

## Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

---

Lleoliad:

**Ystafell Bwyllgora 1 – Y Senedd**

---

Dyddiad:

**Dydd Mercher, 26 Mawrth 2014**

---

Amser:

**10.30**

---

Cynulliad  
Cenedlaethol  
Cymru

National  
Assembly for  
Wales



I gael rhagor o wybodaeth, cysylltwch â:

**Llinos Madeley**

Clerc y Pwyllgor

029 2089 8403

[PwyllgorIGC@cymru.gov.uk](mailto:PwyllgorIGC@cymru.gov.uk)

---

### Agenda

---

#### Preifat

Cytunodd y Pwyllgor, ar 20 Mawrth 2014, ar gynnig o dan Reol Sefydlog 17.42 i benderfynu gwahardd y cyhoedd o eitemau 1 a 2 o'r cyfarfod

**1 Trafod cynllun gwaith y Pwyllgor ar gyfer yr ymchwiliad i'r cynnydd sydd wedi'i wneud hyd yma ar weithredu Cynllun Cyflawni ar gyfer Canser Llywodraeth Cymru (10:30 – 10:45) (Tudalennau 1 – 10)**

**2 Trafod blaenraglen waith y Pwyllgor ar gyfer tymor yr haf 2014 (10:45 – 11:00) (Tudalennau 11 – 22)**

#### Cyhoedd

**3 Cyflwyniad, ymddiheuriadau a dirprwyon**

#### **4 Ymchwiliad i argaeledd gwasanaethau bariatrig: Sesiwn dystiolaeth 2 (11:00 – 12:00) (Tudalennau 23 – 37)**

Mark Drakeford AC, Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol

Dr Sarah Watkins, Is-adran Grwpiau Iechyd Meddwl ac Agored i Niwed Llywodraeth Cymru

Chris Tudor-Smith, Pennaeth Is-adran Gwella Iechyd, Llywodraeth Cymru

#### **5 Papurau i'w nodi**

**Gwybodaeth ychwanegol o'r cyfarfod ar 13 Chwefror 2014 (Tudalennau 38 – 42)**

**Nodiadau o ginio i drafod gwaith gyda staff academiaidd Prifysgol Abertawe, 13 Chwefror 2014 (Tudalennau 43 – 48)**

**Nodyn a gymerwyd yn y cyfarfod gyda chynrychiolwyr Sefydliad Metabolig a Gordewdra Cymru (WIMOS), 13 Chwefror 2014 (Tudalennau 49 – 52)**

**Nodyn a gymerwyd yn y digwyddiad grŵp ffocws, Cwmbrân, 12 Mawrth 2014 (Tudalennau 53 – 60)**

**Gohebiaeth oddi wrth y Coleg Nyrsio Brenhinol Cymru – ymchwiliad awgrymedig i nyrsio cymunedol (Tudalennau 61 – 67)**

**Gohebiaeth o'r DU Crohn a cholitis – ymchwiliad awgrymiedig i weithredu canllawiau cenedlaethol ar glefydau coluddyn llidus (Tudalennau 68 – 73)**

# Eitem 1

Mae cyfyngiadau ar y ddogfen hon

# Eitem 2

Mae cyfyngiadau ar y ddogfen hon

Gwenda Thomas AC / AM  
Y Dirprwy Weinidog Gwasanaethau Cymdeithasol  
Deputy Minister for Social Services



Llywodraeth Cymru  
Welsh Government

Ein cyf/Our ref: LF/GT/0231/14

David Rees AC  
Cadeirydd y Pwyllgor Iechyd a Gwasanaethau  
Cymdeithasol  
Cynulliad Cenedlaethol Cymru  
Bae Caerdydd  
CF99 1NA

5 Mawrth 2014

### **Bil Gwasanaethu Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) – y Grŵp Technegol ar Gymhwysedd**

Ysgrifennaf atoch yn amgáu dwy ddogfen i sylw'r Pwyllgor, sef:

- copi o'm llythyr dyddiedig 18 Chwefror 2014 at aelodau'r Grŵp Technegol ar Gymhwysedd; and
- copi o restr aelodau'r Grŵp.

Mae'r Grŵp wedi cael ei sefydlu i wneud argymhellion ynghylch yr anghenion, yr amgylchiadau a'r canlyniadau a ddylai fod yn sail i hawl orfodadwy i ofal a chymorth, fel y darperir ar ei chyfer yn adrannau 28, 31, 33, 36 a 37 o Fil Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) (fel y'i diwygiwyd yng Nghyfnod 3). Bydd y rhain yn sail i ddatblygu fframwaith cymhwysedd cenedlaethol, gyda Rheoliadau'n sail iddo fel sy'n ofynnol o dan adran 28 a 29 o'r Bil ac yn ôl y Cod Ymarfer a gyhoeddir o dan adran 139.

Mae'r rhanddeiliaid allweddol gan gynnwys cyrff statudol a chyrff y trydydd sector, yn cael eu cynrychioli ar y Grŵp. Cynhaliwyd cyfarfod cyntaf y Grŵp ar 19 Chwefror ac roedd nifer da o bobl yn bresennol yno. Cynhelir cyfarfod terfynol y grŵp ar ddechrau Ebrill, ac fe'i dilynir gan un neu ragor o ddigwyddiadau cenedlaethol i gynnwys rhanddeiliaid ym mis Mai. Bydd y digwyddiadau hyn yn rhoi prawf ar ganfyddiadau'r Grŵp ac yn eu harchwilio. Caiff y digwyddiadau hyn eu hwyluso gan yr Asiantaeth Gwella Gwasanaethau Cymdeithasol. Rwyf yn disgwyl cael adroddiad terfynol gan y Grŵp rywbryd ar ôl y digwyddiadau hynny er mwyn i'r Rheoliadau a'r Cod Ymarfer gael eu hanfon allan at ddibenion ymgynghori ar ddiwedd y gwanwyn.

Yn fy natganiad ysgrifenedig 5 Tachwedd 2013 gwneuthum ymrwymiad i gyfeirio'r Rheoliadau a'r Cod drafft at y Pwyllgor pan fydd yr ymgynghoriad cyhoeddus yn dechrau. Yn y llythyr hwn rwyf yn ailddatgan fy ymrwymiad i wneud hyn.

Yn gywir

**Gwenda Thomas AC / AM**  
Y Dirprwy Weinidog Gwasanaethau Cymdeithasol  
Deputy Minister for Social Services

Bae Caerdydd • Cardiff Bay  
Caerdydd • Cardiff  
CF99 1NA

Wedi'i argraffu ar bapur wedi'i ailgylchu 100% **Tudalen 18**

English Enquiry Line 0845 010 3300  
Llinell Ymholiadau Cymraeg 0845 010 4400  
Correspondence.Gwenda.Thomas@wales.gsi.gov.uk  
Printed on 100% recycled paper



Eich cyf/Your ref  
Ein cyf/Our ref: LF GT 194 14

At holl aelodau'r Grŵp Technegol  
ar Gymhwysedd

18 Chwefror 2014

Annwyl Aelod o'r Grŵp

Hoffwn achub ar y cyfle hwn i ddiolch ichi am eich cyfraniad i'r Grŵp Technegol ar Gymhwysedd. Bydd gwaith y grŵp yn helpu swyddogion i roi cyngor i mi ar y Rheoliadau a'r Cod Ymarfer i bennu cymhwysedd ar gyfer gwasanaethau gofal a chymorth o dan y Bil Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru).

Mae cynllunio'r broses newydd ar gyfer cymhwysedd yn hanfodol er mwyn gweithredu'r newidiadau cyffredinol i'r system gofal a chymorth a ddarperir drwy'r Bil Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru). Eich tasg chi yw cynghori ar y broses orau fel y gall gwasanaethau statudol fodloni eu dyletswydd drosfwaol i hybu llesiant pobl sydd angen gofal a chymorth.

Rwy'n disgwyl y bydd diffiniad y Bil o "llesiant" yn fan cychwyn i'ch gwaith. Bydd ystyried pob elfen unigol sy'n cyfrannu at y diffiniad cyffredinol hwnnw yn eich galluogi chi i bennu cwrmpas y fframwaith newydd fel bod ganddo rôl ganolog yn niben cyffredinol Bil Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru), ac yn y dyletswyddau i unigolion a gyflwynir gan y Bil.

Rwy'n ceisio cael fframwaith cymhwysedd cenedlaethol a gaiff ei ddefnyddio'n gyson ar draws Cymru fel y gall pobl fod yn hyderus y caiff eu hanghenion gofal a chymorth eu diwallu. Rhaid i'r system newydd wneud yn siŵr fod pobl a theuluoedd yn cael y cymorth iawn, yn y lle iawn, ar yr adeg iawn.

Mae Bil Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) yn gosod cyfrifoldebau parhaol ar awdurdodau lleol i edrych ar gymorth ehangach ar draws y system gofal a lles newydd. Bydd hyn yn sicrhau bod mwy o bobl sydd ag anghenion yn cael eu cefnogi mewn ystod o ffyrdd y gellir cael mynediad iddynt y tu hwnt i'r meini prawf cymhwysedd.

Bydd asesiad a chymhwyster yn chwarae rôl hanfodol yn y system newydd. Ond ni fydd cymaint o arwyddocâd i'r penderfyniad ar gymhwysedd o ran a yw unigolyn yn cael gofal a chymorth i ddiwallu ei anghenion, a bydd llawer mwy o bobl yn cael cymorth drwy'r

dyletswyddau cyffredinol a roddir ar awdurdodau lleol, heb fod angen ysgogiad dyletswydd statudol i ddarparu'r cymorth hwnnw.

Rwy'n gofyn am eich cyngor ar y model cymhwysedd sy'n cefnogi ac yn hyrwyddo mynediad pobl i wasanaethau cymunedol, gwasanaethau ataliol ac ymyrraeth gynnar, ac **ar yr un pryd**, yn sicrhau bod gwasanaethau'n cael eu darparu i'r rhai sydd angen cymorth a help sylweddol â'i gofal personol; a thrwy'r help hwn eu bod yn cael cymorth i gadw rheolaeth dros eu bywydau o ddydd i ddydd.

Fodd bynnag, rwyf am i aelodau'r grŵp fod yn glir o'r cychwyn mai diben trothwy cymhwysedd yw pennu'r pwynt lle bydd unigolyn yn gallu gorfodi'r hawl i gael cymorth gan yr awdurdod lleol, ac felly i bennu'r pwynt y bydd gan yr awdurdod lleol ddyletswydd gyfreithiol i ddarparu neu drefnu'r ddarpariaeth o ofal a chymorth i'r unigolyn. Rhaid i'r fframwaith cymhwysedd bennu pa anghenion gofal a chymorth fydd yn ysgogi gorfodi'r hawl a'r ddyletswydd ar awdurdodau lleol ledled Cymru.

Fel isafswm, rwy'n disgwyl y bydd y fframwaith yn sicrhau y bydd pobl sydd angen help gyda thasgau fel dod allan o'r gwely, gwisgo amdanynt, bwyta ac ymolchi yn gymwys am y cymorth sydd ei angen arnynt gan wasanaethau cymdeithasol yr awdurdod lleol.

Rwyf hefyd am ystyried yr effaith sylweddol y gall chwalu perthynas hanfodol ei chael ar lesiant pobl a'u gallu i gadw rheolaeth dros eu bywyd bob dydd.

Mae'n rhaid i'r rheoliadau fod yn sensitif i amrywiol nodweddion plant, oedolion a gofalwyr, a'u hadlewyrchu nhw. Mae'n rhaid iddynt alluogi gweithwyr gofal proffesiynol i ganolbwyntio ar anghenion yr unigolyn am ofal a chymorth, effaith yr anghenion hynny ar eu llesiant, a lefel y risg i'r unigolion os nad yw'r anghenion hynny'n cael eu diwallu.

Dylai'r fframwaith hefyd adlewyrchu'r gofyniad yn y Bil bod yn rhaid i awdurdodau lleol ddiwallu anghenion pobl sydd angen eu hamddiffyn rhag cael eu cam-drin neu'n hesgeuluso; ac yn ogystal â hynny, amddiffyn plant rhag niwed neu berygl o niwed. Dylai hyn ddigwydd p'un a yw anghenion gofal a chymorth yr unigolyn yn cael eu pennu fel anghenion cymwys neu beidio.

Rwyf wedi gosod tasg heriol ichi sydd ag amserlen yr un mor heriol. Byddaf yn cyflwyno'r fframwaith cymhwysedd newydd i ymgynghori arno'n gyhoeddus yn y gwanwyn, ac yn dilyn yr ymgynghoriad hwnnw, byddaf yn cyflwyno rheoliadau a chod ymarfer i'r Cynulliad Cenedlaethol.

Dymunaf bob llwyddiant ichi yn eich trafodaethau ac edrychaf ymlaen at glywed eich argymhellion yn y gwanwyn.

