



Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon  
Cynulliad Cenedlaethol Cymru  
Caerdydd CF99 1NA

## 06 Mehefin 2017

Annwyl Dai Lloyd AC,

Rwyf yn ysgrifennu heddiw ar ran Coleg Brenhinol y Meddygon (RCP) yng Nghymru i ofyn i Bwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon y Senedd ystyried cynnal sesiwn ddilynol yng nghyswllt yr ymchwiliad i barodrwydd ar gyfer y gaeaf 2016/17, a ddaeth i ben yn gynharach eleni.

Er na chawsom ein gwahodd i roi tystiolaeth lafar yn yr ymchwiliad hwn, fe wnaethom ni gyflwyno tystiolaeth ysgrifenedig fanwl (sydd wedi'i hatodi), a chawsom ein gwahodd gan Lywodraeth Cymru i roi tystiolaeth i werthusiad Bwrdd y Rhaglen Genedlaethol ar gyfer Gofal Heb ei Drefnu (NPUC) ar wydnwch gwasanaethau iechyd a gofal yn ystod gaeaf 2016/17. Rwyf wedi atodi ein tystiolaeth i'r gwerthusiad hwn, a gafodd ei ysgrifennu ar ôl ymgynghori'n uniongyrchol â'n cyfeillion a'n haelodau. Rydyn ni hefyd wedi cyhoeddi adroddiad byr ym mis Ebrill 2017, [Teimlo'r straen](#), a oedd yn tynnu sylw at y pwysau a wynebier gan ein doctoriaid, yn ôl arolwg darlun cryno a gynhaliwyd ym mis Ionawr 2017 (hefyd wedi'i atodi).

Mae ein cyfeillion a'n haelodau wedi nodi tair prif flaenoriaeth ar gyfer y gaeaf nesaf:

1. Blaengynllunio system gyfan a gaiff ei harwain yn glinigol

Dylid dechrau cynllunio gofal ar gyfer y gaeaf sydd wedi'i gyllido'n briodol, ac sy'n cael ei arwain yn glinigol cyn gynted â phosib bob blwyddyn. Dylid defnyddio dull system gyfan i gynllunio adnoddau ar gyfer cynnydd yn y galw, gan ddefnyddio cydweithwyr ar draws gwasanaethau meddygol, llawfeddygol, gofal cymdeithasol ac arbenigol: mae'n rhaid i *bawb* sy'n gweithio i'r GIG ac ym maes gofal cymdeithasol fod yn gyfrifol am gynllunio ar gyfer y gaeaf. Dylid annog atebion arloesol sy'n canolbwyntio ar gleifion; wrth gynllunio swyddi, dylid cydnabod y dylai mewnbwn clinigol aciwt ganolbwyntio ar ddarparu gofal wedi'i gynllunio ac ymchwil yn ystod y gwanwyn a'r haf, a chanolbwyntio o'r newydd ar ofal heb ei gynllunio yn ystod misoedd y gaeaf.

2. Mwy o adnoddau a chapasiti staff

Mae gweithlu'r GIG ar eu gliniau ar hyn o bryd, ac mae'r argyfwng recriwtio ym maes meddygaeth yn gwaethygu – y llynedd, ni lwyddwyd i lenwi 40% o swyddi gwag meddygon



ymgyngorol yng Nghymru ac felly mae bylchau mawr yn y rota meddygon dan hyfforddiant ym mhob ysbyty yng Nghymru. Mae'n rhaid i'r GIG ganolbwyntio ar ddarparu digon o welyau meddygol, wedi'u cefnogi gan lefel ddiogel a chyson o staff ym mhob rhan o'r gwasanaethau meddygaeth, nyrsio, y therapiau, gwasanaethau perthynol a gwasanaethau cymorth, gan gynnwys fflebotomi. Mae'n rhaid i Lywodraeth Cymru a GIG Cymru ddatblygu strategaeth locwm sy'n cael ei gweithredu drwy Gymru gyfan ac sy'n cynnwys uchafswm cyflog i ddoctoriaid.

3. Gwasanaethau cymdeithasol a gofal integredig

Mae'n rhaid i ofal cymdeithasol fod yn bartner integredig a blaengar wrth gynllunio gofal ar gyfer y gaeaf. Dylai cydweithio yn well fel tîm ar draws gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol oresgyn y rhwystrau, ac mae gwasanaethau cymdeithasol yn cael eu hannog i gyflymu'r broses o drosglwyddo gofal o'r ysbyty. Bydd hyn yn gofyn am ragor o adnoddau i dimau gofal cymdeithasol ledled Cymru, yn enwedig i'r rheini sydd wedi'u lleoli mewn ysbytai ac sy'n gweithio ar reng flaen gofal gaeaf.

Nid ydym wedi cael ein darbwyllo bod byrddau iechyd wedi dysgu o brofiadau'r gorffennol. Dylai cynlluniau ar gyfer y gaeaf fod yn cael eu paratoi erbyn hyn, a dylai bod strategaethau'n cael eu cyflwyno nawr er mwyn cynllunio ymlaen llaw ar gyfer yr hydref. Un o'r darnau mwyaf o adborth a gawsom gan ein haelodau oedd nad oedd ymyriadau pwysicaf y gaeaf diwethaf wedi digwydd yn ddigon cynnar i wneud gwahaniaeth go iawn i lif, canlyniadau a phrofiadau cleifion.

Mae'n bosib y bydd y Pwyllgor am ystyried gwneud gwaith dilynol ar y darn hwn o waith gyda'r ysgrifennydd iechyd a'r byrddau iechyd, a byddai Coleg Brenhinol y Meddygon yn hapus i gefnogi hyn ag unrhyw dystiolaeth lafar neu ysgrifenedig a all fod yn fuddiol i chi.

