythiennol (VT): Cyflwr lle mae clot gwaed (thrombws) yn ffurfio mewn gwythien.

Thrombosis gwythiennau dwfn (DVT): Clot gwaed sy'n digwydd yn un o "wythiennau dwfn" y corff - yn y coesau, y cluniau neu'r pelfis.

Emboledd ysgyfeiniol (PE): Clot gwaed sy'n symud o'i safle gwreiddiol yn y gwythiennau dwfn ac yn teithio o amgylch y corff drwy gylchrediad y gwaed, gan flocio'r rhydweiliau ysgyfeiniol (rhydweiliau yn yr ysgyfaint) yw emboledd ysgyfeiniol.

Thrombo-emboledd gwythiennol (VTE): Pan fydd clot gwaed sydd wedi symud o'i safle gwreiddiol ac yn creu rhwystr mewn pibell waed. Mae'n cynnwys DVT a PE.

Thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT): Diffinnir HAT fel unrhyw achos o VTE sy'n codi yn ystod y 90 diwrnod ar ôl i glaf gael ei dderbyn i'r ysbyty.

Proffylacsis: Cam sy'n cael ei gymryd i atal clefyd.

Thromboproffylacsis: Cam sy'n cael ei gymryd i atal clotiau (thrombosis) rhag ffurfio. Gellir cyflawni hyn drwy ddulliau cemegol (hynny yw, drwy ddefnyddio meddyginiaethau penodol) neu drwy ddulliau mecanyddol (er enghraifft drwy wisgo hosanau arbenigol), neu gyfuniad o'r ddau.

Argymhellion a chasgliadau y Pwyllgor

Casgliad 1: Daeth y Pwyllgor i'r casgliad ei bod yn hanfodol dilyn canllawiau NICE, ac y dylai pob clinigydd eu parchu. Credwn fod angen system safonol ar gyfer asesu cleifion, ond nad yw asesu risg yn unig yn ddigon i leihau nifer yr achosion o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) - dylid hefyd ei gwneud yn orfodol i glinigwyr ystyried triniaeth briodol ochr yn ochr â'r asesiad risg. Mae cynnal asesiadau risg ar bob claf yn hanfodol i ddeall ei risg o gael HAT. Fodd bynnag, oni chyfunir yr asesiad â phroses o weinyddu thromboproffylacsis priodol i atal HAT, ni fydd y gofal i gleifion yn gwella.

Casgliad 2: Roedd y Pwyllgor yn bryderus o glywed am amharodrwydd rhai clinigwyr i ddilyn canllawiau NICE. Er y gallwn ddeall y pryderon a godwyd yn y sesiwn dystiolaeth, credwn y dylid asesu pob claf yn unigol, ac y dylid ei gwneud yn ofynnol i glinigwyr ystyried rhagnodi thromboproffylacsis priodol, boed yn gemegol neu'n fecanyddol, i leihau'r risg o gael thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty. Mae'r Pwyllgor yn sylweddoli y gall fod achosion unigol lle y bydd clinigwyr yn penderfynu nad yw thromboproffylacsis yn briodol; fodd bynnag, mewn achosion o'r fath, dylai clinigwyr ddisgwyl cael eu dwyn i gyfrif am benderfyniad o'r fath a dylent allu amddiffyn eu penderfyniad.

Casgliad 3: Mae'r Pwyllgor o'r farn bod pennu cyfraddau thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) lleol a chenedlaethol yn hanfodol i ddeall nifer yr achosion o HAT. Drwy ddangos hyn, bydd byrddau iechyd yn gallu deall yn well ddifrifoldeb y broblem ac yna'n gallu pennu targedau ar gyfer lleihau'r gyfradd. Mae llawer o waith eisoes wedi'i wneud yng Nghymru i gytuno ar fethodoleg a fydd yn caniatáu i hynny ddigwydd. Bellach mae angen rhannu canlyniadau'r gwaith yn gyflym ac yn systematig ar draws y saith bwrdd iechyd.

Casgliad 4: Daw'r Pwyllgor i'r casgliad fod dadansoddi gwraidd pob achos o thrombo-emboledd gwythiennol sy'n codi tra bydd cleifion yn yr ysbyty, neu o fewn 3 mis i gael ei ryddhau o'r ysbyty (HAT), yn hanfodol i ddeall faint o'r achosion hynny a oedd yn thrombosis a ddeilliodd o'r ysbyty, a ph'un a gymerwyd camau digonol i atal yr achosion hynny. Credwn ei bod yn hollbwysig rhannu canlyniadau'r dadansoddiadau hyn ar draws adrannau, arbenigeddau a byrddau iechyd lleol i alluogi clinigwyr i ddysgu o gamgymeriadau a rhoi newidiadau ar waith i atal achosion tebyg yn y dyfodol. Mae'r dadansoddiad o wraidd achosion yn arbennig o werthfawr i glinigwyr na fyddent fel arall yn ymwybodol o'r ffaith bod eu cleifion wedi cael HAT ar ôl gadael eu gofal.

Casgliad 5: Mae'r Pwyllgor o'r farn y dylai byrddau iechyd gydweithio i adeiladu ar y llwyddiant a gyflawnwyd eisoes gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr ac eraill, i ddatblygu system safonol o ddadansoddi gwraidd achosion yng Nghymru.

Casgliad 6: Mae'r Pwyllgor yn cydnabod na ellir rhoi statws blaenoriaeth haen 1 i bob menter. Fodd bynnag, ar sail y dystiolaeth yr ydym wedi'i chlywed ar nifer yr achosion o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) sy'n codi bob blwyddyn, a'r ffaith y gellir atal llawer ohonynt, yr ydym wedi dod i'r casgliad y byddai lleihau nifer yr achosion o HAT yn flaenoriaeth werthfawr. Credwn felly y dylai Llywodraeth Cymru ystyried o ddifrif sicrhau bod cydymffurfio â chanllawiau NICE ar leihau HAT yn flaenoriaeth haen 1 i bob bwrdd iechyd. Gofynna'r Pwyllgor i Lywodraeth Cymru adrodd yn ôl i ni ar ganlyniad ei hystyriaeth i wneud cydymffurfio â chanllawiau NICE yn flaenoriaeth haen 1 ac egluro'r rhesymau dros ei chasgliad. Dylai'r ystyriaeth fod yn rhan o'r adolygiad nesaf o flaenoriaethau haen 1.

Casgliad 7: Mae'r Pwyllgor yn cymeradwyo'r llwyddiant a gyflawnwyd eisoes drwy ymgyrchoedd 1000 o Fywydau a Mwy ac yn croesawu'r penderfyniad i ailsefydlu'r rhaglen gydweithredol ar thromboproffylacsis. Credwn, fodd bynnag, y dylid rhoi statws ffurfiol i leihau nifer yr achosion o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty er mwyn galluogi system safonol o asesu risg, gweinyddu thromboproffylacsis priodol a dadansoddiad o wraidd achosion HAT i gael ei rhoi ar waith ledled Cymru i ysgogi rhagor o welliannau.

Casgliad 8: Mae'r Pwyllgor yn croesawu'r cynnydd a wnaethpwyd o ran asesu risg menywod beichiog o gael thrombosis gwythiennau dwfn (DVT). Credwn y dylid adeiladu ar y cynnydd hwn i gynnwys yr asesiad gorfodol o fenywod beichiog pan gânt eu derbyn i'r ysbyty, ochr yn ochr ag ystyried thromboproffylacsis priodol, a dadansoddiad o wraidd pob achos o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty. Mae hyn yn cyd-fynd â'n casgliad cynharach y dylid ei gwneud yn orfodol i glinigwyr asesu risg pob claf ac ystyried thromboproffylacsis priodol.

Casgliad 9: Mae'r Pwyllgor o'r farn bod angen gwneud rhagor i addysgu gweithwyr meddygol proffesiynol a chleifion am y risg o gael thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) a sut y gellir atal hyn. Credwn y dylid codi ymwybyddiaeth o'r risg o gael HAT ymysg clinigwyr, ym mhob arbenigedd. Yr ydym yn cydnabod y gwaith pwysig sydd eisoes yn cael ei wneud gan nyrsys thromboproffylacsis penodedig, a chredwn fod hyn yn enghraifft o arfer da. Credwn fod staff ymroddedig yn allweddol i addysgu cydweithwyr a chleifion, a bydd hyn yn hanfodol o ran lleihau nifer yr achosion o HAT, fodd bynnag, dylai fod yn norm i bob clinigydd, beth bynnag ei arbenigedd, feddu

ar ymwybyddiaeth gyffredinol o'r risgiau o gael HAT a sut y gellir rheoli'r risgiau hyn.

Argymhelliad 1: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai Llywodraeth Cymru gydnabod pwysigrwydd lleihau nifer yr achosion o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) yng Nghymru drwy ystyried o ddifrif p'un a ddylai cydymffurfio â chanllawiau perthnasol NICE fod yn flaenoriaeth haen 1 i fyrddau iechyd, gan reoli eu perfformiad yn erbyn y flaenoriaeth hon. Dylid ystyried hyn ochr yn ochr â chymau diwygiedig drwy'r ymgyrch 1000 o Fywydau a Mwy. Gofynna'r Pwyllgor i Lywodraeth Cymru adrodd yn ôl i ni ar ganlyniad ei hystyriaeth i wneud cydymffurfio â chanllawiau NICE yn flaenoriaeth haen 1 ac egluro'r rhesymau dros ei chasgliad. Dylai'r ystyriaeth fod yn rhan o'r adolygiad nesaf o flaenoriaethau haen 1.