Yn gywir

**Gwenda Thomas AC / AM**

Y Dirprwy Weinidog Gwasanaethau Cymdeithasol  
Deputy Minister for Social Services

**Yr Adran Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol**  
**Department for Health and Social Services**



Llywodraeth Cymru  
 Welsh Government

**Social Services Eligibility Technical Group**

<b>Name</b>	<b>Role / Organisation</b>
David Street	Corporate Director Social Services, Caerphilly CBC
Stewart Greenwell	Strategic Development Specialist, ADSS Cymru
Carys Lord	Head of Business Management and Innovation, Vale of Glamorgan CC
Jackie Davies	Service Manager Finance & Commissioning, Blaenau Gwent
Sue Darnbrook	Head of Adult Services, Ceredigion CC
Colin Turner	Head of Service Safeguarding and Family, Bridgend CBC
Julie Thomas	Programme Director NCN Development and Integration/ Director Complex Care, Aneurin Bevan UHB
Rhian Davies (Paul Swann)	Chair Disability Wales Reference Group and Director of Disability Wales
Ceri Jackson	Vice chair of Age Alliance Wales and Director of RNIB
Keith Bowen (Beth Evans)	Chair of Carers Alliance and Director of Carers Wales
Steve Harris	Director of Dewis CIL and member of the Wales Alliance for Citizen Directed Care
Amy Clifton	Age Cymru
Yvonne Rodgers	Barnardo's Cymru
Brigitte Gater	Action for Children
Chris Davies	Social Services Improvement Agency
Andrea Gray	Mental Health & Vulnerable Groups (Welsh Government)
Ann Noyes	Adult and Children's Health Policy (Welsh Government)
Chris Humphrey	Strategy Inspector, CSSIW (Welsh Government)
David Clayton	Delivering Policy for Children and Adults (Welsh Government)
Huw Maguire	Family Support (Welsh Government)
Lynda Chandler	Integration Policy and Delivery (Welsh Government)
Martin Semple	Office of the Chief Nursing Officer (Welsh Government)
Rachel Brown	Primary and Community Care Policy (Welsh Government)
Stephen Gear	Safeguarding Team (Welsh Government)

**Facilitator**

Professor Keith Moultrie, Institute of Public Care, Oxford Brookes University

**Policy Team**

Lee Davis, SS Assessment and Care Planning (Welsh Government)

Heather Giles, SS Assessment and Care Planning (Welsh Government)

**Deputy Director**

Margaret Provis, SS Leadership and Improvement (Welsh Government)



**Yr Adran Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol**  
Department for Health and Social Services



**Grŵp Technegol Gwasanaethau Cymdeithasol ar  
Gymwysedd**

Llywodraeth Cymru  
Welsh Government

Enw	Rôl / Sefydliad
David Street	Cyfarwyddwyr Corfforaethol Gwasanaethau Cymdeithasol Cyngor Bwrdeistref Sirol Caerffili
Stewart Greenwell	Arbenigwr Datblygu Strategol Cymdeithas Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru
Carys Lord	Pennaeth Rheoli Busnes ac Arloesi, Cyngor Sir Bro Morgannwg
Jackie Davies	Rheolwr Gwasanaethau Cyllid a Chomisiynu, Blaenau Gwent
Sue Darnbrook	Pennaeth Gwasanaethau Oedolion, Cyngor Sir Ceredigion
Colin Turner	Pennaeth Diogelu Gwasanaethau a'r Teulu, Cyngor Bwrdeistref Sirol Pen-y-bont ar Ogwr
Julie Thomas	Cyfarwyddwr Rhaglenni Datblygu ac Integreiddio NCN/ Cyfarwyddwr Gofal Cymhleth, Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan
Rhian Davies (Paul Swann)	Cadeirydd Grŵp Cyfeirio Anabledd Cymru a Chyfarwyddwr Anabledd Cymru Wales
Ceri Jackson	Is-gadeirydd Cynghrair Henoed Cymru a Chyfarwyddwr RNIB
Keith Bowen (Beth Evans)	Cadeirydd Cynghrair y Gofalwyr a Chyfarwyddwr Cynhalwyr Cymru
Steve Harris	Cyfarwyddwr Dewis CIL ac aelod o Cynghrair Cymru ar gyfer Gofal a Gyfarwyddir gan Ddinasyddion
Amy Clifton	Age Cymru
Yvonne Rodgers	Barnardo's Cymru
Brigitte Gater	Gweithredu dros Blant
Chris Davies	Asiantaeth Gwella Gwasanaethau Cymdeithasol
Andrea Gray	Iechyd Meddwl a Grwpiau Agored i Niwed (Llywodraeth Cymru)
Ann Noyes	Polisi Iechyd Oedolion a Phlant (Llywodraeth Cymru)
Chris Humphrey	Arolygydd Strategaeth AGGCC (Llywodraeth Cymru)
David Clayton	Cyflawni Polisi i Blant ac Oedolion (Llywodraeth Cymru)
Huw Maguire	Cymorth i Deuluoedd (Llywodraeth Cymru)
Lynda Chandler	Polisi a Chyflawni Integreiddio (Llywodraeth Cymru)
Martin Semple	Swyddfa'r Prif Swyddog Nyrsio (Llywodraeth Cymru)
Rachel Brown	Polisi Iechyd Oedolion a Phlant (Llywodraeth Cymru)
Stephen Gear	Y Tîm Diogelu (Llywodraeth Cymru)

#### Hwylusydd

Yr Athro Keith Moultrie, y Sefydliad Gofal Cyhoeddus, Prifysgol Oxford Brookes

#### Tîm Polisi

Lee Davis, Asesu a Chynllunio Gofal Gwasanaethau Cymdeithasol (Llywodraeth Cymru)

Heather Giles, Asesu a Chynllunio Gofal Gwasanaethau Cymdeithasol (Llywodraeth Cymru)

#### Dirprwy Gyfarwyddwr

Margaret Provis, Arwain a Gwella Gwasanaethau Cymdeithasol (Llywodraeth Cymru)

# Eitem 4

Mae cyfyngiadau ar y ddogfen hon

## **Ymchwiliad Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol i argaeledd Gwasanaethau Bariatrig – Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru**

### **Cyflwyniad**

1. Mae'r papur hwn yn rhoi gwybodaeth ar ymchwiliad y Pwyllgor Gofal Cymdeithasol i argaeledd gwasanaethau bariatrig yng Nghymru. Mae'r papur yn delio â'r materion y bydd y pwyllgor yn eu hystyried.
2. Mae llawdriniaeth fariatrig yn wasanaeth arbenigol, ac mae'r Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru (WHSSC) yn gyfrifol am gynllunio a darparu gwasanaethau arbenigol trydyddol yng Nghymru ar ran y Byrddau Iechyd Lleol. Y WHSSC sy'n penderfynu sut y bydd yr arian a ddyrannir i'r gwasanaeth hwn yn cael ei wario a'r meini prawf i'w cwrdd os bydd unigolyn angen bod yn gymwys am llawdriniaeth.
3. Datblygwyd y meini prawf mynediad presennol, a fu mewn grym yng Nghymru ers 2009, i sicrhau bod yr adnoddau prin sydd ar gael ar gyfer llawdriniaeth fariatrig yn cael eu targedu ar gyfer y cleifion hynny sydd â'r gallu mwyaf i elwa o llawdriniaeth. Gosododd WHSSC feini prawf fel y bydd llawdriniaeth (un ai drwy fand gastrig neu ddargyfeirio gastrig), yn cael ei ariannu ddim ond pan fydd claf yn cwrdd â meini prawf clinigol penodol, sy'n cynnwys bod â BMI uwch na 50, a chyd-forbidrwydd difrifol.
4. Cwblheir asesiad clinigol ac addasrwydd ar gyfer llawdriniaeth ar gyfer holl gleifion yng Nghymru gan Banel o Dîm Amlddisgyblaethol yn Sefydliad Llawfeddygaeth Gordewdra a Metabolaidd Cymru (WIMOS). Mae'r asesiad hwn yn cynnwys ystyriaethau corfforol a seicolegol, yn ogystal â'r gofyniad y cytunir ar nod o golli pwysau a newid ffordd o fyw cyn ystyried llawdriniaeth. Mae'r panel yn ystyried tystiolaeth ysgrifenedig fel na fydd angen i gleifion deithio i'r Sefydliad i gael eu hasesu.

### **Cynnydd a wnaed gan y Byrddau Iechyd Lleol ar yr argymhellion a amlygwyd o fewn Arolwg Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru o Ddarpariaeth Llawfeddygaeth Fariatrig a Meini Prawf Mynediad yng Nghyd-Destun Adroddiad Llwybr Gordewdra Cymru Gyfan**

5. Yn 2012 cynhaliodd y WHSSC adolygiad o bolisi llawfeddygaeth fariatrig. Asesodd yr adolygiad effaith canlyniadau iechyd a'r costau i GIG Cymru wrth fabwysiadu canllaw'r Sefydliad Cenedlaethol dros Iechyd a Rhagoriaeth Glinigol (NICE) ar lawfeddygaeth fariatrig. Nod yr adolygiad oedd argymell dewisiadau i Gydbwyllgor y WHSSC ar gyfer adolygu'r polisi presennol ar lawfeddygaeth fariatrig.
6. Yn adroddiad adolygol y WHSSC a gyhoeddwyd ym mis Rhagfyr 2012, argymhellwyd y dylid cynyddu'r nifer o weithdrefnau a chyfanswm yr arian, o 80 o weithdrefnau a £0.75m o fuddsoddiad yn 2011/12 fel y ganlyn:

	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18
<b>Achosion (Cymru gyfan)</b>	128	171	214	257	300
<b>Cyfradd (fesul 100,000 poblogaeth)</b>	4.3	5.7	7.1	8.6	10
<b>Gwariant</b>	£0.96m	£1.29m	£1.61m	£1.93m	£2.21m
<b>De Cymru</b>	£0.66m	£0.88m	£1.1m	£1.32m	£1.5m
<b>Gog Cymru</b>	£0.30m	£0.41m	£0.51m	£0.61m	£0.712m

7. Argymhellodd y WHSSC hefyd y dylid adolygu'r meini prawf mynediad.
8. Argymhellodd y WHSSC ymagwedd ddeuol o welliannau yn haenau isaf y llwybr gordewdra, wrth fuddsoddi'r un pryd mewn cynnydd graddol mewn llawfeddygaeth fariatrig.
9. Mae cynllun comisiynu'r WHSSC ar gyfer 2013/14 yn cynnwys cyfnod 1 o'r buddsoddiad ychwanegol hwn, a disgwylir iddo, o ganlyniad i'r amser sy'n arwain i mewn, gychwyn yn gynnar yn 2014/15. Adlewyrchir y proffil buddsoddi ehangach i ddod â Chymru at y gyfradd ganllaw a gomisiynir gan NICE o 10 triniaeth fariatrig fesul 100,000 o'r boblogaeth, o fewn cynllunio comisiynu'r WHSSC o 2014/15 ymlaen.
10. Yn ychwanegol, dechreuwyd ar y gwaith gan lechyd Cyhoeddus Cymru i ddrafftio'r polisi mynediad clinigol ar gyfer gwasanaeth 3 haen o reoli pwysau. Mae'r WHSSC yn cydweithio ag lechyd Cyhoeddus Cymru i sicrhau bod y porth atgyfeirio rhwng gwasanaethau Lefel 3 a Lefel 4 yn eglur ac wedi ei gytuno.
11. Mae adolygiad o'r meini prawf mynediad, i gyd-fynd â'r cynnydd yn y lefelau o weithgaredd a gomisiynir, hefyd wrthi'n cael eu cytuno ac wedi eu hamlinellu yn y papur tystiolaeth a gyflwynwyd gan y WHSSC. Bydd hyn yn galluogi bod cleifion sy'n cwrdd â meini prawf NICE yn medru cael eu cyfeirio i'w hystyried ar gyfer llawdriniaeth fariatrig. Serch hynny, bydd ystod o feini prawf eraill i'w cwrdd, sy'n cynnwys gofynion sy'n galw am gysylltiad ymlaen llaw â gwasanaethau nad ydynt yn rhai llawfeddygol. Gwneir y penderfyniad i gynnig llawdriniaeth gan y tîm llawdriniaeth fariatrig yn WIMOS.