I gael rhagor o wybodaeth, cysylltwch â'm cydweithiwr Lowri Jackson, uwch gynghorydd polisi a materion cyhoeddus Coleg Brenhinol y Meddygon yng Nghymru drwy anfon e-bost at [Lowri.Jackson@rcplondon.ac.uk](mailto:Lowri.Jackson@rcplondon.ac.uk).

Cofion gorau,

**Dr Gareth Llewelyn**

RCP vice president for Wales

Is-lywydd Coleg Brenhinol y Meddygon yng Nghymru



# Ymchwiliad i barodrwydd am y gaeaf 2016/17

## Ymateb RCP Cymru

### Pwyntiau allweddol

- Mae'r sialensiau sy'n wynebu byrddau iechyd wrth iddynt baratoi am y gaeaf yn gymhleth. Maent yn adlewyrchu'r pwysau ehangach ar y GIG ac ar ofal cymdeithasol.
- Mae byrddau iechyd yn gweithio mewn cyd-destun o ddiffyg cyllid, diffyg meddygon a cheisio ei dal hi ymhob man. Mae hyn yn arwain at bwysau cynyddol ar ysbytai.
- Yn ôl gwaith ymchwil diweddar gan y RCP ni chafodd 40% o swyddi am feddygon ymgynghorol a hysbysebwyd y llynedd yng Nghymru eu llenwi; gan amlaf, oherwydd nad oedd neb wedi ymgeisio. Mae hyn yn cael effaith ddifrifol ar allu meddygon i ddarparu gofal o ansawdd uchel i gleifion.
- Mae system gofal cymdeithasol sydd dan bwysau, diffyg staffio a diffyg gwelyau mewn ysbytai i gyd yn cyfrannu at oedi gyda throsglwyddo gofal.
- Mae'r RCP, drwy ei [Raglen Ysbytai'r Dyfodol](#) a'n [gwaith gydag ysbytai yng Nghymru](#), yn ymchwilio i ffyrdd newydd ac arloesol o ddarparu gofal.
- Mae hyn yn cynnwys cydlynu gofal a thriniaeth i gleifion yn well fel nad oes angen eu derbyn yn ddiangen i'r ysbyty, a'u helpu i adael yr ysbyty mor fuan â phosib. Rydyn ni hefyd yn datblygu prosiectau tele-iechyd yng ngogledd Cymru ac yn annog ysbytai a gwasanaethau cymunedol i weithio mewn partneriaeth.

Am fwy o wybodaeth, cysylltwch gyda:

#### Lowri Jackson

Uwch gynghorydd polisi a materion cyhoeddus RCP yng Nghymru

[Lowri.Jackson@rcplondon.ac.uk](mailto:Lowri.Jackson@rcplondon.ac.uk)

075 5787 5119

Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon  
Cynulliad Cenedlaethol Cymru  
Caerdydd CF99 1NA

SeneddHealth@assembly.wales

09 Medi 2016

Annwyl gydweithiwr,

## Ymchwiliad i barodrwydd am y gaeaf 2016/17

1. Diolch i chi am y cyfle i ymateb i'ch ymgynghoriad ar ymchwiliad pwyllgor y Cynulliad i barodrwydd am y gaeaf 2016/17. Mae ein hymateb yn seiliedig ar brofiadau ein cymrodyr a'n haelodau a chymerwyd pob dyfyniad, oni nodir fel arall, o gyflwyniadau tystiolaeth a dderbyniwyd gennym gan gymrodyr ac aelodau'r RCP.
2. Mae Coleg Brenhinol y Meddygon (RCP) eisiau gwella gofal cleifion a lleihau salwch, yn y Deyrnas Unedig ac ar draws y byd. Sefydliad claf-ganolog wedi'i arwain yn glinigol ydyn ni. Mae ein 33,000 o aelodau ar draws y byd, gan gynnwys 1,100 yng Nghymru, yn gweithio mewn ysbytai ac yn y gymuned ar draws 30 o wahanol arbenigeddau meddygol, yn rhoi diagnosis ac yn trin miliynau o gleifion gydag ystod eang dros ben o gyflyrau meddygol.
3. Mae nifer o rwystrau sy'n atal ysbytai rhag delio'n effeithiol â'r pwysau gofal annisgwyl a ddaw yn y gaeaf. Mae'r rhwystrau'n cynnwys oedi gyda throsglwyddo gofal sy'n arwain at reoli'r llif cleifion yn aneffeithiol. Yn ôl astudiaethau o Loegr, awgrymir bod gymaint â 40% o gleifion sy'n marw yn yr ysbyty heb yr anghenion meddygol a fyddai'n ofynnol iddynt fod yno<sup>1</sup>. Ar ben hynny, mae o leiaf 25% o welyau mewn ysbytai'n cael eu meddiannu gan bobl gyda dementia a llawer ohonynt yn debygol o aros ddwywaith gymaint yn yr ysbyty na chleifion eraill dros 65 oed<sup>2</sup>. Yn aml, y rheswm am hyn yw diffyg gofal yn y gymuned ar eu cyfer. Gwaethygir y sefyllfa gan yr amgylchiadau ariannol anodd y mae'r GIG yn gweithio ynddynt.
4. Mae rheoli'r llif cleifion rhwng yr adran frys, yr uned feddygol aciwt a'r wardiau arbenigol yn dibynnu ar drosglwyddo gofal yn effeithiol a rhyddhau cleifion yn brydlon. Mae diffyg cyllid i ofal cymdeithasol, prinder gwelyau a phroblemau gyda recriwtio a chadw meddygon yn golygu bod ysbytai'n aml yn cael trafferth trosglwyddo cleifion yn effeithiol a chynnal ansawdd y gofal ar yr un pryd.

