



Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal

Adroddiad Diweddaru

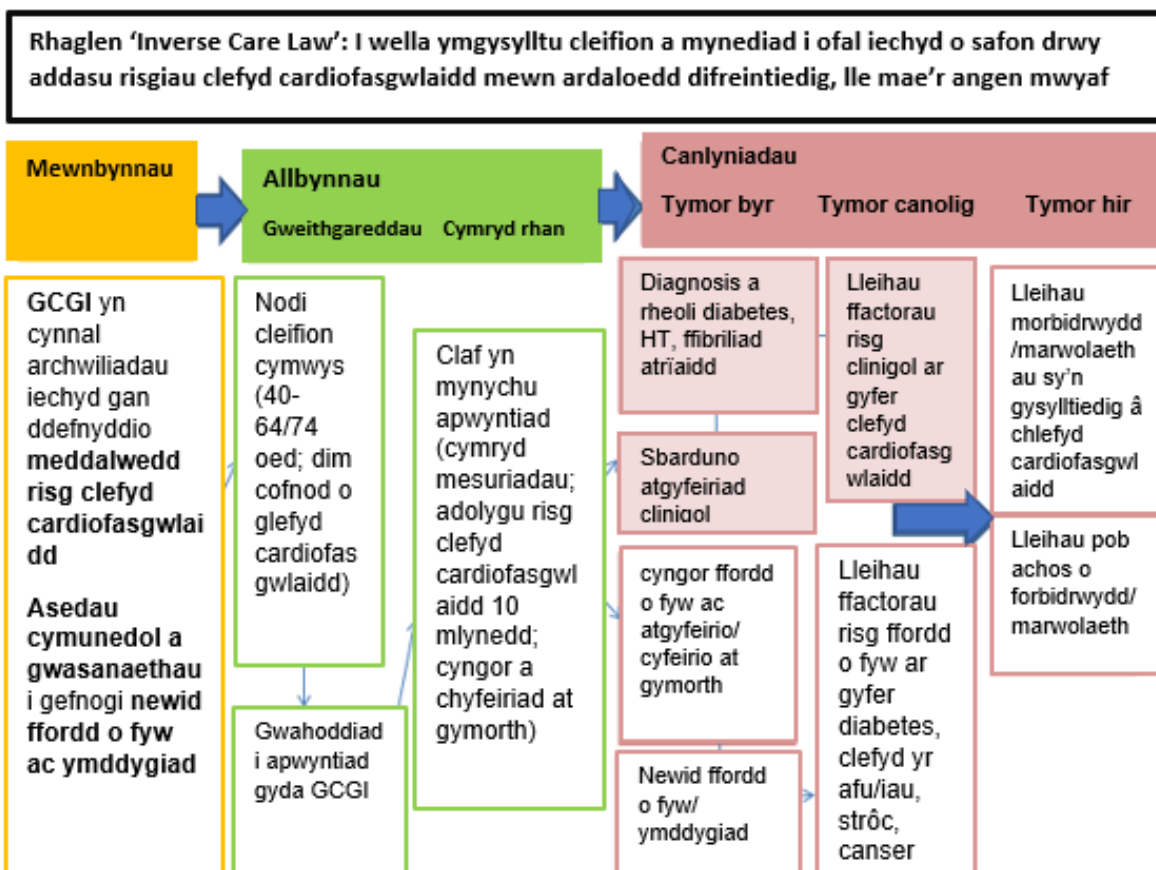
Dr Alice Puchades a Sara Thomas

Cyhoeddwyd Mehefin 2022

Crynodeb Gweithredol

Paratowyd yr adroddiad hwn ar ran Ffrwd Waith Atal a Llesiant y Rhaglen Strategol Gofal Sylfaenol. Mae'n rhoi adolygiad o'r Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal (ICL) yng Nghymru a oruchwyliwyd yn flaenorol gan Fwrdd Datblygu'r Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal a Bwrdd Cenedlaethol y Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal. Mae'n ddiweddariad i adroddiad cydymaith 2019 sydd ar gael yma: <https://primarycareone.nhs.wales/files/sharing-practice/icl-prog-final-report-v12-sept-2019-pdf/>.