**Effeithiolrwydd gwasanaethau arbenigol, o fewn Lefel 3 a 4 o Lwybr Gordewdra Cymru Gyfan, wrth ddelio â'r nifer cynyddol o bobl sydd yn rhy**

## **drwm ac yn ordew yng Nghymru; a sut y mesurir ac y gwerthusir y gwasanaethau hyn, gan gynnwys sicrhau gwerth am arian**

12. Yn 2010, lansiodd Llywodraeth Cymru Llwybr Gordewdra Cymru Gyfan, sydd yn egluro'r dulliau ar gyfer atal a thrin gordewdra yng Nghymru, o waith atal yn y gymuned ac ymyrraeth gynnar, i wasanaethau meddygol a llawfeddygol arbenigol. Mae byrddau iechyd wedi astudio polisïau, gwasanaethau a gweithgareddau ar gyfer plant ac oedolion ac yn rhoi datrysiadau ar waith i gwrdd ag anghenion lleol.

13. Mae'r Llwybr yn cynnig pedair lefel o ymyrraeth, ynghyd â gofynion gwasanaeth sylfaenol ar gyfer pob lefel y dylai'r byrddau iechyd lleol anelu atynt:

Nod y lefel gyntaf yw sicrhau bod ystod o gyfleoedd ar gael i'r cyhoedd i gefnogi unigolion wrth iddynt gyrraedd a chynnal pwysau iach, a hyrwyddo'r cyfleoedd hyn, heb yr angen i ddefnyddio gwasanaethau iechyd penodol, gydag amgylchedd cefnogol hefyd;

Yn lefel 2 ceir y ddarpariaeth o ystod o wasanaethau i unigolion sy'n dymuno colli pwysau ac sydd wedi eu hadnabod fel pobl sydd mewn perygl cynyddol o fynd yn ordew gan aelod o'r tîm gofal sylfaenol;

Nod y drydedd lefel yw sicrhau bod gwasanaethau ar gael i unigolion gordew sydd ag un neu ragor o achosion o gyd-forbidrwydd ac sydd wedi rhoi cynnig ar nifer o ymyriadau'n aflwyddiannus, neu'r rhai sydd â pherthynas emosiynol gymhleth â bwyd. Mae'r gwasanaethau hyn yn darparu ymyriadau mwy arbenigol nag ymyriadau blaenorol, gan gynnwys deiet, ymarfer corff ac elfennau ymddygiadol, i'w darparu drwy ofal sylfaenol ac eilaidd. Maent yn gweithio fel porth at ofal eilaidd sy'n sicrhau bod gwasanaethau gofal eilaidd yn cael eu defnyddio'n briodol;

Mae lefelau 3 a 4 yn ymyriadau penodol ar gyfer y rhai sydd â gordewdra a chyd-forbidrwydd wedi sefydlu, ac ni ellir eu defnyddio i ddelio â'r nifer cynyddol o bobl sydd yn rhy drwm ac yn ordew yng Nghymru;

Nod lefel 4 yw darparu gwasanaeth meddygol a llawfeddygol arbenigol (llawdriniaeth fariatrig) i'r unigolion hynny sydd wedi methu colli pwysau neu gynnal y pwysau delfrydol ar ôl ei golli, drwy ymyriadau eraill yn y llwybr.

14. Bu byrddau iechyd yn cydweithio ag awdurdodau lleol a rhanddeiliaid eraill i edrych ar bolisïau, gwasanaethau a gweithgaredd lleol ar gyfer plant ac oedolion yn erbyn Llwybr Gordewdra Cymru Gyfan ac wedi rhoi datrysiadau lleol ar waith i gwrdd ag anghenion lleol.

15. Profwyd bod llawdriniaeth fariatrig yn gost effeithiol wrth ddewis unigolion priodol. Mewn gwaith ysgrifenedig a gyhoeddwyd nodir bod cost effeithiolrwydd llawdriniaeth fariatrig ymhell o fewn y trothwy cost effeithiolrwydd a osodwyd gan NICE wrth argymhell ymyriadau i'w comisiynu gan y GIG. Ceir peth tystiolaeth sy'n dangos y gall llawdriniaeth fariatrig arbed arian gyda rhai cleifion gyda'r arian

hwnnw'n amlygu ei hun o fewn tua 2 flynedd (yn enwedig gyda diabetes sy'n digwydd yn gynnar sydd yn cael ei wella yn dilyn llawdriniaeth).

### **Lefelau o fuddsoddiad wedi ei ddyrannu ar hyn o bryd i ddarparu llawdriniaeth fariatrig yng Nghymru ac argaeledd llawdriniaeth gordewdra a gwasanaethau arbenigol ar reoli pwysau ledled Cymru**

16. Mae'r cynnydd a wneir gan fyrddau iechyd lleol yn cael ei fonitro bob blwyddyn. Dengys hyn bod pob bwrdd iechyd lleol yn darparu gwasanaethau lefel 1 a 2.
17. Hyd yma mae Llywodraeth Cymru'n ymwybodol o un bwrdd iechyd lleol yn unig sydd wedi cyflwyno gwasanaeth lefel 3 cynhwysfawr, yn unol â chanllaw NICE (Bwrdd Iechyd Aneurin Bevan). Bydd Llywodraeth Cymru'n parhau i fonitro'r sefyllfa ac wedi cyfarfod â'r byrddau iechyd lleol ac Iechyd Cyhoeddus Cymru i drafod sut i lenwi'r bwlch hwn.
18. Mae gan bob un o'r byrddau iechyd lleol fynediad at wasanaethau lefel 4 (llawdriniaeth fariatrig) sydd yn cael ei fonitro gan y WHSSC. Darperir llawdriniaeth i bobl de Cymru yn WIMOS, sydd wedi ei leoli yn ysbyty Treforys, Abertawe. Mae llawdriniaeth ar gyfer pobl gogledd Cymru'n digwydd yn Ymddiriedolaeth GIG Frenhinol Salford, ar y sail bod teithio i Fanceinion Fwyaf yn llai anghyfleus i gleifion a'u teuluoedd nag Abertawe.
19. Ar hyn o bryd mae Llywodraeth Cymru'n monitro'r llwybr gordewdra. Gofynnir i fyrddau iechyd lleol asesu eu perfformiad yn erbyn y gofynion gwasanaeth sylfaenol a amlinellir yn y llwybr, erbyn 26 Chwefror 2014.
20. Buddsoddir £500,000 y flwyddyn o fewn contractau ar gyfer llawdriniaeth fariatrig yn ne Cymru (gyda phob bwrdd iechyd lleol perthnasol yn cyfrannu) a thua £250,000 y flwyddyn ar gyfer gogledd Cymru. Bydd hyn yn cynyddu yn 2014/15 yn unol â'r proffil twf arfaethedig a osodir yn adolygiad y WHSSC yn unol â pharagraff 6 uchod.

### **Crynodeb**

21. Mae graddiant cymdeithasol amlwg a chyson yn perthyn i ordewdra; felly mae angen i ni ganolbwyntio llawer mwy ar ardaloedd difreintiedig. Mae gan gymunedau lleol ran bwysig i'w chwarae wrth ddelio â'r mater, ac mae'n bwysig ein bod ni'n troi at y cymunedau eu hunain i weithredu er mwyn delio â gordewdra, gyda'r llywodraeth a darparwyr gofal iechyd yn darparu cymaint o gymorth a chefnogaeth â phosibl. Mae'r polisi Cyflawni Canlyniadau a gyflwynwyd yn ddiweddar gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro i annog colli pwysau cyn llawdriniaeth yn enghraifft wych o hyn. Serch hynny, mae'r cynnydd mewn galw a chyflymder datblygiad y gwasanaethau yn golygu y bydd cyfyngiadau bob amser ar y gwasanaethau fydd ar gael ar unrhyw adeg benodol.

Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

HSC(4)-10-14 Papur 8

Gwybodaeth ychwanegol yn dilyn y cyfarfod ar 13 Chwefror 2014

Enw'r tyst	Cais	Ymateb
<p>Dr Nadim Haboubi, Fforwm Gordewdra Cenedlaethol Cymru</p>	<p>Cytunodd Dr Haboubi i roi rhagor o fanylion am nifer y cleifion y mae wedi'u hatgyfeirio at lawdriniaeth fariatrig, a nifer y cleifion sydd wedi cael llawdriniaeth o ganlyniad i'r atgyfeiriadau hynny.</p>	<p>Mae Dr Haboubi wedi cyfeirio 27 o gleifion, ac allan o'r rhain, dim ond un sydd wedi cael llawdriniaeth, a mae dau bellach yn aros am lawdriniaeth.</p>
<p>Mr Jonathan Barry, Cymdeithas Llawfeddygaeth Gordewdra a Metabolaidd Prydain</p>	<p>Cytunodd Mr Barry i ddarparu rhagor o wybodaeth am yr 11 o restrau llawn o lawdriniaethau y nododd iddynt fynd ar goll yn y flwyddyn ariannol ddiwethaf, gan gynnwys rhagor o wybodaeth am beth y mae "11 o restrau llawn o lawdriniaethau" yn ei olygu o ran nifer y cleifion ac fel cyfran o faich gwaith cyffredinol Sefydliad Llawfeddygaeth Gordewdra a Metabolaidd Cymru.</p>	<p>Nid oes ymateb wedi cael ei derbyn hyd yma.</p>

<p>Dr Jayne Layzell, Byrddau Iechyd Lleol</p>	<p>Cytunodd Dr Jane Layzell i egluro a oes gwerthusiad annibynnol o'r rhaglen "Ysgolion Iach" wedi'i gynnal.</p>	<p>Yn dilyn y cyfarfod, derbynodd Dr Layzell gwerthusiad annibynnol o'r WNHSS gan gydweithiwr. Mae wedi cael ei gwerthuso yn ddiweddar gan Iechyd Cyhoeddus Cymru, fel rhan o'r Adolygiad Gwella Iechyd, ond yn llai manwl, ac felly nad allai eu hystyried yn annibynnol. Canlyniad yr adolygiad hwnnw oedd y dylai y rhaglen yn parhau i gael eu hariannu, a cael eu cryfhau drwy wella'r gwerthusiad i gynnwys canlyniadau, sy'n ymgorffori'r cwestiynau arolwg Ymddygiadau Iechyd ym mhlant oedran ysgol, a defnyddir ar hyn o bryd er mwyn gymharu ymddygiad iechyd plant yn rhyngwladol.</p> <p>Gellir gweld copi o'r ddogfen yma: <a href="http://www.cardiff.ac.uk/socsi/research/publications/workingpapers/paper-138.html">http://www.cardiff.ac.uk/socsi/research/publications/workingpapers/paper-138.html</a></p>
<p>Dr Klesh Sidhu, Wyllgor Wasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru</p>	<p>Cytunodd Dr Sidhu i roi eglurhad o'r ffigurau NICE a nododd yn ystod y sesiwn mewn perthynas â:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nifer yr unigolion yng Nghymru sy'n gymwys i gael eu hatgyfeirio at wasanaethau bariatrig;</li> <li>- nifer yr unigolion sy'n gymwys i gael llawdriniaeth fariatrig;</li> <li>- nifer yr unigolion sy'n debygol o dderbyn</li> </ul>	<p>Darparodd Dr Sidhu copi o ddwy dudalen a dynnwyd o'r 'Adolygiad o Ddarpariaeth Llawdriniaeth Bariatrig a'r Meini Prawf Mynediad yng nghyd-destun y Llwybr Gordewdra Cymru Gyfan', a ddyfynnir Dr Sidhu'r y ffigurau o.</p> <p>Dr Sidhu provided a copy of two pages extracted from the 'Review of Bariatric Surgery Provision and Access Criteria in the context of the All Wales Obesity Pathway', from which Dr Sidhu obtained the figures cited.</p> <p>Mae copi o ddyfyniad y ddogfen yn cynnwys yn y pecyn (HSC(4)-10-14 Papur 9).</p>



	llawdriniaeth.	
--	----------------	--



**GIG**  
CYMRU  
**NHS**  
WALES

Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd  
Arbenigol Cymru (PGIAC)  
Welsh Health Specialised  
Services Committee (WHSSC)

## **AGENDA ITEM 10**

**10 January 2013**

### **MANAGEMENT OF OBESITY IN WALES**

#### **Review of Bariatric Surgery Provision and Access Criteria in the Context of the All Wales Obesity Pathway**

<b>Report of</b>	Director of Planning
<b>Paper prepared by</b>	Planner for Cardiothoracic Programme
<b>Action/Decision required</b>	<p>It is recommended that:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>I. Health Boards expedite development of the obesity pathway (in particular, level 3 services) to increase provision of weight management services for their populations. This will also support any planned increases in bariatric surgery.</li><li>II. Health Boards agree to an investment plan to increase the population rate of bariatric surgery from 80 cases to 300 cases (10 per 100,000 population) over 5 years (option 3).</li><li>III. Health Boards agree to increase bariatric surgery activity from 80 to 128 cases in 2013/14 (as part of the schedule for investment option 3).</li><li>IV. The criteria for bariatric surgery are revised with a view to broadening the criteria to take account of evidence that the benefits of surgery tend to be greater in individuals with early onset of comorbidity. Recommendations for revised criteria are reported to the Joint Committee in June 2013.</li></ol>

	V. Until planned volumes of bariatric surgery increase to the levels necessary to sustain a local service in line with national quality standards, referrals to bariatric surgery for patients resident in North Wales should continue to be made out of area.
<b>Link to Board Committee (s)</b>	
<b>Link to Standards for Health Services in Wales</b>	This paper links to the following Standards for Health: 5. Care Planning and Provision

## 1. SITUATION/INTRODUCTION

The purpose of this report is make recommendations to Health Boards on the development of the obesity pathway, on investment options to increase the provision of bariatric surgery and on revision of the bariatric surgery access criteria, in order to optimise their use of resources to address the problem of obesity.