<sup>1</sup> Coleg Brenhinol y Meddygon 2014. National care of the dying audit for hospitals, Lloegr: Mai 2014

<sup>2</sup> Y Gymdeithas Alzheimer. *Fix Dementia Care in Hospitals*. 2016

Coleg Brenhinol y Meddygon (Cymru)  
Tŷ Baltig, Sgwâr Mount Stuart,  
Caerdydd CF10 5FH  
+44 (0)75 5787 5119  
[www.rcplondon.ac.uk/wales](http://www.rcplondon.ac.uk/wales)

From the RCP vice president for Wales  
Gan Is-lywydd Cymru'r RCP  
**Dr Alan Rees MD FRCP**  
Alan.Rees@rcplondon.ac.uk

From the RCP registrar  
Gan Gofrestrydd yr RCP  
**Dr Andrew Goddard FRCP**  
Andrew.Goddard@rcplondon.ac.uk

*Nid wyf yn meddwl bod unrhyw gynllunio o ddifrif yn digwydd. Yr hyn sydd ei angen yw mwy o gapasiti. Dyna'r wers sydd angen ei dysgu ac nid yw hynny wedi digwydd.*

[Meddyg ymgynghorol yng Nghymru]

5. Mae ein haelodau a'n cymrodyr yn gweithio mewn gwasanaeth iechyd o ddiffyg cyllid, diffyg meddygon a than ormod o bwysau. Mae'r galw gan gleifion ynghyd â bylchau mawr yn y gweithlu'n ei gwneud yn anodd gofalu am gleifion. Yn 2014-2015 dywedodd 21% o feddygon ymgynghorol y DU fod 'bylchau sylweddol yn rotâu staff meddygol dan hyfforddiant a gofal cleifion yn dioddef o'r herwydd'<sup>3</sup>. Mae'r ffigurau hyn yn destun pryder oherwydd yr arbenigeddau sydd fwyaf cysylltiedig ag ysgafnu'r pwysau ar ofal annisgwyl yn y gaeaf sy'n gweld y bylchau staffio mwyaf, gyda meddygaeth aciwt a geriatrig yn adrodd y nifer fwyaf o apwyntiadau ymgynghorol wedi eu canslo neu wedi methu.

### Argyfwng gweithlu sy'n gwaethygu

6. Mae'r argyfwng staffio hwn yn cael effaith fawr ar allu meddygon i asesu cleifion yn sydyn ar ôl iddynt fynychu adrannau brys, i deilwrio eu cynlluniau gofal ac i drosglwyddo eu gofal yn ddiogel a phrydlon. Gall hyn gael effaith negyddol ar brofiad y claf a golygu nad yw wardiau'n gallu ysgafnu'r pwysau ar adrannau brys. Mae targedau'n anodd eu cyrraedd oni bai fod digon o staff i drin cleifion neu i'w trosglwyddo i ofal cymdeithasol mewn da bryd.
7. Ar hyn o bryd nid oes unrhyw ddull strategol cenedlaethol o gynllunio'r gweithlu meddygol yng Nghymru. Dros y blynyddoedd, mae hyn wedi cyfrannu at drafferthion gyda recriwtio a chadw'r gweithlu meddygol, yn enwedig meddygon dan hyfforddiant. **Rydym yn gryf o blaid datblygu strategaeth genedlaethol glinigol ar gyfer hyfforddiant a'r gweithlu meddygol yng Nghymru.** Mae gan Gymru gyfle gwirioneddol i ddatblygu model arloesol a phwyswn dros roi arweinyddiaeth glinigol wrth galon y broses honno.
8. Mae'n greiddiol bwysig hefyd bod Cymru'n gwneud ymdrech fwy cydweithredol i ddenu ei myfyrwyr ei hun i'r ysgolion meddygol yng Nghaerdydd ac Abertawe. Gallai'r myfyrwyr hyn fod yn fwy tebygol o aros yng Nghymru ar gyfer eu hyfforddiant ôl-radd, ac os ydynt yn gadael maen nhw'n fwy tebygol o ddod yn ôl adref wedyn. Dim ond 30% o fyfyrwyr yn ysgolion meddygol Cymru sy'n dod o Gymru. Mae hyn cymharu gyda 55% yn yr Alban, 80% yn Lloegr a 85% yng Ngogledd Iwerddon.<sup>4</sup> **Rhaid i ysgolion meddygol gynnig mwy o leoedd israddedig i fyfyrwyr o Gymru er mwyn datblygu a chadw gweithlu 'cartref'** a dylent fuddsoddi mewn rhaglenni allgymorth sy'n annog ceisiadau gan gymunedau gwledig, anghysbell a Chymraeg eu hiaith.

### Prinder gwelyau a diffyg capasiti

9. Mae prinder gwelyau mewn ysbytai hefyd yn gwaethygu problemau gyda llif cleifion. Gan y DU y mae'r ail nifer isaf o welyau ysbyty am bob mil o'r boblogaeth ymhlith 23 o wledydd Ewrop. Dywed ein haelodau a'n cymrodyr yn aml fod symud cleifion o unedau meddygol aciwt i wardiau cyffredinol neu arbenigol yn broblem oherwydd nad oes gwelyau ar gael. Cleifion hyn yw'r rhain y credir eu bod yn ddigon da i dderbyn gofal yn y gymuned ond ni ellir eu trosglwyddo oherwydd bod diffyg gwasanaethau yn y gymuned.

<sup>3</sup> Ffederasiwn Coleg Brenhinol Meddygon y Deyrnas Unedig. [Census of consultant physicians and higher specialty trainees in the UK 2014-15](#). Llundain: Coleg Brenhinol y Meddygon, 2016.

