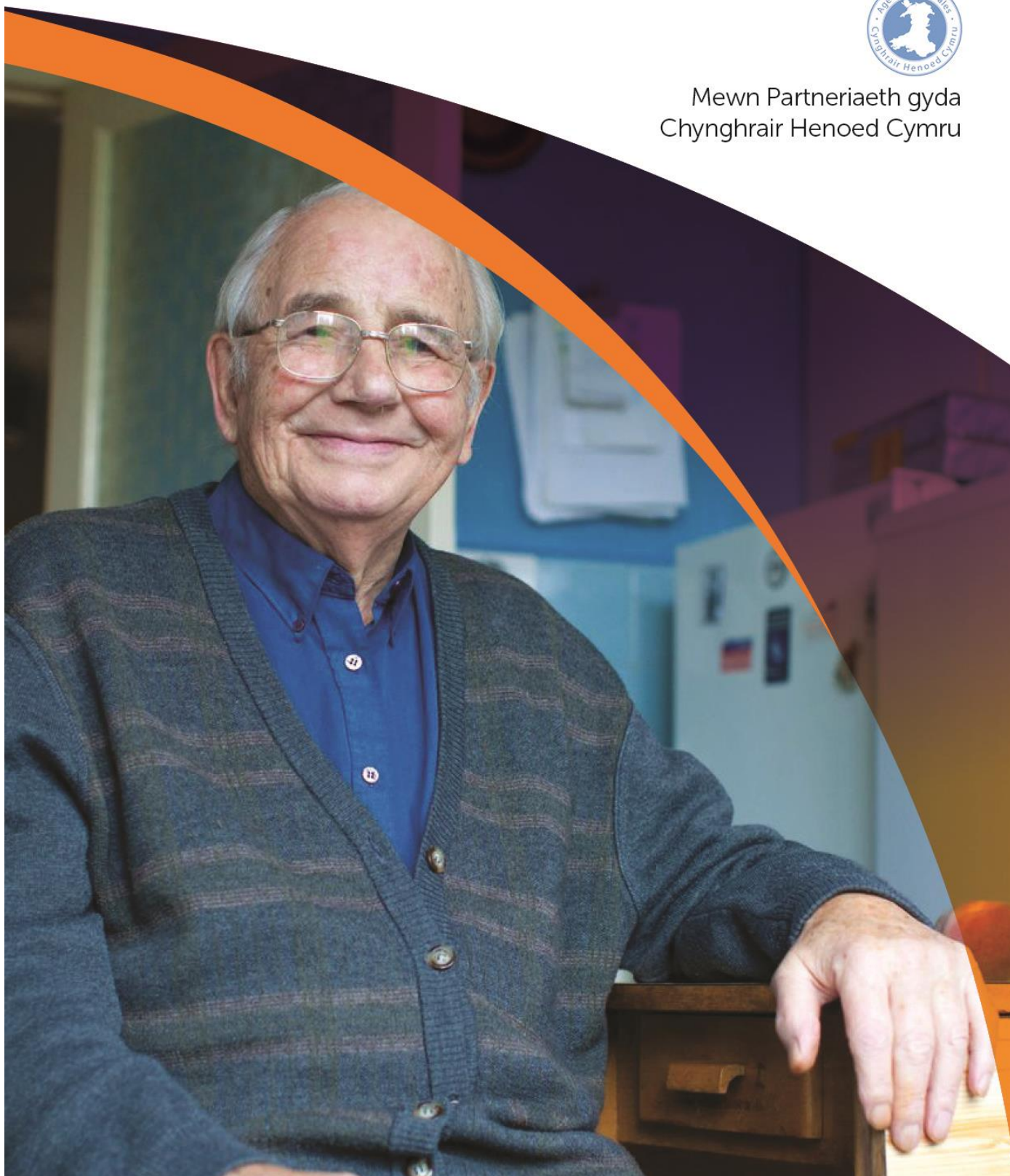


Mynediad pobl hŷn i wasanaethau meddyg teulu

SEFYDLIAD
bevan
FOUNDATION



Mewn Partneriaeth gyda
Chynghrair Henoed Cymru



CRYNODEB	3
1. RHAGARWEINIAD	7
2. MYNEDIAD A PHOBL HŶN	9
2.1. Beth yw mynediad?	9
2.2. Mynediad a phobl hŷn	10
2.3. Casgliad	11
3. CYD-DESTUN POLISI	12
3.1. Polisiâu cyfredol yn ymwneud â mynediad	12
3.2. Rhai heriau	13
3.3. Casgliad	14
4. PROFIADAU POBL HŶN	15
4.1. Cofrestru gyda meddyg teulu	15
4.2. Trefnu apwyntiad	16
4.3. Brysbennu, cyfeirio a llywio gofal	23
4.4. Hyd apwyntiadau a chyfyngiadau	26
4.5. Mynediad i bobl anabl ar safleoedd	26
4.6. Casgliadau	28
5. HERIAU I FEDDYGON TEULU	29
5.1. Nifer y meddygon teulu	29
5.2. Nifer y practisau meddyg teulu	30
5.3. Galw cleifion yn cynyddu	31
5.4. Pwysau ar y system	31
5.5. Casgliad	32
6. ATEBION	33
6.1. Cynyddu capasiti	33
6.2. Gwellu mynediad	35
6.3. Llais y cleifion	39

Mae practis cyffredinol yn rhan greiddiol o ofal iechyd o ansawdd uchel, ac mae'n hanfodol bod pawb y mae angen gofal arnynt yn gallu cael mynediad ato. Mae Llywodraeth Cymru'n gosod gofal sylfaenol fel rhan ganolog o'i weledigaeth newydd ar gyfer iechyd, gyda model gofal sylfaenol newydd a buddsoddiad mewn 'trawsnewid'. Mae gwella mynediad yn llifo trwy'r weledigaeth hon.

Mae mynediad yn derm eang sy'n cwmpasu popeth o amseroedd agor y practis, trefniadau ar gyfer gwneud apwyntiadau, prydlondeb apwyntiadau, dewis a pharhad gofal, a threfniadau ar gyfer pobl anabl. Ceir diffyg eglurdeb ynghylch 'mynediad' ym mholisiâu Llywodraeth Cymru.

Mae mynediad da yn berthnasol i bawb, ond mae'n arbennig o bwysig i bobl hŷn. Mae pobl hŷn yn defnyddio gwasanaethau meddyg teulu'n amlach nag unrhyw grwpiau oedran eraill, ac mae gallu gweld meddyg teulu o'u dewis yn brydlon yn lleihau gofid, yn gwella canlyniadau iechyd a'u helpu i fod yn annibynnol. Mae pobl hŷn yn llai tebygol o allu defnyddio systemau trefnu apwyntiadau cymhleth ac yn fwy tebygol o fod angen addasiadau yn sgil namau ar y corff, y synhwyrau a'r ymennydd.

Ceir tystiolaeth o sawl arolwg ei bod hi'n mynd yn anoddach i gael mynediad i wasanaethau meddyg teulu. Cynhaliom arolwg o dros 300 o bobl hŷn a chwe grŵp ffocws yn trafod profiadau pobl hŷn. Gwelsom fod lleiafrif sylweddol o bobl hŷn wedi profi cau neu uno eu practis, ac weithiau heb lawer o rybudd a dim ymgynghori. Dywedodd y mwyafrif bod gwneud apwyntiad yn anodd, yn sgil y trefniadau archebu a ddefnyddir gan bractisau ac oherwydd prinder apwyntiadau. Roedd rhai pobl hŷn yn dewis gweld meddyg teulu penodol, ond roedd llawer ohonynt yn teimlo nad oedd dewis ganddynt. Roedd llawer o bobl hŷn ddim yn hoff o'r dulliau cyfeirio, brysbennu ffôn a llywio gofal a gyflwynwyd gan rai practisau meddyg teulu, gan nodi pryderon ynghylch cymhwysedd yr unigolyn sy'n gofyn cwestiynau a chyfrinachedd, a chafodd pobl eraill drafferth yn cael mynediad i wasanaethau yn y lle cyntaf.

Roedden ni'n bryderus dros ben i glywed am sut roedd rhai pobl hŷn yn cael eu trin gan eu practis meddyg teulu, gan gynnwys troi pobl i ffwrdd am fod yn hwyr, mynnu'n llym fod angen trefnu apwyntiadau dros y ffôn i bobl sy'n fyddar ac wedi colli eu clyw, caniatáu un broblem yn unig fesul ymgynghoriad, a diffyg addasiadau ar gyfer pobl â phroblemau symud, neu nam ar eu clyw neu eu golwg.

Mae meddygon teulu yn amlwg dan bwysau. Yn fras, mae nifer y meddygon teulu wedi bod yn mynd bob yn gam â'r newid yn y boblogaeth, ond mae'r galw am ofal yn tyfu. Mae'r gweithlu meddygon teulu'n newid yn gyflym, gyda llawer mwy o weithwyr locwm a llai o bractisau, ond practisau mwy. Yn ogystal â'r galw gan gleifion, mae meddygon teulu'n teimlo dan bwysau gan fiwrocratiaeth, y rhyngweithio gyda gweddill y system iechyd a gofal cymdeithasol, a threfniadau eu practis eu hunain.

Rydym yn cydnabod y cyfyngiadau ar gyllid cyhoeddus a'r pwysau sydd ar bractisau cyffredinol a meddygon teulu unigol. Ond os yw Llywodraeth Cymru am gyflawni ei huchelgais i drawsnewid iechyd a gofal iechyd, rhaid iddo wneud hynny i bawb. Rydym yn croesawu camau diweddar Llywodraeth Cymru i wella mynediad, ond rydym yn teimlo y gallant fynd gam ymhellach i fodloni anghenion penodol pobl hŷn a phobl anabl.

Cynyddu capasiti

Rhaid mynd i'r afael â chapasiti – rydym yn argymhell y canlynol:

- Dylai cyllidebau Llywodraeth Cymru yn y dyfodol ddyrannu cynnydd mewn termau real i ofal sylfaenol.
- Dylai Llywodraeth Cymru a byrddau iechyd lleol gynyddu eu hymdrechion i recriwtio, cadw a hyfforddi'r gweithlu meddygon teulu.
- Dylai Llywodraeth Cymru a byrddau iechyd leihau'r baich gweinyddol ar feddygon teulu, gan ddefnyddio tystiolaeth a gynhyrchir o bractisau meddygon teulu yng Nghymru, yn ogystal â thystiolaeth o fannau eraill.

Gwella mynediad

Trefnu apwyntiadau: Rydym yn croesawu'r safonau mynediad newydd; fodd bynnag, mae angen eu defnyddio ar y cyd â Safonau Cymru Gyfan ar gyfer Darparu Gwybodaeth Hygyrch i Bobl â Nam ar eu Synhwyrâu a Chyfathrebu â Hwyl. Rydym yn argymhell y dylid eu datblygu ymhellach er mwyn sicrhau'r canlynol:

- Mae practisau meddyg teulu'n derbyn ceisiadau am apwyntiadau trwy sawl dull e.e. ffôn, wyneb yn wyneb ac ar-lein.
- Mae systemau ffôn yn cael eu cyflwyno gyda systemau ciwio, i atal cleifion rhag gorfod ffonio eto.
- Dileu'r arfer o giwio yn yr awyr agored.
- Mae practisau meddyg teulu'n gwneud addasiadau ar gyfer anghenion synhwyrâu, cyfathrebu, iaith ac anghenion eraill pobl, gan gynnwys gwneud gwasanaethau ar-lein yn gydnaws â darllenwyr sgrin.
- Mae cleifion, gan gynnwys pobl hŷn, yn cael eu cynnwys wrth ddatblygu'r safonau ac wrth sicrhau bod practisau'n cydymffurfio â nhw.

Brysbennu dros y ffôn a chyfeirio: Rydym yn croesawu datganiadau diweddar y Gweinidog Iechyd ar frysbennu, ond rydym yn awgrymu y dylid datblygu'r safonau

ymhellach er mwyn mynd i'r afael â phryderon cleifion ynghylch cyfeirio a brysbennu, gan gynnwys:

- Sicrhau bod trinwyr galwadau'n cael eu hyfforddi'n briodol, a bod cleifion yn ymwybodol o'u harbenigedd ac yn ymddiried ynddynt.
- Gwneud trefniadau i sicrhau bod y wybodaeth am gleifion a ddatgelir i drinwyr galwadau yn gyfrinachol, a rhoi gwybod i gleifion am y trefniadau hynny.
- Sicrhau y gall trinwyr galwadau ymateb mewn modd sensitif a phriodol i bobl ag anawsterau clywed neu gyfathrebu.
- Gwella dealltwriaeth a hyder y cleifion ynghylch buddion ymagwedd amlddisgyblaethol tuag at eu gofal iechyd.
- Defnydd technoleg.

Apwyntiadau: Rydym yn annog Llywodraeth Cymru i fynd i'r afael â rhai o'r pryderon ynghylch apwyntiadau, gan gynnwys:

- Gofyn i bractisau meddyg teulu gynnig apwyntiadau o wahanol hydoedd er mwyn adlewyrchu anghenion y cleifion yn well.
- Sicrhau bod meddygon teulu'n fodlon trafod mwy nag un broblem iechyd mewn ymgynghoriad.
- Cael gwared ar gosbau am fod yn hwyr, yn enwedig ar gyfer pobl sy'n cael trafferth cadw at derfynau amser tyn oherwydd eu hiechyd neu gyfrifoldebau gofal.

Parhad a chau: Mae newidiadau yn y gweithlu meddygon teulu'n cael effaith niweidiol ar bobl hŷn. Rydym yn argymhell y canlynol:

- Dylai byrddau iechyd gynnal asesiadau cynaliadwyedd rheolaidd ar bractisau, ac ymyrryd yn gynnar i gynnal gwasanaethau os bydd hynny'n bosibl.
- Os bydd practis yn cau neu'n uno gydag un arall, dylai Cynghorau Iechyd Cymuned gael eu cynnwys yn weithredol wrth ystyried trefniadau eraill.
- Os bwriedir cau neu uno practis, dylai byrddau iechyd sicrhau bod cleifion yn cael gwybod am y newid mewn llythyr.

Ymwybyddiaeth o anableddau: Mae llawer mwy i'w wneud er mwyn sicrhau bod practisau meddygon teulu'n cydymffurfio â'u dyletswyddau dan y Ddeddf Cydraddoldeb. Rydym yn argymhell y canlynol:

- Dylai'r safonau mynediad newydd fynd i'r afael yn benodol â mynediad gan bobl anabl.
- Dylai meddygon teulu gydymffurfio'n llawn â'u dyletswyddau dan Ddeddf Cydraddoldeb 2010. Mae hyn yn berthnasol i'r holl wasanaethau gofal, gan gynnwys clinigau a phob anabledd.
- Dylid defnyddio'r Bil Iechyd a Gofal Cymdeithasol (Ansawdd ac Ymgysylltu) (Cymru) newydd fel sail i ddyletswyddau iechyd hygyrch.
- Dylai meddygon teulu sicrhau bod systemau archebu ar gyfer apwyntiadau brys ac arferol ar gael i bobl ag anableddau ar y clyw, y lleferydd, y golwg neu anableddau gwybyddol.
- Os bydd rhywun yn cael trafferth cyfathrebu, gweld, clywed neu ddeall, dylai'r staff ymateb mewn ffordd briodol a chydymdeimladol.
- Dylai practisau wneud addasiadau rhesymol i'w systemau ar gyfer cleifion nad ydynt yn gallu cydymffurfio â gofynion e.e. yn ymwneud â phrydlondeb.

Llais y Cleifion: Mae dadleuon ynghylch gofal sylfaenol yn cael eu rheoli gan weithwyr iechyd proffesiynol, heb lawer o gyfraniad gan gleifion, wrth ddylunio neu fonitro newid. Rydym yn argymhell y canlynol:

- Dylai Cyngorau Iechyd Cymuned gael cyfle i gymryd rhan cyn gynted â phosibl pan fydd newidiadau'n effeithio ar wasanaethau meddyg teulu.
- Dylai Cyngorau Iechyd Cymuned (neu eu holynwyr) ddechrau trafodaeth am y newidiadau yn y model gofal sylfaenol.
- Dylai byrddau iechyd atgoffa practisau meddygon teulu am bwysigrwydd ymgysylltu â chleifion, yn enwedig pan fydd newidiadau'n cael eu cynllunio a'u gweithredu.
- Dylai Cyngorau Iechyd Cymuned (neu eu holynwyr) fod yn gyfrifol am fonitro ac adrodd ar fynediad i wasanaethau meddyg teulu yn eu hardal yn flynyddol.

1. RHAGARWEINIAD

Mae sicrhau mynediad cyflym at ofal pan fydd ei angen yn un o gonglfeini system ofal o ansawdd uchel¹. Mae'r dystiolaeth yn amlwg yn cefnogi arwyddocâd gofal sylfaenol ar iechyd y boblogaeth, ac mae'n profi bod cyflenwad o feddygon teulu'n gwella amrywiaeth eang o ganlyniadau iechyd.