- Nod y Rhaglen ICL yw gwella'r gwaith o atal a rheoli cyflyrau cronig a lleihau marwolaethau cynamserol drwy gynnig asesiadau risg cardiofasgwlaidd (ARC/CVRA) y cyfeirir atynt hefyd fel "archwiliad iechyd" i bobl gymwys, gan dargedu cymunedau o amddifadedd uwch sydd â'r risg uchaf o glefyd cardiofasgwlaidd (CVD).
- Dechreuodd Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal (ICL) o asesiadau risg cardiofasgwlaidd (ARC/CVRA) ym Myrddau Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan (AB) a Chwm Taf (CT) yn 2015. Er bod ganddynt amcan cyffredin o leihau anghydraddoldebau iechyd, roedd y modelau yn AB a CT yn wahanol o ran eu meini prawf cymhwysedd, eu dull dethol, meddalwedd ARC a lleoliad cyflwyno ARC - lleoliadau cymunedol lleol yn AB a meddygfeydd cleifion yn model CT. Gweler tabl 1 tudalennau 29-32 adroddiad cydymaith 2019 (y ceir dolen iddo uchod) i gael gwybodaeth lawn am y gwahanol fodelau a ddefnyddir yn AB a CT.
- Fel rhan o raglen genedlaethol i'w chyflwyno, sefydlwyd prosiectau peilot ARC hefyd ym Myrddau Prifysgol Hywel Dda (HD) ac Abertawe Bro Morgannwg (ABM) o 2016-2018, yn seiliedig ar fodel lleoliad cymunedol AB. Cafodd y cynllun peilot ABM yng Nghlwestwr gogledd Pen-y-bont ar Ogwr ei oedi a'i ailgychwyn fel model cyflwyno mewn meddygfa pan newidiodd ffiniau Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr a throsglwyddwyd y clwstwr i'r BIP Cwm Taf Morgannwg (CTM) newydd ym mis Ebrill 2019.
- Gwahoddwyd cleifion cymwys cofrestredig â Meddyg Teulu (40-74 oed yn CT a 40-64 oed yn AB), nad oedd yn hysbys fel arall bod clefyd cardiofasgwlaidd arnynt, i fynychu Asesiad Risg Cardiofasgwlaidd (ARC) gyda Gweithiwr Cymorth Gofal Iechyd hyfforddedig (GCGI). Yn ystod yr ymgynghoriad wyneb yn wyneb, cyfrifwyd risg 10 mlynedd o ddigwyddiad cardiofasgwlaidd (sgôr QRisk2) o'r mesuriadau a gymerwyd (Mynegai Màs y Corff [BMI], Pwysau Gwaed, hemoglobin A1c (prawf gwaed) [HbA1c], pwls, Lipidau a Cholesterol) a gwybodaeth a ddarparwyd gan yr unigolyn (hanes teuluol, statws ysmegu, gweithgarwch corfforol, yfed alcohol); trafodwyd y canlyniadau gyda'r claf ynghyd â chynghor ar sut i leihau'r risg ac unrhyw gymorth sydd ar gael i gyflawni hyn.
- Er mai lleihau risg ffordd o fyw oedd prif ffocws yr asesiad risg cardiofasgwlaidd (ARC), cynhaliodd y GCGI fesuriadau hefyd ar gyfer ffactorau risg clinigol, a sbardunodd atgyfeiriad clinigol i Ofal Sylfaenol pe bai hynny'n cael ei nodi.