## 2. BACKGROUND

Obesity is widely recognised to be a risk factor of increasing significance for ill-health and disability in Wales. Prevalence estimates derived from the Welsh Health Survey indicate high levels of obesity in Wales (over 20% of the adult population); as many as 2% (or 60,000 individuals) are estimated to be severely obese.

There is no single health service which can alone address the problem of obesity; an adequate response requires a coordinated pathway of services. This is recognised in the Welsh Government's All Wales Obesity Pathway (2010) which describes 4 levels of obesity services from primary prevention at level 1 through to specialised intervention in the form of bariatric surgery at level 4. It is also reflected in national obesity management guidance (NICE 2006) under which patients should have accessed specialist non-surgical weight loss services before referral to a bariatric surgical centre.

## Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol: ymchwiliad i argaeledd gwasanaethau bariatrig

### Nodiadau o ginio i drafod gwaith gyda staff academaidd Prifysgol Abertawe – 13 Chwefror 2014

Fel rhan o'i ymchwiliad i argaeledd gwasanaethau bariatrig, bu'r Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol mewn cinio i weithio gyda staff academaidd Prifysgol Abertawe ar 13 Chwefror. Diben y cinio oedd rhoi cyfle i'r Aelodau drafod unrhyw waith ymchwil roedd y staff academaidd yn ei wneud, neu'n ymwybodol ohono, a allai fod yn berthnasol i'r ymchwiliad.

Ar ôl gweithio dros ginio gofynnwyd i'r staff academaidd baratoi nodyn am y gwaith ymchwil a drafodwyd â'r Aelodau, i helpu'r Pwyllgor i baratoi ei adroddiad ar yr ymchwil.

Dyma'r staff academaidd a oedd yn bresennol:

- Dr Richard Bracken, Athro Cysylltiol mewn Ymarfer Corff a Biocemeg;
- Dr Cathy Thornton, Darlithydd mewn Imiwnedd;
- Dr Sarah Prior, Darlithydd mewn Diabetes;
- Dr Danielle Jones, Ymchwilydd i Ddiabetes â gradd Doethur

#### Dr Richard Bracken

Diolch i'r Cadeirydd am y cyfle i gyfrannu at yr ymchwiliad i argaeledd gwasanaethau bariatrig. Fel seicolegydd ymarfer corff, mae gennyf i ddiddordeb mewn ymchwilio i'r modd y gall pobl ordew a / neu sydd â diabetes (math 1 a 2) fanteisio'n gorfforol, yn fetabolig ac yn weithredol drwy wneud rhagor yn gorfforol. Yn ystod fy ngyrfa fel ymchwilydd, rwyf wedi gweld iechyd nifer o bobl yn gwella drwy ddechrau dilyn rhaglen o weithgaredd corfforol rheolaidd, a pharhau i'w dilyn; yn aml drwy astudiaethau ymchwil a gafodd eu hariannu.

Roedd yn galonogol clywed yn aml yn ystod y cyfarfod fod angen mabwysiadu dull cydlynol o weithredu gan gynnwys llawfeddygon, meddygon, seicolegwyr a dietegwyr yn y gwaith o ofalu am unigolyn gordew cyn iddynt gael llawfeddygaeth bariatrig ac wedyn. Yn fy marn i, mae'n hanfodol bod ffisiolegydd ymarfer corff hefyd yn rhan o'r 'rhaglen gofal' pan gaiff gallu gweithredol yr unigolyn ei bennu, ei wella a'i gynnal ar ôl y llawdriniaeth.

Mae Sefydliad Iechyd y Byd yn awr yn gosod anweithgarwch corfforol yn bedwerydd yn y rhestr o ffactorau sy'n achosi marwolaethau, gan ddweud ei fod yn fwy arwyddocaol na gordewdra. Hyn hefyd yw'r prif achos mewn ~21–25% o achosion o ganser y fron a'r colon, 27% o achosion o diabetes a 30% o achosion o glefyd y galon. Drwy wneud mwy yn gorfforol, mae'n bosibl lleihau'r cymhlethdodau a all godi ar ôl llawdriniaeth oherwydd diffyg ymarfer corff ac mae'n ei gwneud yn haws i'r claf reoli'i bwysau ar ôl cael llawdriniaeth bariatrig.

Argymhelliad: cynnwys ffisiolegydd ymarfer corff sy'n ychwanegu at effeithlonrwydd y tîm gofal aml-ddisgyblaeth.

hypertension/cardiovascular disease, insulin resistance/type 2 diabetes, and obesity

Dr Cathy Thornton PhD

Gall gordewdra yn ystod beichiogrwydd niweidio iechyd y fam a'r ffetws, ac mae'n rhoi baich ychwanegol ar adnoddau gofal iechyd. Mae'r effeithiau hirdymor ar iechyd y plentyn yn cynnwys: pwysedd gwaed uchel / afiechyd cardiofasgwlaidd, ymwrthedd i inswlin/diabetes math 2, a gordewdra. Mae'n debyg mai prosesau rhaglennu swyddogaeth fetabolig y ffetws sydd wrth wraidd y cysylltiadau hyn: mae lefelau glwcos uchel yn y fam, asidau brasterog rhydd ac asidau amino yn arwain at newidiadau parhaol yn y modd y rheolir chwant bwyd, swyddogaeth niwroendocrin a metabolaeth egni. Nid yw'r mecanweithiau pathoffisiolegol sy'n creu cysylltiad rhwng gordewdra yn y fam â chanlyniadau gwael i'r baban yn hysbys ond gallai gynnwys

newidiadau mewn metabolaeth glwcos a lipidau, cyfryngyddion sy'n deillio o floneg fel adipocinau, a llid. Rydym yn astudio effeithiau gordewdra'r fam ar ymateb llidiol y brych ar y baban newyddanedig (gan ddefnyddio gwaed o lilyn y bogail). Bydd hyn yn ein helpu ni i ddeall yn well y berthynas rhwng ymateb llidiol y fam a'r plentyn, i gynnig gwybodaeth i wella addysg i ferched cyn iddynt feichiogi, a nodi strategaethau i gyfyngu ar effaith niweidiol gordewdra'r fam ar iechyd y plentyn.

### Dr Sarah Prior

'A yw llawdriniaeth bariatrig yn peri i retinopat heg diabetig waethygu mewn pobl sydd â gordewdra afiachus a diabetes math 2?' - astudiaeth beilot

(Awduron: RL Thomas, SL Prior, JD Barry, SD Luzio, N Eyre, S Caplin, JW Stephens, DR Owens).

Cynhaliwyd dadansoddiad peilot adolygol o gofnodion electronig ysbytai rhwng 1998 a 2012 i asesu achosion o retinopat heg diabetig (DR) a'i ddatblygiad 12 mis ar ôl i unigolyn sydd â gordewdra afiachus a diabetes math 2 gael llawdriniaeth bariatrig.

Cafodd 40 o'r 148 o gleifion eu sgrinio ar gyfer DR cyn eu llawdriniaeth ac wedyn. O'r rhai nad oedd ganddynt DR cyn y llawdriniaeth, datblygodd 1.5% (n=26) ohonynt DR cynnar (BDR) ar ôl y llawdriniaeth. Ni waethygodd cyflwr (n=9) o'r rhai a oedd â BDR cyn y llawdriniaeth, ond gwaethygodd 55.6% (n=5) ohonynt. Gwaethygu wnaeth cyflwr un claf a chanddo BDR difrifol cymedrol a dau a chanddynt DR cam 2 DR (PPDR) cyn y llawdriniaeth. Arhosodd dau glaf â PPDR yn yr ysbyty ar ôl cael llawdriniaeth, dan ofal gwasanaethau llygaid yr ysbyty ac felly nid oedd modd eu hailasesu drwy gyfrwng y gwasanaeth sgrinio.

Gwelwyd nifer fechan o achosion newydd o DR ac o DR yn gwaethygu yn y cleifion hynny nad oeddent yn dioddef o retinopat heg neu'n dioddef BDR

cynnar cyn y llawdriniaeth a chafwyd tystiolaeth bod cyflwr rhai cleifion wedi gwaethygu. Mae perygl i gyflwr cleifion sydd â BDR cymedrol, neu waeth, waethygu, a dylid eu monitro'n agos ar ôl eu llawdriniaeth.

Yn ein hastudiaeth, roedd y rhai y gwelwyd eu DR yn gwaethygu yn dioddef o DR cymedrol cyn y llawdriniaeth, ynghyd â lefelau glwcos plasma uchel ar ôl ymprydio a phwysedd gwaed systolig uwch. Hefyd, roedd lefel eu glwcos ar ôl ymprydio'n gotwng mwy o'u cymharu â'r rhai na welwyd cyflwr eu DR yn newid na'n gwaethygu. Felly, dylid monitro'r cleifion sydd â'r nodweddion hyn cyn y llawdriniaeth i weld a yw eu cyflwr yn gwaethygu. Dylid hefyd cynnig gymaint o therapi â phosibl cyn y llawdriniaeth i'r rhai sydd â lefel glwcos a phwysedd gwaed uchel. Mae angen cynnal astudiaethau ehangach yn awr i asesu sut y mae'r broses o normaleiddio rheolaeth glycaemig ar ôl llawdriniaeth yn effeithio ar ganlyniadau micrfasgwlaidd fel DR, neffropatheg a neuropatheg.

(Llyfryddiaeth: J. Diabetes Complicat. 2014 28(2): 191–195)

Dr Danielle Jones (ar gael yn Saesneg yn unig)

Oxidative stress is an imbalance between the production of free radicals and the ability of the body to detoxify their harmful effects by antioxidants. A free radical is an oxygen containing molecule that is highly reactive with other molecules. Oxidative stress leads to many conditions including neurodegenerative diseases such as Parkinson's disease and Alzheimer's disease, gene mutations and cancers, chronic fatigue syndrome, heart and blood vessel disorders, atherosclerosis, heart failure, heart attack and inflammatory diseases.

The overall aim of this thesis was to investigate the role of fat in obesity and type 2 diabetes (T2DM) focusing on markers of oxidative stress and gene expression (the increased or decreased activation of particular genes) in human abdominal fat from subjects categorised as lean (L), obese (O) and obese with type 2 diabetes (ODM). It was expected that oxidative stress levels would increase with obesity and T2DM. However, results showed lower level of oxidative stress in subjects with obesity and type 2 diabetes. Overall, there appeared to be a protective mechanism in the subjects with diabetes. A significant proportion of the subjects with diabetes were on drug therapies which may have affected the results in these experiments as they may minimise the effects of oxidative stress.

Expression of genes, which may code for proteins involved in oxidative stress and antioxidant production, were looked at in the fat to identify any differences in obesity and diabetes. An increased expression of an antioxidant gene (Glutathione reductase) was seen in subjects with obesity and diabetes compared to those without. From this it was concluded that an environment of high oxidative stress, which may be caused by increased blood glucose in diabetes, causes increased expression of this antioxidant gene.



From these results, it may be hypothesised that within these subjects, the situation of oxidative stress is in fact reversible as the antioxidant capacity in these subjects is evident, and in combination with correct drug therapy it may be possible to combat oxidative burden and reduce the subsequent damage inflicted upon the cells. Particularly within the obese and obese with type 2 diabetes subjects in this study, bariatric surgery may play a positive role in the correction of this oxidative state and it would be of interest to be able to follow up this study by repeating this analysis one year post-operative to see if oxidative burden has improved in these subjects.

## Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol – ymchwiliad i argaeledd gwasanaethau bariatrig

### Ymweliad anffurfiol â Sefydliad Llawfeddygaeth Gordewdra a Metabolaidd Cymru, Ysbyty Treforys, 13 Chwefror 2014

Yr Aelodau a oedd yn bresennol: David Rees, Elin Jones, Lindsay Whittle, Kirsty Williams, Gwyn Price, Rebecca Evans.

Fel rhan o'r ymchwiliad i argaeledd gwasanaethau bariatrig, ymwelodd y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol â Sefydliad Llawfeddygaeth Gordewdra a Metabolaidd Cymru yn Ysbyty Treforys ar 13 Chwefror 2014. Nod yr ymweliad oedd dysgu mwy am y gwasanaeth a ddarperir gan unig uned llawdriniaeth bariatrig y GIG yng Nghymru.