Mae mynediad yn bwnc sydd dan y chwyddwydr yn fwyfwy aml. Ceir adroddiadau cyson am bractisau meddyg teulu'n cau eu cofrestrau i gleifion newydd neu'n cau yn gyfan gwbl, ac am gleifion yn gorfod ffonio cannoedd o weithiau er mwyn cael apwyntiad neu aros wythnosau i gael eu gweld.

Mae'r heriau hyn yn cael effaith sylweddol ar bobl o bob oedran, ond maen nhw'n effeithio ar bobl hŷn yn enwedig. Mae pobl hŷn yn defnyddio gwasanaethau meddyg teulu'n fwy nag unrhyw grwpiau oedran eraill, gan fod ganddynt lawer mwy o gyflyrau tymor hir. Hefyd, mae pobl hŷn yn llawer mwy tebygol nag unrhyw grwpiau oedran eraill o ddioddef anableddau neu namau sy'n golygu bod cael mynediad at wasanaethau meddyg teulu yn anodd. Hefyd, mae ganddynt farn a disgwyliadau sefydledig, yn enwedig gan fod rhai ohonyn nhw wedi'u geni cyn i'r GIG gael ei sefydlu.

Yn ddiweddar, mae Cynghrair Henoed Cymru wedi derbyn llawer o hanesion gan bobl hŷn am y trafferthion maen nhw'n eu hwynebu wrth gael mynediad at eu practis meddyg teulu. Mae pobl hŷn yn dal i gael problemau, er gwaetha'r argymhellion a wnaed gan y Comisiynydd Pobl Hŷn yn 2017 ynghylch camau ymarferol y dylid eu cymryd i wella mynediad, ac ymrwymiad Llywodraeth Cymru i wella mynediad a thegwch i bawb.

Felly, cytunodd Sefydliad Bevan a Chynghrair Henoed Cymru i gydweithio er mwyn cael gwell dealltwriaeth o'r heriau a datblygu atebion ymarferol. Rydym wedi adolygu'r dystiolaeth ynghylch mynediad i wasanaethau meddyg teulu yng Nghymru a Lloegr, wedi cynnal arolwg ar-lein ac ar bapur gyda phobl hŷn ym mhob cwr o Gymru, wedi cynnal chwe grŵp ffocws yn ne a gogledd Cymru, ac wedi trafod y canfyddiadau a ddaeth i'r amlwg gyda dau grŵp o randdeiliaid ac yng nghynhadledd flynyddol Cynghrair Henoed Cymru.

Mae'r adroddiad hwn yn nodi ein prif ganfyddiadau ac argymhellion ar gyfer gweithredu. Rydym yn ddiolchgar i bawb – gan gynnwys meddygon teulu, nyrsys meddygfeydd, cynrychiolwyr cleifion ac, wrth gwrs, yr henoed a'u gofalfwyr – am roi eu hamser i helpu gwella iechyd pobl hŷn. Hefyd, rydym yn ddiolchgar i ddau gynghorydd proffesiynol – y ddau yn gyn-feddygon teulu – sydd wedi rhoi sylwadau ar ddrafftiau o'r adroddiad hwn a rhannu eu harbenigedd.

Rydym yn gobeithio y bydd eu cyfraniad a mewnbwn Sefydliad Bevan a Chynghrair Henoed Cymru yn gwneud gwahaniaeth. Sefydliad Bevan sy'n gyfrifol am y canfyddiadau ac am unrhyw gamgymeriadau yn yr adroddiad.



2. MYNEDIAD A PHOBL HÛN

Disgrifir practis cyffredinol fel ‘sylfaen’ y GIG yng Nghymru². Os yw mynediad at feddygon teulu mor bwysig â hynny, dylai pawb gael mynediad ato. Ac wrth gwrs, mae hynny’n wir. Ond mae mynediad da yn arbennig o bwysig i bobl hŷn, nid yn unig gan mai nhw yw’r grŵp o bobl sydd fwyaf tebygol o ddefnyddio gwasanaethau meddyg teulu, ond hefyd gan fod mynediad da yn ffordd sicr o wella canlyniadau iechyd. Ond eto, fel y gwelwn ni, pobl hŷn yw’r grŵp sydd fwyaf tebygol o gael trafferth yn cael mynediad i wasanaethau meddyg teulu.

2.1 Beth yw mynediad?

Mae mynediad yn derm eang a ddefnyddir i ddisgrifio gwahanol agweddau ar gysylltiad y claf â’i feddyg teulu. Mae’n bwysig yn ei rinwedd ei hun, ond hefyd oherwydd yr hyn mae’n ei alluogi. Fel y mae Boyle et al yn ei nodi: ‘ni fyddai’r rhan fwyaf o bobl yn ystyried mynediad da at wasanaeth gwael yn “fynediad da”’.³

Mae bron i bob agwedd ar fynediad yn enwedig o bwysig i bobl hŷn.

Cofrestru gyda meddyg teulu

Yr agwedd gyntaf a phwysicaf ar fynediad yw a all y claf gofrestru gyda meddyg teulu. Mae pobl sy’n byw yng Nghymru fel arfer yn gallu dewis pa feddyg teulu maen nhw’n cofrestru iddo, ond nid oes rhaid i’r meddyg teulu dderbyn cofrestriad. Os bydd yn gwrthod, rhaid iddo ddarparu rhesymau da yn ysgrifenedig. Gall meddygon teulu gau eu rhestrau i gofrestryddion newydd – ac weithiau maen nhw’n gwneud hynny – naill ai dros dro neu yn y tymor hir.

Cysylltu â’r feddygfa

Mae’r ail agwedd ar fynediad yn ymwneud â’r broses o gysylltu â phractis meddyg teulu a gofyn am apwyntiad. Mae hyn yn ymwneud ag amseroedd agor y practis yn ogystal â threfniadau’r practis ar gyfer gwneud apwyntiad e.e. dros y ffôn, wyneb yn wyneb neu archebu ar-lein.

Prydlondeb ymgynghoriad

Y drydedd agwedd ar fynediad yw prydlondeb, hynny yw, a ellir gwneud apwyntiad o fewn amser rhesymol ar ôl gwneud cais, ac a oes apwyntiadau ar gael ar adegau cyfleus yn ystod y dydd. Hefyd, mae darparu gofal tu allan i oriau yn rhan o brydlondeb, ond nid yw’n cael ei ystyried yma.

Dewis a pharhad

Mae'r bedwaredd agwedd ar fynediad yn ymwneud â dewis y cleifion, fel a oes gan y claf ddewis o feddygon teulu yn y practis; p'un a all weld y meddyg teulu o'i ddewis; neu a all fynegi dewis cyffredinol e.e. gweld meddyg gwrywaidd neu fenywaidd neu feddyg sy'n siarad Cymraeg.

Mynediad corfforol

Yn olaf, mae mynediad corfforol, hynny yw, p'un a yw'r claf yn gallu mynychu apwyntiad yn y practis yn gorfforol. Effeithir ar hyn gan addasrwydd y safle ar gyfer pobl sydd â namau corfforol, namau ar y synhwyrâu a namau gwybyddol, a gallu'r claf a'r meddyg teulu i gyfathrebu.

Mae llawer o'r datganiadau polisi ynghylch mynediad yn aneglur o ran pa elfen maen nhw'n berthnasol iddi. Mae ystadegau Llywodraeth Cymru ar 'fynediad'⁴ yn ymwneud ag amseroedd aros. Roedd datganiad Gweinidog Iechyd Cymru ynghylch 'mynediad' yn sôn am drefniadau ar gyfer cysylltu â meddygfeydd yn bennaf.⁵ Weithiau, defnyddir mynediad i olygu gweld meddyg teulu o fewn 24 awr,⁶ ac weithiau mae mynediad yn cyfeirio at anghenion ychwanegol grwpiau penodol o bobl, gan gynnwys pobl ag anableddau corfforol ac anableddau dysgu.⁷ Mae'r diffyg eglurder ynghylch y gwahanol agweddau ar 'fynediad' yn peri dryswch i wneuthurwyr polisi, gweithwyr proffesiynol a chleifion a'r cyhoedd fel ei gilydd, ac efallai'n wir fod hyn yn cyfrannu at yr heriau'n ymwneud â gwella 'mynediad'.

2.2. Mynediad a phobl hŷn

Mae meddygon teulu'n enwedig o bwysig i bobl hŷn: aeth bron i naw ym mhob deg (88 y cant) o bobl 75 oed a hŷn at eu meddyg teulu yn ystod 2017-18, yn ogystal ag wyth ym mhob deg (83 y cant) o bobl 65-74 oed.⁸ Yn ogystal, mae pobl hŷn yn mynd at eu meddyg teulu'n amlach o fewn blwyddyn – gwelodd astudiaeth o bractisau cyffredinol yng Nghymru bod pobl dros 74 oed wedi mynd at feddyg teulu bron i bedair gwaith yn amlach na rhai 5-14 oed.⁹

Mae mynediad da - o ran prydlondeb gweld meddyg teulu - yn bwysig i'r cleifion eu hunain ac i'r GIG. Mae diagnosis a thriniaeth neu gyfeirio prydlon yn helpu i gyflawni'r canlyniadau gorau ar gyfer amrywiaeth eang o broblemau iechyd, tra bod mynediad o ansawdd isel yn gallu ymestyn cyfnodau o anesmwythder neu boen, a gallai gynyddu straen cleifion sydd eisoes yn teimlo'n bryderus. Mae mynediad prydlon hefyd yn effeithio ar ansawdd gofal clinigol. Mae cleifion sy'n gallu cael apwyntiad yn hawdd gyda'r meddyg teulu o'u dewis ac sy'n cael cyfrannu at eu gofal yn fwy tebygol o gydymffurfio â thriniaeth a chymryd cyfrifoldeb am eu gofal.¹⁰ Mae hyn yn arbennig o bwysig i bobl hŷn sy'n llawer mwy tebygol na'r boblogaeth yn ei chyfanrwydd i ddioddef cyflwr tymor hir sy'n cael ei reoli gan eu meddyg teulu: mae dau draean o bobl 65 oed neu hŷn yn dweud bod ganddynt o leiaf un cyflwr tymor hir fel pwysedd gwaed uchel, diabetes a cholesterol uchel, tra bod gan draean o bobl hŷn sawl cyflwr tymor hir.¹¹

Gall mynediad prydlon i feddyg teulu helpu pobl hŷn i gadw eu hannibyniaeth. Er enghraifft, gall cwestiynau rheolaidd am b'un a yw claf wedi syrthio ac, os felly, atgyfeiriad at raglen atal, leihau'r risg o ofid, poen, anaf a cholli hyder sy'n gysylltiedig â syrthio.¹² Yn yr un modd, gall diagnosis a thriniaeth gynnar ar gyfer dementia leddfu'r symptomau neu arafu eu twf mewn rhai pobl, sy'n eu galluogi i fyw yn eu cartrefi eu hunain am amser hwy.

Mae parhad a dewis yn cynyddu hyder ac ymddiriedaeth pobl hŷn mewn gwasanaethau meddyg teulu. Dangosodd arolwg y Comisiynydd Pobl Hŷn¹³ bod pobl hŷn yn gwerthfawrogi perthynas bersonol dda gyda'u meddyg teulu yn fawr, ac y byddant yn sicr yn dewis gweld yr un meddyg teulu bob tro.

Mae ymchwil arall yn dangos bod pobl hŷn yn llawer mwy tebygol nag unrhyw grŵp oedran arall o gyfaddawdu'r angen i gael eu gweld yn erbyn gweld y meddyg teulu o'u dewis.¹⁴ Nid yn unig y mae pobl hŷn yn fwy tebygol nag unrhyw grŵp oedran arall i fod â dewis cyntaf o feddyg teulu,¹⁵ ond mewn arbrofion, gwelwyd eu bod yn fodlon aros am gyfnod hwy nag unrhyw is-grŵp arall o'r boblogaeth i weld y meddyg teulu o'u dewis.¹⁶

Ac mae parhad gofal sylfaenol yn cael effaith gadarnhaol ar ganlyniadau iechyd,¹⁷ yn lleihau'r tebygolrwydd o gael eu derbyn i'r adran ddamweiniau ac achosion brys a gwella'r ffordd o reoli cyflyrau tymor hir fel diabetes. Mae gan bobl hŷn risg uwch o gael eu derbyn i'r ysbyty ar frys, ac maen nhw'n llawer mwy tebygol o ddioddef cyflyrau tymor hir na grwpiau oedran eraill. Nid syndod, felly, bod tystiolaeth bod parhad gofal yn lleihau'r risg o farwolaeth ymysg oedolion hŷn.¹⁸

2.3 Casgliad

Mae mynediad da i ofal da yn hanfodol i bawb, ond mae'n arbennig o bwysig i bobl hŷn. Maen nhw'n defnyddio gwasanaethau meddygon teulu'n amlach na phobl eraill ond maen nhw hefyd yn elwa o ofal prydlon a pharhaus, gyda chanlyniadau iechyd gwell, yn enwedig ar gyfer cyflyrau tymor hir, llai o dderbyniadau ysbyty, gallu byw yn annibynnol a chyfraddau marwolaeth is. Er bod mynediad yn syniad sydd â llawer o elfennau iddo, mae'n rhaid sicrhau bod gan bobl hŷn, ynghyd â phawb arall, fynediad da i ofal sylfaenol. Er, fel y bydd gweddill yr adroddiad hwn yn ei ddangos, mae mynediad yn anodd iawn yn aml i bobl hŷn.

3 CYD-DESTUN POLISI

Mae Llywodraeth Cymru'n gosod ei ymagwedd at bractis cyffredinol yn gadarn o fewn ei gweledigaeth ehangach ar gyfer gofal sylfaenol a'r GIG yn ei gyfanrwydd. Cyhoeddwyd dim llai na naw gwahanol ddogfen polisi neu strategaeth sy'n cwmpasu practis cyffredinol rhwng 2001 a 2019, ac mae pob un ohonynt wedi rhagweld rôl sylweddol ar gyfer gofal sylfaenol, ar y cyd â newid cydbwysedd y gwasanaethau i ffwrdd o ofal eilaidd.¹⁹

3.1 Polisiâu cyffredol yn ymwneud â mynediad

Er mor bwysig yw'r holl wahanol agweddau ar fynediad i wasanaethau meddyg teulu, nid oes llawer o ddatganiadau sy'n sôn yn benodol amdano, a dim strategaethau na chynlluniau gweithredu ers dileu'r targed y dylai cleifion weld meddyg teulu neu weithiwr gofal iechyd priodol o fewn 24 awr o gontract Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol. Mae Llywodraeth Cymru'n disgwyl i bractisau meddyg teulu gyrraedd y targed hwn ar gyfer apwyntiadau brys, a galluogi cleifion i drefnu apwyntiad bythefnos o flaen llaw ar gyfer apwyntiadau nad ydynt yn rhai brys.²⁰

Mae ymagwedd bresennol Llywodraeth Cymru at fynediad yn dod o'r Cynllun Gofal Sylfaenol 2015-2018.²¹ Roedd y cynllun yn cynnwys ymrwymiad penodol i wella 'tegwch mynediad', yn enwedig ymysg pobl ag anableddau corfforol a dysgu, pobl sydd â nam ar eu synhwyrau, pobl â llythrennedd iechyd isel, pobl hŷn fregus a'r rheiny nad ydynt yn ceisio help gan y GIG yn aml, yn ogystal â phobl sydd ag anghenion ieithyddol neu ddiwylliannol.

Yn ystod hyd oes y Cynllun, comisiynodd Llywodraeth Cymru adolygiad sylweddol o iechyd a gofal cymdeithasol,²² ac i ymateb i hynny, cyhoeddodd ei dogfen weledigaeth ddiweddaraf, sef 'Cymru lachach'.²³ Mae 'Cymru lachach' yn nodi gweledigaeth tymor hir ar gyfer 'dull system gyfan' sy'n canolbwyntio ar iechyd a lles ac atal salwch. Sail y dull newydd yw darparu model newydd o iechyd a gofal cymdeithasol, y bwriedir iddo fod yn ddi-dor.

Fel rhan o'r dull newydd hwn, datblygwyd Model Gofal Sylfaenol newydd ar gyfer Cymru. Nid yw manylion y model yn hawdd i'w canfod, ac maen nhw'n cael eu nodi'n fras iawn yn y 'Rhaglen Strategol ar gyfer Gofal Sylfaenol' newydd.²⁴ Yn ei hanfod, mae'r model yn golygu bod gofal yn cael ei ddarparu gan dimau amlddisgyblaethol yn hytrach na meddyg teulu yn unig, gyda phwyslais ar atal a gwella lles trwy annog unigolion i wneud dewisiadau gwell o ran ffordd o fyw. Bydd rhywfaint o'r cyflenwi'n cael ei wneud gan bractisau meddyg teulu sy'n gweithio mewn 'clystyrau' ynghyd â darparwyr gofal sylfaenol eraill.