<sup>4</sup> NHS Education for Scotland. [Domicile of UK undergraduate medical students](#). Mawrth 2013

10. Mae tystiolaeth glir fod unedau meddygol aciwt (AMU) sy'n cael eu rhedeg yn dda'n helpu i leihau lefelau marwolaeth, hyd yr arhosiad a lefelau ail-dderbyn i'r ysbyty<sup>5</sup>. Mae gan unedau AMU sydd wedi'u staffio gan dimau amlddisgyblaethol a'u harwain gan feddygon gofal aciwt botensial i wella ansawdd a diogelwch y gofal i gyfran fawr o gleifion gyda chyflyrau aciwt. Pwyswn ar y byrddau iechyd i fuddsoddi yn eu gweithlu meddygol cyffredinol ac mewn unedau AMU fel bod ysbytai'n gallu ymateb yn fwy effeithiol a diogel i'r galwadau cynyddol gymhleth a roddir ar ysbytai o ran gofal meddygol aciwt.

### **Aiddylunio'r system gofal diwrnod hwnnw**

11. Mae rhai timau clinigol, gan gynnwys rhai ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg a Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf wedi cydnabod bod angen dull newydd o weithio i ddelio â'r pwysau trwm sydd ar adrannau brys, ac wedi llwyddo i ail-ddylunio eu systemau i weithredu gofal brys diwrnod hwnnw (AEC) fel rhan o'r ateb<sup>6</sup>. Gofal clinigol yw gofal diwrnod hwnnw, sy'n gallu cynnwys diagnosis, arsylwi, triniaeth ac adsefydlu, gofal nad yw'n cael ei ddarparu drwy'r system gwelyau ysbyty draddodiadol neu fel rhan o wasanaethau cleifion allanol traddodiadol<sup>7</sup>.
12. Mae gweithredu AEC yn sicrhau, lle bo hynny'n briodol, bod cleifion brys sy'n cyrraedd yr ysbyty i gael eu derbyn yn cael eu hasesu'n gyflym a'u ffrydio i AEC i dderbyn diagnosis a thriniaeth y diwrnod hwnnw, gyda gofal clinigol parhaus wedyn. Mae prosesau'n cael eu cyflymu, gan gynnwys adolygiad gan ymgynghorydd, mynediad amserol at wasanaethau diagnostig a thriniaethau, i gyd o fewn un diwrnod gwaith. Mae hyn wedi gwella'r canlyniadau clinigol a phrofiad y claf, ac wedi lleihau costau. Mae timau clinigol sy'n gweithredu'r dull hwn yn adrodd y medrant reoli nifer sylweddol o gleifion brys yn gyflym, heb fod angen eu derbyn yn llawn, ac yn troi o leiaf 20-30% o achosion brys at ofal AEC<sup>8</sup>.
13. Gall AEC fod yn arbennig o werthfawr i asesu a rheoli cleifion hŷn, eiddil a reolir drwy lwybrau a gefnogir gan dîm amlddisgyblaethol gyda chysylltiadau da i wasanaethau gofal sylfaenol, cymunedol ac awdurdod lleol. Gall y cysylltiadau hyn gynnig asesiadau ac ymyriadau chwim i bobl hŷn, ac osgoi arhosiad mewn ysbyty. I bobl hŷn, mae mynediad at y gwasanaethau hyn yn bwysig fel y medrant aros yn eu cartrefi eu hunain ac osgoi cael eu hail-dderbyn yn ddiangen.

*Yn fy mwrdd iechyd i, yr agweddau cadarnhaol gwirioneddol ar gynllunio ar gyfer y gaeaf yw'r hyfforddiant gwella ansawdd sydd wedi'i roi i staff cartrefi gofal (a'r cynllunio gofal rhagflaenorol o ganlyniad), y pwyslais ar gynllunio gofal rhagweithiol i bobl gyda mwy nag un cyflwr neu sy'n eiddil, a gweithio'n integredig â'r cyngor a'r trydydd sector.*

[Meddyg dan hyfforddiant yng Nghymru]

### **Datblygu modelau gofal newydd i atal derbyn cleifion i'r ysbyty**

14. Mae'r RCP hefyd yn gweithio gyda thimau clinigol lleol drwy ein Rhaglen Ysbytai'r Dyfodol (FHP) flaenllaw ar ddatblygu modelau gofal arloesol i helpu i ateb anghenion cleifion yn defnyddio

<sup>5</sup> Scott, I; Vaughan, L; Bell, D. Effectiveness of acute medical units in hospitals: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 2009; Cyfrol 21, Rhif 6: tud. 397 –407.

<sup>6</sup> Coleg Brenhinol y Meddygon. Acute Care Toolkit 10. Ambulatory Emergency Care. Hydref 2014

<sup>7</sup> Coleg Brenhinol y Meddygon. *Acute medical care: The right person, in the right setting – first time. Report of the Acute Medical Task Force*. Llundain: RCP, 2007: p xxi. Wedi'i gymeradwyo gan y Coleg Meddygaeth Frys, 2012.

<sup>8</sup> Blunt I. *Focus on preventable admissions: Trends in emergency admissions for ambulatory care sensitive conditions, 2001 to 2013*. Llundain: Y Sefydliad Iechyd ac Ymddiriedolaeth Nuffield, 2013.

adnoddau presennol<sup>9</sup>. Mae un safle Ysbyty'r Dyfodol yng ngogledd Cymru ac wedi bod yn treialu sesiynau ymgynghorol tele-iechyd cleifion dros gyswllt fideo rhwng timau gofal iechyd cymunedol ac arbenigwyr ysbyty.<sup>10</sup> Fodd bynnag, mae dau safle Ysbyty'r Dyfodol RCP yn Lloegr yn gweithio'n benodol i sicrhau bod llai o gleifion yn cael eu derbyn i'r ysbyty a'u bod yn derbyn gofal yn y gymuned, sef Mid Yorkshire NHS Hospital Trust ac East Lancashire Hospitals Trust.