Argymhelliad 2: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai gweithdrefn safonol gael ei rhoi ar waith i leihau nifer yr achosion o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) yng Nghymru, a'i gwneud yn orfodol i glinigwyr asesu risg ac ystyried rhagnodi thromboproffylaxis priodol – boed yn fecanyddol neu'n gemegol – i bob claf sydd yn yr ysbyty.

Argymhelliad 3: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai byrddau iechyd ddatblygu dull safonedig o ddangos cyfradd thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty ar gyfer pob ysbyty yng Nghymru ac ar lefel genedlaethol ledled Cymru gyfan. Argymhellwn y dylai byrddau iechyd ddysgu o'r gwaith sydd eisoes yn cael ei wneud gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr ac eraill er mwyn datblygu methodoleg safonol yn gyflym a'i rhoi ar waith ledled Cymru.

Argymhelliad 4: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylid cynnal dadansoddiad o wraidd pob achos o thrombo-emboledd gwythiennol (VTE) mewn ysbytai yng Nghymru, neu bob achos o VTE ymysg cleifion o fewn 3 mis iddynt gael eu rhyddhau o'r ysbyty yng Nghymru, i ganfod a ydynt wedi deillio o driniaeth yn yr ysbyty.

Argymhelliad 5: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai Llywodraeth Cymru a byrddau iechyd gydweithio i godi ymwybyddiaeth ymysg cleifion chlinigwyr o'r risgiau o gael thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT). Argymhellwn y dylai hyn fod ar ffurf ymgyrch addysgu'r cyhoedd i wella dealltwriaeth o risgiau HAT a difrifoldeb y broblem.

1. Cyflwyniad

1. Ar 2 Chwefror 2012, cytunodd y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol i gynnal ymchwiliad undydd i atal thrombo-emboledd gwythiennol (VTE) ymhlith cleifion mewn ysbytai yng Nghymru. Mae VTE yn gyflwr difrifol iawn, sy'n digwydd pan fydd clot gwaed yn ffurfio mewn gwythien, yn symud o'i leoliad gwreiddiol ac yn creu rhwystr mewn pibell waed. Mae modd i gleifion ddatblygu'r cyflwr tra byddant yn yr ysbyty neu yn y gymuned a gellir ei briodoli i nifer o achosion.¹ Amcangyfrifir bod dwy ran o dair o'r rhai sy'n marw oherwydd thrombosis yn datblygu'r cyflwr tra byddant yn yr ysbyty ac ar hyn, felly, yr oedd ymchwiliad y Pwyllgor yn canolbwyntio.²

2. Roedd cylch gorchwyl yr ymchwiliad fel a ganlyn:

Ymchwilio i sut y caiff canllawiau'r Sefydliad Cenedlaethol dros Iechyd a Rhagoriaeth Glinigol (NICE) a dull asesu risg 1000 o Fywydau a Mwy eu defnyddio ledled Cymru a pha mor ddigonol ac effeithiol ydynt o ran atal thrombo-emboledd gwythiennol (VTE) ymhlith cleifion yn yr ysbyty.

Ystyriodd y Pwyllgor hefyd pa mor aml y defnyddir proffylaxis cemegol a mecanyddol a pha mor effeithiol ydynt o ran atal VTE a ph'un a oes unrhyw broblemau penodol o ran rhoi camau ar waith i atal VTE.

Y dull ymchwilio

3. Gwnaethpwyd galwad am gyflwyniadau ysgrifenedig ar 13 Mawrth 2012 yn gofyn am dystiolaeth o gynnydd o ran gweithredu canllawiau NICE a dull asesu 1000 o Fywydau a Mwy hyd yma, ac ymhle y mae angen gwneud rhagor o gynnydd i wella'r broses o atal VTE ymhlith cleifion sydd yn yr ysbyty.

4. Casglwyd dystiolaeth lafar gan amrywiaeth o randdeiliaid, yn cynnwys rhanddeiliaid o amrywiol broffesiynau meddygol arbenigol yn ystod sesiwn undydd a gynhaliwyd ddydd Iau 24 Mai 2012.

5. Hoffai'r Pwyllgor ddiolch i bawb a roddodd o'u hamser i ymateb i'r ymchwiliad hwn a'n cynorthwyo gyda'n gwaith. Mae rhestr o'r rhai a roddodd dystiolaeth lafar yn Atodiad A i'r adroddiad hwn; darperir rhestr o'r holl dystiolaeth ysgrifenedig yn Atodiad B.

¹ Ymysg y ffactorau risg ar gyfer thrombo-emboledd mae trawma yn gysylltiedig â

² Lifeblood: The Thrombosis Charity, Public, [Blood clots affect all ages](#) [fel ar 23 Chwefror 2012]

2. Cefndir

6. Mae thrombo-emboledd gwythiennol (VTE), y term ar gyfer thrombosis gwythiennau dwfn (DVT) ac emboledd ysgyfeiniol (PE) ar y cyd, yn un o'r prif achosion marwolaeth. Rhagwelir y bydd nifer yr achosion yn cynyddu o ganlyniad i'r ffaith bod gennym boblogaeth sy'n heneiddio ac wrth i bobl ddod i fwy o gysylltiad â ffactorau risg ar gyfer VTE yn eu bywydau fel llawdriniaeth, teithio ymhell a'r cynnydd mewn gordewdra.

7. Mewn adroddiad gan Bwyllgor Iechyd Tŷ'r Cyffredin yn 2005 nodwyd bod rhwng 25,000 a 32,000 o farwolaethau'n digwydd bob blwyddyn yn y Deyrnas Unedig o ganlyniad i PE ar ôl DVT ymysg cleifion yn yr ysbyty, ac mai dyma yw achos marwolaeth uniongyrchol 10 y cant o'r holl gleifion sy'n marw yn yr ysbyty. Yn 2005, roedd y ffigur hwn yn fwy na chyfanswm y marwolaethau o ganser y fron, AIDS a damweiniau traffig gyda'i gilydd; roedd dros 25 gwaith yn fwy na chyfanswm blynyddol y marwolaethau o MRSA (Staffylococws Awrëws sy'n Gwrthsefyll Methisilin) a thros 5 gwaith yn fwy na chyfanswm yr holl heintiau a ddeilliodd o'r ysbyty.³ Nododd y dystiolaeth a roddwyd i'r Pwyllgor gan Lifeblood fod tua 900 o farwolaethau yng Nghymru yn 2010 naill ai'n gysylltiedig â thrombosis sy'n deillio o ysbytai neu'n deillio'n uniongyrchol o hynny. Roedd hyn yn cymharu â 47 o farwolaethau a oedd yn gysylltiedig ag MRSA,⁴ 614 o farwolaethau yn sgil cancer y fron⁵ a 9 o farwolaethau yn sgil AIDS⁶ y flwyddyn honno. Fodd bynnag, dywedwyd wrth y Pwyllgor y gellid atal y rhan fwyaf o'r achosion o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) - cymaint â 70% - pe rhoddid camau ataliol priodol ar waith.⁷

8. Yn ei adroddiad yn 2005, *The prevention of venous thromboembolism in hospitalised patients*,⁸ daeth Pwyllgor Iechyd Tŷ'r Cyffredin i'r casgliad fod y ffordd y gweithredir thromboproffylaxis (cam a gymerir i atal thrombosis) yn amrywio'n sylweddol, a bod ei ddefnydd yn amrywio o fewn rhanbarthau, ysbytai a rhwng llawfeddygon a meddygon unigol. Yn sgil hyn, comisiynwyd

³ Pwyllgor Iechyd Tŷ'r Cyffredin, HC99, [The Prevention of Venous Thromboembolism in Hospitalised Patients](#), Chwefror 2005 [fel ar 22 Chwefror 2012]

⁴ Y Swyddfa Ystadegau Gwladol, [Deaths involving MRSA, England and Wales, 1993-2011](#), 22 Awst 2012 [fel ar 26 Medi 2012]

⁵ Cancer Research UK, [Breast cancer mortality statistics](#) [fel ar 26 Medi 2012]

⁶ Iechyd Cyhoeddus Cymru, [HIV, AIDS cases and deaths by year in Wales: 1981-2011](#) [fel ar 26 Medi 2012]

⁷ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 4\]](#), 24 Mai 2012

⁸ Pwyllgor Iechyd Tŷ'r Cyffredin, HC99, [The Prevention of Venous Thromboembolism in Hospitalised Patients](#), Chwefror 2005 [fel ar 22 Chwefror 2012]

y Sefydliad Cenedlaethol dros Iechyd a Rhagoriaeth Glinigol (NICE) i lunio canllawiau i bob claf sydd yn yr ysbyty. Cyhoeddwyd y canllawiau - y cyfeirir atynt fel canllawiau CG92 - yn 2010 ac ynddynt roedd argymhellion ynghylch asesu a lleihau'r risg o VTE ymhlith cleifion sydd yn yr ysbyty. Roedd hyn yn cynnwys argymhelliad y dylid cynnal asesiad risg ar gyfer pob claf a dderbynnir i'r ysbyty.⁹

9. Yn 2010, lansiodd yr elusen thrombosis Lifeblood Wales a'r rhaglen 1000 o Fywydau a Mwy Ddull Asesu Risg ar ffurf rhestr wirio i helpu i gynnal gwerthusiad trylwyr o'r risg y bydd claf yn cael clot gwaed. Byddai hyn yn cael ei ddefnyddio i benderfynu ar y math mwyaf priodol o thromboproffylaxis, pe bai angen hynny.