Mae'r Rhaglen Strategol yn canolbwyntio ar drefniadau cyflenwi ac mae'n disgrifio nifer o ffrydiau gwaith. Nid oes unrhyw dargedau, allbynnau nac amserlenni. Mae mynediad gwell yn torri trwy ffrydiau gwaith yn ymwneud â gofal 24 awr, ymatebion

contractwyr i newidiadau yng nghontract y Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol a rôl technoleg wrth gael mynediad i ofal.

Fel rhan o gyflenwi'r rhaglen gofal sylfaenol, ym mis Mawrth 2019, cyhoeddodd Llywodraeth Cymru ei bod yn disgwyl i bob practis meddyg teulu fodloni safonau mynediad newydd o fewn dwy flynedd.²⁵ Yn bennaf, mae'r safonau'n ymwneud â'r gallu i gysylltu â'r practis meddyg teulu. Nodau'r safonau yw:

- Mae pobl yn cael ymateb prydlon ar ôl cysylltu â'u practis meddyg teulu dros y ffôn.
- Mae gan bractisau systemau ffôn priodol, sy'n atal pobl rhag gorfod ffonio yn ôl sawl gwaith.
- Mae pobl yn cael gwybodaeth ddwyieithog wrth gysylltu â phractis.
- Mae pobl yn gallu cael gwybodaeth am sut i gael help a chymorth.
- Gall pobl ddefnyddio amrywiaeth o opsiynau er mwyn cysylltu â'u practis meddyg teulu.
- Mae pobl yn gallu anfon neges e-bost at bractis er mwyn gofyn am ymgynghoriad heb frys, neu alwad yn ôl.

Ym mis Gorffennaf 2019, cyhoeddodd y Gweinidog Iechyd bod £13 miliwn yn cael ei ddyrannu i gyflawni'r safonau newydd,²⁶ a bydd £9.2 miliwn ohono'n cael ei wario ar weithredu a £3.765 miliwn ar gyfer anghenion seilwaith practisau.

3.2 Rhai heriau

Ar y cyfan, mae gweithwyr gofal iechyd proffesiynol wedi croesawu Cymru lachach a'i is-gynlluniau a'i strategaethau. Er hynny, rhaid holi rhai cwestiynau pwysig ynghylch ei oblygiadau ar gyfer pobl hŷn a'i gyflenwi ar y sail hon.

Yn gyntaf oll, ni fu newid o ran adnoddau i gyd-fynd â'r pwyslais ar ofal sylfaenol. Mae'r gwariant ar wasanaethau gofal iechyd sylfaenol fel cyfran o holl wariant gwasanaeth gofal iechyd gros y Byrddau Iechyd Lleol wedi aros yr un fath, yn fras, o ran arian, ond mae wedi profi toriadau termau real o tua 5 y cant.²⁷

Mae'n anodd gweld sut gellir datblygu gwasanaethau gofal sylfaenol heb gynyddu gwariant. Dyrannwyd £100m o gyllid i'r Gronfa Drawsnewid dros flynyddoedd ariannol 2018-19 a 2019-20, ond mae hyn wedi'i ddynodi ar gyfer gweithgareddau cyflawni newid yn hytrach na buddsoddi mewn gwasanaethau craidd.

Yn ail, mae'r diffyg eglurder ynghylch ystyr mynediad, a nodwyd eisoes, i'w weld yn y dogfennau polisi. Weithiau, mae'n ymddangos bod mynediad yn golygu 'oriau agor', ond mewn mannau eraill, mae'n golygu'r gallu i gysylltu â phractis dros y ffôn. Heb fod yn eglur ynghylch beth sydd angen ei wella, mae'n amhosibl i Lywodraeth Cymru a byrddau iechyd yrru newid.

Yn drydydd, mae'r model newydd o bractis cyffredinol yn llawer mwy na newid y gweithiwr iechyd proffesiynol y mae'r claf yn ei weld yn unig. Mae'n nodi newid sylweddol yn y berthynas rhwng unigolyn a'i feddyg teulu. Yn draddodiadol, mae hon yn berthynas sy'n seiliedig ar ymddiriedaeth, cyfrinachedd a gofal cymunedol, holistaidd, parhaus sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn. Yn y model newydd, er bod cleifion wedi'u cofrestru gyda meddyg teulu penodol, mae'r tebygolrwydd o'i weld yn llawer is. Yn lle hynny, efallai bydd y gofal yn cael ei gyfeirio gan 'lywiwr gofal' – sef, yn aml, staff oedd yn gweithio ar y dderbynfa'n flaenorol – a bydd yn cael ei gyflenwi gan weithwyr gofal iechyd proffesiynol eraill, fel nyrsys practis.

Trwy rannu'r gofal rhwng gweithwyr iechyd proffesiynol, efallai bydd y model newydd yn colli'r hyn a ddisgrifiwyd fel 'potensial eithriadol' ymgynghoriad meddyg teulu.²⁸ Mae ymgynghoriad yn cynnig cyfle i fynd i'r afael â'r broblem y mae'r claf yn ei gyflwyno a rheoli unrhyw gyflyrau tymor hir, yn ogystal â chynnig cyfle i hybu iechyd a hunanofal gwell. Mae llawer o'r potensial hwn yn cael ei golli mewn system heb barhad gofal, gyda'r ymgynghoriad yn mynd yn fwy gweithrediadol. Ond, er gwaetha'r newid anferth o ran sut mae meddygon teulu'n ymgysylltu â chleifion, ni chafwyd fawr ddim dadlau cyhoeddus neu wleidyddol yn ei gylch.

Yn olaf, mae'r polisïau a'r cynlluniau'n cyfeirio'n fras iawn at farn neu brofiadau cleifion. Nid ydym yn gwybod yn iawn sut mae profiadau cleifion wedi llywio'r newidiadau arfaethedig, na sut bydd cleifion yn cyfrannu at eu gweithredu. Wrth i'r adroddiad hwn gael ei gwblhau, daeth cynigion i'r amlwg i ddiwygio cynghorau iechyd cymunedol. P'un a oes angen newidiadau ai peidio, byddant yn dod mewn cyfnod o ddiwygio sylweddol ym maes gofal sylfaenol – yr union adeg y mae angen llais cryf.

3.3 Casgliad

Mae polisïau iechyd presennol Cymru wedi'u cyfeirio at yr her sylweddol dros ben o wella ansawdd ac argaeledd gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol di-dor. Bellach, ceir gweledigaeth glir, fel y nodwyd yn y ddogfen 'Cymru Iachach', a chynlluniau uchelgeisiol ar gyfer y dyfodol.

Nid yw mynediad – ar ei holl ffurfiau – i ofal sylfaenol yn cael ei yrru gan dargedau mwyach, ond yn hytrach yn cael ei weld yn rhan o'r darlun ehangach ar gyfer y GIG. Fodd bynnag, mae angen ystyried rhai cwestiynau hanfodol o hyd ynghylch eglurder pwrpas, cydbwysedd adnoddau, goblygiadau ehangach newid ar gyfer y claf o ran y berthynas â'r meddyg teulu a llais y claf. Gan edrych ymlaen, bydd angen ateb y cwestiynau hyn os rydym am gyflawni'r weledigaeth yn 'Cymru Iachach'.

4. PROFIADAU POBL HŶN

Mae profiadau pobl hŷn o gael mynediad at wasanaethau meddyg teulu'n amrywio. Er mwyn canfod eu barn, cynhaliom arolwg ar-lein ac ar bapur ym mis Mawrth ac Ebrill 2019 ar gyfer pobl hŷn a'u gofalmwyr. Ymatebodd 348 o bobl dros 60 oed i gyd.²⁹ Hefyd, cynhaliom bum grŵp ffocws gyda phobl hŷn ym mis Ebrill 2019 – tri yn ne Cymru a dau yng ngogledd Cymru. Ar ben hynny, cynhaliom grŵp ffocws ar gyfer pobl ddall a rhannol ddall, oedd yn cynnwys rhai pobl dan 60 oed.

Mae'r adran hon yn crynhoi canlyniadau ein harolwg a'n grwpiau ffocws, ynghyd â thystiolaeth o ffynonellau eraill, sef adroddiad y Comisiynydd Pobl Hŷn o 2017³⁰ a data Llywodraeth Cymru o Arolwg Cenedlaethol Cymru.

Mae'n bwysig cydnabod y parch aruthrol roedd bron pawb a gyfrannodd yn ei deimlo am eu meddyg teulu. Roedd llawer o bobl wedi llenwi'r arolwg gan eu bod yn awyddus i esbonio faint roedden nhw'n gwerthfawrogi eu meddyg teulu, ac roedd rhai o'r rheiny a gododd bryderon eisiau i ni wybod eu bod yn gwerthfawrogi bod eu meddyg teulu dan bwysau.

Fodd bynnag, mae'n bwysig deall bod rhai pobl hŷn yn cael trafferth yn cael mynediad at wasanaethau meddyg teulu, p'un a yw hynny ar gyfer apwyntiadau brys neu rai arferol. Tra bod gweddill yr adran hon yn ystyried pryderon penodol, roedd rhai pobl hŷn yn teimlo bod y newidiadau hyn yn rhan o newid ehangach yn eu perthynas â'u meddyg teulu. Dywedodd sawl person nad oedden nhw'n teimlo bod ganddyn nhw eu meddyg teulu eu hunain mwyach, a soniodd rhai pobl eu bod yn teimlo 'wedi'u hanwybyddu' neu 'wedi'u hymwahanu' gan y GIG, neu fod eu practis yn ceisio 'atal torfeydd'.

4.1 Cofrestru gyda meddyg teulu

Gall pawb sy'n gymwys ar gyfer gofal y GIG ofyn i gofrestru gyda meddyg teulu o'u dewis. Gall meddygon teulu dderbyn neu wrthod y cais, a gallant gau eu rhestr cleifion i gofrestryddion newydd, naill ai dros dro neu'n barhaol mewn rhai amgylchiadau,³¹ neu gau eu practis yn llwyr os byddant yn dymuno. Mewn adroddiad gan BBC Cymru Wales, amcangyfrifir bod dros 45,000 o gleifion wedi gorfod symud i bractis meddyg teulu newydd yn sgil cau practisau dros bum mlynedd.³²

Yn ein harolwg, dywedodd 20 y cant o bobl hŷn bod eu practis meddyg teulu wedi newid neu symud, ac eithrio achosion lle'r oedden nhw wedi gofyn am hynny. Roedd newid practis meddyg teulu wedi arwain at newid gweithwyr gofal iechyd proffesiynol, ac nid oedd llawer o bobl yn hoff o hyn, oherwydd torrwyd perthnasoedd hirsefydlog.

Dw i ddim yn adnabod fy meddygon mwyach - mae sawl meddyg gwahanol wedi fy ngweld (Benyw, 68 oed)

Mewn practis llawer mwy erbyn hyn. Yn yr hen bractis, roedd y derbynyddion yn fy adnabod i. Erbyn hyn, mae'n teimlo'n weddol amhersonol (Benyw, 67 oed).

Dywedodd sawl person eu bod yn teimlo bod y newid wedi arwain at wasanaeth o ansawdd is, fel mwy o drafferth yn cysylltu ar y ffôn a gorfod aros yn hirach am apwyntiadau.

Mae'n anoddach cael apwyntiad. Hyd yn oed pan fydd y meddyg yn dweud ei fod eisiau eich gweld chi mewn pythefnos, does dim apwyntiadau ar gael. (Benyw, 69 oed)

I rai, roedd newid practis meddyg teulu yn golygu bod angen i gleifion deithio ymhellach, sy'n achosi problemau sylweddol i bobl hŷn sy'n teithio i'r feddygfa.

Efallai bod cael mynediad yn anodd gan fy mod yn hanner-parlysedig ar ôl cael strôc, ac nid oes gennyf fynediad i drafnidiaeth breifat (Gwryw, 65 oed)

Bellach, rwy'n cael cynnig apwyntiadau sy'n galw am ddau fws i gyrraedd y feddygfa (Benyw, 63 oed, anawsterau sefyll a cherdded)

Nid oedd pob ymateb yn negyddol – dywedodd lleiafrif o bobl nad oedd y newid wedi gwneud gwahaniaeth o gwbl, ac roedd rhai yn croesawu'r gwasanaethau gwell a ddaeth gyda newid practis.

Mae uno fy meddygfa flaenorol [x] gyda Chanolfan Iechyd [y] wedi gwella gwasanaethau yn syth. (Gwryw, 71 oed)

Roedd llawer o bobl hŷn yn teimlo nad oedden nhw wedi cael digon o wybodaeth am y newid, ac nad oedd hysbysebu'r newidiadau arfaethedig yn y papur newydd lleol yn gwneud llawer o les, oherwydd efallai nad yw pobl hŷn yn ei ddarllen. Er eu bod yn deall bod meddygon teulu'n ymddeol neu'n symud ymlaen, roedd y diffyg gwybodaeth yn peri pryder, yn enwedig os cafodd y person hŷn feddyg teulu nad oedden nhw'n hapus gydag ef.

4.2 Trefnu apwyntiad

Mae pa mor hawdd – neu anodd – yw cael apwyntiad meddyg teulu wedi denu penawdau ac annog dadleuon cyhoeddus ers amser. Mae'r dystiolaeth yn awgrymu ei bod yn gymharol anodd i gyfran sylweddol o bobl gael apwyntiad, a bod mwy o bobl yn cael trafferth nag erioed. Yn ôl Arolwg Cenedlaethol Cymru,³³ dywedodd 38 y cant o bobl 65-74 oed a 37 y cant o bobl 75 oed a hŷn ei fod yn weddol anodd neu'n anodd iawn cael apwyntiad meddyg teulu yn 2018/19. Mae hyn wedi gwella rhywfaint ers 2017/18, ond mae'r duedd gyffredinol o anfonlonrwydd yn parhau i dyfu. Er bod y gyfran sy'n dweud bod trefnu apwyntiad yn anodd iawn wedi cynyddu ym mhob grŵp oedran, mae'r cynnydd mwyaf ymysg pobl hŷn.

Yn arolwg y Comisiynydd Pobl Hŷn a gynhaliwyd yn 2016, gwelwyd bod cyfrannau uwch o bobl yn dweud eu bod yn cael trafferth gwneud apwyntiad nag yn Arolwg Cenedlaethol Cymru y flwyddyn honno, gyda 24.4 y cant yn dweud ei bod yn anodd bob amser cael apwyntiad, a 38.6 y cant yn dweud ei bod yn anodd weithiau. Gwelodd ein harolwg ni gyfran debyg i arolwg y Comisiynydd Pobl Hŷn yn dweud ei bod yn anodd bob amser neu weithiau cael apwyntiad brys (39.5 y cant a 25.0 y cant, yn eu trefn).

Mae canfyddiad pobl o ba mor hawdd neu beidio yw cael apwyntiad yn cael ei lywio gan y broses o gysylltu â'r practis meddyg teulu a ph'un a oedd apwyntiad cyfleus ar gael, naill ai ar yr un diwrnod neu o fewn wythnos.³⁴

System archebu

Mae systemau archebu apwyntiadau yn broblem fawr i gleifion a gweithwyr gofal iechyd proffesiynol. Mae llawer o wahanol systemau ar gael, sy'n amrywio o archebu ar-lein, archebu dros y ffôn neu feddygfeydd drws agored. Nododd Cymdeithas Feddygol Prydain:

*Nid oes unrhyw system apwyntiadau, p'un a yw'n system archebu, drws agored neu'n gymysg, wedi darparu'r ateb perffaith.*³⁵

Mae practisau yng Nghymru'n rhydd i ddyfeisio eu systemau apwyntiadau eu hunain. Mae hyn ar ei ben ei hun yn peri dryswch mawr i gleifion:

Dw i ddim yn deall... Mae yna bedwar practis yn yr Wyddgrug, ac mae gan bob un ohonynt wahanol ffyrdd o drefnu apwyntiad. (Cyfranogwr yn y grŵp ffocws, Cei Connah)

Mae barn pobl yn wahanol ynghylch profiad cleifion o ddefnyddio systemau archebu. Mae Cymdeithas Feddygol Prydain yn dadlau bod cleifion yn fodlon iawn â'r dulliau sydd ar waith ar y cyfan.³⁶ Fodd bynnag, gwelsom fod barn cleifion yn llawer llai cadarnhaol.