15. Mae Mid Yorkshire NHS Hospitals Trust wedi sefydlu Tîm Gofal Asesiad Chwim o'r Henoed (REACT) yn yr uned dderbyn aciwt yn Ysbyty Pinderfields yn Wakefield. Tîm amlddisgyblaethol yw REACT sy'n cynnwys ymgynghorwyr geriatrig, nyrsys a therapyddion arbenigol sy'n gweithio gyda'i gilydd i asesu cleifion 80+ oed, neu gleifion 65+ oed sy'n byw mewn cartrefi gofal, o fewn 24 awr iddynt gyrraedd yr ysbyty. Mae'r tîm yn cwrdd yn ddyddiol i gydlynu'r gofal a'r triniaethau i gleifion fel y medrant adael yr ysbyty mor fuan â phosib ac fel nad oes raid eu derbyn yn ddiangen i'r ysbyty. Mae natur amlddisgyblaethol y tîm yn golygu y medrant gynig gofal person-ganolog drwy ddarparu'r gwasanaethau iechyd a therapiwtig sydd ei angen ar bobl.
16. Ers sefydlu'r tîm REACT yn 2014, mae Ysbyty Pinderfields wedi gweld gwelliant mawr yn nifer y cleifion sy'n derbyn gofal yn y gymuned yn hytrach na chael eu derbyn i'r ysbyty. Wrth gymharu data rhwng 2014 a 2015, mae cynnydd o 24% wedi bod yn nifer y bobl eiddil sy'n cael eu trosglwyddo i ofal yn y gymuned yn hytrach na chael eu symud i ward mewn ysbyty. Dros yr un cyfnod rhwng 2014 a 2015, roedd gostyngiad o 14% hefyd yng nghyfanswm y cleifion 80+ oed oedd yn cael eu derbyn i wardiau ysbyty. Mae'r asesiad sydyn hwn gan dîm amlddisgyblaethol wrth ddrws ffrynt yr ysbyty'n sicrhau bod cleifion yn derbyn y gofal mwyaf addas i'w hangen ac yn ysgafnu peth o'r pwysau sydd ar staff yng ngweddill yr ysbyty.
17. Mae'r tîm REACT yn Ysbyty Pinderfields hefyd wedi bod yn gweithio'n agos â darparwyr trydydd sector i wella'r broses o drosglwyddo gofal o'r ysbyty i'r gymuned. Mae Age UK yn dod i'r uned asesu aciwt yn yr ysbyty'n gyson i drosglwyddo gofal cleifion yn ddiogel i'r gymuned<sup>11</sup>; maen nhw'n cynnig gwasanaeth cludo a siopa negesau fel nad yw pobl hŷn agored i niwed yn cael eu rhyddhau heb gymorth digonol. Drwy weithio'n gydweithredol gyda gweithwyr iechyd a gofal cymdeithasol y tu allan i'r ysbyty, mae pobl hŷn eiddil yn gallu derbyn gofal wedi'i bersonoleiddio fel y medrant aros yn annibynnol a pheidio gorfod cael eu haillderbyn.
18. Mae safle datblygu FHP arall yn East Lancashire Hospitals Trust yn ceisio adnabod cleifion hŷn eiddil sydd ar gael i'w rhyddhau'r un diwrnod ar ôl iddynt gyrraedd yr ysbyty. Mae'r nyrs yn yr uned asesu meddygol (MAU) yn monitro lefel dderbyn aciwt y cleifion hŷn eiddil er mwyn adnabod y rhai sy'n addas i'w rhyddhau'n gyflym, yn trefnu iddynt dderbyn asesiad geriatrig cynhwysfawr ac yn cysylltu â gweithwyr gofal eilaidd a gofal cymdeithasol i gynllunio ar gyfer eu rhyddhau'n ddiogel yr un diwrnod.
19. Mae data rhagarweiniol gan East Lancashire Hospitals Trust yn awgrymu y llwyddwyd i osgoi 59% rhag cael eu derbyn i'r ysbyty'n defnyddio'r model gofal hwn ers i'r prosiect ddechrau yn 2014<sup>12</sup>. Os gellir osgoi derbyn cleifion i'r ysbyty drwy gyflymu siwrne'r claf o'r MAU trwodd at ofal cymdeithasol, gellir helpu pobl hŷn eiddil i adael yr ysbyty'n gynt a byw'n annibynnol yn y gymuned.

<sup>9</sup> [RCP Rhaglen Ysbytai'r Dyfodol](#)

<sup>10</sup> [RCP Future Hospital development site: Betsi Cadwaladr University Health Board](#)

<sup>11</sup> [Age UK. Frailty in secondary care.](#)

<sup>12</sup> Temple, M; Dytham, L; Bristow, H. *Action learning at the Future Hospital development sites*. Future Hospital Journal 2016 Vol 3, No 1: 13–5