Ffigur 1: Model Rhesymeg o Raglen ARC ICL

- Yn sgil pandemig COVID-19 bu oedi yng ngweithgarwch wynebu cleifion rhaglen ARC ICL, a hefyd y gwaith ar adroddiad diweddarau'r rhaglen ICL gan gynnwys yr adolygiad o'r dystiolaeth a gyhoeddwyd a dadansoddiad data SAIL ym mis Mawrth 2020. Ailgychwynwyd y gwaith ar adroddiad diweddarau'r Rhaglen ICL yn hydref 2020 yn dilyn yr oedi hwn, ac ailgychwynnodd archwiliadau iechyd ARC yn CTM ym mis Awst 2021.
- Cynhyrchwyd adroddiad blaenorol ar Raglen ICL ar gyfer y cyfnod 2013-2018 i Lywodraeth Cymru yn 2019 a oedd yn cynnwys tri argymhelliad, sy'n sail i'r adroddiad diweddarau hwn. Yr argymhellion oedd:
 - Argymhelliad 1: Sefydlu cam nesaf manwl y Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal genedlaethol yng Nghymru a fyddai'n cadarnhau'r model yn seiliedig ar y dysgu gwerthfawr hyd yma; bydd y rhaglen â ffocws o'r newydd yn llywio'r Rhaglen Strategol Gofal Sylfaenol ac yn cyfrannu at wireddu'r weledigaeth atal a nodir yn Cymru iachach.
 - Argymhelliad 2: Archwilio'r heriau a ddaw yn sgil gwerthuso'r rhaglen gan ganolbwyntio'n benodol ar fynd i'r afael â'r gwendidau yn y bensaernïaeth ddata sy'n sail i'r rhaglen.

- Argymhelliad 3:
Archwilio cyfleoedd ar gyfer gwerthusiad economaidd iechyd o'r rhaglen ac ymchwil hydredol gan fanteisio ar gryfder Banc Data SAIL.

Mae'r adroddiad diweddar hwn yn cynnwys:

- Adolygiad o'r dystiolaeth ryngwladol a gyhoeddwyd ar gyfer rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd.
- Dadansoddiad o ddata rhaglenni o 2013-2019 a gaiff ei gadw ym Manc Data SAIL lle mae ar gael ar gyfer AB, CT a Phen-y-bont ar Ogwr (PAO).
- Ôl-fyfyrion ar y Rhaglen ICL gan Fyrddau iechyd AB a CTM.
- Pwyntiau dysgu allweddol a Chasgliadau.

Adolygiad o'r Dystiolaeth

- Mae'r adolygiad o dystiolaeth **yn seiliedig yn bennaf ar astudiaethau a oedd yn archwilio Rhaglen Archwiliad Iechyd y GIG (NHS) yn Lloegr**, gan mai ganddyn nhw roedd y rhan fwyaf o'r dystiolaeth a gyhoeddwyd. Mae model GIG Lloegr yn wahanol gan ei fod yn rhaglen archwiliad iechyd cyffredinol ac nad yw wedi'i thargedu i leihau anghydraddoldebau iechyd mewn cymunedau o amddifadedd.
- Canfu'r adolygiad nad yw'r dystiolaeth yn glir ynghylch yr effeithiau na'r model gorau ar gyfer rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd:
 - Nid yw'n glir a oes gan raglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd fanteisio iechyd i bobl sy'n eu mynychu, gyda chanlyniadau cymysg ar eu buddion clinigol gan gynnwys diagnosis o ffactorau risg clefyd cardiofasgwlaidd, trin ffactorau risg clefyd cardiofasgwlaidd, diagnosis o glefyd cardiofasgwlaidd a marwolaethau.
 - Fodd bynnag, mae'n werth nodi er nad oes dystiolaeth ar gyfer manteisio iechyd rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd eu hunain, mae'r ymyriadau clinigol a ffordd o fyw sy'n digwydd yn dilyn archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd yn seiliedig ar dystiolaeth ac yn seiliedig ar ganllawiau NICE.
 - Canfu astudiaethau modelu nad yw'n glir a yw rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd yn cael effaith economaidd iechyd cadarnhaol, er ei bod yn debygol bod rhaglenni sy'n targedu grwpiau risg uwch neu grwpiau o amddifadedd uwch yn fwy cost-effeithiol. Fodd bynnag, canfu'r astudiaethau modelu hyn efallai nad yw rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd yn gost-effeithiol o hyd wrth ystyried cost cyfle rhedeg rhaglen archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd ar draul gweithgareddau meddygol neu ofal cymdeithasol eraill.
 - Nid oedd unrhyw dystiolaeth a oedd yn archwilio'n benodol a allai rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd fynd i'r afael ag anghydraddoldebau iechyd.
 - Mae'r rhan fwyaf o astudiaethau'n dangos bod menywod a phobl hŷn yn manteisio mwy ar raglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd, gyda rhywfaint o dystiolaeth bod pobl sy'n mynychu archwiliadau iechyd GIG Lloegr yn iachach na phobl a wahoddir ond nad ydynt yn mynychu.