Trefnu dros y ffôn

Yn Arolwg Cenedlaethol Cymru 2018/19, dywedodd 53 y cant o'r ymatebwyr eu bod wedi cael trafferth cael eu cysylltu dros y ffôn, gyda 55 y cant yn dweud bod angen iddyn nhw ffonio'n gynnar yn y bore er mwyn gwneud hynny.³⁷ Mae'r gyfran sy'n cael trafferth gydag archebion ffôn wedi cynyddu'n sylweddol ers 2012/13, lle dywedodd 36 y cant eu bod wedi cael trafferth cael eu cysylltu a dywedodd 44 y cant bod angen ffonio'n gynnar yn y bore. Hefyd, mewn arolwg ansoddol diweddar gan Lywodraeth Cymru, gwelwyd bod anawsterau gydag apwyntiadau dros y ffôn yn un o'r prif bryderon.³⁸

Nid yw pobl hŷn yn llai tebygol o roi gwybod am anawsterau'n cysylltu â practisau meddyg teulu dros y ffôn na grwpiau oedran eraill, ond nid yw data Arolwg Cenedlaethol Cymru'n ddibynadwy iawn. Gwelodd y Comisiynydd Pobl Hŷn bod

angen i rai cleifion ffonio eu practis yn ôl rhyw 200 o weithiau dros gyfnod o 45 munud, a chanfod yn y pen draw bod pob apwyntiad wedi'i lenwi, a bod angen ffonio unwaith eto drannoeth. Cafodd profiadau tebyg eu codi gan lawer o bobl hŷn yn ein harolwg ac mewn grwpiau ffocws.

Y broblem sydd gen i yw bod angen ffonio am 8.15 y bore. Does dim apwyntiadau ar gael i'w harchebu o flaen llaw o gwbl, felly p'un a oes gennych chi argyfwng ai peidio, rydych chi ar y system ffonio chwarter wedi wyth, ac efallai byddwch yn ffonio 20, 30 o weithiau cyn cael eich cysylltu, neu fwy, a phan fyddwch yn llwyddo i wneud hynny... maen nhw wedi llenwi eu holl apwyntiadau ar gyfer y diwrnod hwnnw yn ystod yr amser rydych chi wedi bod yn aros. (Cyfranogwr yn y grŵp ffocws, Bwrdd Iechyd Betsi Cadwaladr)

Dw i wedi bod yn ffonio'r feddygfa am bum munud i wyth, a heb gael fy nghysylltu tan tua naw o'r gloch. Mae'n hurt. (Cyfranogwr yn y grŵp ffocws, Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf Morgannwg)

Does dim gwasanaeth yn y feddygfa ar ddydd lau ac mae'n rhaid i fi ffonio ar y bore canlynol, gwrando ar y wybodaeth sy'n dweud wrtha i pa wasanaethau sydd ddim ar gael DDWY WAITH ac yna clywed nad oes apwyntiadau ar gael – llai na phum munud ar ôl yr amser agor honedig. (Gwryw, 72 oed)

Ar gyfer cleifion nad oeddent yn gallu gwneud apwyntiad dros y ffôn, roedd y rhan fwyaf yn ein harolwg yn dal ati i ffonio nes iddyn nhw lwyddo. I rai pobl, roedd y broses yn peri straen.

Mae ceisio cysylltu ar y ffôn yn drafferthus iawn, gan eu bod nhw'n brysur o hyd. Mae'r [apwyntiadau] brys ar gyfer y diwrnod wedi mynd fel arfer, ac yna byddwch yn ailadrodd y broses drannoeth, ac yna drennydd, a'r diwrnod wedyn, a'r diwrnod ar ôl hwnnw. Rwyf wedi dioddef canser, felly mae peidio gallu gweld na siarad gyda meddyg yn achosi llawer o straen. (Benyw, 62 oed)

Gall archebu dros y ffôn fod yn anodd iawn i bobl hŷn sydd ag anawsterau. Gwelodd y Comisiynydd Pobl Hŷn efallai nad oes gan bobl hŷn ffonau sy'n gallu ail-ddeialu, efallai eu bod yn cael trafferth dal y ffôn am gyfnod hir neu efallai eu bod yn cael trafferth siarad â staff y practis e.e. yn sgil nam ar eu clyw neu eu golwg. Mewn un arolwg o bobl sydd wedi colli eu clyw, roedd angen i 29 y cant ofyn i rywun arall wneud apwyntiad dros y ffôn ar eu rhan ac roedd rhaid i 36 y cant deithio i'r practis meddyg teulu er mwyn gwneud hynny.³⁹

Soniodd pobl hŷn yn ein harolwg am amrywiaeth o broblemau yn sgil nam.

I gael [apwyntiad] brys neu yn y clinig nyrs, rhaid i chi ffonio neu alw heibio. A minnau'n fyddar, rwy'n ystyried hwn yn wasanaeth eilradd. (Benyw, 67 oed)

Rwy'n fyddar ac mae gennyf broblemau symudedd. Rhaid i fi gerdded i'r feddygfa i ofyn am apwyntiad. Fy meddyg teulu presennol drefnodd hyn, ond mae rhai derbynyddion yn gwrthod ac yn fy anfon adref i ffonio – mae hyn yn amhosibl i fi. (Benyw, 82 oed)

Ni all fy mam-yng-nghyfraith 88 oed ymdopi â'r system ffôn, dewis opsiynau ac aros oesoedd i siarad gyda rhywun... ac yna dyw hi ddim yn gallu eu clywed nhw!! (Benyw, 65 oed)

Hefyd, mae gofyn i bobl ffonio yn gynnar yn y bore yn gallu peri problemau i bobl hŷn. Er enghraifft, mae'n amhosibl i bobl sydd â chlefyd Parkinson ddod yn barod i ffonio yn gynnar yn y bore. Disgrifiodd un cyfranogwr mewn grŵp ffocws fynediad i bobl hŷn sydd mewn tai gwarchod:

Nid yw'n dderbyniol i bobl â phoen cronig ... mae gennym ni bobl sy'n cysgu braidd dim gyda'r nos oherwydd poen, felly pan maen nhw'n cysgu, dydyn nhw ddim eisiau codi am 8 o'r gloch (Cyfranogwr yn y grŵp ffocws, Cei Connah)

Apwyntiadau galw heibio

Mae gan rai meddygfeydd systemau apwyntiadau drws agored neu alw heibio, lle mae'r claf yn mynd i'r feddygfa ac yn aros. Tra bod rhai cleifion yn teimlo bod y system hon yn cynnig sicrwydd o gael eich gweld, roedd llawer o bobl eraill yn gweld hyn yn anodd iawn. Clywsom am sawl practis lle mae cleifion yn ciwio am 7.30am. Dyma sut disgrifiodd un ymatebydd y broses.

Dyma beth sy'n digwydd os bydd angen meddyg arnoch. Rydych yn deffro'n teimlo'n wirioneddol sâl... mae'n bwrw glaw yn drwm ac yn chwythu, mae angen i chi lusgo eich hunan i fyny'r bryn at y bws er mwyn cyrraedd y feddygfa erbyn 7.30am i sicrhau eich bod chi'n gweld meddyg. Rydych yn ciwio tu allan gyda thua 10 o bobl o'ch blaen nes i'r derbynydd agor y drws am 8am. Rydych yn ciwio eto, ac erbyn hyn mae eich cefn a'ch coesau'n brifo cymaint, allwch chi ddim sefyll, ac yna rydych yn cael gwybod bod eich apwyntiad mewn awr a hanner i ddwy awr ac ydych chi eisiau mynd a dychwelyd neu eistedd i aros. Dydych chi ddim eisiau mynd allan yn y tywydd mawr, felly rydych yn dewis yr ail opsiwn. Ni allwch deimlo eich pen-ôl, mae pobl yn peswch ac yn tisian, ac mae'n siŵr y byddwch yn mynd adref gyda salwch gwahanol i'r hyn roeddech chi eisiau gweld y meddyg amdano. Ac felly mae'n dechrau eto. (Benyw, 72 oed)

Rwy'n meddwl mai'r tric yw cyrraedd yno'n gynnar, chi'n gweld, ac yna mae'n rhaid i chi gyrraedd am tua hanner awr wedi saith i gyrraedd blaen y ciw. (Cyfranogwr yn y grŵp ffocws, Cwm Taf Morgannwg)

Mae systemau ciwio yn enwedig o anodd i bobl hŷn. Mae gorfod aros, a hynny tu allan yn y glaw weithiau, yn amhleserus i unrhyw un. Mae'n arbennig o anodd i bobl sy'n gweld sefyll am gyfnod hir yn boenus, neu bobl sâl. Hefyd, clywsom am bobl hŷn sy'n cael trafferth cyrraedd meddyg teulu'n gynnar yn y bore, er enghraifft os ydynt yn cymryd amser i ddod yn barod, yn dibynnu ar ofalwyr i'w cael nhw allan o'r tŷ neu mae angen iddyn nhw ddefnyddio trafnidiaeth gyhoeddus yn gynnar yn y bore. Dywedodd un cyfranogwr grŵp ffocws nad oedd hi'n gallu sefyll mewn ciw, a bod angen iddi ddibynnu ar deulu neu ffrindiau i giwio i wneud apwyntiad drosti, ac yna dod â hi i'r feddygfa.

Archebu ar-lein

Mae archebu ar-lein yn ddewis amgen yn lle ffonio a galw heibio, ac roedd llawer o bobl hŷn yn ein harolwg a'n grwpiau ffocws naill ai wedi'i ddefnyddio eisoes neu wedi dweud y dylid defnyddio mwy ohono. Fodd bynnag, mae archebu ar-lein yn galw am fynediad i'r rhyngwyd a sgiliau digidol, a phobl hŷn yw'r lleiaf tebygol o bob grŵp oedran i feddu ar y rhain. Nid yw apwyntiadau a wneir ar-lein yn eich caniatáu i archebu apwyntiadau brys na dewis meddyg teulu penodol bob amser.

Byddai archebu ar-lein yn gallu bod yn wych ond mae'n gyfyngedig iawn. Gallwch drefnu apwyntiad ar-lein os nad yw'n fater brys (ond mae hynny'n dibynnu arnyn nhw'n cyhoeddi'r holl apwyntiadau sydd ar gael yn rheolaidd). (Benyw, 67 oed)

Mae pobl â namau ar eu golwg wedi nodi nad yw llawer o'r systemau archebu ar-lein a ddefnyddir yng Nghymru'n gweithio gyda darllenwyr sgrin, felly ni all pobl ddall neu rhannol ddall eu defnyddio.

Rheolau archebu

Yn ogystal â'r anawsterau wrth wneud apwyntiad, roedd pobl hŷn wedi'u drysu ac yn rhwystredig ynghylch pa mor llym oedd systemau apwyntiadau. Roedd llawer o feddygfeydd yn derbyn dim ond un dull archebu yn unig, fel dros y ffôn neu wyneb yn wyneb. Clywsom am feddygfa oedd yn gwrthod apwyntiadau wyneb yn wyneb, ac yn gofyn i'r claf adael y feddygfa i ffonio. Cawsom wybod am sawl practis yn gwrthod

gweld cleifion oedd mwy nag ychydig funudau'n hwyr am apwyntiad. Mae pobl hŷn sydd â chyflyrau sy'n gwneud terfynau amser tyn yn anodd mewn perygl o gael eu gwrthod o feddygfeydd dan y rheolau hyn. Dywedodd cynrychiolwyr Cymdeithas Parkinson ac Alzheimer's Cymru eu bod yn gwybod bod pobl yn colli apwyntiadau am y rhesymau hyn. Hefyd, gwelodd y Gymdeithas Alzheimer bod pobl â dementia'n gallu cael trafferth cofio mynychu apwyntiadau, felly mae perygl o beidio â mynychu.⁴⁰ Dywedodd un person:

Yn fy meddygfa i, os byddwch yn mynd am apwyntiad, ond rydych chi bum munud yn hwyr, ni chewch fynd i'r apwyntiad. Wnawn nhw ddim gadael i chi weld y meddyg. (Cyfranogwr yn y grŵp ffocws, Cei Connah)

Hefyd, clywsom am sawl practis sydd â systemau awtomatig pan fyddwch yn cyrraedd. Nid yw pob person hŷn yn gwybod sut i ddefnyddio'r rhain, ac mae'n annhebygol y bydd y system yn addas i bobl â namau gweledol neu wybyddol.

Mae derbynfa'r practis wedi'i chau gan mwyaf, gydag arwydd yn dweud wrthoch chi i ddefnyddio peiriant i archebu lle. Nid yw'n teimlo'n gyfeillgar o gwbl. (Benyw, 61 oed)

Cyfleustra

Mae pobl hŷn yn llai tebygol o ddweud ei bod yn anodd cael apwyntiad cyfleus na grwpiau oedran eraill – dywedodd 24 y cant o bobl 65-74 oed a 18 y cant o bobl dros 75 oed hyn yn Arolwg Cenedlaethol Cymru 2016/17. Mewn grwpiau ffocws, ni chododd y rhan fwyaf o bobl bryderon am amseru apwyntiadau – yn wir, roedd y rhan fwyaf yn ddiolchgar am apwyntiad yn y lle cyntaf.

Serch hynny, mae cyfleustra'n gallu bod yn broblem i bobl sy'n dibynnu ar ofalwr i fynd â nhw i apwyntiad neu'n dibynnu ar wasanaeth bws prin ac felly rhaid iddyn nhw fynychu ar ddiwrnod penodol neu ar amser penodol. Dywedodd un dyn mewn grŵp ffocws ei fod yn haws iddo fynychu apwyntiadau ar ddydd Llun, felly bu rhaid iddo ffonio bob dydd Llun nes iddo lwyddo yn y pen draw – sy'n broses a all gymryd sawl wythnos. Dywedodd un ymatebydd arolwg wrthym:

Rwy'n gofalu am riant gydag Alzheimer's. Mae cael apwyntiadau ar ei gyfer yn anodd iawn. Mae'n rhaid ffonio dro ar ôl tro am 8.30 ac, os byddaf yn llwyddiannus, does dim hyblygrwydd o ran amser yr apwyntiad, felly mae angen rhuthro i drefnu pethau, sy'n achosi pryder a gofid iddo. (Benyw, 63 oed)

Parhad a dewis

Mae parhad a dewis yn hanfodol i bobl hŷn. Mae ymchwil gan Lywodraeth Cymru⁴¹ a'r Comisiynydd Pobl Hŷn wedi dangos bod parhad gofal yn bwysig. Yn ein grwpiau ffocws, dywedodd pobl hŷn bod gwell ganddynt weld yr un meddyg teulu i leihau'r amser a dreulir yn crynhoi eu cyflwr, neu gan eu bod yn teimlo bod gan y meddyg teulu ddiddordeb penodol yn eu cyflwr e.e. diabetes neu'n deall eu hanableddau.

Rwyf wedi bod yn aros dros dair wythnos i weld meddyg penodol... dwyt ti ddim eisiau mynd dros yr un hen bethau ac esbonio dy sefyllfa dro ar ôl tro. (Cyfranogwr yn y grŵp ffocws, Bae Colwyn)

Alla' i ddim mynd at unrhyw feddyg. Mae gen i un meddyg sy'n deall fy nghyflwr... ond mae'n anodd dros ben cael apwyntiad gydag e. Gallwch aros hyd at 3 neu 4 wythnos weithiau (Cyfranogwr yn y grŵp ffocws, pobl â nam ar eu golwg)

Roedd llawer o bobl hŷn yn ansicr iawn am y newidiadau o ran y gweithlu meddygon teulu. Dywedodd rhai eu bod wedi'u synnu i weld bod eu meddyg teulu wedi ymddeol wrth drefnu apwyntiad dilynol. Roedd eraill yn teimlo nad oedd meddyg teulu ganddyn nhw bellach, ond eu bod yn cael eu gweld gan gyfres o feddygon locwm.

Wel, rydych chi'n dod i arfer ag un person ac, yn sydyn iawn, maen nhw wedi mynd (Ymatebydd yn y grŵp ffocws, Cwm Taf Morgannwg)

Mae'n ymddangos fel pe bai'r holl feddygon teulu oedd yn gweithio yn yr hen feddygfa wedi gadael... allwch chi fyth ddewis pa un sy'n eich gweld, felly does dim ffordd o ddatblygu cysylltiad neu berthynas. (Benyw, 62 oed)

Newidiodd fy mhreactis i feddygon locwm rai blynyddoedd yn ôl ac mae'r diffyg parhad yn peri gofid i fi, gan nad ydynt yn gwybod hanes y claf. (Benyw, 64 oed)

Prydlondeb

Mae llawer o bolisiau Llywodraeth Cymru wedi canolbwyntio ar brydlondeb cael apwyntiadau, gan ei fod yn galluogi diagnosis a thriniaeth brydlon, ac yn lleihau faint o amser y mae claf yn ei dreulio'n poeni neu mewn poen. Fodd bynnag, mae ymchwil yn dangos bod barn ac anghenion cleifion yn fwy cymhleth ac nad yw mynediad ar yr un diwrnod o reidrwydd yn opsiwn addas i bawb ym mhob achos.

Yn Arolwg Cenedlaethol Cymru 2018/19, roedd pobl o bob oedran yn dweud mai'r cyfnod aros am apwyntiad oedd un o'r prif anawsterau, a adroddir gan 55 y cant o ymatebwyr. Roedd pobl hŷn rywfaint yn fwy tebygol o ddweud bod aros am amser hir yn broblem na grwpiau oedran arall, ond nid yw'n data'n ddibynadwy iawn.