20. Yn y ddwy astudiaeth achos hon, mae gweithio mewn partneriaeth rhwng yr ysbytai a'r gwasanaethau cymunedol wedi lleihau'r oedi gyda rhyddhau. Mae gofal eilaidd a gofal cymdeithasol integredig i bobl hŷn yn gallu arwain at lai o ddefnydd o welyau ac yn ôl Cronfa'r Brenin mae ysbytai sy'n gweithio mewn ffordd integredig hefyd yn tueddu i fod â chyfraddau derbyn is sy'n rhoi profiad gwell i'r claf.<sup>13</sup>
21. Mae'r problemau sy'n wynebu adrannau brys, yn enwedig yn ystod y gaeaf, yn gymhleth ac ni ellir eu datrys gydag un ateb. Bydd lleihau nifer yr achosion oedi gyda throsglwyddo gofal yn gwneud rhywfaint i ysgafnu'r pwysau ar adrannau brys. Mae effaith y diffyg cyllid ar gyfer y system gofal cymdeithasol yn ychwanegu at y pwysau mewn ysbytai, gyda chleifion yn aros yn hirach nag sydd angen yn yr ysbyty oherwydd diffyg gwasanaethau yn y gymuned. Ar ben hyn mae taer angen cynyddol i ganfod ateb cenedlaethol i'r problemau o recriwtio a chadw meddygon. Heb ddigon o feddygon ar y ddaear, bydd gofal cleifion yn dioddef.
22. Fel y mae timau'r prosiect FHP yn ei ddangos, mae gweithio'n effeithiol yn amlddisgyblaethol ac integreiddio gwasanaethau gofal iechyd yn arwain at ganlyniadau a phrofiadau gwell i gleifion ac yn ysgafnu'r pwysau dros y gaeaf. Dyna pam y mae'r RCP yn credu bod angen symud i ffwrdd o fodel gofal lle buddsoddwn naill ai mewn gofal sylfaenol neu eilaidd, a thuag at weithio'n integredig fel tîm lle mae arbenigwyr ysbyty'n cynnal mwy o'u clinigau yn y gymuned a Meddygon Teulu'n treulio rhan o'u hamser yn gweithio gyda chydweithwyr wrth ddrws ffrynt yr ysbyty.

### **Mae angen model gofal iechyd newydd ac integredig**

23. Byddem yn croesawu cael sgwrs aeddfed am ddyfodol dylunio gwasanaethau yng Nghymru, a'r weledigaeth sydd ei hangen ar lefel genedlaethol i ddatblygu ffordd newydd o weithio. Mae'n bwysig nad yw'r buddsoddiad yn y gwasanaeth iechyd yn y dyfodol yn ceisio cynnal hen system sydd wedi torri. Rhaid i Lywodraeth Cymru hyrwyddo modelau integreiddio arloesol a chyflwyno cyllidebau ar y cyd sy'n arwain at ganlyniadau ar y cyd ar draws y sector iechyd a gofal lleol. Ni fydd gwario ar y system bresennol yn newid unrhyw beth yn y tymor hir; rhaid i fyrdau iechyd fuddsoddi mewn atal a thrin cyflyrau cronig a gadael i glinigwyr arloesi.
24. Ni ddylid anghofio'r bobl hynny sy'n byw mewn ardaloedd gwledig ac anghysbell chwaith; yr ardaloedd hyn sy'n cael eu taro galetaf gan yr argyfwng mewn gofal sylfaenol, a lle mae gan fodel gofal newydd ac uchelgeisiol fwyaf o botensial. I gyflawni hyn oll, rhaid newid ein ffordd o feddwl yn llwyr, rhaid cael ymgysylltu ac arweinyddiaeth glinigol gryfach a chael y timau gofal sylfaenol, eilaidd, cymunedol a chymdeithasol i feddwl yn fwy cydgysylltiedig.

Am fwy o wybodaeth, cysylltwch os gwelwch yn dda gyda Lowri Jackson, uwch ymgynghorydd polisi a materion cyhoeddus RCP yng Nghymru, yn [Lowri.Jackson@rcplondon.ac.uk](mailto:Lowri.Jackson@rcplondon.ac.uk).

Gyda phob dymuniad da,



<sup>13</sup> Imison C, Poteliakhoff E, Thompson J. *Older people and emergency bed use. Exploring variation*. London: The King's Fund, 2012.





**Dr Alan Rees**  
Is-lywydd Cymru'r RCP

**Dr Andrew Goddard**  
Cofrestrydd y RCP



# Evaluation of health and care winter resilience 2016/17

## RCP Wales feedback

### About us

The Royal College of Physicians (RCP) aims to improve patient care and reduce illness, in the UK and across the globe. We are patient centred and clinically led. Our 33,000 members worldwide, including 1,200 in Wales, work in hospitals and the community across 30 different medical specialties, diagnosing and treating millions of patients with a huge range of medical conditions.

### Amdanom ni

Mae Coleg Brenhinol y Meddygon yn amcanu at wella gofal cleifion a lleihau salwch, yn y DU ac yn fyd-eang. Rydym yn sefydliad sy'n canolbwyntio ar y claf ac sy'n cael ei arwain yn glinigol. Mae ein 33,000 o aelodau o gwmpas y byd, gan gynnwys 1,200 yng Nghymru, yn gweithio mewn ysbytai a chymunedau mewn 30 o wahanol feysydd meddygol arbenigol, gan ddiagnosio a thrin miliynau o gleifion sydd ag amrywiaeth enfawr o gyflyrau meddygol.