⁹ NICE, CG92, [*Venous thromboembolism: reducing the risk: Reducing the risk of venous thromboembolism \(deep vein thrombosis and pulmonary embolism\) in patients admitted to hospital*](#), Ionawr 2010 [fel ar 22 Chwefror 2012]

3. Gwneud Diagnosis o Thrombo-emboledd Gwythiennol (VTE)

1. Dywedodd dystion wrth y Pwyllgor ei bod yn anodd gwneud diagnosis o emboledd ysgyfeiniol (PE) ac yn aml ni wneir diagnosis o'r cyflwr tan y post mortem. Clywodd y Pwyllgor fod y lleihad yn nifer yr archwiliadau post mortem a gynhaliwyd yn y blynyddoedd diwethaf wedi cyfrannu at yr anawsterau sy'n gysylltiedig â chanfod faint o farwolaethau a achoswyd gan PE. Dywedodd Dr Alan Willson o Iechyd Cyhoeddus Cymru wrth y Pwyllgor, pan na fydd achos y farwolaeth yn amlwg, y gellir gwneud diagnosisau eraill yn hytrach na diagnosis o PE.¹⁰ O'r herwydd, gall nifer wirioneddol y marwolaethau a achosir gan y cyflwr hwn fod yn fwy na'r nifer a gofnodir ar hyn o bryd.

2. Dywedodd Dr Willson hefyd fod natur 'dawel' thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) wedi golygu nad oedd y risg bob amser yn amlwg i glinigwyr ac mai amcangyfrif yn unig y gellid ei roi o ddifrifoldeb y broblem. Dywedodd wrth y Pwyllgor:

"There needs to be stronger evidence. The other thing that may come into play here is the difference in where risk is experienced. For an orthopaedic surgeon, a very immediate risk is the risk of bleeding during a hospital stay. That will be very apparent and it will cause obvious problems. The risk of silent thrombosis is one that follows hospital stay, by and large, and, with the low PM [post mortem] rate, we may have a very diminished appreciation of it."¹¹

Asesu risg

Canllawiau NICE

3. Yn y canllawiau CG92 a gyhoeddwyd gan NICE yn 2010, argymhellir y dylid cynnal asesiad risg o bob claf a dderbynnir i'r ysbyty i werthuso risg pob claf o gael thrombo-emboledd gwythiennol. Clywodd y Pwyllgor dystiolaeth lafar gan yr Athro Beverley Hunt, Athro Thrombosis a Haemostasis yn King's College, Llundain ac Ymgynghorydd yn Adrannau Haematoleg, Patholeg a Lwpws yn Ymddiriedolaeth Sefydledig GIG Guy a St Thomas, ac aelod o'r pwyllgor a ysgrifennodd y canllawiau. Dywedodd

¹⁰ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 286\]](#), 24 Mai 2012

¹¹ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 266\]](#), 24 Mai 2012

wrthym fod y pwyllgor ysgrifennu canllawiau yn cynnwys gweithwyr proffesiynol o gefndir amlddisgyblaethol, a bod yr adran orthopedeg wedi'i hysgrifennu gan lawfeddygon orthopedeg ar gais Cymdeithas Orthopedeg Prydain.¹²

4. Clywodd y Pwyllgor y bu'r broses o weithredu canllawiau NICE yn amrywiol, heb lawer o lwyddiant mewn rhai ardaloedd. Dywedwyd wrthym, er bod canllawiau NICE ar waith ledled Cymru, nad oes proses fonitro ffurfiol i sicrhau bod pobl yn eu dilyn. Dywedodd yr Athro Hunt, a oedd yn cynrychioli Coleg Brenhinol y Ffisigwyr, wrth y Pwyllgor:

"It is not the role of NICE to ensure that they [the guidelines] are implemented in every hospital. That is one of the problems with NICE. It is trying to develop ways of helping to deliver the guidelines but it cannot be responsible for ensuring that an individual doctor in an individual ward delivers those guidelines. That is a problem."¹³

5. Dywedwyd wrth y Pwyllgor hefyd fod canllawiau NICE yn gymhleth ac, yn hyn o beth, yn anodd eu gweithredu. Yn ôl Dr Grant Robinson, Cyfarwyddwr Meddygol Bwrdd Iechyd Aneurin Bevan:

"...the NICE ones sometimes require a little bit of thought and a bit of local tweaking to get them working. I think that I would put hospital-associated thrombosis in that category."¹⁴

6. Dywedodd Dr Simon Noble, Cyfarwyddwr Meddygol Lifeblood Wales, wrth y Pwyllgor y dylid sicrhau bod cynnal asesiad risg ar bob claf pan gaiff ei dderbyn i'r ysbyty, boed hynny fel achos brys neu ar gyfer triniaeth ddewisol, yn arfer safonol ar draws pob ward ac ysbyty yng Nghymru.¹⁵ Byddai hyn, yn ôl pob golwg, yn allweddol i leihau nifer yr achosion o HAT ymhlith cleifion.

Dull Asesu Risg Cymru Gyfan

7. Ym mis Ionawr 2010, lansiodd yr elusen thrombosis Lifeblood Wales a 1000 o Fwydau a Mwy raglen 12 mis ar y cyd a oedd yn annog ysbytai ledled Cymru i ddefnyddio rhestr wirio syml wrth asesu risg cleifion o gael HAT. Bu Dull Asesu Risg Cymru Gyfan yn fodd i dimau gynnal gwerthusiad trylwyr o risg claf o gael clot gwaed drwy ystyried nifer o faterion, yn

¹² Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [RoP \[paragraffau 144 a 154\]](#), 24 Mai 2012

¹³ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 146\]](#), 24 Mai 2012

¹⁴ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 379\]](#), 24 Mai 2012

¹⁵ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 45\]](#), 24 Mai 2012

cynnwys hanes o DVT yn y teulu, gordewdra etc. Ar ôl eu hasesu, gellid penderfynu ar y math priodol o thromboproffylacsis. Daeth y rhaglen hon i ben ym mis Mawrth 2011 a throsglwyddwyd y cyfrifoldeb am ei pharhad i fyrddau iechyd lleol.

8. Yn ei thystiolaeth ysgrifenedig, dywedodd yr elusen Lifeblood nad oedd asesu'r risg o VTE yn unig yn ddigon i atal VTE sy'n deillio o'r ysbyty. Dywedodd Dr Simon Noble wrth y Pwyllgor y dylid asesu cleifion ar gyfer y risg o waedu pe rhoddid meddyginiaeth teneuo'r gwaed neu hosanau gwrth-emoledid iddynt fel camau ataliol, yn ogystal â'u hasesu ar gyfer y risg o gael clot gwaed.¹⁶ Cytunodd Dr Raza Alikhan, a oedd yn cynrychioli Fforwm Thromboproffylacsis y DU, fod yr asesiad risg hwn yn hanfodol, gan gynnwys y risg o waedu o ganlyniad i lawdriniaeth, er mwyn pwysu a mesur y risgiau a'r manteision i bob claf unigol.¹⁷

9. Nid oedd Dr Noble o'r farn y byddai asesiad o'r fath yn llafurus a gellid ei gwblhau fel rhan o'r gwaith clericio safonol pan gaiff claf ei dderbyn i'r ysbyty.¹⁸

Strategaeth atal thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT)

10. Amlygodd y dystiolaeth ysgrifenedig gan Lifeblood yr heriau o ran rhoi rhaglen atal HAT ar waith, yn cynnwys cymhlethdod HAT, yr her o gael pob rhanddeiliad i ymrwymo i'r rhaglen, ymwybyddiaeth cleifion a'r broses o'u grymuso, a blaenoriaethu asesiadau risg. Esboniodd Dr Simon Noble gymhlethdodau atal HAT i'r Pwyllgor:

“Prevention of hospital-acquired thrombosis is more complex, because there are several steps required. One needs to assess whether the patient is at risk, not only of thrombosis, but as a result of the preventative measures we provide. We need to assess whether the person would be at risk if we were to give them ant-embolism stockings or blood-thinning medicines. The question is where you do that in a patient journey. You not only have to carry out that assessment, but implement it and check on it. So it is a several-step process. It is not something you do once and forget about. It is more complex than that.”¹⁹

¹⁶ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 9\]](#), 24 Mai 2012

¹⁷ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 17\]](#), 24 Mai 2012

¹⁸ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 45\]](#), 24 Mai 2012

¹⁹ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 10\]](#), 24 Mai 2012

11. Yn y dystiolaeth gan Lifeblood a Fforwm Thromboproffylacsis y DU nodwyd, er gwaethaf y ffaith bod 1000 o Fywydau a Mwy wedi gwneud cynnydd sylweddol o ran datblygu'r gwaith o atal HAT, bod y cynnydd hwn wedi arafu. Yn eu barn hwy, byddai'n briodol i strategaeth atal HAT a rhaglen fonitro safonedig gael eu rhoi ar waith. Dywedodd Dr Noble wrth y Pwyllgor:

“We would like to see a standardised system whereby every health board assesses and, where appropriate, provides preventative measures to every adult patient who comes into hospital.”²⁰

12. Dywedodd Lisa Turnbull, a oedd yn cynrychioli Coleg Brenhinol y Nyrsys Cymru, wrth y Pwyllgor fod arferion yn anghyson nid yn unig ar hyd a lled Cymru, ond o fewn ysbytai:

“Performance, assessment, prevention and the actions following assessments are very inconsistent across Wales, even within the same hospital. That is the important point; they are not only inconsistent on an LHB basis, they are inconsistent in the same hospital.”²¹

Asesu risg a thriniaeth

13. Clywodd y Pwyllgor fod system o gynnig cymhellion er mwyn cynnal asesiadau risg wedi'i chyflwyno mewn ysbytai yn Lloegr, a bod hyn wedi llwyddo i gynyddu nifer y cleifion a aseswyd i fwy na 90%. Fodd bynnag, roedd y tystion yn awyddus i bwysleisio nad oedd asesu risg yn unig yn ddigon i leihau nifer yr achosion o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty, pe na roddid y thromboproffylacsis priodol ar ôl yr asesiad. Cwestiynodd Dr Noble werth pennu targedau ar gyfer asesu risg yn unig:

“You have to be careful with the targets that you set, or you will miss the point. It is possible - and I hear this anecdotally from colleagues in England - that if the only incentive is based around risk assessment, you will have fantastic figures demonstrating that bits of paper are filled in, but no objective evidence that you have improved patient care. So, first and foremost, if there were a recommendation to mandate risk assessment, it needs to be tied in implicitly with Plus-appropriate prophylaxis.”²²

²⁰ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 5\]](#), 24 Mai 2012

²¹ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 69\]](#), 24 Mai 2012

²² Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 32\]](#), 24 Mai 2012

14. Roedd Dr Raza Alikhan yn cytuno â'r farn hon, a dywedodd yntau wrth y Pwyllgor nad yw asesiad risg ar ei ben ei hun yn ddigon a bod yn rhaid i hynny gael ei gyfuno â phroffylacsis priodol.²³ Roedd yr Athro Beverley Hunt o'r farn y byddai'n fwy buddiol cadarnhau p'un a oedd cleifion yn cael y thromboproffylacsis priodol yn hytrach na mesur asesiadau risg yn unig. Dywedodd wrth y Pwyllgor:

"The other problem with the English system, which I would not repeat again if one had an opportunity, is that we are measuring risk assessment, so we are saying that a person is at risk but, actually what we need to check is that they get appropriate thromboprophylaxis according to the NICE guidelines. That it the point that I would audit; that would be a far more intelligent way to go."²⁴

15. Dywedwyd yn glir wrth y Pwyllgor nad oedd gwneud asesu risg yn orfodol o reidrwydd yn sicrhau y byddai camau'n cael eu cymryd i weinyddu'r thromboproffylacsis priodol, ac felly leihau'r risg o HAT. Dywedodd nifer o dystion wrth y Pwyllgor mai rhoi triniaeth oedd yr offeryn allweddol er mwyn osgoi HAT. Dywedwyd wrthym fod ystyried thromboproffylacsis priodol *ar y cyd* ag asesu risg yn hanfodol i leihau'r risg o HAT.

16. Roedd y dystion yn gytûn y byddai rhoi proffylacsis sy'n teneuo'r gwaed i gleifion yn cynyddu'r risg o waedu ar ôl llawdriniaeth. Fodd bynnag, roeddent yn anghytuno ynghylch p'un ai gwaedu ynteu cael VTE oedd yn peri'r risg fwyaf. Roedd yn amlwg i'r Pwyllgor fod gwahaniaeth barn rhwng gweithwyr meddygol proffesiynol, yn dibynnu ar eu harbenigedd penodol.

17. Roedd Dr Alikhan yn derbyn bod pryderon gwirioneddol mewn perthynas â gwaedu, ond credai fod y risgiau yn llai o lawer na'r risgiau o gael clot gwaed neu o farw o bosibl, neu gael problemau cronig yn sgil clot gwaed.²⁵ Dywedodd Dr Alikhan wrthym fod cyfradd y cleifion sy'n gwaedu'n ddifrifol ar ôl cael llawdriniaeth ddewisol ar y glun a'r pen-glin rhwng 1-2% o gymharu â'r gyfradd thrombosis gwythiennau dwfn ar ôl llawdriniaeth ddewisol ar y pen-glin, a oedd yn 50%. Ychwanegodd fod y risg o waedu yn lleihau po hwyaf yr oeddech yn aros ar ôl llawdriniaeth cyn rhoi thromboproffylacsis, felly credai fod rhwng 6 ac 8 awr ar ôl llawdriniaeth yn amser diogel i roi cyffuriau teneuo'r gwaed. Dywedodd wrth y Pwyllgor:

²³ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 50\]](#), 24 Mai 2012

²⁴ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 163\]](#), 24 Mai 2012

²⁵ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 17\]](#), 24 Mai 2012

“The risk of bleeding is less the longer you wait after surgery. If you wait six to eight hours or longer and sees your patient after surgery and are happy that they have stopped bleeding, you should start to try to prevent a blood clot.”

18. Roedd anghytundeb rhwng Cymdeithas Orthopedig Cymru a thystion eraill ynghylch p’un a ddylid dilyn canllawiau NICE. Dywedodd y Gymdeithas honno wrth y Pwyllgor fod rhai o’i haelodau yn anghytuno â chanllawiau NICE, ac felly nad oeddent yn eu dilyn. Roedd Dr Andrew Davies, a oedd yn cynrychioli’r Gymdeithas, yn bendant, o safbwynt orthopedig, bod y risg o waedu ar ôl llawdriniaeth yn fwy o bryder na’r risg o gael VTE. Dywedodd wrth y Pwyllgor:

“I would not seek for a moment to say that venous thrombo-embolism is not a problem – it is – but the medications that we have to try to prevent it also have their issues, which can cause problems of their own. It is one thing to mandate that the patient is assessed and then make a decision about their relative risk of bleeding and thrombosis...It is entirely another issue to mandate that every patient must have these drugs, because, as I said at the beginning, the treatment must not be worse than the disease.”²⁶

19. Ychwanegodd Dr Davies fod ei farn yn seiliedig ar weld ei gleifion ar y bwrdd llawdriniaeth gyda phroblemau a achoswyd gan waedu. Dywedodd:

“...you only have to see one surgical disaster to sway your opinion about what you are going to do for your next patient, regardless of guidelines from elsewhere. If you have done it in your practice and it does not work, you are unlikely to do it again.”²⁷

20. Crynhodd drwy ddweud, “We see what we see and we are influenced by it.”²⁸

21. Pwysleisiodd tystion eraill bwysigrwydd asesu risg pob claf unigol o gael clot gwaed. Roeddent yn pryderu y byddai penderfyniad cyffredinol gan lawfeddygon orthopedig i beidio â rhoi thromboproffylaxis fel mater o drefn yn beryglus, ac y dylid asesu pob claf yn unigol. Dywedodd Dr Alikhan wrth y Pwyllgor:

²⁶ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 153\]](#), 24 Mai 2012

²⁷ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 156\]](#), 24 Mai 2012

²⁸ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 169\]](#), 24 Mai 2012

“You have to weigh up the risks and benefits to an individual, not to an entire cohort of patients having a joint replaced.”²⁹

22. Dywedodd Dr Davies wrth y Pwyllgor fod gan Gymdeithas Orthopedig Cymru wrthwynebiad cryf i'r awgrym y dylid ei gwneud yn orfodol i ragnodi cyffuriau er mwyn atal VTE, ond cytunodd y gellid ac y dylid ystyried camau eraill, yn cynnwys dulliau mecanyddol. Dywedodd:

“There are different ways of preventing a thrombosis. The vast majority of thromboses occur in a lower limb. There are mechanical ways of addressing the lower limb in isolation, while the rest of the body is left alone...The thing about mechanical prophylaxis is that is targeted at the area that is most at risk, which is the lower limbs in a patient who is not moving around very much.”³⁰

23. Ychwanegodd:

“I do not deny that that should be on the agenda and that we should be mandated to consider it...However, we honestly and truly feel that we can do more harm than good by being mandated to treat every patient with a drug.”³¹

Casgliad 1: Daeth y Pwyllgor i'r casgliad ei bod yn hanfodol dilyn canllawiau NICE, ac y dylai pob clinigydd eu parchu. Credwn fod angen system safonol ar gyfer asesu cleifion, ond nad yw asesu risg yn unig yn ddigon i leihau nifer yr achosion o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) - dylid hefyd ei gwneud yn orfodol i glinigwyr ystyried triniaeth briodol ochr yn ochr â'r asesiad risg. Mae cynnal asesiadau risg ar bob claf yn hanfodol i ddeall ei risg o gael HAT. Fodd bynnag, oni chyfunir yr asesiad â phroses o weinyddu thromboproffylaxis priodol i atal HAT, ni fydd y gofal i gleifion yn gwella.

Casgliad 2: Roedd y Pwyllgor yn bryderus o glywed am amharodrwydd rhai clinigwyr i ddilyn canllawiau NICE. Er y gallwn ddeall y pryderon a godwyd yn y sesiwn dystiolaeth, credwn y dylid asesu pob claf yn unigol, ac y dylid ei gwneud yn ofynnol i glinigwyr ystyried rhagnodi thromboproffylaxis priodol, boed yn gemegol neu'n fecanyddol, i leihau'r risg o gael thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty. Mae'r Pwyllgor yn sylweddoli y gall fod achosion unigol lle y bydd clinigwyr yn penderfynu

²⁹ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 17\]](#), 24 Mai 2012

³⁰ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 198\]](#), 24 Mai 2012

³¹ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 199-200\]](#), 24 Mai 2012

nad yw thromboproffylaxis yn briodol; fodd bynnag, mewn achosion o'r fath, dylai clinigwyr ddisgwyl cael eu dwyn i gyfrif am benderfyniad o'r fath a dylent allu amddiffyn eu penderfyniad.