- Ceir dadl ynghylch y meini prawf cymhwysedd, gyda rhai astudiaethau'n datgan na ddylai rhaglenni sgrinio clefyd cardiofasgwlaidd dargedu pobl hŷn yn unig gan nad yw oedran yn ffactor risg y gellir ei addasu, gydag eraill yn dangos mai rhaglenni sydd â throthwy oedran uwch, neu sydd â meini prawf cymhwysedd i gynnwys pobl â chyflyrau sy'n bodoli eisoes megis gorbwysedd, sydd â'r enillion iechyd mwyaf i'r boblogaeth oherwydd bod ffactorau risg a chyflyrau clinigol yn cael eu nodi a'u trin yn well.
- Nid oes tystiolaeth bendant o ran y lleoliad ar gyfer archwiliadau iechyd na'r offeryn cyfrifo risg clefyd cardiofasgwlaidd a gaiff ei ffafrio.
- Mae angen dilyniant clinigol a ffordd o fyw cyson wedi archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd er mwyn gwella effeithiau iechyd y rhaglen archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd. Mae hyn yn cynnwys camau dilynol meddygol ar ffactorau risg clinigol i ddechrau meddyginiaeth fel y bo'n briodol, a rhaglenni rheoli ffordd o fyw cyson sy'n cael eu hariannu'n ddigonol. Fodd bynnag, hyd yn oed gyda gwaith clinigol a ffordd o fyw dilynol priodol, nid oes tystiolaeth bendant ar fanteision iechyd i'r boblogaeth nac effaith economaidd rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd.
- Mae angen ymchwil pellach i wahanol fodelau archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd i asesu eu heffeithiau iechyd ac economaidd.

Dadansoddiad Data SAIL

- Cynlluniwyd y prosiect Banc Data Cyswllt Gwybodaeth Ddiennw Diogel (SAIL) a'r dadansoddiad data a gyflwynwyd yn yr adroddiad diweddar hwn mewn ymgynghoriad rhwng timau Iechyd y Cyhoedd, Gofal Sylfaenol a SAIL Prifysgol Abertawe, gan adeiladu ar ddadansoddiadau blaenorol a gynhaliwyd ar ddata'r rhaglen hon a gwell dealltwriaeth o lifiau data. Crëwyd rhaeadrau newydd yn amlinellu'r camau ar gyfer symud drwy'r ARC i waith dilynol clinigol/ffordd o fyw, a'u defnyddio mewn protocol diwygiedig ar gyfer y dadansoddiad SAIL a gwblhawyd ym mis Ionawr 2020.
- Roedd rhai problemau gyda lifiau data a chyflawnrwydd y data gofal sylfaenol yn y Banc Data SAIL, yn enwedig ar gyfer AB a Phen-y-bont ar Ogwr (PAO) a oedd yn gofyn am gamau ychwanegol a/neu a effeithiodd ar y dadansoddiadau y gellid eu cynnal:
 - Defnyddiwyd data a dynnwyd o gofnodion gofal sylfaenol i SAIL ar gyfer ARC a data gweithgarwch clinigol dilynol yn CT yn y dadansoddiadau gan y barnwyd ei fod yn ddigon cyflawn o'i gymharu â data rhaglenni a gasglwyd yn lleol. Nid oedd hyn yn wir yn AB lle'r oedd yn rhaid mewnforio data gwahoddiad a phresenoldeb ar wahân o'r system feddalwedd fasnachol a ddefnyddir yn yr ARCAu cymunedol. Ni fu'n bosibl yn sgil adleoli staff i'r ymateb COVID-19 i ymgymryd hefyd â'r gwaith ychwanegol sydd ei angen i gael y data gweithgaredd clinigol angenrheidiol o gofnodion gofal sylfaenol i gwblhau'r dadansoddiadau rhaeadrol clinigol a ffordd o fyw ar gyfer AB.
 - Roedd anghysondebau o ran data Pen-y-bont ar Ogwr (PAO), yn enwedig o ran gwahoddiadau a data ar nifer y bobl sy'n manteisio arnynt. Nid oedd modd cywiro hyn yn ôl-weithredol ar gyfer y dadansoddiadau.