Hefyd, yn arolwg y Comisiynydd Pobl Hŷn o brofiadau pobl o fynediad, dywedodd sawl ymatebydd eu bod wedi aros am amser hir am apwyntiadau nad ydynt yn rhai brys, gyda rhai ymatebwyr yn nodi amseroedd aros o chwe wythnos, neu hyd yn oed 10 wythnos. Dangosodd ein harolwg ni brofiadau tebyg. Hefyd, gofynnem beth oedd cleifion yn ei wneud os nad oedden nhw'n gallu gwneud apwyntiad. O'r rheiny nad oedd yn gallu gwneud apwyntiad, penderfynodd tua thraean ohonynt aros nes bod un

ar gael, sef rhai wythnosau weithiau. I rai, roedd amser aros hirfaith yn peri pryder mawr.

Gofynnwyd i fi aros pum wythnos a hanner i weld meddyg penodol. Dechreuais gynhyrfu. Teimlais, am y tro cyntaf, fy mod wedi fy ymwahanu rhag y gwasanaeth iechyd. Os ydych chi'n byw ar eich pen eich hun fel fi, mae'n gallu peri straen, ac achosi pryder sy'n codi o sefyllfa sydd eisoes yn ofidus. (Benyw, 68 oed)

Mae rhai pobl hŷn yn dewis aros i weld meddyg o'u dewis.

Rwyf bob amser yn aros i weld yr un meddyg, oni bai ei fod ar wyliau. (Benyw, 76 oed)

Roedd angen apwyntiad arnaf gyda meddyg penodol a roddodd bigiadau yn fy mhen-glin a alluogodd fi i gerdded yn haws, a bu rhaid i fi aros 3 mis. (Benyw, 72 oed)

Ar wahân i allu gwneud apwyntiad yn weddol gyflym, byddai'n well gennyf weld meddyg teulu sy'n gyfarwydd i fi. (Benyw, 64 oed)

Fodd bynnag, gwelsom fod llawer o bobl hŷn yn bodloni ar weld pwy bynnag sydd ar gael ar y diwrnod. Dywedon nhw:

Rydych chi'n teimlo'n lwcus dros ben i gael apwyntiad, heb sôn am eich dewis cyntaf (Cyfranogwr yn y grŵp ffocws, Bae Colwyn)

Rydych yn derbyn beth sy'n cael ei gynnig i chi. Wel, maen nhw wedi dweud wrthym ni 'chewch chi ddim dewis eich meddyg' (Cyfranogwr yn y grŵp ffocws, Maerdy)

Roedd y rhan fwyaf o bobl yn y grwpiau ffocws yn teimlo nad oeddent yn cael cyfle i weld meddyg teulu â rhyw penodol neu sy'n siarad Cymraeg.

4.3 Brysbennu, cyfeirio a llywio gofal

Mae mwy a mwy o bractisau meddyg teulu'n cyflwyno rhyw fath o wasanaeth cyfeirio neu frysbennu pan fydd rhywun yn trefnu apwyntiad. Mae sawl gwahanol system ar gael, ond nod pob un ohonynt yw cyfeirio cleifion at y gofal mwyaf priodol, ac mae'n bosibl nad apwyntiad meddyg teulu yw hynny. Wrth wneud hynny, maent yn cyfrannu at leihau'r pwysau.⁴²

Mewn arolwg Llywodraeth Cymru, cafwyd ymatebion 'cadarnhaol gan mwyaf' i'r dull, ond nododd bod nifer fach o bobl hŷn yn 'cymryd yn erbyn y model yn syth... ac nid oedden nhw eisiau trafod ar y ffôn gyda rhywun nad oedden nhw'n ei adnabod'.⁴³

Mae ymchwil arall yn llai cadarnhaol. Yn 2017, gwelwyd bod gan 35 practis o 72 yn ardal Abertawe Bro Morgannwg ryw fath o system gyfeirio neu frysbennu ar waith, ond bod 55 y cant o ymatebwyr yn anhapus i ddarparu gwybodaeth i driniwr galwadau neu

dderbynnwyd, naill ai o ran egwyddor neu oherwydd gofynnwyd am ormod o wybodaeth.⁴⁴ Adroddodd AGIC 'nad oedd cleifion yn hapus ar y cyfan gyda systemau cyfeirio ar y cyfan, yn enwedig pan roedden nhw'n cynnwys staff y dderbynfa'n holi cwestiynau yn ystod sgysiau archebu apwyntiadau.⁴⁵ Yn ein harolwg ni, dywedodd lleiafrif sylweddol o bobl hŷn – 36 y cant – nad ydyn nhw'n hapus i ateb cwestiynau pan maen nhw'n ceisio trefnu apwyntiad fel arfer.

Ceir dau brif bryder ynghylch brysbennu neu systemau cyfeirio. Y cyntaf yw diffyg hyder yng ngallu'r triniwr galwadau i ddeall cyflyrau iechyd a phenderfynu pwy ddylai weld meddyg teulu ai peidio.

Dw i ddim yn teimlo bod ganddyn nhw ddigon o wybodaeth i wneud penderfyniad am fy iechyd, a dw i eisiau siarad â'r meddyg neu'r nyrs yn unig (Benyw, 84 oed)

Weithiau, mae cwestiynau'n gallu bod yn rhy bersonol. Does gan dderbynyddion mo'r hyfforddiant/gwybodaeth i wneud penderfyniadau ar ba mor ddifrifol/pwysig yw'r cais. (Gwryw, 72 oed)

Hefyd, rwy'n teimlo y dylai rhai pethau gael eu trafod gyda'r meddyg yn unig, ac nid yw staff y dderbynfa'n gwybod digon i allu blaenoriaethu. (Benyw, 68 oed)

Roedd gan bobl hŷn bryderon sylweddol am breifatrwydd a chyfrinachedd hefyd:

Dw i ddim eisiau trafod fy mhroblemau iechyd o flaen cleifion eraill sy'n aros yn y ciw (Benyw, 71 oed)

Does neb yn hoffi siarad â'r dderbynfa ynghylch pam maen nhw eisiau apwyntiad. Gall pobl eraill glywed beth rydych yn ei ddweud. (Benyw, 65 oed)

Roedd rhai pobl hŷn yn hapus i ddatgelu'r rheswm roedden nhw eisiau apwyntiad oherwydd roedden nhw'n teimlo mai dyma'r ffordd orau o sicrhau eu bod yn cael eu gweld.

Fel arfer, rwy'n hapus i ateb cwestiynau i gadw'r staff yn hapus (Gwryw, 82 oed)

Roedd pobl yn fwyaf cyfforddus os oedden nhw'n ystyried bod y sawl sy'n eu holi yn ddigon profiadol neu gymwys.

Mae ein derbynyddion wedi bod yno ers blynnyddoedd, ac maen nhw'n gwybod llawer mwy na mae pobl yn ei dybio. Maen nhw'n gwbl gymwys i wneud penderfyniadau. Y rhai newydd sy'n anwybodus... Mae'r rhai hŷn wedi bod yn gwneud hynny ers mor

hir, maen nhw'n gwybod beth i'w wneud. (Cyfranogwr yn y grŵp ffocws, Bae Colwyn)

Fel arfer, rwy'n hapus i ateb cwestiynau i staff anfeddygol/derbynyddion - rwy'n hyderus y bydd pawb sy'n gweithio yn y practis yn trin fy nghais yn gyfrinachol (Gwryw, 75 oed)

Dywedodd pobl eraill eu bod yn hapus i esbonio eu rhesymau os byddant yn cael preifatrwydd i wneud hynny - clywsom fod rhai practisau wedi'u trefnu i roi preifatrwydd, ond nid rhai eraill.

Mae'r derbynnydd yn eich holi'n dwll, sy'n anghywir yn fy marn i. Fel arfer, rwy'n gofyn i fynd i'r ystafell fach os byddaf eisiau dweud beth yn fy nghyflwr (Cyfranogwr yn y grŵp ffocws, Caerdydd)

Un o'r rhesymau dros holi cleifion yw eu cyfeirio at y gweithiwr gofal iechyd proffesiynol mwyaf priodol. Fodd bynnag, weithiau, mae cleifion nad ydynt wedi llwyddo i gael apwyntiad meddyg teulu wedi mynd i'r adran damweiniau ac achosion brys yn y pen draw, neu wasanaeth tu allan i oriau'r meddyg teulu neu trwy ofyn am ymweliad â'r cartref.

Bu rhaid i fi fynd i'r ysbyty (adran damweiniau ac achosion brys) oherwydd ni chefais weld meddyg teulu ar yr un dydd (Gwryw, 82 oed)

Nid oedd y derbynnydd yn ystyried bod fy mhwl sydyn o olwg dwbl yn argyfwng. Roedd rhaid i fi fynd i'r adran damweiniau ac achosion brys yn y pen draw (Benyw, 72 oed)

Roedd barn pobl am weithwyr gofal iechyd proffesiynol eraill, fel nyrsys practis, yn amrywio. Roedd rhai ohonynt yn gadarnhaol iawn, ond mae'n amlwg nad oedd pobl eraill yn hoffi rhai unigolion:

Mae ymarferwyr nyrsio yn fendith (Gwrywaidd, 80 oed)

Wir yr. Alla' i ddim goddef [nyrs y practis]! (Grŵp ffocws, lleoliad wedi'i guddio)

Hefyd, clywsom adroddiadau am bobl a aeth i weld eu meddyg teulu yn y pen draw er y cyfeiriwyd nhw at weithwyr gofal iechyd proffesiynol eraill, yn enwedig gan nad yw nyrsys na fferyllwyr yn gallu rhagnodi, a hefyd am nifer fach o bobl hŷn sydd wedi

osgoi cysylltu â'u meddyg teulu am eu pryderon oherwydd nid oedden nhw eisiau datgelu eu cyflwr i'r derbynnydd.

4.4 Hyd apwyntiadau a chyfyngiadau

Roedd rhai pobl hŷn yn y grwpiau ffocws ac ar-lein yn teimlo nad yw ymgynghoriadau deg munud o hyd yn ddigon, a chododd llawer ohonynt bryderon y byddai eu practis yn caniatáu trafod un salwch yn unig fesul apwyntiad.

[Hoffwn] siarad gyda'r meddyg am gyfnod ychydig yn hirach. Maen nhw'n ymwybodol mai dim ond 10 munud fesul claf sydd ganddyn nhw, ac nid ydynt yn hapus i chi ddod â mwy nag un broblem i'r apwyntiad. (Benyw, 70 oed)

Mae apwyntiad deg munud o hyd yn gallu bod yn annigonol. Mae gweld gwahanol feddygon teulu yn fy mhryderu ac yn codi amheuan y claf ynghylch a yw'r materion yn cael eu deall yn iawn. (Gwryw, 72 oed)

Rydym yn deall na chaniateir y cyfyngiad hwn ym maes practis cyffredinol yng Nghymru mwyach, ond mae llawer o bobl hŷn naill ai wedi profi'r rheol ar waith neu'n credu ei fod ar waith.

4.5 Mynediad i bobl anabl ar safleoedd

Nid yw mynediad yn golygu gallu gwneud apwyntiad yn unig. Mae'n golygu gallu mynychu'r apwyntiad ar ôl ei drefnu hefyd. Mae angen i gleifion allu mynd i mewn i safle'r meddyg teulu, gallu symud o gwmpas, clywed beth mae staff y practis yn ei ddweud a darllen arwyddion hanfodol.

Er bod hygyrchedd mor bwysig, nid oes llawer o dystiolaeth o gwbl. Mae'r dystiolaeth sy'n bodoli'n awgrymu y gall pobl hŷn sydd ag anghenion ychwanegol brofi problemau sylweddol. Gwelodd adroddiad Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru yn 2016-17 o arolygiadau 'y gallai practisau wneud mwy i fodloni cleifion sydd ag anghenion ychwanegol'.⁴⁶

O ran symudedd, nododd y Comisiynydd Pobl Hŷn nad yw llawer o adeiladau practis hŷn yn hygyrch. Dywedodd saith y cant o bobl a ymatebodd i'r arolwg nad oedd yn hawdd mynd i mewn na symud o gwmpas safle eu meddyg teulu, fel arfer oherwydd diffyg rampiau neu reiliau llaw. Dywedodd bron i chwarter (24 y cant) ohonynt bod yr ystafell aros yn anghyfforddus, er enghraifft oherwydd seddi amhriodol, a dywedodd dros 15 y cant bod amgylchedd yr ystafell ymgynghori yn anghyfforddus.

Yn ein harolwg, dywedodd cyfran ychydig yn llai o bobl bod mynediad yn anodd i bobl ag anawsterau symudedd (4.6 y cant) a dywedodd 3.4 y cant bod y toiled yn anodd ei ddefnyddio. Hyd yn oed os oes gan bractisau fynediad corfforol da, dywedodd rhai

ymatebwyr nad oedd eu meddygfa'n cynnig mannau parcio gerllaw i bobl ag anawsterau symudedd. Roedd mynediad corfforol o ansawdd isel wedi cael effaith ar iechyd pobl, gyda rhai ymatebwyr yn dweud nad oedden nhw'n derbyn gofal mwyach oherwydd problemau mynediad.

[Dylai fod] mynediad gwastad fod ar gael i o leiaf un ystafell nyrsio. Rwyf wedi rhoi'r gorau i fynychu profion monitro anadlu, gan fod ystafell y nyrs berthnasol i fynd i'r grisiau YN UNIG. (Benyw, 79 oed)

Mae pobl sydd wedi colli eu clyw yn dweud bod cael mynediad at eu meddyg teulu'n gallu bod yn anodd iawn. Gwelodd arolygiad Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru o bractisau cyffredinol bod gan y rhan fwyaf o bractisau – ond nid pob un – system ddolen glyw, ond yn rhai ohonynt, roedd y system naill ai ddim yn gweithio, ddim yn gludadwy (felly er ei fod ar gael i gleifion yn y dderbynfa, nid oedd ar gael yn yr ystafelloedd ymgynghori) neu nid oedd yr holl staff yn gwybod sut i'w ddefnyddio.⁴⁷ Soniodd pobl hŷn a gyfwelwyd gan y Comisiynydd Pobl Hŷn am broblemau tebyg wrth ddefnyddio dolenn glyw, a gwelton nhw fod lefelau sŵn uchel neu acwsteg wael yn gallu atal pobl hŷn rhag cyfathrebu'n effeithiol gyda staff, yn ogystal â phroblemau penodol fel meddygon teulu ddim yn wynebu cleifion neu beidio siarad yn glir. Gwelodd Action on Hearing Loss problemau tebyg ynghylch dolenni clyw, gydag un ymatebydd ym mhob pump yn ei arolwg yn dweud nad oes system dolenn glyw ar gael yn eu practis meddyg teulu. Dim ond pedwar y cant gafodd eu holi a oedd angen cymorth arnynt.⁴⁸

Yn ein harolwg, y broblem fwyaf cyffredin o bell ffordd oedd clywed eu henw'n cael eu galw, gydag ychydig dros hanner (51.4 y cant) yn dweud bod hyn yn hawdd ac un ym mhob chwech (16.9 y cant) yn dweud ei fod yn anodd. Soniodd sawl ymatebydd bod chwarae cerddoriaeth yn yr ystafell aros yn golygu bod clywed yr hyn a ddywedir yn anoddach fyth. Dywedodd cyfran ychydig yn llai eu bod yn cael trafferth clywed neu ddeall y meddyg teulu neu'r derbynnydd (dywedodd 60.9 y cant ei fod yn hawdd, a dywedodd 7.8 y cant ei fod yn anodd).

Mae peidio gallu clywed yn effeithio ar ganlyniadau iechyd. Dangosodd adolygiad o'r dystiolaeth gan Smith⁴⁹ bod dros draean y rheiny sydd â nam ar eu clyw yn aneglur ynghylch eu cyflwr yn sgil anawsterau cyfathrebu, a gwelodd Action on Hearing Loss bod dros hanner yr ymatebwyr wedi gadael y practis yn ansicr o'u diagnosis neu sut i gymryd eu meddyginiaeth.⁵⁰

Ar gyfer pobl sydd â nam ar eu golwg, mae ymchwil wedi dangos bod llythyrau apwyntiadau'n cael eu derbyn ar ffurf nad ydynt yn gallu eu darllen yn aml, sy'n arwain at golli apwyntiadau, ac nid oedd bron i dri chwarter y bobl sydd â nam ar eu golwg yn gallu darllen y wybodaeth iechyd bersonol a roddwyd iddynt gan feddygon teulu.⁵¹ Mae Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru wedi nodi bod gan rai practisau arwyddion Braille, ond y gall y mwyafrif wneud mwy dros gleifion sydd â nam ar eu golwg.⁵² Soniodd lleiafrif o'r ymatebwyr i'n harolwg eu bod yn cael trafferth darllen arwyddion (3.4 y cant) gan gynnwys arddangosfeydd gweledol a ddefnyddir i alw ar gleifion.

Dyweddodd llawer o bobl nad oedd staff practisau'n llwyddo i helpu pobl â nam ar eu golwg, neu'n gorymateb pan fyddant yn sylweddoli bod y claf yn ddall neu'n rhannol ddall.