Cyfradd thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty

24. Roedd y tystion o'r farn bod cyflawni cyfradd thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (cyfradd HAT) ar gyfer pob ysbyty a Chymru yn allweddol i ddeall graddau'r broblem. Dywedodd Dr Simon Noble wrth y Pwyllgor:

"If we were able to demonstrate a hospital-acquired thrombosis rate for every health board, and therefore a national hospital-acquired thrombosis rate, that would first give us hard figures on the scope of the problem. Those who say that it is not a big problem will have data either to confirm or refute that. It will allow us to analyse every case of hospital-acquired thrombosis and see how many were treated appropriately and how many could have been prevented but were missed."³²

Pwysleisiodd bwysigrwydd cyfradd HAT o ran dysgu gwersi wrth drin cleifion â thrombo-emboldd gwythiennol:

"The evidence that we see is that, of all the hospital-acquired thrombosis that occur, 50% were not managed appropriately and, therefore, something could be done differently."³³

25. Dywedodd y tystion wrth y Pwyllgor fod cyfradd HAT yn bwysig hefyd o ran mesur y cynnydd o ran lleihau nifer yr achosion. Dywedodd Dr Alan Willson wrth y Pwyllgor:

"The long-term ambition is to have that HAT rate, to know what the rate is, and to know that it has come down to an acceptable, unavoidable minimum."³⁴

26. Roedd y dystiolaeth ysgrifenedig gan Fwrdd Iechyd Aneurin Bevan yn pwysleisio pwysigrwydd cyfradd HAT i asesu'r cynnydd ar waith gwella ansawdd, a hefyd o ran ymgysylltu â gwahanol arbenigeddau gan fod hyn yn

³² Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 33\]](#), 24 Mai 2012

³³ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 34\]](#), 24 Mai 2012

³⁴ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 293\]](#), 24 Mai 2012

galluogi staff clinigol i gael gwybod nifer yr achosion o HAT ar ôl i'w cleifion gael eu rhyddhau.³⁵

27. Yn eu tystiolaeth ysgrifenedig, dywedodd 1000 o Fywydau a Mwy/lechyd Cyhoeddus Cymru mai cyflawni cyfradd HAT i Gymru gyfan oedd un o uchelgeisiau'r rhaglen 1000 o Fywydau a Mwy, a'u bod yn gweithio gyda sefydliadau i ddatblygu ffordd o fesur canlyniadau i gael cyfradd HAT. Dywedodd fod gan chwech o blith wyth o sefydliadau broses ar waith eisoes ar gyfer cyflawni hyn a bod y ddau sefydliad arall yn gweithio tuag at hyn.³⁶

28. Dywedwyd wrth y Pwyllgor am y cynnydd a wnaethpwyd gan Fwrdd lechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr o ran datblygu dull o ddangos ei gyfradd HAT. Roedd wedi llwyddo i wneud hyn drwy groesgyfeirio cleifion yn y clinig thrombosis gwythiennau dwfn â chronfeydd data'r adran radioleg. Dywedodd Dr Brian Tehan, Cyfarwyddwr Meddygol Cynorthwyol ym Mwrdd lechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr, wrth y Pwyllgor fod y broses hon yn llafurus ond ei bod wedi galluogi'r bwrdd iechyd i nodi ei gyfradd HAT.³⁷ Yn ei dystiolaeth ysgrifenedig, galwodd Bwrdd lechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro am ddull safonedig o gynhyrchu cyfradd HAT ac am i ganlyniadau ac arferion gorau gael eu rhannu'n fwy rhydd rhwng byrddau iechyd.³⁸

29. Cytunodd Dr Chris Jones, Cyfarwyddwr Meddygol GIG Cymru, y byddai cyfradd HAT genedlaethol yn ddymunol o ran mesur canlyniadau gofal, ond yn sgil ei brofiad credai y byddai cyflawni hyn yn broses gymhleth. Dywedodd:

“My experience when I was trying to implement this in ABM [Abertawe Bro Morgannwg] nearly three years ago was that it was complex, because people turn up in different places, in different circumstances and in different geographical locations. The diagnosis of thrombosis is made by different means, for some, it is post mortem, and we do not routinely get all that fed back into the system.”³⁹

Casgliad 3: Mae'r Pwyllgor o'r farn bod pennu cyfraddau thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) lleol a chenedlaethol yn hanfodol i ddeall nifer

³⁵ Pwyllgor lechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Ymateb i'r Ymgynghoriad VTE 4 – Bwrdd lechyd Aneurin Bevan](#) (Saesneg yn unig)

³⁶ Pwyllgor lechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Ymateb i'r Ymgynghoriad VTE 7 – lechyd Cyhoeddus Cymru / 1000 o Fywydau a Mwy](#) (Saesneg yn unig)

³⁷ Pwyllgor lechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 397\]](#), 24 Mai 2012

³⁸ Pwyllgor lechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Ymateb i'r Ymgynghoriad VTE 11 – Bwrdd lechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro](#) (Saesneg yn unig)

³⁹ Pwyllgor lechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 441\]](#), 24 Mai 2012

yr achosion o HAT. Drwy ddangos hyn, bydd byrddau iechyd yn gallu deall yn well ddifrifoldeb y broblem ac yna'n gallu pennu targedau ar gyfer lleihau'r gyfradd. Mae llawer o waith eisoes wedi'i wneud yng Nghymru i gytuno ar fethodoleg a fydd yn caniatáu i hynny ddigwydd. Bellach mae angen rhannu canlyniadau'r gwaith yn gyflym ac yn systematig ar draws y saith bwrdd iechyd.

Dadansoddiad o'r hyn sydd wrth wraidd thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty

30. Clywodd y Pwyllgor gan nifer o dystion, yn cynnwys Dr Simon Noble⁴⁰ a Dr Alan Willson,⁴¹ fod dadansoddi gwraidd pob achos o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) yn hanfodol i asesu p'un a ddilynwyd y llwybr mwyaf priodol. Roeddent hefyd yn dadlau bod hyn yn bwysig ar gyfer y dyfodol. Cyfeiriodd Dr Raza Alikhan at y ffaith bod gwaith yn cael ei wneud mewn rhai byrddau iechyd i bennu a fu cleifion a oedd yn dioddef o glotiau gwaed yn y goes ac yn yr ysgyfaint yn yr ysbyty yn ystod y 90 diwrnod blaenorol, a gawsant asesiad risg ac a ellid bod wedi atal y clotiau gwaed.⁴²

31. Roedd y dystion yn cytuno y byddai dadansoddi gwraidd y broblem yn gam pwysig ymlaen o ran rhoi darlun cywir o sut y cafodd pob achos o thrombo-emboledd gwythiennol (VTE) ei achosi ac, i'r rhai a dderbyniwyd i'r ysbyty yn ddiweddar, a ellid bod wedi cymryd camau ataliol. Cytunodd Dr Andrew Davies â thystion eraill y byddai'r dull o ddadansoddi gwraidd y broblem yn llwybr doeth i'w ddilyn.⁴³

32. Gwnaethpwyd honiadau i'r Pwyllgor nad oedd meddygon a oedd yn arbenigo mewn llawdriniaethau orthopedig o bosibl yn ymwybodol o'r graddau y mae HAT yn broblem gan fod y rhan fwyaf o glotiau gwaed yn digwydd ar ôl i gleifion gael eu rhyddhau o'r ysbyty, ac felly byddent yn mynd at eu meddyg teulu ac nid at y llawfeddyg a wnaeth y llawdriniaeth wreiddiol. Dywedodd yr Athro Beverley Hunt wrth y Pwyllgor:

“If you look at the average orthopaedic patient, they come in and go home within five days, but the average deep-vein thrombosis occurs on day seven, when they are out of hospital. The average pulmonary embolism happens on day 21. We have a problem occurring in the community, although the hospital causes it. The people who are doing

⁴⁰ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 11\]](#), 24 Mai 2012

⁴¹ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 270\]](#), 24 Mai 2012

⁴² Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 37\]](#), 24 Mai 2012

⁴³ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 210-213\]](#), 24 Mai 2012

the operations do not see it, so they do not perceive that there is a problem.”⁴⁴

33. Aeth Dr Brian Tehan yn ei flaen i ddweud wrth y Pwyllgor fod y gwaith a wnaethpwyd gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr wedi datgelu bod HAT yn aml yn digwydd ar ôl i glaf adael gofal ei feddyg gwreiddiol:

“What we identified is that, if somebody has a hospital-acquired thrombosis, it is usually within three months of the hospital stay, that is, within 84 or 85 days. The problem is, given the turnover in the system, those people do not generally fall back into the care of the clinician of origin. That is a big problem. What we found is happening is that general practitioners would identify it in the community and refer in to our DVT clinic.”⁴⁵

Casgliad 4: Daw'r Pwyllgor i'r casgliad fod dadansoddi gwraidd pob achos o thrombo-emboledd gwythiennol sy'n codi tra bydd cleifion yn yr ysbyty, neu o fewn 3 mis i gael ei ryddhau o'r ysbyty (HAT), yn hanfodol i ddeall faint o'r achosion hynny a oedd yn thrombosis a ddeilliodd o'r ysbyty, a ph'un a gymerwyd camau digonol i atal yr achosion hynny. Credwn ei bod yn hollbwysig rhannu canlyniadau'r dadansoddiadau hyn ar draws adrannau, arbenigeddau a byrddau iechyd lleol i alluogi clinigwyr i ddysgu o gamgymeriadau a rhoi newidiadau ar waith i atal achosion tebyg yn y dyfodol. Mae'r dadansoddiad o wraidd achosion yn arbennig o werthfawr i glinigwyr na fyddent fel arall yn ymwybodol o'r ffaith bod eu cleifion wedi cael HAT ar ôl gadael eu gofal.

Casgliad 5: Mae'r Pwyllgor o'r farn y dylai byrddau iechyd gydweithio i adeiladu ar y llwyddiant a gyflawnwyd eisoes gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr ac eraill, i ddatblygu system safonol o ddadansoddi gwraidd achosion yng Nghymru.