- Mae hyn yn golygu bod y dadansoddiadau SAIL a gyflwynir yn yr adroddiad hwn yn defnyddio:
 - Data gan AB, CT a Phen-y-bont (PAO) ar gyfer presenoldeb yn ARC.
 - Data gan AB a CT ar fanteisio, ond nid PAO.
 - Data ar y rhoadrau clinigol a ffordd o fyw ar gyfer CT yn unig.

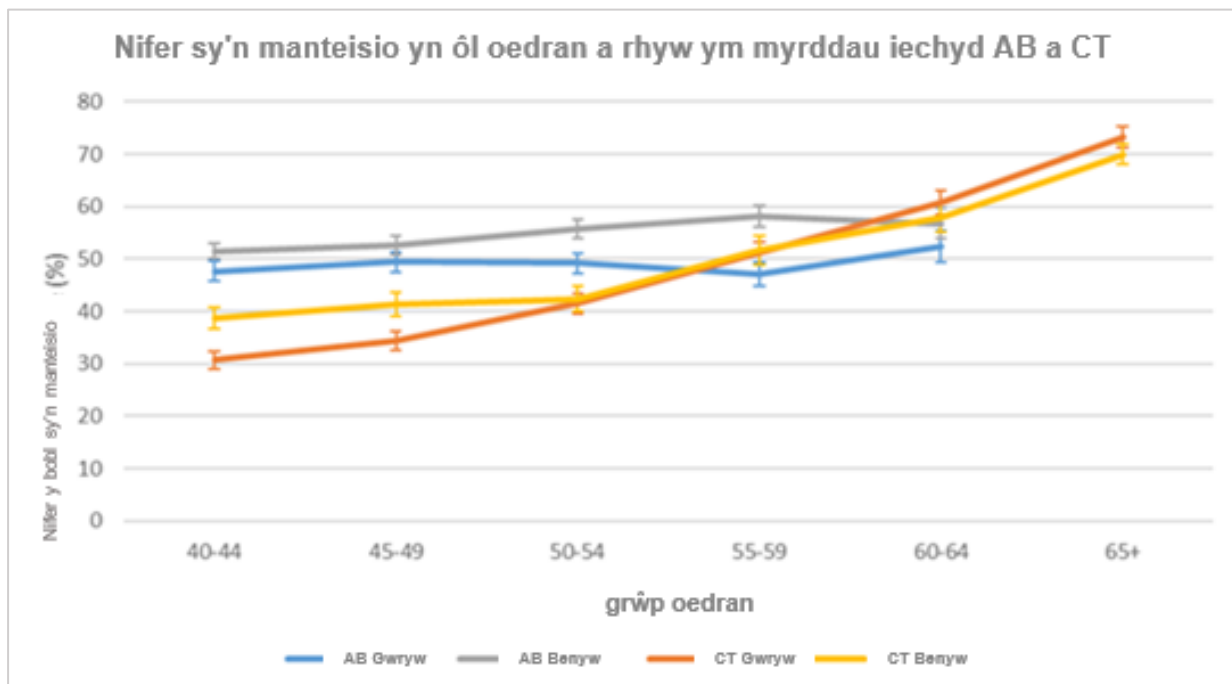
Cymwys, gwahoddwyd, mynychwyd a manteisio