Cyfarfu'r pwyllgor yn anffurfiol ag aelodau tîm amlddisgyblaethol y sefydliad, gan gynnwys staff meddygol preswyl y sefydliad – llawfeddygon, meddygon, anesthetyddion, nyrsys arbenigol, dietegwyr, seicolegwyr, prif nyrsys theatr a gweinyddwyr llawfeddygol – i drafod eu gwaith. Roedd claf a oedd wedi cael llawdriniaeth bariatrig drwy'r sefydliad hefyd yn bresennol ac amlinellodd ei phrofiad o wasanaethau bariatrig hyd yma – gan gynnwys llawdriniaeth – i'r Aelodau.

### **Sefydliad Llawfeddygaeth Gordewdra a Metabolaidd Cymru**

Sefydliad Llawfeddygaeth Gordewdra a Metabolaidd Cymru yn Ysbyty Treforys yw'r unig ddarparwr gwasanaethau llawfeddygaeth bariatrig lefel 4 yng Nghymru. Fe'i ffurfiwyd ym mis Tachwedd 2010 a pherfformiwyd y llawdriniaethau cyntaf yno ym mis Ionawr 2011.

Mae'r sefydliad yn asesu'r holl gleifion o Gymru a gaiff eu cyfeirio ar gyfer gwasanaethau lefel 4 yn erbyn y meini prawf a bennwyd gan Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru. O ran ymgymryd â llawdriniaeth, mae Sefydliad Llawfeddygaeth Gordewdra a Metabolaidd Cymru yn gwasanaethu poblogaeth de Cymru – mae'n rhaid i boblogaeth gogledd Cymru deithio i Loegr lle caiff gwasanaethau eu comisiynu yn Ymddiriedolaeth Sefydledig GIG Brenhinol Salford. Mae'r sefydliad yn darparu tîm amlddisgyblaethol llawn, asesiad cyn llawdriniaeth a gwasanaeth

dilydol am ddwy flynedd yn dilyn y llawdriniaeth ac mae ganddo ddau lawfeddyg ymgynghorol bariatrig llawn amser.

### **Nodyn ar drafodaeth yr Aelodau â thîm amlddisgyblaethol Sefydliad Llawfeddygaeth Gordewdra a Metabolaidd Cymru.**

Mae'r nodyn hwn yn amlinellu'r themâu a drafodwyd yn anffurfiol gan yr Aelodau a thîm amlddisgyblaethol y sefydliad yn ystod ymweliad y pwyllgor. Roedd llawer o'r materion a drafodwyd yn adeiladu ar bwyntiau a wnaed yn ystod sesiwn dystiolaeth lafar ffurfiol y bore pan roddodd Mr Jonathan Barry a Mr Scott Caplin – y dau lawfeddyg bariatrig yn y sefydliad – dystiolaeth lafar ffurfiol.

#### *Meini prawf cymhwyso a datblygu'r gwasanaeth*

Tynnwyd sylw at y diffyg cysylltiad rhwng meini prawf cymhwyso yng Nghymru a'r canllawiau NICE yn ystod yr ymweliad â'r sefydliad. Nodwyd na fydd mynediad teg a chyfartal i lawdriniaeth bariatrig yng Nghymru yn cael ei gyflawni heb gadw at ganllawiau NICE, sy'n pennu meini prawf is ar gyfer mynediad i lawdriniaeth na'r hyn sydd ar waith ar hyn o bryd o fewn system Cymru.

Esboniodd staff y sefydliad y defnyddir yr offeryn DUBASCO i benderfynu pwy sy'n gymwys ar gyfer llawdriniaeth yng Nghymru. Offeryn dogni yw hwn a ddefnyddir i fodloni'r gofyniad i drin nifer penodedig o gleifion a gomisiynir gan Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru bob blwyddyn – y ffigur ar gyfer y flwyddyn ddiwethaf oedd 67 o gleifion (o'r llwyth achosion posibl o 3,000, sef y ffigur a amcangyfrifwyd). Nodwyd bod Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru yn edrych i gomisiynu nifer cynyddol o lawdriniaethau bariatrig yn y blynyddoedd sydd i ddod. Nododd staff WIMOS, fodd bynnag, y bu syrthni o ran cynnydd yn y maes hwn.

Nodwyd ar adeg yr ymweliad nad oedd nifer y gweithdrefnau a fyddai'n cael eu comisiynu gan Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru ar gyfer y flwyddyn ariannol 2014–15 wedi'i gadarnhau eto, ond y trafodwyd cynnydd o 67 i 120. Nodwyd os byddai'r adnodd o ddau lawfeddyg yn cael ei ddefnyddio yn llawn y gallai'r sefydliad gyflawni 240 o lawdriniaethau bob blwyddyn. Pe bai Cymru yn cydymffurfio â chanllawiau NICE, nodwyd y byddai ôl-groniad o gleifion cymwys yn codi.

### *Triniaeth i blant a phobl ifanc*

Nodwyd na chaniateir llawdriniaeth ar gyfer pobl ifanc o dan 18 oed ar hyn o bryd yng Nghymru. Pwysleisiwyd pwysigrwydd sicrhau fod gan bob claf – pa un ai ydynt o dan neu dros 18 oed – fynediad i wasanaethau lefel 3.

Dywedodd staff fod nifer cynyddol o blant a phobl ifanc gordew yn cael eu cyflwyno ar gyfer triniaeth, ond nad oes gwasanaeth lefel 3 pediatrig arbenigol ar gael ar hyn o bryd yng Nghymru. Nodwyd fod staff y sefydliad yn aml yn aros i unigolion droi'n 18 oed cyn gellir gwneud unrhyw beth defnyddiol i'w cynorthwyo.

### *Gwasanaethau cysylltiedig – dieteteg, seicoleg ac ati.*

Pwysleisiwyd pwysigrwydd y dull amlddisgyblaethol o ymdrin â gwasanaethau bariatrig yn ystod yr ymweliad â'r sefydliad. Pwysleisiwyd rôl bwysig y dietegydd a'r seicolegydd a nodwyd fod cleifion yn aml yn cael eu cyfeirio at y sefydliad heb iddynt gael mynediad at weithwyr proffesiynol perthynol i iechyd cyn hynny. Yn ei dro, gall hyn arwain at atgyfeiriadau amhriodol at y sefydliad ar gyfer llawdriniaeth bariatrig cyn i ddewisiadau ffordd o fyw unigolyn neu ei broffil seicolegol gael eu hystyried yn llawn. Dadleuwyd y gallai darpariaeth fwy addas o wasanaethau lefel 3 sicrhau bod llai o atgyfeiriadau amhriodol at y sefydliad.

### *Effaith llawdriniaeth*

O safbwynt economeg, nodwyd, o ran cost a budd, fod camganfyddiad fod llawdriniaeth bariatrig yn ddrud. Yn ôl staff y sefydliad, daw llawdriniaeth bariatrig yn gost niwtral o fewn dwy flynedd a hanner o'r driniaeth. Mae hyn oherwydd gostyngiad dilynol mewn afiechydon eraill (e.e. diabetes), er enghraifft, a gostyngiad o ran faint o foddion y mae ei angen ar y claf. Clywodd aelodau'r Pwyllgor hefyd fod cyfraddau cyflogaeth yn y boblogaeth ar ôl llawdriniaeth bariatrig yr un peth ag yn y boblogaeth arferol.

O ran effaith corfforol, nododd y sefydliad fod y diabetes wedi cilio mewn 85% o gleifion. Roedd lleihad sylweddol mewn cyfraddau pwysedd gwaed uchel a gwelliant sylweddol yn nifer yr achosion o ddal anadl wrth gysgu. Dywedwyd wrth yr Aelodau hefyd fod menywod sy'n cael llawdriniaeth bariatrig yn haneru eu perygl o ddatblygu pob math o ganser.

Cyfeiriwyd hefyd at gorff cynyddol o dystiolaeth y gallai trin y menywod gordew hyn cyn iddynt gael plant leihau cyd-afiachusrwydd ymhlith eu plant.

### *Profiad y claf*

Yn ystod yr ymweliad, cyfarfu'r Aelodau â chlaf a oedd wedi cael llawdriniaeth bariatrig yn Sefydliad Llawfeddygaeth Gordewdra a Metabolaidd Cymru. Roedd ei gordewdra wedi achosi problemau orthopedig a oedd wedi ei gwneud yn anodd iddi symud a'i gorfodi i adael swydd yr oedd yn ei charu. Roedd hi hefyd wedi dioddef o bwysedd gwaed uchel ac iselder o ganlyniad i'w gordewdra a diweithdra. Eglurodd fod ei hatgyfeiriad at Sefydliad Llawfeddygaeth Gordewdra a Metabolaidd Cymru wedi digwydd drwy ei meddyg teulu a'i llawfeddyg orthopedig. Eglurodd y claf i'r Aelodau fod ei bywyd wedi newid yn sylweddol ar ôl y llawdriniaeth. Mae hi wedi cael triniaeth i gael pen-glin newydd - mae hyn wedi gwella ei symudedd, a bydd ei phen-glin arall yn cael ei drin cyn hir. Yr unig elfen sy'n parhau i beri gofid iddi yw'r ffaith nad yw hi ar hyn o bryd yn gymwys ar gyfer triniaeth siapio corff ar y GIG - hynny yw, cael gwared ar groen gormodol - oherwydd ystyrir bod hyn yn gosmetig yn ei hachos hi.

## Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol – ymchwiliad i argaeledd gwasanaethau bariatrig

### Digwyddiad grŵp ffocws, 12 Mawrth 2014

Yr Aelodau a oedd yn bresennol: David Rees, Elin Jones, Lynne Neagle, Lindsay Whittle, Kirsty Williams, Gwyn Price, Rebecca Evans, Janet Finch Saunders.

Fel rhan o'i ymchwiliad i argaeledd gwasanaethau bariatrig yng Nghymru, cynhaliodd y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol ddigwyddiad grŵp ffocws ar 12 Mawrth. Nod y grwpiau ffocws oedd trafod gwasanaethau bariatrig gyda chleifion, meddygon, llawfeddygon a gweithwyr proffesiynol perthynol i iechyd sydd â phrofiad uniongyrchol o'r gwasanaethau hyn yng Nghymru.

Cafodd y pedwar grŵp a oedd yn cynnwys cymysgedd o aelodau'r pwyllgor, cleifion a gweithwyr iechyd proffesiynol un awr i drafod y pum cwestiwn canlynol:

1. Mae timau bariatrig amlddisgyblaethol yn cynnwys amrywiaeth o arbenigwyr ac ymarferwyr. Pa welliannau, os o gwbl, y gellid eu gwneud i fynediad cleifion at y timau amlddisgyblaethol hyn, a'r clinigau rheoli pwysau, yng Nghymru?
2. A ydych o'r farn bod y meini prawf presennol sy'n nodi'r rheini sy'n gymwys i gael llawdriniaeth fariatrig yn ddigonol ac yn briodol?
3. Sut y caiff cleifion eu hasesu ar gyfer llawdriniaethau bariatrig a pha broblemau a wynebir?
4. O ran trin cleifion sydd â phroblemau gyda'u pwysau, a yw'r lefel o hyfforddiant, gwybodaeth a chefnogaeth a roddir i weithwyr iechyd proffesiynol yn ddigonol?
5. Pa effaith a gaiff ymyrraeth rheoli pwysau, neu'r diffyg hwnnw, ar fywydau cleifion?

Gwahoddwyd y grwpiau i rannu eu sylwadau ar bob cwestiwn mewn cyfarfod llawn yn dilyn y trafodaethau fesul grŵp.

## **NODYN O'R DRAFODAETH YN Y CYFARFOD LLAWN**

### **Cwestiwn 1: Mynediad i dimau amlddisgyblaethol a chlinigau rheoli pwysau yng Nghymru**

#### *Gweithredu tameidiog*

Roedd consensws clir ar draws y pedwar grŵp ffocws fod mynediad i dimau amlddisgyblaethol a chlinigau rheoli pwysau yn annigonol yng Nghymru. Cyfeiriwyd at fodolaeth "loteri cod post" ar gyfer cleifion o Gymru a nodwyd mai dim ond Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan sy'n darparu gwasanaeth Lefel 3 ar hyn o bryd. Er bod y cyfranogwyr yn canmol Llwybr Gordewdra Cymru Gyfan fel dogfen strategol da, mynegwyd rhwystredigaeth am y ffaith bod y broses o'i gweithredu yn parhau i fod yn dameidiog.