Haen 1

34. Mae dogfen flynyddol Llywodraeth Cymru, *Delivery Framework for The NHS in Wales*, yn pennu'r targedau cyflawni craidd a drefnir yn ddau grŵp

- Haen 1 - y mae Byrddau Iechyd, Ymddiriedolaethau a Llywodraeth Cymru (drwy fonitro cenedlaethol) yn rhoi sylw manwl iddynt. Dyma'r

⁴⁴ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 149\]](#), 24 Mai 2012

⁴⁵ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 395\]](#), 24 Mai 2012

prif flaenoriaethau lle mae angen gwneud gwelliannau ar unwaith neu lle y mae'n rhaid cynnal perfformiad ar lefelau targed penodedig.

- Haen 2 - sydd yr un mor bwysig ond sydd naill ai'n amodol ar amserlen tymor hwy neu a fydd yn cael eu monitro'n rheolaidd yn lleol (neu'u monitro'n genedlaethol o bryd i'w gilydd).

35. Ym mhob ardal flaenoriaeth ym mhob haen, a cheir 10 ardal flaenoriaeth yn haen 1 ar hyn o bryd, mae nifer o dargedau i'w cyflawni, fel lleihad pellach mewn heintiau *Clostridium difficile* (C-difficile) ac MRSA yn erbyn targedau lleol y cytunwyd arnynt.

36. Clywodd y Pwyllgor nad oedd mesurau perfformiad a bennwyd gan Lywodraeth Cymru bob amser yn gyson â mentrau fel rhaglen 1000 o Fwydau i leihau thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT). Dywedodd Lisa Turnbull wrth y Pwyllgor:

“Sometimes, what the professionals and clinically led organisations such as 1000 Lives Plus are coming forward with, which are excellent initiatives with evidence of impact, is not aligned with the performance indicators set by the Welsh Government for LHBs.”⁴⁶

37. Roedd y tystion o'r farn y gellid gwella ar y graddau amrywiol y cydymffurfir â chanllawiau NICE drwy sicrhau bod lleihau nifer y marwolaethau yn sgil clotiau gwaed yn flaenoriaeth haen 1 i fyrddau iechyd. Roeddent o'r farn bod hyn, ynghyd ag ymagwedd 'o'r bôn i'r brig' y rhaglen 1000 o Fwydau a Mwy yn allweddol i wella i ba raddau yr oedd clinigwyr yn cytuno ar bwysigrwydd lleihau nifer yr achosion o farwolaethau yn sgil clotiau gwaed.

38. Dywedodd Dr Raza Alikhan wrth y Pwyllgor fod lleihau nifer yr achosion o strôc a marwolaethau cardiaidd yn flaenoriaethau haen 1 i fyrddau iechyd ar hyn o bryd ac, er bod byrddau iechyd yn ymwybodol o bwysigrwydd lleihau nifer y clotiau gwaed, nid oedd yn ofynnol iddynt ddangos sut y câi hyn ei fesur. Dadleuodd fod hyn yn golygu bod y sylw a roddir i hyn gan glinigwyr yn amrywio.⁴⁷

39. Roedd cytundeb hefyd ymhlith cyfarwyddwyr meddygol y byrddau iechyd a roddodd dystiolaeth lafar i'r Pwyllgor y byddai llwyddiant y rhaglen 1000 o Fwydau - ynghyd â sicrhau bod mesur perfformiad o ran lleihau nifer yr achosion o HAT yn flaenoriaeth haen 1 - yn ddefnyddiol. Cyfeiriodd

⁴⁶ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 98\]](#), 24 Mai 2012

⁴⁷ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 14\]](#), 24 Mai 2012

Dr Grant Robinson at y llwyddiant a gyflawnwyd gan fentrau eraill pan roddwyd blaenoriaeth haen 1 iddynt. Dywedodd wrth y Pwyllgor:

“The great success that we have had recently with things like stroke and Clostridium difficile infections has shown that that approach of top-down pressure by getting something in the tier 1 priorities and bottom-up support from Alan and his 1000 Lives team is a potent combination. We are confident that it is a good way to tackle these kinds of problems.”⁴⁸

40. Esboniodd Dr Bruce Ferguson, Cyfarwyddwr Meddygol Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg, fod statws blaenoriaeth 1 yn rhoi ffocws i sefydliad ac yn cyflymu'r broses o roi mentrau ar waith:

“The use of tier 1 priorities sometimes gets a little more organisational focus into the system. I do not think that everything can be a tier 1 priority. The NHS can only cope with a limited number of tier 1 priorities at any one time, but, in some senses, a tier 1 priority does something to accelerate the process.”⁴⁹

41. Er hyn, dywedodd Dr Andrew Davies wrth y Pwyllgor y byddai rhai o'i gydweithwyr orthopedig yn parhau i wrthwynebu triniaeth orfodol i unigolion hyd yn oed pe bai'n flaenoriaeth haen 1. Mewn ymateb i gwestiwn gan y Pwyllgor ynghylch a oedd o'r farn y byddai ei gyd-glinigwyr orthopedig yn parhau i wrthwynebu triniaeth orfodol i bobl er mwyn atal HAT, dywedodd:

“The blunt answer to your question as to whether I perceive that some of my colleagues will be resistant to this is probably ‘yes’.”⁵⁰

42. Dywedodd Dr Chris Jones wrth y Pwyllgor fod tystiolaeth bendant i gefnogi'r defnydd o thromboproffylacsis priodol i osgoi HAT a bod Llywodraeth Cymru wedi bod yn ymwybodol o'r angen i leihau nifer yr achosion ers rhai blynyddoedd. Dywedodd fod ymrwymiad i ddefnyddio thromboproffylacsis i leihau nifer yr achosion o HAT fel rhan o'r ymgrych 1000 o Fywydau rhwng 2008 a 2010, a fu'n werthfawr, a bod disgwyliad ar yr adeg honno y byddai'n dod yn fusnes craidd y rheolid perfformiad byrddau iechyd yn ei erbyn. Er hyn, cydnabu na chafodd y mater y sylw disgwylidig. Dywedodd:

⁴⁸ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 326\]](#), 24 Mai 2012

⁴⁹ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 337\]](#), 24 Mai 2012

⁵⁰ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 183\]](#), 24 Mai 2012

“We realised last year that despite that, we did not have quite the focus on the topic that we might have had. I asked for an update last August [2011]. That showed us that we did not know on an all-Wales basis exactly how we were doing... As a result of that, we have decided to re-establish the thromboprophylaxis collaborative through the 1000 Lives Plus national programme. That is now back in place to wind up the focus on the area through the use of improvement methodology in local clinical services.”⁵¹

43. O gofio'r ffaith bod canllawiau NICE yn cael eu gweithredu i raddau amrywiol ledled Cymru a barn tystion eraill, synnwyd y Pwyllgor o glywed nad oedd Dr Jones yn cytuno y byddai sicrhau bod lleihau nifer yr achosion o HAT yn flaenoriaeth haen 1 yn gwella cydymffurfiaeth â'r canllawiau yn sylweddol nac yn arwain at lai o achosion o HAT. Dywedodd wrth y Pwyllgor:

“Clinicians do not generally do what they are told to do unless they believe that that is what they should be doing. So, the top-down approach does not resonate for clinicians. Also, I do not think that they understand what tier 1 is- it is a performance framework, in a sense, between the executive teams. So, I do not think that that would have great relevance to front-line clinicians. Even if it was a tier 1 measure, it would not alter in any way the nature of the work that had to be done, which is the local and engagement work with colleagues within clinical services.”⁵²

44. Dywedodd Dr Jones fod y *Cynllun Sicrhau Ansawdd ar gyfer y GIG yng Nghymru*, a gyhoeddwyd ym mis Mai 2012, yn ymrwymo'r GIG yng Nghymru i gynhyrchu cyfres o fetrigau ansawdd, y byddai'n rhaid cyflwyno adroddiad arnynt i'r cyhoedd, i fyrddau iechyd ac i Lywodraeth Cymru, ac a fydd yn:

“...quality-driven process that, to some extent, will run in parallel with the tier 1 delivery framework. It is a means of getting consistent measurement and monitoring in all organisations.”⁵³

45. Ychwanegodd Dr Jones nad oedd yn credu bod angen i leihau HAT fod yn flaenoriaeth haen 1 gan y dylai byrddau iechyd eisoes fod yn gweithio i gyflawni hyn:

⁵¹ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 412\]](#), 24 Mai 2012

⁵² Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 417\]](#), 24 Mai 2012

⁵³ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 422\]](#), 24 Mai 2012

“It is mandated in a sense, because it has been previously in the annual operating framework, and it has been part of the 1000 Lives campaign, and now that 1000 Lives Plus national programme. So, the Welsh Government expects this....I do not see why the health boards do not regard it as a mandatory action.”⁵⁴

46. Er gwaethaf ei amheuon cychwynnol, daeth Dr Jones i'r casgliad:

“There is no doubt in my mind that thromboprophylaxis would not appear out of place as a tier 1 principle.”⁵⁵

Casgliad 6: Mae'r Pwyllgor yn cydnabod na ellir rhoi statws blaenoriaeth haen 1 i bob menter. Fodd bynnag, ar sail y dystiolaeth yr ydym wedi'i chlywed ar nifer yr achosion o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) sy'n codi bob blwyddyn, a'r ffaith y gellir atal llawer ohonynt, yr ydym wedi dod i'r casgliad y byddai lleihau nifer yr achosion o HAT yn flaenoriaeth werthfawr. Credwn felly y dylai Llywodraeth Cymru ystyried o ddifrif sicrhau bod cydymffurfio â chanllawiau NICE ar leihau HAT yn flaenoriaeth haen 1 i bob bwrdd iechyd. Gofynna'r Pwyllgor i Lywodraeth Cymru adrodd yn ôl i ni ar ganlyniad ei hystyriaeth i wneud cydymffurfio â chanllawiau NICE yn flaenoriaeth haen 1 ac egluro'r rhesymau dros ei chasgliad. Dylai'r ystyriaeth fod yn rhan o'r adolygiad nesaf o flaenoriaethau haen 1.