For more information, please contact:

#### Lowri Jackson

RCP senior policy and public affairs adviser for Wales

[Lowri.Jackson@rcplondon.ac.uk](mailto:Lowri.Jackson@rcplondon.ac.uk)

075 5787 5119



Royal College of Physicians (Wales)  
Baltic House, Mount Stuart Square  
Cardiff CF10 5FH  
+44 (0)75 5787 5119  
[www.rcplondon.ac.uk/wales](http://www.rcplondon.ac.uk/wales)

National Programme for Unscheduled Care Board  
Welsh Government  
Cathays Park  
Cardiff CF10 3NQ

Jasmine.Hagger@wales.gsi.gov.uk

20 April 2017

From the RCP vice president for Wales  
O'r is-lywydd yr RCP dros Gymru  
**Dr Gareth Llewelyn FRCP**  
Gareth.Llewelyn@rcplondon.ac.uk

From the RCP registrar  
O'r cofrestrydd yr RCP  
**Dr Andrew Goddard FRCP**  
Andrew.Goddard@rcplondon.ac.uk


## Evaluation of health and care winter resilience 2016/17

Thank you for the opportunity to respond to your consultation on the evaluation of health and care winter resilience 2016/17. The Royal College of Physicians (RCP) has worked with consultants, trainee doctors and members of our patient carer network in Wales to produce this feedback, and we would be happy to organise further written or oral evidence if that would be helpful.

### Key recommendations

#### What should be considered the top three priorities for next winter?

1. Clinically-led, whole system forward planning  
Clinically-led, appropriately funded winter care planning should be started as early as possible every year. This should take a whole system approach to planning surge capacity, bringing in colleagues from across medicine, surgery, social care and specialist services: winter planning must be the responsibility of *everyone* working in the NHS and social care. Innovative, patient-centred solutions should be encouraged; job planning should recognise that acute clinical input should concentrate on delivering scheduled services and research in the spring and summer, with a renewed focus on acute unscheduled care in the winter months. There are also several targeted system interventions that would help: for example, addressing RTT deadlines earlier in the year and enforcing an all-Wales patient repatriation policy.
2. Increased resources and staff capacity  
The NHS workforce is now at breaking point and the recruitment crisis in medicine is getting worse – last year, we were unable to fill 40% of consultant physician vacancies in Wales and there are major trainee rota gaps in every hospital in Wales. The NHS must focus on providing enough medical beds, supported by a safe and consistent level of staffing across medicine, nursing, the therapies, and allied and support services, including phlebotomy. The Welsh Government and NHS Wales must develop an enforced all-Wales locum strategy which includes maximum fees for doctors.
3. Social services and integrated care  
Social care must be an integral and forward thinking partner in winter care planning. Improved collaborative team working across health and social care should break down boundaries, with



social services proactively encouraged to speed up the transfer of care out of hospital. This will require extra resource for social care teams across Wales, especially for those based in hospitals and working on the front line of the winter care crisis.

## Our response

### What is your experience of how resilient the whole system has been when providing care during the winter months?

#### The changing patient demographic

Our members told us that while there is indeed a peak in the number of medical emergencies over the winter period, they do not see a *huge* spike in numbers. However, the patient illnesses at this time of year are often more serious, particularly in respiratory medicine. Our members told us that they also saw an increase in emergency surgery due to the aging population this year. Figures from one major teaching hospital in south Wales show that there has been a steady increase in the number of patients over 65 admitted to hospital over recent years. An average of 10 more older patients are admitted every week in winter compared with summer – and these patients tend to stay in hospital longer.

#### Missed deadlines and poor project management

While several of our fellows and members in Wales reported an improvement in whole system working this winter, we also found that some key projects, funded by the Intermediate Care Fund, were not in place in time for the winter months, due to long lead times for appointing hospital-based social workers. This could have made a huge difference to patient care and delayed transfers.

*'The whole system was severely challenged. Due almost entirely to the lack of outflow, unscheduled care was under huge pressure and scheduled surgery was severely curtailed.'*

Consultant physician in diabetes and general medicine, NHS Wales


#### Finance and staffing

Our members told us that they did not receive enough financial resource to cope with the demands of winter this year, and those areas which were not funded coped worst – for example, bringing in extra senior decision-makers for medical outliers in surgical wards. Capacity was a significant issue and the numbers of outliers in surgical wards was high – often doubling the numbers of patients a medical team needed to care for. Length of stay for medical patients on surgical wards is far longer than for those on medical wards particularly for rehabilitation or complex care planning needs.

*'Throughout the winter and most of the time we are under-resourced. The system is not resilient. However, there were considerable efforts to draw up contingency plans for the Christmas period and indeed other bank holiday periods. There are some very hardworking people (managerial and clinical) trying to make the system work for patients and staff, but the impact they can make is limited if the overall strategy is flawed.'*

Consultant physician in geriatric and general medicine, NHS Wales

Staffing was also highlighted as a major problem, especially in nursing, which had an impact on the effectiveness of many initiatives. One member observed that even where extra funds were available, the health board was frequently unable to recruit both extra nursing and medical staff. This has a knock on effect on staff wellbeing and sickness rates at a time of year when flu, stomach bugs and other illnesses are far more common. We were told that in one hospital, the decision was taken to open extra beds without adequate staffing, a move which was reported as a patient safety risk via the safe haven system, and later closed down after a review.



It is also worth remembering that reduced staffing capacity has a major negative effect on the ability of senior doctors to teach and train the next generation of doctors. This in turn affects recruitment into trainee posts and junior doctor positions, and exacerbates the wider workforce crisis.

*'The quality of those we could recruit to winter pressure posts was extremely variable. The acuity and volume of patient seen in winter months is always much more intense, and requires huge efforts by the nursing and medical teams.'*

Consultant physician in endocrinology and general medicine, NHS Wales

One member suggested that an all-Wales policy on locum fees should be developed, arguing that the cost of employing locum nurses and doctors is exorbitant, and has a detrimental effect on the money available to the wider NHS.

#### Lack of wider corporate ownership of the winter pressures challenge

One member felt that there was a lack of wider corporate buy-in to winter resilience. He noted that surgical and specialist services are not currently included in winter planning processes, despite scheduled workload decreasing (because beds are taken up by medical inpatients and elective care is then cancelled due to a lack of beds). He argued that health boards should plan more strategically to redistribute nurses and doctors to support unscheduled care and increased winter admissions.