- Roedd 10.5% o bobl AB, CT a PAO a fyddai wedi bod yn gymwys i gael ARC yn seiliedig ar eu hoedran a lleoliad cofrestredig eu meddygon teulu yn anghymwys oherwydd cyflyrau cardiofasgwlaidd a oedd yn bodoli eisoes.
- Roedd anghymhwysedd yn sgil cyflyrau cardiofasgwlaidd cysylltiedig a oedd yn bodoli eisoes yn ystadegol uwch yn PAO a CT ar 13% (95% Cyfwng Hyder 12.5-13.5%) ac 11% (95% CH 10.8-11.2%) yn y drefn honno, o'i gymharu ag AB a oedd â 9.4% (95% CH 9.2-9.6%) o bobl yn anghymwys oherwydd cyflyrau a oedd yn bodoli eisoes¹. Mae hyn yn debygol o fod yn rhannol oherwydd y meini prawf cymhwysedd gwahanol, gyda phobl hyd at 74 oed yn gymwys yn CT o gymharu â 64 oed yn AB.
- Diffiniwyd cyrhaeddiad y rhaglen ICL fel a ganlyn:
Nifer y bobl a fynychodd Archwiliad Iechyd ICL /
Nifer y bobl a oedd yn gymwys i gael Archwiliad Iechyd ICL
- Cyrhaeddiad yr ARC yn rhaglenni AB a CT gyda'i gilydd oedd 13.6%.
- Diffiniwyd y defnydd o'r rhaglen ICL fel a ganlyn:
Nifer y bobl a fynychodd Archwiliad Iechyd ICL /
Nifer y bobl a wahoddwyd i Archwiliad Iechyd ICL
- Y nifer a fanteisiodd ar ARC yn rhaglenni AB a CT gyda'i gilydd oedd 49.2%.
- Roedd y defnydd yn ystadegol sylweddol uwch yn AB ar 50.7% (95% CH 50.1-51.3) o'i gymharu â 47.7% (95% CH 47.0-48.3) yn CT. Gallai fod llawer o resymau am hyn, ond mae'n bosib y gallai hyn fod o ganlyniad i'w modelau cyflenwi gwahanol.
- Roedd 74.9% a fynychodd ARC ar draws AB, CT a PAO yn byw yn y cwintelau 1 (amddifadedd mwyaf) a 2 (y mwyaf difreintiedig nesaf). Mae hyn yn unol â nod y rhaglen ICL, i dargedu ardaloedd o amddifadedd fel ffordd o leihau anghydraddoldebau iechyd.
- Roedd y nifer a oedd yn byw yn y tri cwintel â'r amddifadedd mwyaf (C1, 2 a 3) dros 45% yn AB a CT. Roedd y nifer sy'n manteisio yn AB, sy'n benodol yn targedu pobl sy'n byw yn C1 a C2, ar ei uchaf yn C1 a C2. Roedd y nifer sy'n manteisio yn CT, nad oedd yn benodol yn targedu

¹ Cyfrifwyd cyfyngau hyder o 95% (95% CH) ar gyfer ystod o ddata Rhaglen ICL o SAIL. Gellir dehongli cyfyngau hyder o 95% gan ein bod 95% yn hyderus bod y gwir ganlyniad rhwng y cyfyngau hyder uchaf ac isaf. Mae'r canlyniadau'n wahanol yn ystadegol pan nad yw'r cyfyngau hyder o 95% yn gorgyffwrdd.

pobl sy'n byw yn y cwintelau â'r amddifadedd mwyaf, ond a oedd yn adlewyrchu amddifadedd yn ei ddull amcangyfrif QRISK2 cyn ARC ar ei uchaf yn C3 a 4.

- Cynyddodd y nifer sy'n manteisio yn CT ac AB gydag oedran, o 43.9% yn nifer y bobl 40-44 oed i 71.2% o bobl 70-74 oed, sy'n gyson â chanfyddiadau astudiaethau eraill.
- Fodd bynnag, roedd nifer y bobl a fynychodd ARC ar ei uchaf yn y grwpiau oedran 45-49 oed. Mynychodd 4,332 o bobl 45-49 oed ARC yn AB a CT allan o 9,273 o bobl a wahoddwyd, felly manteisiodd 46.7% o bobl arno. Y rheswm am hyn yw bod llawer mwy o bobl wedi eu gwahodd ac wedi mynychu yn y grŵp oedran hwn, er bod y nifer a oedd yn manteisio yn y grŵp oedran hwn yn is.
- Roedd y nifer y menywod a fanteisiodd ar y cynllun yn ystadegol sylweddol uwch ar 52% na dynion, sef 46.7% ar gyfer AB a CT gyda'i gilydd.