Casgliad 7: Mae'r Pwyllgor yn cymeradwyo'r llwyddiant a gyflawnwyd eisoes drwy ymgyrchoedd 1000 o Fywydau a Mwy ac yn croesawu'r penderfyniad i ailsefydlu'r rhaglen gydweithredol ar thromboproffylaxis. Credwn, fodd bynnag, y dylid rhoi statws ffurfiol i leihau nifer yr achosion o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty er mwyn galluogi system safonol o asesu risg, gweinyddu thromboproffylaxis priodol a dadansoddiad o wraidd achosion HAT i gael ei rhoi ar waith ledled Cymru i ysgogi rhagor o welliannau.

Asesu risg yn ystod beichiogrwydd

47. Cyhoeddodd Coleg Brenhinol yr Obstetryddion a'r Gynaecolegwyr ganllawiau a elwir yn 'green-top guidelines'⁵⁶ yn seiliedig ar dystiolaeth, sef

⁵⁴ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Ibid [Cofnod y Trafodion \[para 418\]](#), 24 Mai 2012

⁵⁵ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 439\]](#), 24 Mai 2012

⁵⁶ Mae Coleg Brenhinol yr Obstetryddion a'r Gynaecolegwyr (RCOG) yn cynhyrchu cyfres o ganllawiau clinigol a elwir yn 'Green-top Guidelines'. Eu prif nod yw gwella effeithiolrwydd ac effeithlonrwydd gofal clinigol drwy nodi arferion clinigol da a chanlyniadau clinigol dymunol.

*Thrombosis and Embolism during Pregnancy and the Puerperium, Reducing the Risk (Green-top 37a)*⁵⁷ ym mis Medi 2009 a argymhellodd y dylai pob menyw gael asesiad wedi'i ddogfennu o ffactorau risg ar gyfer thrombo-emoledd gwythiennol (VTE) yn ystod camau cynnar beichiogrwydd. Argymhella'r canllawiau hefyd y dylid gwneud yr asesiad hwn eto os caiff y fenyw ei derbyn i'r ysbyty am unrhyw reswm neu pe bai'n cael problemau cydredol eraill.

48. Esboniodd Mr Nigel Davies, a oedd yn cynrychioli Coleg Brenhinol yr Obstetryddion a'r Gynaecolegwyr, wrth y Pwyllgor sut y dylid cynnal asesiadau risg ar gyfer VTE yn ystod beichiogrwydd, yn unol â chanllawiau'r Coleg. Dywedodd y byddai menywod yn cael eu hasesu i ddechrau fel rhan o asesiad ehangach gan y fydwraig cyn 12 wythnos y beichiogrwydd a'u hailasesu:

- os byddai menyw yn cael ei derbyn i'r ysbyty yn ystod y beichiogrwydd;
- pan gaiff ei derbyn i'r ysbyty adeg esgor; neu
- ar adeg geni'r plentyn

Ychwanegodd fod asesiadau cychwynnol yn cael eu cwblhau'n dda gan eu bod yn rhan o asesiad ehangach, ond bod angen dull archwilio digonol ac addysg addas i fydwragedd er mwyn gwybod a oedd ail ran yr asesiad yn cael ei chynnal yn rheolaidd.⁵⁸

49. Daeth Mr Davies i'r casgliad fod angen archwiliad i sicrhau bod asesiadau'n cael eu cynnal yn briodol a bod dadansoddi gwraidd achosion yn bwysig o ran asesu p'un a oedd menywod beichiog a oedd wedi cael thrombosis gwythiennau dwfn (DVT) wedi'u hasesu ac wedi cael triniaeth briodol pan gawsant eu derbyn i'r ysbyty. Dywedodd:

"This needs an audit and some form of mandating to ensure that it is used properly. The question is how do you do that. Do you mandate the use of the assessment tool? Alternatively, do you work backwards by looking at those women in Wales who have been affected – because there will be 30 to 40 of them each year who will

Mae'r canllawiau'n gwneud argymhellion yn seiliedig ar gwestiynau clinigol yr ymchwiliwyd iddynt sy'n uniongyrchol berthnasol i ymarfer clinigol mewn obstetreg a gynaecoleg

⁵⁷ Coleg Brenhinol yr Obstetryddion a'r Gynaecolegwyr, [Thrombosis and Embolism during Pregnancy and the Puerperium, Reducing the Risk \(Green-top 37a\)](#), Medi 2009 [fel ar 28 Awst 2012]

⁵⁸ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 88-89\]](#), 24 Mai 2012

have had a DVT or a pulmonary embolism related to their pregnancy – and do a retrospective audit, examining whether they had the right treatment? I believe that that would be a better way of doing it than mandating the use of the assessment tool. All the latter approach would do is ensure that the assessment tool is used; it would not ensure that the right treatment is given for the right length of time.”⁵⁹

Casgliad 8: Mae'r Pwyllgor yn croesawu'r cynnydd a wnaethpwyd o ran asesu risg menywod beichiog o gael thrombosis gwythiennau dwfn (DVT). Credwn y dylid adeiladu ar y cynnydd hwn i gynnwys yr asesiad gorfodol o fenywod beichiog pan gânt eu derbyn i'r ysbyty, ochr yn ochr ag ystyried thromboproffylacsis priodol, a dadansoddiad o wraidd pob achos o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty. Mae hyn yn cyd-fynd â'n casgliad cynharach y dylid ei gwneud yn orfodol i glinigwyr asesu risg pob claf ac ystyried thromboproffylacsis priodol.

⁵⁹ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 90\]](#), 24 Mai 2012

4. Hyfforddiant ac ymwybyddiaeth

50. Clywodd y Pwyllgor fod gwella hyfforddiant a chodi ymwybyddiaeth o'r risgiau o gael thrombosis yn deillio o'r ysbyty ymhlith clinigwyr a chleifion yn allweddol i leihau nifer yr achosion. Yn ei dystiolaeth ysgrifenedig noda Coleg Brenhinol y Ffisigwyr:

“The RCP observes that, in general, professional and commissioner awareness about the scale of hospital-acquired VTE is poor. This limits the individual responsibility taken by health care professionals to ensure VTE risk assessments are completed and prophylaxis administered, even if health board policy stipulates that the forms must be complete.”⁶⁰

51. Dywedodd Dr Raza Alikhan fod angen adeiladu ar y gwelliannau sydd eisoes wedi'u gwneud o ran codi ymwybyddiaeth ymhlith bydwagedd a darpar famau, a dysgu o'r llwyddiant hwnnw i ledaenu'r neges yn ehangach.⁶¹

Ymwybyddiaeth broffesiynol

52. Roedd Fforwm Thromboproffylacsis y DU o'r farn bod codi ymwybyddiaeth ac, yn arbennig, addysg thrombo-emboledd gwythiennol (VTE) yn hollbwysig. Yn ei dystiolaeth ysgrifenedig dywedodd fod addysg ffurfiol ar VTE wedi'i bod yn rhan o broses addysgu israddedig meddygol Blwyddyn 2 a Blwyddyn Olaf yn Ysgol Feddygol Prifysgol Caerdydd er 2011. Dywedodd hefyd fod staff nyrsio yn ganolog i asesu'r risg o VTE a thromboproffylacsis er mwyn atal HAT, a'i bod yn bwysig felly sefydlu prosesau addysgu VTE ffurfiol fel rhan o astudiaethau'r Ysgol Nyrsio yng Nghymru.⁶²

53. Dywedodd yr Athro Beverley Hunt wrth y Pwyllgor fod problem gydag addysg feddygol. Dywedodd fod Cymdeithas Haematoleg Prydain wedi cynnal arolwg o'r gwaith addysgu haematoleg mewn ysgolion meddygol, ac wedi canfod amrywiaeth sylweddol iawn ym maes addysg israddedig. Dywedodd wrth y Pwyllgor:

⁶⁰ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Ymateb i'r Ymgynghoriad 13 – Coleg Brenhinol y Ffisigwyr](#) (Saesneg yn unig)

⁶¹ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 30\]](#), 24 Mai 2012

⁶² Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Ymateb i'r Ymgynghoriad VTE 15 – UK Thromboprophyllaxis Forum](#) (Saesneg yn unig)

“The problem is always education...So, we have health professionals coming through into practice and the responsibility lies with postgraduate authorities and local education, and it does not always deliver.”⁶³

54. Aeth y Fforwm yn ei flaen i ddweud bod sefydlu nyrsys arbenigol clinigol VTE i roi arweiniad ym maes VTE, i hyrwyddo asesiadau risg VTE a thromboproffylacsis priodol, i addysgu cydweithwyr meddygol a nyrsio ac i gyfrannu at gynnal archwiliad o HAT yn allweddol i leihau HAT.