#### Competing service priorities

Fellows and members also told us that they would welcome a refreshed look at some of the service delivery deadlines. For example, hospitals are expected to achieve referral to treatment times (RTT) and GPs are asked to hit their Quality Outcomes Framework (QOF) targets at exactly the time when the NHS is struggling with winter pressures. This severely affects system resilience, and pulls health professionals in several directions at once. We recognise that the cabinet secretary has temporarily suspended most QOF requirements for practices in order to free up capacity to deal with winter pressures, but this deadline should be changed in the longer term.

*'It is difficult for the system to focus on the front door as well as discharging patients when other priorities are around at the same time.'*

Consultant physician in gastroenterology and general medicine, NHS Wales

#### **To what extent were you engaged in the planning process for winter 2016/17?**

There was an extremely mixed response to this question, suggesting that there is no overall strategic approach across health boards to involving clinicians in the planning process. Some members, especially those in management positions, told us that they had been heavily involved in the planning process.

*'We have benefited greatly from clinical management-led winter planning. Preparation began in mid-summer, and was informed by experience in the previous year ... many clinicians fed in to the process.'*

Consultant physician in endocrinology and general medicine, NHS Wales

Others were much less positive:

*'There was no meaningful clinical input requested regarding plans and little has happened regarding concerns about bed and staffing.'*

Consultant physician in geriatric and general medicine, NHS Wales



**Have local initiatives introduced as part of the winter plans been visible to you? What is your view/experience of how successful they have been in improving service delivery to patients?**

There was a general feeling among members that while local initiatives had been put in place in most areas, they were often either too late to make a difference, or could not cope with the pressures placed on them. These initiatives included an increased social work presence in hospital, a community response team, a dedicated pathway for minor injuries, and more nursing home places in the community.

**What is your view on whether lessons have been learned from previous winters when considering delivery over winter 2016/17?**

Members felt that while in many cases lessons have been learned, not all of these have been responded to in a timely manner. One member highlighted particular issues with significant nursing shortages which have been exacerbated by GP cluster recruitment from secondary care into primary care. Without sufficient numbers of nurses, hospitals are unable to open extra surge beds during particularly busy time periods.

**Do you feel that local organisations are taking a whole system view when developing service enhancements for winter?**

There was firm support for increased cooperation between social care and the NHS. While one member noted that their local authority had greatly improved their response this winter, supported by money from the Intermediate Care Fund, the most important interventions simply did not happen in time to make a concerted difference to outcomes.

**To what extent did the additional planned actions support delivery of a standard of care you would expect to provide to patients?**

*'The problem was not the standard of care, it was inadequate capacity.'*

Consultant physician in diabetes and general medicine, NHS Wales

Again, members reiterated the importance of joining up demand with service delivery deadlines. Meeting referral to treatment (RTT) targets before the winter begins would free up clinicians to treat patients at the front door over the busiest months. However, this means releasing RTT money before the winter begins.

**What are your views on whether there was sufficient capacity available to support delivery of timely and quality care to patients over the Christmas period?**

There was general agreement that there was not sufficient capacity available to support the delivery of timely and quality care to patients over the Christmas period.

*'[It] fell short of ensuring a high standard of care. While efforts were made by the clinical staff to ensure good care, it fell short because of difficult circumstances. Patient experience (and that of their significant others) was significantly affected negatively (long waits in A&E and staying there for long periods before moving to a ward). I do not feel that there are enough beds for medical patients and yet [my health board] is still pursuing a policy of bed reduction (on the back of significant reductions ... in the community and acute sectors). However, the adequate staffing of beds is a difficult problem as well.'*

Consultant in geriatric and general medicine, NHS Wales



## **To what extent do you think there was sufficient preparation for the post-Christmas period?**

It is the post-Christmas period which needs the most coordinated and effective social services response. There was some recognition that this was better this year than in previous years, and that health boards prepared in some detail, but in the end, it was felt they didn't have the resources to offer an effective service. One member also observed that some patients are disadvantaged if they are admitted into a hospital outside of their local authority area as it can often be more difficult to organise social care or rehabilitation support for these patients when they are medically fit to be transferred out of acute care.

## **Have you observed evidence of integrated working between health and social care staff either in hospital or in the community?**

There was a mixed response to this question. Some members told us that while integrated working had improved on previous years, it was still not as effective as it should be, and often broke down over local authority and health board boundaries. Others told that they were actually unable to see any evidence of systematic integrated working between social care staff and hospital staff. All agreed that there was a major resource and capacity problem in social care.

*'We have excellent engagement with our social care colleagues, which varies depending on the care organisation, but what can be achieved with the limited resources available is often frustrating. The process of moving people out of hospital once they are admitted is difficult – it can take two weeks to achieve social work allocation, another week to move cases forward, and another week to obtain funding or obtain a place in a residential or nursing home. A month can pass quite easily for a patient with complex discharge needs.'*

Consultant physician in endocrinology and general medicine, NHS Wales

One member suggested that NHS Wales develop a more robust repatriation policy, especially for those hospitals providing super-specialised services. Patients are currently transferred to specialist centres from all parts of Wales, and the current repatriation policy does not work for patients or organisations – patient flow is currently severely affected by delays in getting patients home.

## **For more information**

Please note that more information about our policy and research work in Wales can be found [on our website](#). If you have any questions, please contact Lowri Jackson, RCP senior policy and public affairs adviser for Wales, at [Lowri.Jackson@rcplondon.ac.uk](mailto:Lowri.Jackson@rcplondon.ac.uk).