Dydyn nhw ddim yn dod allan [o du ôl i'r ddesg] i helpu, ac rwyf wedi holi. Rwy'n mynd trwy [y drws i ddod o hyd i'r feddygfa] ac mae e fel drysfa. (Ymatebydd mewn grŵp ffocws, grŵp pobl â nam ar eu golwg)

Mae llawer o bobl yn dal i ffysian pan fyddan nhw'n sylweddoli bod gennych ffon neu rywbeth tebyg. Maen nhw'n syrthio'n ddarnau (Ymatebydd mewn grŵp ffocws, grŵp pobl â nam ar eu golwg)

Nid oes llawer o dystiolaeth ynghylch mynediad i wasanaethau meddygon teulu i bobl â namau gwybyddol. Yn yr un modd, dysgodd y Comisiynydd Pobl Hŷn bod pobl sy'n byw â dementia a namau gwybyddol eraill wedi cael trafferth cysylltu â'u practis cyffredinol, wrth fynychu apwyntiad ac wrth gyfathrebu â'u meddyg teulu a staff y practis. Mae pobl sydd ag anableddau dysgu neu nam ar eu cof yn gallu cael trafferth mynegi eu pryderon yn ystod y cyfnod byr sydd ar gael gyda'r meddyg teulu ac wrth gofio trafodaethau am eu gofal. Hefyd, yn aml, maen nhw'n gweld nad ydyn nhw'n derbyn gwybodaeth am y cymorth sydd ar gael nac adolygiadau o'u gofal wrth i anghenion newid.

4.6 Casgliadau

Mae pobl hŷn yn cael mwy a mwy o anhawster gyda chau ac uno practisau, trefnu apwyntiadau cyfleus gyda'r meddyg teulu o'u dewis, a chymryd rhan mewn ymgynghoriadau. Tra bod pobl o bob oedran yn wynebu heriau wrth gael mynediad i ofal meddyg teulu mewn system sydd dan bwysau, mae'n ymddangos bod rhai systemau wedi'u dylunio i fod yn enwedig o anodd ar gyfer pobl hŷn neu bobl anabl. Ar ei orau, mae'n rhwystredig ac yn cymryd amser, ac ar ei waethaf, nid yw problemau iechyd yn cael eu trin yn brydlon, a ddim o gwbl, o bosibl. Mae pobl hŷn anabl mewn perygl penodol o beidio â bodloni eu hanghenion gofal iechyd. Ac, er y gellir rheoli rhywfaint o'r galw trwy sefydlu systemau newydd i gyfeirio at weithwyr proffesiynol eraill, weithiau caiff ei gyfeirio at y gwasanaethau brys.



5. HERIAU I FEDDYGON TEULU

Ar ei fwyaf sylfaenol, mae cael mynedad i wasanaethau meddyg teulu'n dibynnu ar ddigon o feddygon teulu mewn practisau sydd wedi'u lleoli'n agos at gleifion a gydag oriau priodol ar gael ar gyfer ymgynghori. Mae'r adran hon yn ystyried y sefyllfa ar hyn o bryd o ran nifer y meddygon teulu a'u practisau ac oriau agor practisau.

5.1 Nifer y meddygon teulu

Bu newidiadau sylweddol yn y gweithlu meddygon teulu yn ystod y deng mlynedd diwethaf.⁵³ Mae nifer y meddygon teulu a chofrestryddion wedi cynyddu rywfaint dros y deng mlynedd diwethaf, i gyfanswm o 1,964 o ymarferwyr meddyg teulu a 230 o gofrestryddion meddyg teulu yn 2018. Fodd bynnag, mae nifer y locymiaid wedi cynyddu'n sylweddol ers iddyn nhw gael eu cyfrif am y tro cyntaf yn 2015, a gwelwyd cynnydd o 144 mewn cwta tair blynedd. Bellach, mae locymiaid yn cyfrif am bron tri ym mhob deg o'r gweithlu meddyg teulu cyfan.

Mae'r cynnydd yn y gweithlu ymarferwyr a chofrestryddion meddyg teulu wedi adlewyrchu'r cynnydd ym mhoblogaeth Cymru yn fras rhwng 2009 a 2017-18. Ar gyfartaledd, mae 6.3 meddyg teulu fesul 10,000 o bobl. Mae gan Powys nifer ychydig

yn uwch na'r cyfartaledd, sef 7.7 meddyg teulu am bob 10,000 o bobl, ac ardal bwrdd iechyd Hywel Dda sydd â'r nifer isaf, sef 5.8 meddyg teulu am bob 10,000.⁵⁴ Yn anffodus, nid yw cyftri pennau meddyg teulu'n rhoi syniad o'u gallu i ddarparu ymgynghoriadau, gan nad yw'r manylion penodol ynghylch swyddi amser llawn a rhan-amser yn hysbys. Mae hyn yn golygu bod asesu digonoldeb y gweithlu meddygon teulu presennol yn anodd iawn, ac mae'n effeithio ar gynllunio yn y dyfodol.

5.2 Nifer y practisau meddyg teulu

Hefyd, mae newidiadau'n digwydd yn nhrefniadaeth practisau cyffredinol sy'n effeithio ar gleifion. Mae nifer y partneriaethau meddyg teulu wedi gostwng o 483 yn 2011 i 410 yn 2018.⁵⁵ Mae'r gostyngiadau mwyaf wedi bod ym Myrddau Iechyd Aneurin Bevan a Chwm Taf, lle mae mwy nag un practis ym mhob deg wedi diflannu. Fel contractwyr annibynnol, mae hawl gan feddygon teulu ymddeol neu ddychwelyd eu contractau pan fyddant yn dymuno gwneud.

Ar yr un pryd, mae maint practisau wedi newid. Mae nifer y practisau gyda sawl ymarferydd wedi cynyddu'n sylweddol: rhwng 2011 a 2018, tyfodd nifer y practisau sydd â 6 phartner neu fwy o 118 i 153. Gyda chynnydd mewn practisau aml-bartner, bu gostyngiad yn nifer y practisau bach, i lawr o 303 yn 2011 i 215 yn 2018, ac mewn practisau gydag un ymarferydd, bu gostyngiad o naw, sy'n gadael 52 o bractisau yn 2018. Serch hynny, mae gan un practis ym mhob chwech un meddyg teulu yn unig.

Mae'r gostyngiad yn nifer y practisau wedi cael effaith gymysg ar gleifion. Ar un llaw, mae Cymdeithas Feddygol Prydain yn honni bod newidiadau i bractisau wedi gorfodi mwy na 46,000 o bobl yng Nghymru i symud i bractis meddyg teulu arall.⁵⁶ Mae cau practis yn gallu golygu bod cleifion yn colli parhad gofal a pherthynas â'r practis a'i staff, lle mae rhai pobl hŷn wedi bod yn gleifion ers degawdau. Gall y broses newid fod yn gythryblus iawn i'r rheiny sydd ag anghenion gofal amrywiol neu gymhleth neu i bobl anabl neu bobl â nam gwybyddol sydd wedi dysgu sut i ymdopi ag amgylchedd penodol. Hefyd, efallai bod y practis newydd yn bell o'u practis blaenorol. Efallai bod angen gwneud taith hwy, cymryd amser ychwanegol o bosibl gyda phroblemau hygyrchedd neu efallai bydd angen gwario mwy e.e. taith dacs hwy, er mwyn cyrraedd yno.

Ar y llaw arall, mae rhai gwneuthurwyr polisi yn poeni am ansawdd practisau bach neu sydd ag un ymarferydd. Ceir tystiolaeth anghyson ynghylch gallu practisau bach i gyflenwi gofal o ansawdd uchel.⁵⁷ Mae rhywfaint o dystiolaeth ymchwil yn dangos perthynas rhwng maint ac ansawdd, gyda practisau mwy yn cynnig gofal o ansawdd uwch ar y cyfan, ac amrywiaeth ehangach o wasanaethau. Fodd bynnag, nid yw'r berthynas yn anffurfiol, ac nid yw practisau bach o reidrwydd yn cynnig gofal o ansawdd is.⁵⁸ Ac, yn hanfodol i bobl hŷn, sy'n ystyried parhad yn bwysig dros ben, mae practisau mwy hefyd yn gysylltiedig â chynnig llai o barhad gofal na practisau maint canolig a bach.⁵⁹

5.3 Galw cleifion yn cynyddu

Mae'r galw am wasanaethau meddyg teulu'n cynyddu. Er bod twf poblogaeth Cymru'n gymharol isel, mae'r boblogaeth 65 oed a hŷn wedi cynyddu'n gyflym, sydd wedi gweld cynnydd o 76,880 rhwng 2011 a 2017.⁶⁰ Mae pobl hŷn yn fwy tebygol na phobl iau o fynd at eu meddyg teulu yn ystod cyfnod o ddeuddeg mis, gydag 88 y cant o bobl dros 85 oed yn gwneud hynny yn 2017/18 o gymharu â 71 y cant o bobl 25-44 oed. Ar yr un pryd, mae cyflyrau tymor hir yn dod yn fwy amlwg ac yn mynd yn fwy cymhleth. Mae dau draean o bobl 65 oed a hŷn yn dweud bod ganddynt o leiaf un cyflwr tymor hir, fel pwysedd gwaed uchel, diabetes a cholesterol uchel, tra bod gan draean o bobl hŷn sawl cyflwr.⁶¹

Caiff y newidiadau hyn yn y boblogaeth eu hadlewyrchu yn y galw am wasanaethau meddyg teulu. Nid oes unrhyw ffigyrau ar gael ar gyfer Cymru, ond mae'r dystiolaeth yn Lloegr yn dangos bod y nifer o weithiau y mae claf yn mynd at feddyg teulu wedi cynyddu ac mae hyd ymgynghoriadau wedi ymestyn hefyd.⁶² Erbyn 2014/15, amcangyfrifodd The Kings Fund bod pob claf cofrestredig yn mynd at ei feddyg teulu 4.91 gwaith y flwyddyn, a bod ymgynghoriad arferol yn para 11.7 munud.⁶³

Mae'r cyfuniad o nifer uwch a hyd ymgynghoriadau wedi cynyddu llwyth gwaith clinigol meddygon teulu yn sylweddol. Nid oes unrhyw ddata ar gael ar gyfer ymgynghoriadau meddyg teulu yng Nghymru, ond amcangyfrifir bod llwyth gwaith clinigol meddygon teulu yn Lloegr wedi cynyddu 16 y cant rhwng 2007-8 a 2013-14.⁶⁴ Gan edrych ymlaen, mae Ymddiriedolaeth Nuffield yn amcangyfrif y bydd nifer yr ymgynghoriadau meddyg teulu yn cynyddu 17 y cant yng Nghymru erbyn 2025/26.⁶⁵

Ar ben y niferoedd cynyddol, mae ymgynghoriadau wedi mynd yn fwy cymhleth, ac un o'r rhesymau am hyn yw bod rhai cleifion sydd ag anghenion mwy syml yn cael gofal gan weithwyr gofal iechyd proffesiynol eraill. Felly, mae meddygon teulu'n gweld cleifion sydd â sawl cyflwr tymor hir, ac efallai y bydd rhai ohonynt yn cael eu trafod mewn un ymgynghoriad. Mewn un astudiaeth a ddyfynnir gan The Kings Fund, gwelwyd bod ymgynghoriad cyfartalog yn trafod 2.5 o broblemau gwahanol ar draws ystod eang o glefydau mewn llai na 12 munud, gyda phob problem ychwanegol yn cael ei thrafod mewn dwy funud yn unig.⁶⁶ Canlyniad hyn yw diwrnod gwaith prysur dros ben i feddygon teulu.

5.4 Pwysau ar y system

Yn ogystal â galw gan gleifion, mae practis cyffredinol dan bwysau yn sgil newidiadau mewn gwasanaethau gofal iechyd, pwysau o rannau eraill o'r GIG fel gofal eilaidd, yn ogystal â gofynion allanol e.e. ar gyfer nodiadau ffitrwydd.⁶⁷

Mewn dadansoddiad blaengar o sut mae practisau meddyg teulu'n defnyddio eu hamser, gwelwyd y gellid osgoi 18 y cant o bob apwyntiad meddyg teulu pe bai'r practis wedi'i drefnu mewn ffordd wahanol.⁶⁸ Y prif reswm o bell ffordd oedd y gellid gwasanaethu'r claf yn well trwy ei gyfeirio at wasanaeth gofal sylfaenol arall – yn aml

o fewn y practis. Y rhesymau eraill am apwyntiadau y gellir eu hosgoi oedd rhoi gwybod i glaf am ganlyniadau prawf normal neu oherwydd na sefydlwyd cynllun gofal ar gyfer y claf.⁶⁹

Hefyd, mae rhannau eraill o'r GIG yn rhoi pwysau ar feddygon teulu ac yn cymryd amser ymgynghori. Gyda'i gilydd, mae atgyfeirio ac ail-atgyfeirio i ofal eilaidd, anfon 'llythyrau cyflymu' a cheisio canlyniadau profion yn cyfrif am 4.5 y cant o apwyntiadau y gellir eu hosgoi.⁷⁰ Mae cysylltu â gwasanaethau iechyd meddwl a gofal cymdeithasol wedi'u amlygu fel pethau sy'n defnyddio amser gwerthfawr meddygon teulu.

Mae pwysau ychwanegol ar feddygon teulu yn cynnwys cael y wybodaeth ddiweddaraf am feddyginiaethau neu ganllawiau newydd, a rheoli gofynion allanol fel darparu 'nodiadau ffitrwydd' a llunio adroddiadau ar gyfer hawliadau yswiriant.

Mae'r meddygon teulu eu hunain yn teimlo dan bwysau mawr. Mae'r Coleg Brenhinol Meddygon Teulu'n adrodd bod 31 y cant o'i aelodau yng Nghymru'n dweud eu bod o leiaf unwaith yr wythnos yn teimlo dan gymaint o straen, maen nhw'n teimlo nad ydynt yn gallu ymdopi.⁷¹ Gwelodd Cymdeithas Feddygol Prydain bod 74.8 y cant o feddygon teulu yng Nghymru'n teimlo bod pwysau o ran llwyth gwaith wedi cael effaith negyddol ar iechyd eu staff ⁷² a bod 81.4 y cant yn teimlo bod llwyth gwaith trwm wedi cael effaith niweidiol ar ansawdd y gwasanaethau i gleifion.⁷³

5.5 Casgliad

Mae cyfanswm y meddygon teulu yn sefydlog a bydd newidiadau o fewn y gweithlu meddygon teulu ac o fewn practisau yn cael effaith anochel ar gleifion: locymiaid yw tua thraean y gweithlu meddygon teulu, mae nifer y practisau'n gostwng, ac mae tua hanner practisau Cymru ar agor rhwng 08:00 a 18:30 heb egwyl cinio. Mae hyn, ar y cyd â galw cynyddol gan gleifion sydd â chyflyrau tymor hir a mwyfwy cymhleth, yn rhoi pwysau ar feddygon teulu a chleifion fel ei gilydd.

Fodd bynnag, nid yw'r ateb mor syml â chynyddu nifer y meddygon teulu – hyd yn oed os gellid cyflawni hynny. Mae biwrocratiaeth, pwysau gan rannau eraill y system iechyd a gofal cymdeithasol, a threfniadaeth y maes practis cyffredinol ei hun, oll yn ffactorau sy'n cyfrannu at bwysau.



6. ATEBION

Mae'r heriau sy'n wynebu maes practis cyffredinol wedi bod yn destun sawl argymhelliad dros y blynyddoedd, ond mae'r mwyafrif wedi'u hanelu at y GIG yn Lloegr yn hytrach na Chymru. Rydym wedi manteisio ar rai o'r canfyddiadau hyn, ynghyd ag awgrymiadau a wnaed gan randdeiliaid mewn dau grŵp ffocws a'r bobl hŷn eu hunain, er mwyn amlinellu argymhellion gweithredu gan Lywodraeth Cymru, byrddau iechyd a'r meddygon teulu eu hunain.

Mae'r argymhellion yn cael eu rhannu'n bedwar maes eang: yn gyntaf, cynyddu capasiti er mwyn cyd-fynd â'r galw cynyddol am ofal sylfaenol o newidiadau yn y boblogaeth a newidiadau polisïau'r llywodraeth; yn ail, gwella mynediad i bobl hŷn a mynd i'r afael yn benodol â phroblemau yn y system trefnu apwyntiadau; ac, yn drydydd, cryfhau llais y cleifion.

6.1 Cynyddu capasiti

Mae gwario ar y GIG ac ar ofal sylfaenol yn gyffredinol, yr heriau sy'n wynebu gweithlu'r meddygon teulu a rôl pwysau eraill ar amser meddygon teulu yn problemau

mawr y mae llawer o sefydliadau yn cael trafferth gyda nhw ers sawl blwyddyn. Fodd bynnag, heb rywfaint o gynnydd o ran capasiti, mae'n anodd gweld sut bydd anghenion pobl hŷn mewn gofal iechyd yn eu practis meddyg teulu yn cael eu bodloni.