#### *Mynediad amserol i dimau amlddisgyblaethol medrus ac arbenigol*

Nododd y cyfranogwyr fod mynediad i dîm amlddisgyblaethol sy'n cynnwys cymorth dietegol, seicolegol, clinigol a ffitrwydd yn hanfodol i sicrhau bod cleifion bariatrig yn gallu parhau i gollu pwysau. Pwysleisiwyd pwysigrwydd cael mynediad at dîm medrus gydag arbenigedd mewn newid ffordd o fyw yn ogystal ag ymyriadau dietegol a/neu glinigol. Ar ben hynny, nododd cyfranogwyr yr angen am fynediad amserol i gefnogaeth timau amlddisgyblaethol – rhoddwyd enghreifftiau o gleifion yn aros am gyfnodau sylweddol diffyg gwasanaethau lefel 3. Nododd y cyfranogwyr fod oedi wrth gael mynediad i wasanaethau yn aml yn parhau achosion bariatrig sydd eisoes yn gymhleth ac yn risg uchel. Roedd consensws ar draws y grwpiau fod mynediad i dimau amlddisgyblaethol arbenigol yn bwysig cyn ac ar ôl llawdriniaeth bariatrig; nodwyd monitro a gofal ôl-llawdriniaeth fel ffactor allweddol sy'n effeithio ar allu unigolyn i gynnal ffordd iach o fyw ar ôl llawdriniaeth. Roedd y cyfranogwyr yn amau a oes digon o adnoddau arbenigol ar gael yng Nghymru ar hyn o bryd o ystyried cyn lleied o Fyrddau Iechyd Lleol sydd wedi comisiynu gwasanaethau Lefel 3.

#### *Rôl gofal sylfaenol*

Tynnwyd sylw at bwysigrwydd sicrhau fod pob cyswllt yn cyfrif ac awgrymwyd fod angen gwaith pellach i wella sut y mae ymarferwyr meddygol cyffredinol yn ymdrin â chleifion bariatrig gyda llawer o'r cyfranogwyr yn nodi anwybodaeth a rhagfarn fel rhwystr i gael mynediad at wasanaethau arbenigol. Rhoddwyd enghreifftiau o gleifion yn gorfod gofyn am ymyrraeth rheoli pwysau arbenigol yn hytrach nag ymarferwyr yn cynnig cefnogaeth o'r math hwn iddynt yn weithredol. Mewn achosion lle mae gan ymarferwyr cyffredinol a gweithwyr gofal sylfaenol gwell dealltwriaeth o'r angen am ymyriad bariatrig arbenigol, nodwyd fod anawsterau yn parhau o ran cyfeirio unigolion i dimau amlddisgyblaethol oherwydd prinder clinigau rheoli pwysau arbenigol. Hefyd, nododd rhai cyfranogwyr fod cleifion yn aml yn gweld nifer o ymarferwyr cyffredinol yn hytrach na'r un unigolyn – gall hyn fod yn annefnyddiol wrth geisio canfod pa wasanaethau sydd eu hangen arnynt.

### *Gwasanaethau pediatrig*

Pwysleisiodd cyfranogwyr fod problemau o ran rheoli pwysau yn aml yn dechrau yn ystod plentyndod. Pwysleisiwyd, fodd bynnag, fod gwasanaethau rheoli pwysau i blant yn fwy cyfyngedig na'r gwasanaethau sydd ar gael i oedolion. Roedd consensws ar draws y grwpiau y dylid darparu gwasanaethau pediatrig arbenigol i atal problemau rheoli pwysau unigolion rhag gwaethygu yn ddiweddarach mewn bywyd neu leihau'r gwaethygiad hwnnw.

### *Gwasanaethau lefel 1 a 2*

Cyfeiriwyd at y rhaglen 'Bwyta'n Dda am Oes' a ddatblygwyd yn ddiweddar. Rhaglen rheoli pwysau strwythuredig wyth wythnos ydyw a chafodd ei chynllunio gan ddietegwyr iechyd cyhoeddus yng Nghymru. Nodwyd bod y cynlluniwyd y rhaglen hon i gael ei darparu gan amrywiaeth o staff yn y gymuned, ac i ddarparu gwasanaethau ar lefelau 1 a 2 o'r Llwybr Gordewdra Cymru Gyfan. Cyfeiriwyd at gyfraniad posibl o wasanaethau trydydd-parti megis Weight Watchers a Slimming World. Er y cydnabuwyd fod angen dull mwy arbenigol ar gyfer achosion cymhleth, nododd y cyfranogwyr y gallai ymagwedd partneriaeth mewn perthynas â chynlluniau o'r fath fod yn fuddiol er mwyn sicrhau na fydd unigolion yn cyrraedd y pwynt lle mae angen gwasanaethau mwy arbenigol lefel 3 a 4.



## Cwestiwn 2: meini prawf cymhwysedd ar gyfer llawdriniaeth bariatrig

### *Yr angen i lynu at ganllawiau NICE*

Cytunodd yr holl grwpiau fod angen dybryd i weithio i gadw at ganllawiau cyfredol NICE ar lawdriniaeth bariatrig. Pwysleisiwyd nad ydynt yn cael eu gweithredu ar hyn o bryd yng Nghymru, er eu bod wedi'u prif-ffrydio yn Lloegr. O blith 1000 o gleifion y cyfeiriwyd i unig ddarparwr llawdriniaeth bariatrig y GIG yng Nghymru, nodwyd bod 98% ohonynt yn anghymwys ar gyfer llawdriniaeth er eu bod wedi bodloni'r meini prawf a amlinellir yn y canllawiau NICE.

### *BMI a mathau eraill o gyd-afiachusrwydd*

Roedd consensws fod trothwyon yng Nghymru ar gyfer cael mynediad i lawdriniaeth yn parhau i fod yn rhy uchel. Nodwyd bod yr angen i glaf yng Nghymru arddangos cyd-afiachusrwydd ychwanegol a BMI yn uwch nag yn Lloegr er mwyn bod yn gymwys ar gyfer ymyrraeth lawfeddygol yn gweithredu fel cymhelliant gwrthnysig i unigolion sy'n ceisio llawdriniaeth bariatrig. Pwysleisiodd cyfranogwyr ei bod yn ymddangos fod yn rhaid i bobl ddod yn fwy sâl cyn bodloni meini prawf cymhwysedd, gan wneud llawdriniaeth yn fwy o risg i'r unigolyn a llawfeddygon dan sylw. Heriwyd doethineb gweithredu trothwy BMI a chyd-afiachusrwydd uchel o'r fath yng Nghymru.

### *Mynediad i gefnogaeth lefel 3*

Pwysleisiodd y rhan fwyaf o gyfranogwyr nad yw'n bosibl gwahanu gwasanaethau lefel 3 a 4 – mae angen llwybr cyfeirio clir o lefel 3 i lefel 4, ac o lefel 4 i lefel 3. Fel arall, ni fydd y naill haen na'r llall yn gweithio i'w llawn botensial. Tynnwyd sylw at bwysigrwydd sicrhau fod yr holl opsiynau yn cael eu hystyried a'u dihysbyddu cyn ymyrraeth lawfeddygol. Roedd y rhan fwyaf o grwpiau yn cytuno fod y gofyniad i gymryd mewn cynllun lefel 3 am ddwy flynedd yn synhwyrol mewn egwyddor gan fod llawer o bobl yn llwyddo i golli pwysau heb ymyrraeth lawfeddygol yn ystod y cyfnod hwn. Roeddent hefyd yn teimlo y byddai'r broses hon yn helpu i sicrhau bod y rhai sydd angen llawdriniaeth fwyaf yn cael llawdriniaeth. Roedd consensws, fodd bynnag, fod y meini prawf i gymryd rhan mewn gwasanaeth lefel 3 am ddwy flynedd yn drothwy rhy uchel pan nad yw gwasanaethau o'r fath ar gael ar y raddfa angenrheidiol yng Nghymru.

### *Terfynau oedran*

Roedd consensws ar draws y grwpiau y dylai llawdriniaeth bariatrig ddim ond fod ar gael i gleifion o dan 18 oed mewn amgylchiadau eithriadol oherwydd bod y cleifion hyn yn dal i dyfu. Cydnabuwyd, fodd bynnag, fod angen cefnogaeth addas a phrydlon ar blant a phobl ifanc – gan gynnwys mynediad at wasanaethau arbenigol lefel 3 – er mwyn mynd i'r afael â phroblemau rheoli pwysau cyn gynted ag y bo modd. Er yr oedd y cyfranogwyr yn argymhell y dylai gwasanaethau pwysau pediatriig arbenigol fod ar gael yng Nghymru, nid oedd unrhyw un yn ymwybodol bod unrhyw wasanaethau o'r fath ar gael yma ar hyn o bryd.

### **Cwestiwn 3: Asesu ar gyfer llawdriniaeth bariatrig**

#### *Rôl y gwasanaethau lefel 3*

Pwysleisiodd y cyfranogwyd rôl bwysig gwasanaethau lefel 3 yn y broses o asesu'r angen am wasanaethau lefel 4 a chyfeirio at y gwasanaethau hynny. Fel yr amlinellwyd mewn perthynas â chwestiwn 2, fodd bynnag, nododd y grwpiau ffocws fod prinder gwasanaethau lefel 3 yng Nghymru yn effeithio ar allu'r GIG i asesu cleifion unigol. Dadleuwyd bod hyn wedi arwain at sefyllfa lle mae'r broses o asesu unigolion ar gyfer llawdriniaeth bariatrig yng Nghymru yn annigonol. Roedd consensws cyffredinol fod y dylai atgyfeiriadau ar gyfer ymyriadau llawfeddygol lefel 4 fynd drwy wasanaethau lefel 3 fel yr amlinellir yn y Llwybr Gordewdra Cymru Gyfan ond bod y ffaith nad oes digon o wasanaethau lefel 3 ar gael yn parhau i fod yn broblem.

#### *Gofal ar ôl llawdriniaeth*

Pwysleisiwyd bod angen briffio cleifion yn llawn am ganlyniadau llawdriniaeth bariatrig a'r risgiau cysylltiedig, a'r angen i ymgysylltu cleifion yn llawn â'r drefn gofal ar ôl llawdriniaeth. Nodwyd y gall methiant i ymrwymo i gefnogi gwasanaethau yn dilyn llawdriniaeth bariatrig gael canlyniadau corfforol a seicolegol difrifol.

#### *Effaith gwrthod llawdriniaeth*

Nodwyd nad yw unigolion bob amser yn cael gwybod pam y gwrthodwyd llawdriniaeth iddynt. Roedd cyfranogwyr yn teimlo, os yw cleifion yn cael eu gwrthod, y dylent gael eglurhad. Dylai canllawiau ynghylch pa gamau y

gallant eu cymryd yn y dyfodol fod ar gael hefyd. Nodwyd bod nifer o'r rhai y gwrthodir llawdriniaeth iddynt yng Nghymru yn teithio dros y ffin neu ymhellach i ffwrdd, yn aml yn chwilio am driniaeth breifat. Rhoddwyd enghreifftiau o gleifion yn ceisio triniaeth ratach dramor gan ddarparwyr diegwyddor, gan gyfeirio at effaith hyn ar y GIG pan fydd unigolion yn dychwelyd ac y bydd angen llawdriniaeth a/neu driniaeth gywirol arnynt yng Nghymru.

#### *Cael gwared ar groen dros ben*

Pwysleisiwyd pwysigrwydd ystyried effaith croen dros ben yn dilyn llawdriniaeth bariatrig llwyddiannus. Er bod cael gwared ar groen dros ben yn cael ei ystyried i fod yn weithdrefn gosmetig ar hyn o bryd oni fydd cymhlethdodau corfforol penodol yn codi, nodwyd bod yr effaith seicolegol o groen gormodol ar gleifion yn dilyn llawdriniaeth yn sylweddol. Roedd cyfranogwyr yn credu y dylid ystyried cael gwared ar groen dros ben fel rhan o ofal iechyd pobl sydd wedi cael llawdriniaeth bariatrig, yn hytrach nag fel gweithdrefn gosmetig. Roedd consensws ymhlith y cyfranogwyr y dylid rhoi ystyriaeth i gael gwared ar groen dros ben yn yr holl asesiadau a chostau ar gyfer llawdriniaeth bariatrig.

#### *Canslo llawdriniaeth*

Nododd nifer o gyfranogwyr enghreifftiau o lawdriniaeth bariatrig yn cael ei ganslo, hyd yn oed ar ôl i'r llawdriniaeth gael ei asesu i fod yn angenrheidiol. Nodwyd bod llawdriniaeth yn cael ei ganslo o ganlyniad i gyfyngiadau ar nifer y gwelyau, gyda chyflyrau iechyd eraill fel canser a chlefyd y galon yn cael eu blaenoriaethu.