55. Yn ei dystiolaeth ysgrifenedig cyfeiriodd Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr at nyrs thromboproffylacsis ran-amser a gyflogir i gynorthwyo â gwaith proffylacsis. Dywedodd fod y gyfradd cwblhau asesiadau risg wedi cynyddu o 22 y cant i 85 y cant yn dilyn pecyn hyfforddiant a chymorth ag iddo ffocws pendant. Fodd bynnag, yn sgil anawsterau ariannu, roedd parhad y swydd hon yn ansicr. Ychwanegodd fod y swydd yn werthfawr, a bod llawer o'r cynnydd a wnaethpwyd wedi'i golli pan dorwyd y swydd i ddechrau.⁶⁴

56. Cyfeiriodd Dr Simon Noble hefyd at werth y nyrs benodedig ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr, gan ddweud bod tystiolaeth o gyfraddau is o asesu risg a chynnydd yn y gyfradd HAT pan fu'r nyrs honno ar wyliau. Credai y byddai hynny'n parhau oni châi asesiadau risg a thriniaeth briodol i atal VTE eu safoni gan ddod yn arfer cyffredin ledled Cymru.⁶⁵

57. Er gwaethaf rôl bwysig nyrsys, dywedwyd wrth y Pwyllgor hefyd nad oedd staff nyrsio yn gallu rhagnodi triniaeth proffylactig—nid yr hosanau gwrth-emboledd na thriniaeth ffarmacolegol. Dywedodd Dr Noble er y gallai nyrsys godi'r mater, mai'r meddygon ymgynghorol oedd yn gyfrifol yn y pen draw.⁶⁶ (45). Cytunodd Dr Raza Alikhan er y gallai nyrsys godi ymwybyddiaeth o'r risgiau i gleifion unigol, a bod llawer ohonynt yn dda iawn am wneud hynny, oni bai bod ganddynt statws rhagnodi annibynnol, dim ond hyn a hyn y gallent ei wneud.⁶⁷

⁶³ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 148\]](#), 24 Mai 2012

⁶⁴ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Ymateb i'r Ymgynghoriad VTE 12 - Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr \(Saesneg yn unig\)](#)

⁶⁵ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 23\]](#), 24 Mai 2012

⁶⁶ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 45\]](#), 24 Mai 2012

⁶⁷ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 49\]](#), 24 Mai 2012

Ymwybyddiaeth cleifion

58. Cyfeiriodd y tystion at lwyddiant ymgyrchoedd a oedd yn amlygu pwysigrwydd golchi dwylo gan ddweud wrth y Pwyllgor bod angen dull tebyg i rymuso cleifion i ddeall pwysigrwydd atal clotiau gwaed. Pwysleisiodd Nicola Davies-Job o Goleg Brenhinol y Nyrsys bwysigrwydd ymgyrchoedd addysg i rymuso cleifion i allu herio gweithwyr gofal iechyd proffesiynol. Dywedodd wrth y Pwyllgor:

“I am thinking of the 1000 Lives hand-washing campaign, where patients can challenge people on whether they have washed their hands. In the same way, if patients were aware of their risk of VTE, they could challenge the nurse by saying, ‘This happened to my mum/dad, it is really important and I am really anxious about it, so please can you escalate it?’.”⁶⁸

59. Ychwanegodd Lisa Turnbull, hithau hefyd o Goleg Brenhinol y Nyrsys, fod pobl yn ymwybodol o'r risgiau o gael DVT ar deithiau pell mewn awyren. Fodd bynnag, roedd yr ymwybyddiaeth bod modd cael clotiau gwaed tra roedd rhywun yn yr ysbyty yn is o lawer. Credai fod angen gwella hyn er mwyn i bobl allu trafod eu pryderon â gweithwyr iechyd proffesiynol.⁶⁹

Casgliad 9: Mae'r Pwyllgor o'r farn bod angen gwneud rhagor i addysgu gweithwyr meddygol proffesiynol a chleifion am y risg o gael thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) a sut y gellir atal hyn. Credwn y dylid codi ymwybyddiaeth o'r risg o gael HAT ymysg clinigwyr, ym mhob arbenigedd. Yr ydym yn cydnabod y gwaith pwysig sydd eisoes yn cael ei wneud gan nyrsys thromboproffylacsis penodedig, a chredwn fod hyn yn enghraifft o arfer da. Credwn fod staff ymroddedig yn allweddol i addysgu cydweithwyr a chleifion, a bydd hyn yn hanfodol o ran lleihau nifer yr achosion o HAT, fodd bynnag, dylai fod yn norm i bob clinigydd, beth bynnag ei arbenigedd, feddu ar ymwybyddiaeth gyffredinol o'r risgiau o gael HAT a sut y gellir rheoli'r risgiau hyn.

Argymhelliad 1: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai Llywodraeth Cymru gydnabod pwysigrwydd lleihau nifer yr achosion o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) yng Nghymru drwy ystyried o ddifrif p'un a ddylai cydymffurfio â chanllawiau perthnasol NICE fod yn flaenoriaeth haen 1 i fyrddau iechyd, gan reoli eu perfformiad yn erbyn y flaenoriaeth

⁶⁸ Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [Cofnod y Trafodion \[para 106\]](#), 24 Mai 2012

⁶⁹ Ibid, [Cofnod y Trafodion \[para 135\]](#), 24 Mai 2012

hon. Dylid ystyried hyn ochr yn ochr â champau diwygiedig drwy'r ymgyrch 1000 o Fwydau a Mwy. Gofynna'r Pwyllgor i Lywodraeth Cymru adrodd yn ôl i ni ar ganlyniad ei hystyriaeth i wneud cydymffurfio â chanllawiau NICE yn flaenoriaeth haen 1 ac egluro'r rhesymau dros ei chasgliad. Dylai'r ystyriaeth fod yn rhan o'r adolygiad nesaf o flaenoriaethau haen 1.

Argymhelliad 2: Mae'r Pwyllgor yn argymell y dylai gweithdrefn safonol gael ei rhoi ar waith i leihau nifer yr achosion o thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT) yng Nghymru, a'i gwneud yn orfodol i glinigwyr asesu risg ac ystyried rhagnodi thromboproffylacsis priodol – boed yn fecanyddol neu'n gemegol – i bob claf sydd yn yr ysbyty.

Argymhelliad 3: Mae'r Pwyllgor yn argymell y dylai byrddau iechyd ddatblygu dull safonedig o ddangos cyfradd thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty ar gyfer pob ysbyty yng Nghymru ac ar lefel genedlaethol ledled Cymru gyfan. Argymhellwn y dylai byrddau iechyd ddysgu o'r gwaith sydd eisoes yn cael ei wneud gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr ac eraill er mwyn datblygu methodoleg safonol yn gyflym a'i rhoi ar waith ledled Cymru.

Argymhelliad 4: Mae'r Pwyllgor yn argymell y dylid cynnal dadansoddiad o wraidd pob achos o thrombo-emboledd gwythiennol (VTE) mewn ysbytai yng Nghymru, neu bob achos o VTE ymysg cleifion o fewn 3 mis iddynt gael eu rhyddhau o'r ysbyty yng Nghymru, i ganfod a ydynt wedi deillio o driniaeth yn yr ysbyty.

Argymhelliad 5: Mae'r Pwyllgor yn argymell y dylai Llywodraeth Cymru a byrddau iechyd gydweithio i godi ymwybyddiaeth ymysg cleifion chlinigwyr o'r risgiau o gael thrombosis sy'n deillio o'r ysbyty (HAT). Argymhellwn y dylai hyn fod ar ffurf ymgyrch addysgu'r cyhoedd i wella dealltwriaeth o risgiau HAT a difrifoldeb y broblem.

Atodiad A – Tystion

Clywodd y Pwyllgor dystiolaeth lafar gan y tystion a ganlyn ar 24 Mai 2012.

Gellir gweld trawsgrifiadau llawn o'r sesiynau dystiolaeth yn:

<http://www.senedd.cynulliadcymru.org/mgIssueHistoryHome.aspx?Ild=1309>

24 MAI 2012	
Sesiwn 1	
Dr Simon Noble	Lifeblood
Dr Raza Alikhan	Fforwm Thromboproffylacsis y DU
Sesiwn 2	
Mr Nigel Davies	Coleg Brenhinol yr Obstetryddion a'r Gynaecolegwyr
Lisa Turnbull	Coleg Brenhinol y Nyrsys Cymru
Nicola Davies-Job	Coleg Brenhinol y Nyrsys Cymru
Sesiwn 3	
Prof Beverly Hunt	Coleg Brenhinol y Ffisigwyr
Dr Andrew Davies	Cymdeithas Orthopedeg Cymru
Sesiwn 4	
Dr Alan Willson	1000 o Fywydau a Mwy / Iechyd Cyhoeddus Cymru
Sesiwn 5	
Dr Grant Robinson	Bwrdd Iechyd Aneurin Bevan
Dr Bruce Ferguson	Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg
Dr Brian Tehan	Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr

Sesiwn 6	
Dr Chris Jones	Llywodraeth Cymru
Grant Duncan	Llywodraeth Cymru

Atodiad B – Tystiolaeth ysgrifenedig

Darparodd yr unigolion a'r sefydliadau a ganlyn dystiolaeth ysgrifenedig i'r Pwyllgor. Gellir gweld yr holl dystiolaeth ysgrifenedig yn llawn yn: <http://www.senedd.cynulliadcymru.org/mglIssueHistoryHome.aspx?Ild=3197>

<i>Sefydliad</i>	<i>Cyfeirnod</i>
Cymdeithas Siartiedig Ffisiotherapi	VTE 1
Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg	VTE 2
Canolfan Ganser Felindre	VTE 3
Bwrdd Iechyd Aneurin Bevan	VTE 4
Coleg Brenhinol y Nyrsys Cymru	VTE 5
Bayer	VTE 6
1000 o Fwydau a Mwy / Iechyd Cyhoeddus Cymru	VTE 7
Lifeblood	VTE 8
Y Gymdeithas Fferyllol Frenhinol	VTE 9
Bwrdd Iechyd Cwm Tâf	VTE 10
Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro	VTE 11
Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr	VTE 12
Coleg Brenhinol y Ffisigwyr	VTE 13
Bwrdd Iechyd Hywel Dda	VTE 14
Fforwm Thromboproffylacsis y DU	VTE 15
Cymdeithas Orthopedeg Cymru	VTE 16