Yn eironig, mae'n anodd asesu a rhagweld y capasiti presennol a'r gofynion ar gyfer y dyfodol. Mae data o ansawdd uchel ar y gweithlu meddygon teulu⁷⁴ a gwybodaeth am nifer yr ymgynghoriadau a gynhelir yn rhagofyniad ar gyfer cynllunio ar gyfer y dyfodol. Ac er bod sawl adroddiad wedi dangos bod modd cynyddu capasiti trwy wneud newidiadau i brosesau mewnol ac allanol, e.e. lleihau biwrocratiaeth a gwella'r rhyngwyneb rhwng gofal sylfaenol ac eilaidd, rhaid ystyried cyllid o hyd.⁷⁵

Cyllid

Yn 2017-18, gwariodd byrddau iechyd yng Nghymru £405 miliwn ar wasanaethau meddygol cyffredinol, sef tua 6.2 y cant o wariant byrddau iechyd y flwyddyn honno.⁷⁶ Mae gwariant ar ofal sylfaenol wedi gostwng 5 y cant mewn termau real ers 2010-11 ac, yn ystod yr un cyfnod, mae gwariant ar rannau eraill y GIG wedi cynyddu.⁷⁷ Mae'r cyllid a ddarperir i fyrddau iechyd ar gyfer gwasanaethau meddygol cyffredinol wedi'i glustnodi, gyda byrddau iechyd fel arfer yn gwario mwy na'u dyraniad. Mae hyn yn awgrymu mai'r ateb yw cynyddu dyraniad cyllid blynyddol Llywodraeth Cymru i wasanaethau meddygol cyffredinol a bod byrddau iechyd yn defnyddio'r cynnydd hwnnw ar gyfer gofal sylfaenol.

Mae Cymdeithas Feddygol Prydain a'r Coleg Brenhinol Meddygon Teulu wedi argymhell bod y cyllid a ddyrennir i wasanaethau meddygol cyffredinol yn cynyddu i rhwng 10.3 y cant a 11.0 y cant o wariant byrddau iechyd, yn eu trefn. Mae hyn yn golygu clustnodi tua £268 miliwn ychwanegol ar gyfer gofal sylfaenol. Mae cynyddu'r gwariant pan mae pwysau sylweddol ar gyllid cyhoeddus yn amlwg yn anodd a, gyda chyn lleied o ddata ar ofynion ar gael, mae'n amhosibl asesu a yw'r ffigyrau a awgrymir yn realistig. Serch hynny, mae'n amlwg nad yw toriadau termau real parhaus i wariant ar ofal sylfaenol mewn cyfnod o alw cynyddol yn ffafriol i wella mynediad, ac, felly, **rydym yn argymhell bod cyllideb Llywodraeth Cymru ar gyfer 2020-21 a chyllidebau'r dyfodol yn dyrannu cynnydd termau real i ofal sylfaenol.**

Gweithlu

Mae'n amlwg bod y gweithlu meddygon teulu wedi'i ymestyn i'r eithaf. Fodd bynnag, gyda diffyg data ar gael ar gapasiti'r gweithlu meddygon teulu, mae'n anodd mesur hyd a lled y broblem a'r atebion angenrheidiol. Mae llawer o wahanol sefydliadau yn cymryd rhan weithredol mewn mynd i'r afael â phroblemau yn y gweithlu. Yn gyffredinol, cytunir bod yr atebion yn golygu cynyddu capasiti meddygon teulu ar hyn o bryd ac yn y dyfodol, gan gynnwys:

- Cynyddu cyfraddau cadw meddygon teulu sydd eisoes yn y gweithlu
- Cynyddu recriwtio i swyddi meddygon teulu gwag
- Cynyddu nifer y meddygon teulu dan hyfforddiant.

Mae cynllun diweddaraf Llywodraeth Cymru ar gyfer gofal sylfaenol yn cydnabod problemau yn y gweithlu ac yn parhau i anelu at weithlu meddygon teulu cynaliadwy, trwy ddefnyddio'r mesurau uchod. Mae'n amlwg bod gwella mynediad i wasanaethau meddygon teulu'n dibynnu'n rhannol – ond nid yn gyfan gwbl – ar ei lwyddiant. **Felly, rydym yn argymhell bod Llywodraeth Cymru a byrddau iechyd lleol yn gwella eu hymdrechion i recriwtio, cadw a hyfforddi'r gweithlu meddygon teulu.**

Lleihau biwrocratiaeth

Yn ystod y trafodaethau ynghylch capasiti, ni roddwyd llawer o ystyriaeth i rôl y galw gweinyddol ar feddygon teulu. Yn Lloegr, amlygwyd biwrocratiaeth fel ffactor pwysig sy'n rhoi pwysau ar bractisau, a gellir defnyddio'r argymhellion ar gyfer gweithredu yn Lloegr⁷⁸ fel sail ddefnyddiol i leihau'r baich gweinyddol yng Nghymru. **Felly, rydym yn argymhell bod Llywodraeth Cymru a byrddau iechyd yn lleihau'r baich gweinyddol ar feddygon teulu, gan ddefnyddio'r dystiolaeth a gynhyrchwyd gan bractisau meddyg teulu yng Nghymru, yn ogystal â thystiolaeth o fannau eraill.**

6.2 Gwella mynediad

Mae llawer o'r heriau sy'n wynebu pobl hŷn wrth gael mynediad i'r gofal iechyd y mae arnynt ei angen yn deillio cymaint o'r systemau a fabwysiedir gan bractisau meddyg teulu ag o ddiffyg capasiti. Rydym yn croesawu mentrau diweddar Llywodraeth Cymru sy'n ceisio deall profiadau cleifion yn well, y safonau mynediad newydd a dyrannu cyllid i wella mynediad. Fodd bynnag, yn ein barn ni, mae modd mynd gam ymhellach: mewn gofal sylfaenol modern, nid yw'n iawn fod cleifion sydd ag anawsterau symud yn ciwio wrth ddrws y practis am 7.30 y bore am apwyntiad, bod pobl hŷn yn gwneud 200 o alwadau ffôn yn gynnar yn y bore i siarad â derbynnydd, neu fod claf â dementia'n cael ei anfon o'r feddygfa gan ei fod pum munud yn hwyr.

Trefnu apwyntiadau

Mae gwneud apwyntiad yn dasg rwystredig, hirfaith. I bobl hŷn ag anableddau, gall y rhwystrau fod yn anorchfygol. Mae practisau meddyg teulu wedi bod yn rhydd i ddewis eu systemau eu hunain, sydd wedi arwain at lawer o wahanol ddulliau o drefnu apwyntiadau, hyd yn oed o fewn ardaloedd unigol. Nid yw'r amrywiadau hyn yn

ymwneud rhyw lawer ag anghenion cleifion, ond cânt eu hysgogi gan ddewisiadau unigolion, arferion ac ymarfer.

Rydym yn croesawu'r safonau newydd ar fynediad a gyhoeddwyd gan Lywodraeth Cymru, ond rydym o'r farn y dylid eu defnyddio ar y cyd â Safonau Cymru Gyfan ar gyfer Darparu Gwybodaeth Hygyrch i Bobl â Nam ar eu Synhwyrâu a Chyfathrebu â Hwyl. Hefyd, rydym yn argymhell eu bod yn mynd sawl cam ymhellach. Dylai Llywodraeth Cymru a byrddau iechyd annog practisau i ystyried eu dull o drefnu apwyntiadau yn ei gyfanrwydd. Mae hyn yn mynd sawl cam ymhellach na buddsoddi mewn systemau ffôn newydd. Mae gan gleifion lawer o wahanol anghenion, ac mae eu gallu i gydymffurfio â systemau'n amrywio. Mae gwersi gwerthfawr i'w dysgu gan bractisau'n mabwysiadu systemau apwyntiadau 'sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn':⁷⁹ byddai mabwysiadu dull mwy hyblyg a phersonoledig, yn hytrach na disgwyl un dull ar gyfer pawb, yn sicrhau bod anghenion pob claf yn cael eu bodloni.

Felly, rydym yn argymhell datblygu'r safonau mynediad ymhellach fel bod:

- **Practisau meddyg teulu'n derbyn ceisiadau am apwyntiadau trwy sawl dull e.e. ffôn, neges destun, wyneb yn wyneb ac ar-lein.**
- **Systemau ffôn yn cael eu cyflwyno gyda systemau ciwio fel nad oes rhaid i gleifion ail-ddeialu.**
- **Yr arfer o giwio yn yr awyr agored yn dod i ben.**
- **Practisau meddyg teulu'n cydnabod ac yn ymateb i anghenion synhwyrâu, cyfathrebu, iaith ac anghenion eraill pobl.**
- **Mynediad ar-lein yn gwella ac yn cydweddu â darllenwyr sgrin ar gyfer pobl â nam ar eu synhwyrâu.**
- **Safonau'n cydymffurfio'n llwyr â dyletswyddau cydraddoldeb practisau meddyg teulu.**
- **Cleifion, gan gynnwys y bobl hŷn eu hunain, yn cael eu cynnwys mewn datblygu'r safonau a sicrhau bod practisau'n cydymffurfio â nhw.**

Cyfeirio a brysbennu dros y ffôn

Rydym yn croesawu cyhoeddiad diweddar y Gweinidog Iechyd y bydd cyfeirio a brysbennu dros y ffôn yn rhan o'r safonau mynediad newydd, ac rydym yn edrych ymlaen at gael mwy o fanylion maes o law.

Rydym yn argymhell y dylai practisau ddatblygu a chyflenwi strategaeth i fynd i'r afael â phryderon cleifion ynghylch cyfeirio a brysbennu, gan gynnwys:

- **Sicrhau bod trinwyr galwadau'n cael eu hyfforddi'n briodol a bod cleifion yn ymwybodol bod ganddyn nhw'r sgiliau angenrheidiol. Efallai y bydd hyn yn golygu mai staff nyrsio sy'n cyflawni'r brysbennu yn hytrach na staff y dderbynfa.**
- **Sicrhau y gall trinwyr galwadau ymateb mewn modd sensitif a phriodol i bobl ag anawsterau clywed neu gyfathrebu.**
- **Gwneud trefniadau i sicrhau bod gwybodaeth am gleifion sy'n cael ei datgelu i drinwyr galwadau yn gyfrinachol a rhoi gwybod i gleifion am y trefniadau hynny.**
- **Gwella dealltwriaeth cleifion a'u hyder ym muddion dull aml-ddisgyblaethol i'w gofal iechyd.**
- **Defnyddio technoleg**

Apwyntiadau

Roedd gan bobl hŷn nifer o bryderon ynghylch trefniadau apwyntiadau. **Rydym yn argymhell y canlynol:**

- **Bod practisau meddyg teulu'n cynnig apwyntiadau o wahanol hydroedd i adlewyrchu anghenion y cleifion yn well.**
- **Dylai practisau meddyg teulu sicrhau y gellir trafod mwy nag un broblem iechyd mewn ymgynghoriad.**
- **Ni ddylid cosbi pobl pan fyddant yn hwyr, yn enwedig ar gyfer pobl sy'n cael trafferth glynu at amserlenni tyn oherwydd eu hiechyd neu eu cyfrifoldebau gofalu.**

Parhad a chau

Hyd yn oed os bydd Llywodraeth Cymru'n llwyddo i ddatrys heriau'r gweithlu, mae'n debygol y bydd rhai meddygon yn dymuno gadael gofal sylfaenol o hyd, er mwyn ymddeol neu am resymau eraill, ac mae practisau'n debygol o barhau i gau neu uno. Mae'r effaith ar gleifion, yn enwedig pobl hŷn sy'n colli parhad gofal hollbwysig, yn gallu bod yn sylweddol. Gall byrddau iechyd gymryd camau i geisio lleihau'r risg o gau practisau. Mae Cymdeithas Feddygol Prydain yn amlinellu sawl dewis arall i feddygon teulu yn hytrach na dychwelyd contract, gan gynnwys cau rhestrau, lleihau ffiniau, a thorri gwaith di-dâl. Hefyd, mae'n awgrymu gofyn i'r bwrdd iechyd lleol am help – gallant helpu practisau sydd mewn trafferthion e.e. gyda'r safle.

Rydym yn argymhell y dylai byrddau iechyd geisio lleihau achosion o gau practisau a'u heffaith trwy gynnal asesiadau cynaliadwyedd rheolaidd ar bractisau a gweithredu'n gynnar er mwyn cadw gwasanaethau os yw'n bosibl.

Pan fydd meddygon teulu'n ymddeol neu pan fydd practisau'n cau neu'n uno, argymhellir y dylai meddygon teulu roi gwybod i gleifion, ond nid yw hyn yn orfodol. Yn anffodus, nid yw pob practis yn gwneud hynny'n effeithiol, fel y mae sawl Cyngor Iechyd Cymuned ac adroddiad yn y wasg yn ei gadarnhau.⁸⁰ Mae llawer o Gynghorau Iechyd Cymuned eisoes yn chwarae rhan weithredol mewn trafodaethau ynghylch cynaliadwyedd practisau yn eu hardal. **Rydym yn argymhell y dylai Cynghorau Iechyd Cymuned chwarae rhan weithredol wrth ystyried trefniadau amgen os bydd practis yn cau neu'n uno ag un arall.**

Os cynllunnir cau neu uno practisau, **rydym yn argymhell y dylai byrddau iechyd sicrhau bod cleifion yn cael gwybod am y newid mewn llythyr.**

Ymwybyddiaeth o anabledd

Roedd yr heriau sy'n wynebu pobl ag anableddau wrth drefnu a mynychu apwyntiadau yn sylweddol. Rydym yn cydnabod bod heriau mewn rhai rhannau o'r ystâd meddygon teulu, ond nid oedd yr holl rwystrau'n rhai corfforol. Mae systemau sy'n addas i'r rhan fwyaf o gleifion, fel archebu dros y ffôn, arddangosfeydd gweledol i alw cleifion neu gosbau ar gyfer bod yn hwyr, yn gallu bod yn anodd iawn, os nad yn amhosibl, i bobl anabl eu defnyddio. Mae hyn yn annerbyniol.

Mae digonedd o safonau, cyngor ac arweiniad ar gael ar wella mynediad i bobl ag anableddau, sy'n cwmpasu popeth o ddyluniad adeiladau i ddarparu dewis o systemau archebu, darparu systemau ffonio fideo a sain, defnyddio ffont maint 14 ar gyfer deunyddiau print, siarad yn glir ond nid gweiddi a darparu seddi ag amrywiaeth o wahanol uchder, gan gynnwys rhai gyda breichiau. Mae sut mae staff y practis - gan gynnwys staff y dderbynfa, nyrsys a meddygon teulu - yn ymateb i bobl anabl yn bwysig hefyd.

Rydym yn argymhell y canlynol:

- **Dylai safonau mynediad newydd Llywodraeth Cymru fynd i'r afael â mynediad pobl anabl yn benodol.**
- **Dylai meddygon teulu gydymffurfio'n llawn â'u dyletswyddau dan Ddeddf Cydraddoldeb 2010. Mae hyn yn berthnasol i'r holl wasanaethau gofal, gan gynnwys clinigau a phobl anabl.**
- **Dylid defnyddio'r Bil Iechyd a Gofal Cymdeithasol (Ansawdd ac Ymgysylltu) (Cymru) newydd i ategu dyletswyddau iechyd hygyrch.**

- Dylai meddygon teulu sicrhau bod systemau archebu ar gyfer apwyntiadau brys ac arferol ar gael i bobl gydag anableddau yn ymwneud â'r clyw, y lleferydd a'r golwg neu anableddau gwybyddol.
- Os bydd rhywun yn cael trafferth cyfathrebu, gweld, clywed neu ddeall, dylai'r staff ymateb mewn modd priodol a chydymdeimladol.
- Dylai practisau wneud addasiadau rhesymol i'w systemau ar gyfer cleifion nad ydynt yn gallu cydymffurfio â gofynion yn ymwneud â phrydlondeb.

6.3 Llais y Cleifion

Mae diffyg llais cleifion a'u gofalmwyr yn rhan amlwg o'n canfyddiadau. Mae hyn yn glir ar bob lefel. Nid oes llawer o ddadleuon, os o gwbl, wedi bod ynghylch model gofal sylfaenol newydd Cymru y tu hwnt i weithwyr ieuchyd proffesiynol. Ond eto, mae'n nodi newid sylweddol yn y berthynas rhwng meddygon teulu a'u cleifion, sy'n galw am ystyried y cyhoedd cyn gwneud y newid. Pan wneir newidiadau i wasanaethau meddyg teulu e.e. os bydd practis yn uno neu'n cau, er efallai yr ymgynghorir â'r Cyngor Iechyd Cymuned, anaml iawn y mae'r cleifion eu hunain yn rhan ohono, felly maent yn cael eu gadael heb lais. Ac, mewn practisau meddyg teulu unigol, prin iawn yr oedd pobl hyn yn ymwybodol o grwpiau cleifion, heb sôn am gymryd rhan ynddynt, a all ddarparu adborth gwerthfawr ar faterion fel problemau ffôn neu fynediad i bobl anabl. Rhaid i hyn newid os ydym eisiau i wasanaethau meddyg teulu wella, ac os ydym eisiau i'r proffesiwn barhau fel un uchel ei barch.