### **Cwestiwn 4: hyfforddiant, gwybodaeth a chefnogaeth i weithwyr iechyd proffesiynol**

#### *Hyfforddiant a chymorth*

Nododd y cyfranogwyr enghreifftiau o ymarferwyr gofal iechyd yn arddangos anwybodaeth a rhagfarn tuag at unigolion gordew, gan ddweud wrth lawer o gleifion mai'r cwbl yr oedd angen iddynt wneud oedd ymarfer a gwella eu diet. Pwysleisiwyd yr angen i hyfforddi ymarferwyr i wella eu dealltwriaeth o'r hyn sy'n achosi gordewdra yn sylfaenol a chodi eu hymwybyddiaeth o wasanaethau arbenigol. Nodwyd bod rhai gweithwyr iechyd proffesiynol yn

ddiwyder wrth godi materion rheoli pwysau gyda chleifion, a bod angen hyfforddiant yn y maes, er mwyn lleihau rhwystredigaeth ar gyfer gweithwyr proffesiynol a chleifion. Nodwyd nad oes digon o ffocws yn cael ei roi ar bwysigrwydd hyfforddiant i weithwyr iechyd proffesiynol, ac efallai nad yw rhai meddygon teulu yn arbennig wedi cael digon o hyfforddiant neu adnoddau amser i ddelio â materion pwysau cymhleth. Argymhellwyd y dylai hyfforddiant am ordewdra, ei achosion a'i driniaeth gael eu prif ffrydio ar draws pob disgyblaeth.

### *Cymysgedd sgiliau*

Pwysleisiodd y cyfranogwyr bwysigrwydd sicrhau fod gan weithwyr proffesiynol iechyd gymysgedd addas o sgiliau. Nodwyd yr angen am hyfforddiant arbenigol ym maes dieteteg, seicoleg ac ymyriadau ffordd o fyw – gan gynnwys ffitrwydd. Dadleuodd rhai cyfranogwyr fod angen ystyried model gwahanol o ofal i frwydro yn erbyn gordewdra, gan edrych ar yr angen i newid ffordd o fyw yn ogystal â newidiadau clinigol/corfforol. Yn y cyddestun hwn, cymharwyd gordewdra â chyflyrau iechyd meddwl, lle mae angen dulliau gweithredu ac ymyriadau tymor hwy – yn hytrach na diagnosis a thriniaethau untro.

## **Cwestiwn 5: effaith ymyrraeth rheoli pwysau, neu ddiffyg ymyrraeth, ar fywydau cleifion**

### *Cymdeithasol*

Nodwyd y gall ymyriadau rheoli pwysau llwyddiannus newid bywydau, nid yn unig o ran y cleifion, ond ar gyfer y teulu cyfan. Gall gordewdra gyfyngu ar dasgau dydd i ddydd fel siopa, cymdeithasu, a theithio, sy'n cael effaith ar ansawdd bywyd unigolion. Awgrymwyd y dylai asesiadau o'r effaith ar gydraddoldeb gynnwys ystyried anghenion y rhai sydd dros eu pwysau, fel y mae asesiadau o effaith ar gydraddoldeb yn ystyried anghenion pobl hŷn, anghenion ieithyddol neu anghenion crefyddol.

### *Corfforol*

Nododd y cyfranogwyr y gall ymyriadau rheoli pwysau gael effaith sylweddol ar amodau cysylltiedig eraill gan gynnwys diabetes, pwysedd gwaed uchel, dal anadl wrth gysgu, problemau â'r cymalau a materion symudedd ymhlith llawer o rai eraill.

### *Economaidd*

Nodwyd y gall llawer o unigolion gordew ei chael yn anodd cynnal bywyd gwaith oherwydd effaith gorfforol a seicolegol fod dros bwysau. Pwysleisiwyd effaith economaidd hyn – i'r unigolyn a chymdeithas yn ehangach. Pwysleisiwyd manteision o ran cost llawdriniaeth bariatrig gyda llawer o'r cyfranogwyr yn nodi y gall llawdriniaeth lwyddiannus leihau costau gan gynnwys gwariant ar iechyd a gofal cymdeithasol a thaliadau lles.

### *Seicolegol*

Nodwyd y nifer cymharol uchel yr achosion o iselder ymhlith pobl ordew yn ystod trafodaethau. Pwysleisiwyd bod angen cymorth seicolegol ar gleifion pa un ai yw llawdriniaeth bariatrig yn cael ei ddarparu neu ddim – nodwyd na fyddai llawdriniaeth ar ei ben ei hun yn gwella canfyddiad claf o ddelwedd corff ei hun, yn enwedig os na cheir gwared ar groen dros ben.



**Coleg Nyrsio Brenhinol  
Cymru  
Royal College of Nursing  
Wales**

Ty Maeth  
King George V Drive East  
Cardiff  
CF14 4XZ

**Tina Donnelly TD, DL, CCMI, MSc  
(ECON), BSc (Hons), RGN, RM, RNT,  
RCNT, Dip N, PGCE**  
Director, RCN Wales

27 February 2014

David Rees AM  
National Assembly for Wales  
Cardiff Bay  
Cardiff  
CF99 1NA

Telephone 0345 772 6100  
Fax 029 20680750  
Email tina.donnelly@rcn.org.uk

Dear David

I am writing to ask you for your support for a Committee Inquiry into community nursing.

The recent hospital reconfiguration has emphasised reducing hospital beds to enable people to be supported and cared for appropriately in their own homes. This is an aim the Royal College of Nursing wholeheartedly endorses.

This is why we are asking for the Committee to take a comprehensive overview of the situation for community nursing across Wales.

- Are there enough qualified nurses to support the patients they serve?
- What are, and should be, the relationships with social services, GPs and hospital based services?
- How do NHS community services work with independent nursing care homes, domiciliary care and third sector nursing?
- Is there sufficient development of appropriate IT support?

These are a few of the important questions we have. Attached with this letter is also a briefing on the wider issues involved.

Continued...

**Coleg Nyrsio Brenhinol y  
Deyrnas Gyfunol/  
Royal College of Nursing  
of the United Kingdom**  
20 Cavendish Square  
Llundain/  
London W1G 0RN  
Ffôn/Telephone  
+44 (0) 20 7409 3333  
Ffacs/Fax  
+44 (0) 20 7647 3433  
www.rcn.org.uk

**Noddw/**  
**Patron**  
Ei Mawrhydi y Frenhines  
Her Majesty the Queen

**Llywydd/  
President**  
Andrea Spyropoulos LLM,  
LLB, BA, DPSN, Cert Ed,  
RGN, RNT, SCM

**Prif Weithredwr ac  
Ysgrifennydd Cyffredinol/  
Chief Executive  
& General Secretary**  
Peter Carter OBE, PhD, MBA,  
MCIPD, RGN, RMN

**Cyfarwyddwr, RCN Cymru/  
Director, RCN Wales**  
Tina Donnelly TD, DL, CCMI,  
MSc (ECON), BSc (Hons), RGN,  
RM, RNT, RCNT, Dip N, PGCE

**Coleg Nyrsio Brenhinol Cymru/  
Royal College of Nursing Wales**  
Tŷ Maeth Tŷ Maeth  
Rhodfa Ddwyreiniol King George V  
Brenin George V Drive East  
Caerdydd Cardiff  
CF14 4XZ CF14 4XZ  
Ffacs/ Fax: +44 (0) 29 20 680750  
RCN Direct 0345 772 6100

*Mae'r Coleg Nyrsio Brenhinol yn Goleg Brenhinol a sefydlwyd drwy Siarter Frenhinol ac Undeb Llafur Cofrestr Arbennig a sefydlwyd o dan Ddeddf Undebau Llafur a Chysylltiadau Llafur (Cydgrynhoi) 1992. The RCN is a Royal College set up by Royal Charter and a Special Register Trade Union established under the Trade Union and Labour Relations (Consolidation) Act 1992.*

***Mae'r RCN yn cynrychioli nyrsys a  
nyrsio, gan hyrwyddo rhagoriaeth  
mewn arfer a llunio polisiau iechyd***

***The RCN represents nurses and  
nursing, promotes excellence in  
practice and shapes health policies***

Tudalen 61



**INVESTORS | BUDDSODDWYR  
IN PEOPLE | MEWN POBL**

27 February 2014

2

Thank-you for your support and please do not hesitate to contact me if you would like to discuss this matter further.

Kind regards

Yours sincerely

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Tina Donnelly'.

**TINA DONNELLY**  
**DIRECTOR, RCN WALES**

## **Taking Stock: Is Community Nursing able to cope with reconfiguration?**

In 2010 the Welsh Government launched the Community Nursing Strategy. In 2011 Together for Health was described as setting out “how the NHS will look in five years time, with primary and community services at the centre of delivery”.

Since then the drive to shift care from the acute hospital to the community setting has continued apace with this ambition underlying the recent reconfiguration for the NHS in Wales.

Now is an excellent time therefore to take stock of the infrastructure of community nursing service, to celebrate innovative best practice and also to identify actions needed to strengthen services.

A Committee Inquiry could achieve all of this and provide a useful investigation of the following issues:

- How community nursing can work to integrate health and social care services
- The need to model safe and quality staffing measures
- The need to prepare the future workforce (including those transferring from an acute hospital environment)
- The need for basic workforce and information
- Assessing the impact of hospital reconfiguration on community nursing
- The role and contribution of the third sector
- The need for investment in children’s community nursing.
- ICT infrastructure
- The 24 nature of care and whether services can respond.
- The connection to palliative care services

Who might be interested in providing evidence to such an Inquiry?

- Professional Organisations (such as Royal College of GPs)
- Patient & Campaigning Groups (e.g. Age Concern, Diabetes Cymru)
- Community Health Councils
- Voluntary Organisations (e.g. Womens Institute)
- Health Boards
- Local Government (or organisations such ADSS)
- Trade Unions (e.g BMA)



## **Community Nursing: An introduction to the issues**

Registered nurses working in the community can have many different job titles. For example they could be working in a care home, in a GP surgery, as part of a community team or as outreach staff from hospitals. They could be specifically qualified as a learning disability nurse, a school nurse or a Health Visitor (Specialist Community Public Health Nurse).

The work of nurses in the community encompasses the promotion of health, healing, growth and development, as well as the prevention and treatment of disease, illness, injury and disability. Community-based nurses, and the health care assistants who work with them, enable people to achieve, maintain or recover independence where possible, and minimise distress and promote quality of life where it is not.

### **Community Nurses:**

- support families with the joys and stresses of a new baby;
- teach school children how to manage their asthma or diabetes and develop healthy lifestyles;
- enable adults with learning disabilities to live independently;
- assess and treat patients at local GP surgeries;
- provide clinical care and rehabilitation to people at home after an operation;
- help individuals with depression on the road to recovery;
- support people with health needs in the workplace;
- assist older people with a long term condition to remain independent;
- give dignified care to those who wish to die at home or in a hospice.

The list could go on. Few of us have not had reason to rely on a community nurse.

Nurses in the community are committed to meet the coming challenges but, historically, they have simply not benefited from the national vision and investment needed to provide us with the workforce we need today. Across the UK 27 per cent of NHS community nurses are over 50 and will have retired within the next 10 years.

We are simply not educating enough new staff to fill these posts, let alone increase services.

The RCN believes strongly that a renewed investment in the community nursing workforce is essential to support the reconfiguration process of the NHS in Wales. If the nation fails to invest in community nursing, the demand for acute health care is likely to increase.

### **District Nursing (DN): Special Concerns**

District nurses across Wales report concerns and uncertainty about their current and future role. Without a renewed focus on the DN service across Wales, it is feared that a generalist nursing resource universally relied upon to support patients in homes and communities is in danger of disappearing.

A useful defining description of district nursing can be found in The Queen's Nursing Institute (QNI) report (2009) which asserts that *"nursing in the home is fundamentally different to nursing in clinical-type settings, in hospital or in primary care, and district nurses are specifically qualified to do it. District nursing work remains both preventive and supportive. It can also be highly technical, risk-taking, intensive and practical. The nature of the work is unpredictable and changeable; it requires district nurses to be responsive, flexible and adaptable."* The report describes the core values of the DN service as

- keeping people at home where they want to be;
- the relationship between nurse and patient as the prime therapeutic tool;
- the need to work with the whole family and their carers as a unit;
- the importance of expert assessment and care, both clinical and social; and
- the need to promote coping and independence, both practical and psychological."

District nurses could be considered the glue holding together the community nursing workforce – "specialists at being generalists" – jack of all trades in terms of clinical care, networks across health and social services – unique and necessary for untangling complexity and keeping patients safely at home

## Appendix A - Community Nursing Numbers

WAG Commissioning of Community Nursing Post-registration Training Places  
*Statistics sourced from NLIAH*

	2007	2008	2009	2010	2011-12
District Nurses	45	28	26	30	26-30
DN (modules)		98	40	40	50-107
Health Visitors	36	36	46	36	36-45
Community Psychiatric Nursing	13	21	21	21	20-33
CPNs (modules)		20	20	20	20-34
Community Learning Disability Nursing	3	2	3	2	0
CLDNs (modules)		4	6	10	4
School Nurse	22	24	24	24	22-34
School Nurse (modules)					25
Practice Nurses	20	16	18	16	16-37
PN (modules)		16	16	16	12

No. of District Nurses Sources from Stats Wales and presented to nearest whole number

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Number of District Nurses	1141	943	863	926	945	900
WTE District Nurses	755	836	745	806	823	780

### NHS Nursing by area

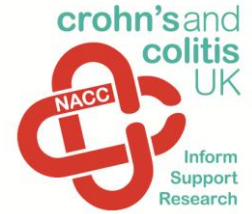
Statistics sourced from Stats Wales and presented to nearest whole number. These figures are not for registered nurses only but include Healthcare Support Workers

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Acute, Elderly & General	32,831	18,591	18,651	18,726	18,531	18,560
WTE Acute, Elderly & General	16,392	16,134	16,048	16,072	15,908	15,950
No. of Community Psychiatry	1,128	1,086	1,261	1,220	1,326	1,414
WTE Community Psychiatry	968	1,012	1,168	1,130	1,232	1,312
Community Learning Disability	385	338	321	333	314	313
WTE Community Learning Disability	334	307	295	308	290	290
Community Services	4,850	3,849	4,240	4,292	4,347	4,411
WTE Community Services	3,116	3,156	3,336	3,413	3,485	3,548
School Nursing	167	162	184	256	298	309
WTE School Nursing	99	113	128	174	211	221
Neonatal	N/A	N/A	N/A	N/A	488	482
WTE neonatal	N/A	N/A	N/A	N/A	414	410

# Eitem 5f

14<sup>th</sup> February 2014

Mr David Rees AM  
Health and Social Care Committee Chair  
National Assembly for Wales  
Cardiff Bay  
Cardiff  
CF99 1NA



Crohn's and Colitis UK (NACC)  
4 Beaumont House,  
Sutton Road, St. Albans,  
Herts. AL1 5HH

Administration: t. 01727 830038  
f. 01727 862550  
Information line: 0845 130 2233

[enquiries@crohnsandcolitis.org.uk](mailto:enquiries@crohnsandcolitis.org.uk)  
[www.crohnsandcolitis.org.uk](http://www.crohnsandcolitis.org.uk)

Dear Mr Rees,

## Short Inquiry into implementation of national guidance on Inflammatory Bowel Diseases (IBD)

I am writing on behalf of Crohn's and Colitis UK to ask that you and the Health and Social Care Committee consider our proposal for a short inquiry into the implementation of national guidance for Inflammatory Bowel Disease. This replaces the draft, proposed scope for a 'short inquiry into the implementation of national guidance for luminal G.I conditions' that the Committee recently received.

Having had further discussions with colleagues in other patient organisations covered by the original draft proposed scope, we feel that it would be beneficial to narrow the inquiry's proposed scope a little, so that it focuses on IBD exclusively.

We feel that the best case for this inquiry can be made by focusing on IBD specifically, as the issues around inconsistent provision of care are well supported by the three existing rounds of the UK IBD Audit data, with a fourth which will be published in the coming months. However, this same level of data is not readily available for Coeliac Disease nor Irritable Bowel Syndrome.

Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (two common gastroenterological conditions, known collectively as Inflammatory Bowel Disease - IBD) impact around 15,500 people in Wales. The symptoms include frequent diarrhoea (sometimes with blood and mucus in cases of IBD), acute abdominal pain, weight loss, and profound fatigue.

IBD can cause blockages in the intestine or ruptures in the lining of the intestinal wall, which require emergency surgical intervention if the condition goes untreated, or in cases of severe disease. Between 50% and 70% of patients with Crohn's Disease will undergo surgery within a lifetime. In Ulcerative Colitis lifetime surgery rates are about 20-30%. There is also an established link between IBD, particularly extensive Ulcerative Colitis, and an increased risk of developing colorectal cancer.

Standards of treatment and care for people with IBD in Wales have improved in recent years. However, they still fall behind the average for the rest of the UK. National guidance was issued in 2009 in the form of the UK IBD Standards – a collaboration between professional organisations and patient groups that sought to define good quality IBD care. In subsequent years, the Standards have been supplemented with NICE Clinical Guidelines for both Crohn's and Colitis.



David Barker, Chief Executive Keith Stewart, Chairman  
Crohn's and Colitis UK is the working name for  
The National Association for Colitis and Crohn's Disease  
Charity registered in England No. 1117148 and in Scotland No. SC038632  
A company limited by guarantee in England. Company number: 5973370



Despite this, three rounds of independent UK IBD Audit data have demonstrated that basic standards of care are not being met by many Welsh hospitals, notwithstanding the former Health Minister's acknowledgement that Health Boards are 'expected to take into account the Standards'.

Given the disparity in standards of IBD care in the four UK countries, despite national guidelines, Crohn's and Colitis UK believes a short inquiry into the implementation of this guidance is now necessary. Such an inquiry could enable better understanding of the barriers to improved care for people with IBD and help address some of these barriers ahead of the publication of NICE's IBD Quality Standards in September 2014.

If you require further information, I am contactable via Policy and Public Affairs Officer Philip Reynolds at '[philip.reynolds@crohnsandcolitis.org.uk](mailto:philip.reynolds@crohnsandcolitis.org.uk)'.

Yours sincerely,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'D. Barker', with a long horizontal flourish underneath.

David Barker,  
Chief Executive  
Crohn's and Colitis UK



## Health and Social Care Committee

### Proposed Scope: Inquiry into implementation of national guidance on Inflammatory Bowel Diseases (IBD)

February 2014

#### Terminology

**Gastroenterology** – A specialism that examines the whole of the gut, ranging from the oesophagus to the colon and to various other organs, including the liver, pancreas and gall bladder<sup>1</sup>.

**Inflammatory Bowel Diseases (IBD)** – These are chronic, autoimmune conditions in which intestines become swollen, ulcerated and inflamed. The most common variants are Crohn’s Disease and Ulcerative Colitis.

#### Prevalence and patient numbers

At least 261,000 people in the UK have Ulcerative Colitis or Crohn’s Disease, with more than one in 200 people affected by IBD. Exact prevalence figures in Wales are unavailable, however, it is estimated that just over 15,500 people have the conditions, based on recent Welsh population figures<sup>2</sup>.

#### Impact on quality of life

IBD symptoms include acute abdominal pain, weight loss, diarrhoea (sometimes with blood and mucus), tenesmus (constant urge to have a bowel movement), and severe fatigue. Symptoms vary in severity from person to person and from time to time and relapses often occur suddenly and unpredictably.

In addition to physical symptoms, the psychological impact of IBD frequently presents a significant barrier to people actively participating in work and social life. Research conducted by Crohn’s and Colitis UK revealed that the fear of experiencing an episode of incontinence is as debilitating as the actual event.

A person with Crohn’s and Colitis UK explains: *“I don’t go through the door because of that ‘fear factor’ – I won’t have an accident outside the house as I don’t go out. I visit my mum’s once a week and my husband drives me, and I shop at night because there are fewer people around.”*

Another explained that *“being faecally incontinent is completely socially unacceptable. It is more acceptable to be sick in public. Therefore the fear of being faecally incontinent has a great impact on your life.”*

---

<sup>1</sup> Royal College of Physicians, *Gastroenterology* <http://www.rcplondon.ac.uk/specialty/gastroenterology>

<sup>2</sup> ONS, <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/pop-estimate/population-estimates-for-england-and-wales/mid-2012/mid-2012-population-estimates-for-england-and-wales.html>

## Treatment options

Medical management of IBD use a hierarchy of drugs to treat acute episodes and maintain patients in remission or with a reduced level of symptoms. These are corticosteroids, aminosalicylates (5ASA), immunosuppressives (azathioprine, 6-mercaptopurine, cyclosporine) and biologics (infliximab/adalimumab).

If left untreated, or in cases of severe disease, IBD can cause blockages in the intestine or ruptures in the lining of the intestinal wall, which require emergency surgical intervention. Surgical options include resections to remove diseased sections of the gut or the total removal of the large bowel and its replacement with a stoma bag. It is also known that between 50% and 70% of patients with Crohn's Disease will undergo surgery within five years of diagnosis. In Ulcerative Colitis, lifetime surgery rates are about 20-30%.

A high proportion of IBD patients will experience one or more associated inflammatory conditions requiring care from a different specialty – osteoarthritis and inflammation of the eyes or skin are the most common additional conditions. There is also an established link between IBD, particularly extensive Ulcerative Colitis, and an increased risk of developing colorectal cancer.

## Guidance

Standards for the healthcare of people who have inflammatory bowel disease. IBD Standards 2013 update. The IBD Standards Group: Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, British Dietetic Association, British Society of Gastroenterology, British Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Crohn's and Colitis UK, Primary Care Society for Gastroenterology, Royal College of Nursing, UK Clinical Pharmacy Association, Royal College of Physicians, Royal Pharmaceutical Society  
Published October 2013.

British Society of Gastroenterology Commissioning evidence-based care for Patients with Gastrointestinal and Liver Disease  
Published June 2012

### NICE Guidance

#### *Clinical guidelines*

NICE Clinical Guideline CG118 Colonoscopic surveillance for prevention of colorectal cancer in people with ulcerative colitis, Crohn's disease or adenomas.  
Published March 2011

NICE Clinical Guideline CG152 Crohn's disease  
Published October 2012

NICE Clinical Guideline CG166 Ulcerative colitis  
Published June 2013



### Quality Standards

NICE Quality Standard Inflammatory bowel disease (to cover Ulcerative colitis and Crohn's disease)

Expected publication date September 2014

### Clinical Pathways

NICE Clinical Pathway: Colonoscopic surveillance

### Current status

According to WAQ60597, 'The IBD standards were issued to the NHS in February 2010 under cover of a Ministerial Letter (EH/ML/009/10). Health Boards are expected to take into account the Standards for improving IBD services and to use them to inform planning, funding and the delivery of services for IBD within their local areas.'

Although standards of treatment and care for people with Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in Wales have improved in recent years, they still fall behind the average for the rest of the UK.

After analysing data from the 2010 UK IBD Audit (the most recent round available) it is clear that basic standards of care are not being met by many Welsh hospitals, despite the former Health Minister's acknowledgement that Health boards are 'expected to take into account the Standards'. This presents a clear contrast with other UK countries.

### UK IBD Audit organisational data comparison between UK countries –

2010 Key indicator results for England, Northern Ireland, Scotland & Wales					
IBD Standard	UK Average meeting the standard	England (162 hospitals)	Northern Ireland (11 hospitals)	Scotland (13 hospitals)	Wales (15 hospitals)
Does the IBD Service have a named clinical lead?	76%	80% (129)	45% (5)	69% (9)	67% (10)
Sites with guidelines for the management of Acute Severe Colitis	79%	82% (133)	55% (6)	85% (11)	60% (9)
Sites that hold parallel gastroenterology/colorectal surgery clinics (where IBD patients are seen)	56%	47% (76)	18% (2)	62% (8)	33% (5)

A separate inpatient audit examined the experiences of people with IBD who were admitted to hospitals across the UK. Data reveals that hospitals are failing to weigh patients on admission to hospital, not prescribing blood thinning medication and specialists were not meeting regularly to discuss patients.

IBD Standards	Patients across Welsh hospitals entered into Audit receiving this care	UK average
<b>Standard A10</b> – <i>Patients admitted with known or suspected IBD should be discussed with and normally transferred to the care of a Consultant Gastroenterologist and or Colorectal Surgeon</i>	<b>65% of Ulcerative Colitis patients seen by specialist</b> (108/165 patients entered into inpatient Audit from the 15 hospitals)	88% of Ulcerative Colitis patients were seen by a specialist
	<b>50% of Crohn’s Disease patients were seen by a specialist</b> (94/185 patients entered into inpatient audits from the 15 hospitals)	78% of Crohn’s Disease patients were seen by a specialist
<b>Standard A10</b> - <i>All IBD patients admitted should be weighed and their nutritional needs assessed</i>	<b>35% of Crohn’s patients were weighed</b> (66 of 185)	72% of Crohn’s Disease patients were weighed during first admission

#### **Suggested Terms of Reference**

To examine the awareness and implementation of current national guidance for Inflammatory Bowel Diseases, especially the measures developed to support and monitor the uptake and effectiveness of such guidance.

The Committee will particularly consider the ongoing impact of guidance on improving standards of care for people in Wales to a level equivalent to that of England.

#### **Suggested witnesses**

Crohn’s and Colitis UK

Welsh Association for Gastroenterology and Endoscopy

The UK IBD Standards Group

#### **Suggested sources of information**

StatsWales

UK IBD Audit third round reports

UK IBD Audit fourth round reports (available summer 2014)