Hefyd, cawsom ein synnu gan y diffyg goruchwyllo mewn practisau meddyg teulu. Fel contractwyr annibynnol, gall practisau fabwysiadu eu trefniadau eu hunain, ac maen nhw'n gwneud hynny, a gwelwyd nad oedden nhw o reidrwydd yn cydymffurfio â holl ofynion ac arweiniad Llywodraeth Cymru. Mae'n ymddangos nad oes llawer o fonitro na gwerthuso yn ymwneud â sut mae'r newidiadau sydd ar waith yn effeithio ar gleifion.

Mae sicrhau y bodlonir safonau uchel a bod newidiadau'n cael eu gwerthuso yn elfen hanfodol o ofal sylfaenol da. Mae'n ymddangos bod y trefniadau contractwyr annibynnol presennol ar gyfer gwasanaethau meddyg teulu'n gwneud cydymffurfio â safonau hyd yn oed yn fwy cymhleth. Fel lleiafswm, gallai cynghorau ieuchyd cymuned (neu eu cyrff olynol) chwarae rôl bwysig wrth fonitro mynediad yn rheolaidd, heb ychwanegu at faich gweinyddol meddygon teulu.

Felly, rydym yn argymhell y canlynol:

- **Bod Cyngorau Iechyd Cymuned bob amser yn cael gwybod am newidiadau sy'n effeithio ar wasanaethau meddyg teulu yn eu hardaloedd cyn gynted â phosibl.**
- **Bod Cyngorau Iechyd Cymuned (neu eu hollynwyr) yn cychwyn trafodaethau am y newidiadau yn y model gofal sylfaenol, gan ymgysylltu ag amrywiaeth eang o unigolion a sefydliadau er mwyn gwneud hynny.**
- **Bod byrddau iechyd yn atgoffa practisau meddyg teulu am bwysigrwydd ymgysylltu â chleifion er mwyn cael eu barn.**

Bod dyletswydd ar Gyngorau Iechyd Cymuned (neu eu hollynwyr) i fonitro ac adrodd ar fynediad i wasanaethau meddyg teulu yn eu hardal yn flynyddol.

NODIADAU DIWEDD

- ¹ Salisbury, C., Banks, J., Goodall, S., Baxter, H., Montgomery, A., Pope, C., Gerard, K., Simons, L., Lattimer, V., Sampson, F., Pickin, M., Edwards, S., Smith, H., Boudioni, M. (2007) **An evaluation of Advanced Access in general practice**. Final Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation
- ² Rosen et al (2016) quoted in Palmer, W., Hemmings, N., Rosen, R., Keeble, E., Williams, S. and Imison, C. (2018) **Improving access and continuity in general practice - evidence review**. Nuffield Trust
- ³ Boyle et al (2010) quoted in Palmer, W., Hemmings, N., Rosen, R., Keeble, E., Williams, S. and Imison, C. (2018) **Improving access and continuity in general practice evidence review**. Nuffield Trust.
- ⁴ Welsh Government (2019) **GP Access: 2019** <https://gov.wales/gp-access>
- ⁵ Welsh Government (2019) **Written Statement: Access to General Medical Services**, 20th March <https://gov.wales/written-statement-access-general-medical-services>
- ⁶ Welsh Government (2003) **Welsh Supplement to UK Directed Enhanced Service for Access**. September <http://www.wales.nhs.uk/sites3/documents/480/annex-cymraeg-e.pdf>
- ⁷ Welsh Government (2014) **Our plan for a primary care service for Wales up to March 2018** <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/986/Our%20Plan%20for%20Primary%20Care%20in%20Wales%20up%20to%20March%202018.pdf>
- ⁸ National Survey for Wales 2017-18
- ⁹ Mukhtar, T.K., Bankhead, C., Stevens, S., Perera, R., Holt, T.A., Salisbury, C. and Hobbs, F.D.R. (2018) **Factors associated with consultation rates in general practice in England, 2013–2014: a cross-sectional study**. British Journal of General Practice. <https://bjgp.org/content/bjgp/68/670/e370.full.pdf>
- ¹⁰ Raleigh, V.S. and Frosini, F. (2012) **Improving GP services in England: exploring the association between quality of care and the experience of patients**. Kinds Fund.
- ¹¹ Wales Audit Office (2014) **The Management of Chronic Conditions in Wales – an update**. <https://audit.wales/system/files/publications/chronic-conditions-2014-english.pdf>
- ¹² NICE (2014) **Falls in older people: assessing risk and prevention**. Clinical Guideline 161. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/chapter/Introduction>
- ¹³ Older People's Commissioner for Wales (2017) **GP Services in Wales: The Perspective of Older People** Older people's experiences of accessing and using GP services in Wales. http://www.olderpeoplewales.com/en/Publications/pub-story/17-02-28/GP_Services_in_Wales_The_Perspective_of_Older_People.aspx#.XVU9muhKiUk
- ¹⁴ Palmer, W., Hemmings, N., Rosen, R., Keeble, E., Williams, S. and Imison, C. (2018) **Improving access and continuity in general practice evidence review**. Nuffield Trust
- ¹⁵ Salisbury, C., Banks, J., Goodall, S., Baxter, H., Montgomery, A., Pope, C., Gerard, K., Simons, L., Lattimer, V., Sampson, F., Pickin, M., Edwards, S., Smith, H., Boudioni, M. (2007) **An evaluation of Advanced Access in general practice**. Final Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation
- ¹⁶ ibid
- ¹⁷ Palmer, W., Hemmings, N., Rosen, R., Keeble, E., Williams, S. and Imison, C. (2018) **Improving access and Continuity in general practice evidence review**. Nuffield Trust
- ¹⁸ Ibid.
- ¹⁹ Auditor General for Wales (2018) **A picture of primary care in Wales**. Wales Audit Office
- ²⁰ Watkins, P. (2016) **General Practice in Wales: frequently asked questions** <http://www.assembly.wales/Research%20Documents/16-006%20-%20GP%20Services/RS16-006-Web-E.pdf>
- ²¹ Welsh Government (2014) **Our plan for a primary care service for Wales up to March 2018** <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/986/Our%20Plan%20for%20Primary%20Care%20in%20Wales%20up%20to%20March%202018.pdf>
- ²² The Parliamentary Review of Health and Social Care in Wales (2018) **A Revolution from Within: Transforming Health and Care in Wales** <https://gov.wales/sites/default/files/publications/2018-01/Review-health-social-care-report-final.pdf>
- ²³ Welsh Government (2018) **A Healthier Wales: our Plan for Health and Social Care**.
- ²⁴ -- (2018) **Strategic Programme for Primary Care** [http://www.primarycareone.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1191/Primary%20Care%20Model%20for%20Wales%20Ownter%20description%20%20April%202019%20\(Eng\).pdf](http://www.primarycareone.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1191/Primary%20Care%20Model%20for%20Wales%20Ownter%20description%20%20April%202019%20(Eng).pdf)
- ²⁵ Welsh Government (2019) **Written Statement: Access to General Medical Services**, 20th March <https://gov.wales/written-statement-access-general-medical-services>

- ²⁶ Welsh Government (2019) Written Statement: General Medical Services (GMS) Contract Reform for 2019-20. 21st June <https://gov.wales/written-statement-general-medical-services-gms-contract-reform-2019-20>
- ²⁷ Archwilydd Cyffredinol Cymru (2018) **Darlun o ofal sylfaenol yng Nghymru**. Swyddfa Archwilio Cymru
- ²⁸ Rydym yn ddiolchgar i un o'n cynghorwyr am dynnu ein sylw at y cysyniad hwn, a ddatblygwyd gan Dr Nigel Stott ac eraill.
- ²⁹ Ymatebodd 77 o bobl dan 60 oed hefyd, ond ni chawsant eu cyfrif yn y canlyniadau
- ³⁰ Older People's Commissioner for Wales (2017) **GP Services in Wales: The Perspective of Older People** Older people's experiences of accessing and using GP services in Wales. http://www.olderpeoplewales.com/en/Publications/pub-story/17-02-28/GP_Services_in_Wales_The_Perspective_of_Older_People.aspx#.XVU9muhKIUk
- ³¹ British Medical Association (2018) **Employment and Career Advice: List management**. <https://www.bma.org.uk/advice/employment/gp-practices/quality-first/manage-inappropriate-workload/list-management>
- ³² BBC Wales (2018) **GP closures in Wales force 46,000 to find new doctors**. 21 Awst.
- ³³ Cyrchwyd gan ddefnyddio'r dangosydd canlyniadau.
- ³⁴ Welsh Government (2019) **Research into accessing primary care services delivered in a general practice setting** https://gov.wales/sites/default/files/statistics-and-research/2019-07/research-accessing-primary-care-services-delivered-general-practice-setting-summary_0.pdf
- ³⁵ BMA Cymru (2014) **General practice: a prescription for a healthy future**.
- ³⁶ Op. cit. p.11
- ³⁷ Clay, H. and Stern, R. (2015) **Making time in general practice**. Primary Care Foundation. <http://www.gpone.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1000/Making-Time-in-General-Practice-FULL-REPORT-01-10-15.pdf>
- ³⁸ Welsh Government (2019) **Research into accessing primary care services delivered in a general practice setting** https://gov.wales/sites/default/files/statistics-and-research/2019-07/research-accessing-primary-care-services-delivered-general-practice-setting-summary_0.pdf
- ³⁹ Action on Hearing Loss (2018) **Good Practice? Why people in Wales who are deaf or have hearing loss are still not getting accessible information from their GP**. <https://www.actiononhearingloss.org.uk/how-we-help/information-and-resources/publications/research-reports/good-practice-wales/>
- ⁴⁰ Alzheimer's Society (undated) **Dementia Friendly GP Practices** <https://www.alzheimers.org.uk/dementia-professionals/resources-gps/dementia-friendly-gp-practices>
- ⁴¹ Welsh Government (2019) **Research into accessing primary care services delivered in a general practice setting** https://gov.wales/sites/default/files/statistics-and-research/2019-07/research-accessing-primary-care-services-delivered-general-practice-setting-summary_0.pdf
- ⁴² Clay, H. and Stern, R. (2015) **Making time in general practice**. Primary Care Foundation. <http://www.gpone.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1000/Making-Time-in-General-Practice-FULL-REPORT-01-10-15.pdf>
- ⁴³ Welsh Government (2019) **Research into accessing primary care services delivered in a general practice setting** https://gov.wales/sites/default/files/statistics-and-research/2019-07/research-accessing-primary-care-services-delivered-general-practice-setting-summary_0.pdf
- ⁴⁴ Abertawe Bro Morgannwg Community Health Council (2017) **GP Telephone Triage Services within the Abertawe Bro Morgannwg University Health Board area**.
- ⁴⁵ Healthcare Inspectorate Wales (2017) **Annual Report 2016 – 2017: General Medical Practices (GPs) Inspections**
- ⁴⁶ ibid
- ⁴⁷ ibid
- ⁴⁸ Action on Hearing Loss (2018) **Good Practice? Why people in Wales who are deaf or have hearing loss are still not getting accessible information from their GP**. <https://www.actiononhearingloss.org.uk/how-we-help/information-and-resources/publications/research-reports/good-practice-wales/>
- ⁴⁹ Smith, S. (2015) **Review of Evidence of Inequalities in Access to Healthcare Services for Disabled People in Wales**, Welsh Government Social Research Bulletin 55/2015
- ⁵⁰ Action on Hearing Loss (2018) **Good Practice? Why people in Wales who are deaf or have hearing loss are still not getting accessible information from their GP**. <https://www.actiononhearingloss.org.uk/how-we-help/information-and-resources/publications/research-reports/good-practice-wales/>
- ⁵¹ Smith, S. (2015) **Review of Evidence of Inequalities in Access to Healthcare Services for Disabled People in Wales**, Welsh Government Social Research Bulletin 55/2015
- ⁵² Healthcare Inspectorate Wales (2017) **Annual Report 2016 – 2017: General Medical Practices (GPs) Inspections**

- ⁵³ Welsh Government (2019) **GPs in Wales, as at 30 September 2018, SFR 20/2019**
https://gov.wales/sites/default/files/statistics-and-research/2019-03/general-medical-practitioners-as-at-30-september-2018-354_0.pdf
- ⁵⁴ Ibid.
- ⁵⁵ Ibid.
- ⁵⁶ BMA Cymru Wales (2018) **More patients forced to move GP**, 10th September
<https://www.bma.org.uk/news/2018/september/more-patients-forced-to-move-gp>
- ⁵⁷ Homberg, P. (2013) **Is 'practice size' the key to quality of care?** British Journal of General Practice, September
- ⁵⁸ Kelly, E. and Stoye, G. (2014) **Does GP Practice Size Matter? GP Practice Size and the Quality of Primary Care.** Institute for Fiscal Studies <https://www.ifs.org.uk/uploads/publications/comms/R101.pdf>
- ⁵⁹ Palmer, W., Hemmings, N., Rosen, R., Keeble, E., Williams, S. and Imison, C. (2018) **Improving access and continuity in general practice evidence review.** Nuffield Trust
- ⁶⁰ Stats Wales **National Population Estimates by year, age and UK country** <https://stats.wales.gov.wales/v/Fzoc>
- ⁶¹ Wales Audit Office (2014) **The Management of Chronic Conditions in Wales – an update.**
<https://audit.wales/system/files/publications/chronic-conditions-2014-english.pdf>
- ⁶² Charles, A., Honeyman, M., Maguire, D. and Das, P. (2016) **Understanding pressures in general practice.** Kings Fund
https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Understanding-GP-pressures-Kings-Fund-May-2016.pdf
- ⁶³ Ibid.
- ⁶⁴ Hobbs, F.D.R., Bankhead, C., Mukhtar, T., Stevens, S., Perera-Salazar, R., Holt, T., and Salisbury, C. (2016) **Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007–14**, The Lancet Volume 387, issue 10035, p 2323–2330, June 04. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00620-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00620-6/fulltext)
- ⁶⁵ Roberts, A. and Charlesworth, A. (2014) **A decade of austerity in Wales?** Nuffield Trust
<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/decade-austerity-wales-web-final.pdf>
- ⁶⁶ Charles, A., Honeyman, M., Maguire, D. and Das, P. (2016) **Understanding pressures in general practice.** Kings Fund
https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Understanding-GP-pressures-Kings-Fund-May-2016.pdf
- ⁶⁷ Ibid
- ⁶⁸ Clay, H. and Stern, R. (2015) **Making time in general practice.** Primary Care Foundation.
<http://www.gpone.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1000/Making-Time-in-General-Practice-FULL-REPORT-01-10-15.pdf>
- ⁶⁹ Ibid
- ⁷⁰ Ibid
- ⁷¹ Royal College of General Practitioners (2018) **Transforming general practice: Building a profession fit for the future.**
<https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/RCGP-Faculties-and-Devolved-Nations/RCGP-Wales/PDF-Documents/2018/RCGP-transforming-general-practice-dec-2018.ashx?la=en>
- ⁷² BMA Wales Cymru (undated) Infographic https://www.bma.org.uk/~/_asset/4/20258.ashx
- ⁷³ BMA Wales Cymru (undated) Infographic https://www.bma.org.uk/~/_asset/4/20257.ashx
- ⁷⁴ Welsh Government (2019) **GPs in Wales, as at 30 September 2018, SFR 20/2019**
https://gov.wales/sites/default/files/statistics-and-research/2019-03/general-medical-practitioners-as-at-30-september-2018-354_0.pdf
- ⁷⁵ Clay, H. and Stern, R. (2015) **Making time in general practice.** Primary Care Foundation.
<http://www.gpone.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1000/Making-Time-in-General-Practice-FULL-REPORT-01-10-15.pdf>
- ⁷⁶ Welsh Government (2019) **NHS Expenditure Programme Budgets, 2017–18 SFR 23/2019**
<https://gov.wales/sites/default/files/statistics-and-research/2019-04/nhs-expenditure-programme-budgets-april-2017-to-march-2018-168.pdf>
- ⁷⁷ Auditor General for Wales (2018) **A picture of primary care in Wales.** Wales Audit Office
- ⁷⁸ Clay, H. and Stern, R. (2015) **Making time in general practice.** Primary Care Foundation.
<http://www.gpone.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1000/Making-Time-in-General-Practice-FULL-REPORT-01-10-15.pdf>
- ⁷⁹ Jackson, B. (undated) **Person-centred appointments system.** Royal College of General Practitioners
<https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/bright-ideas/person-centred-appointment-system.aspx>
- ⁸⁰ Daily Post (2017) **'Misguided' - GP surgery slammed by health watchdog over how it handled closure**, 6th Dec.
<https://www.dailypost.co.uk/news/north-wales-news/misguided-gp-surgery-slammed-health-13995240>