Ffigur 2: Nifer sy'n manteisio yn ôl oedran a rhyw ar gyfer AB a CT

- Mae byrddau iechyd AB a CT ill dau yn dangos patrwm cyffredinol o gynyddu'r nifer sy'n manteisio gydag oedran ar gyfer dynion a menywod. Mae hyn yn llai amlwg yn AB na CT. Roedd y nifer a oedd yn manteisio yn uwch ymhlith pobl iau yn AB.

Rhaeadrau clinigol

Roedd dadansoddiad data SAIL yn cynnwys archwiliadau o raeadrau ar gyfer nodi a rheoli ffactorau risg clinigol a ffactorau risg ffordd o fyw. Data ar gael ar gyfer CT yn unig.

Roedd pum rhaeadr glinigol:

1. Rheoli sgôr QRISK2 uchel.
2. Rheoli HbA1c / siwgr gwaed uwch a chyn-ddiabetes.
3. Rheoli pwysedd gwaed uwch / gorbwysedd.
4. Rheoli colesterol uwch / hypercolesterolaemia.
5. Rheoli pwls afreolaidd / ffibriliad atrïaidd.

		Mynychu Archwiliad Iechyd	QRISK2 10-20%	QRISK2 >20%	HbA1c 42-47	HbA1c >=48	Pwysedd gwaed uwch	Cyfanswm Colesterol > 7.5	Cymhareb HDL Colesterol >6	Pwls afreolaidd
CT	n	11,414	4,488	1,702	1,087	246	3,759	93	987	249
	%	Dd/B	39.3 (38.4-40.2)	14.9 (14.3-15.6)	9.5 (9.0-10.1)	2.2 (1.9-2.4)	32.9 (32.1-33.8)	0.8 (0.7-1.0)	8.6 (8.2-9.2)	2.2 (1.9-2.5)

Tabl 1: Crynodeb o nifer a chanran y ffactorau risg clinigol a nodwyd mewn Archwiliad Iechyd ICL yn CT

- Roedd gan 39.3% o'r bobl a fynychodd ARC yn CT sgôr QRISK2 (risg o ddigwyddiad cardiofasgwlaidd yn y 10 mlynedd nesaf) o 10-20% ac roedd gan 14.9% QRISK2 >20%. Mae hyn yn golygu bod gan dros hanner (54.2%) QRISK2 uwch o naill ai 10-20% neu >20% sy'n dangos bod gan y rhan fwyaf o bobl sy'n mynychu ar gyfer ARC risg uwch o glefyd cardiofasgwlaidd a photensial sylweddol i elwa o ymyrraeth.
- Y ffactorau risg clinigol unigol mwyaf cyffredin a nodwyd yn yr archwiliad iechyd yn CT oedd pwysedd gwaed uwch (32.9%).
- Y ffactorau risg clinigol lleiaf cyffredin a nodwyd mewn archwiliad iechyd yn CT oedd cyfanswm colesterol >7.5 (0.8%), HbA1c >=48 (2.2%) a phwls afreolaidd (2.2%).

		Mynychu Archwiliad Iechyd	QRISK2 10-20% a dechrau ar statin 12 mis	QRISK2 >20% a dechrau ar statin 12 mis	HbA1c >=48 a diabetes wedi'i ddiagnosisio 12 mis	Pwysedd gwaed uwch a dechrau gwrth-HTN 12 mis	Cyfanswm colesterol >7.5 a diagnosis o FH (hypercolesterolemia teuluol) 12 mis	Cymhareb HDL colesterol >6 neu gyfanswm colesterol >7.5 a dechrau ar statin 12 mis	Pwls afreolaidd a diagnosis o ffibriliad atrïaidd 3 mis
CT	n	11,414	611	383	130	416	<5	240	14
	%	Dd/B	5.4 (5.0-5.8)	3.4 (3.0-3.7)	1.1 (1.0-1.4)	3.6 (3.3-4.0)	Dd/B	2.1 (1.9-2.4)	0.1 (0.1-0.2)

Tabl 2: Crynodeb o nifer a chanran y canlyniadau clinigol a nodwyd yn dilyn archwiliad iechyd ICL yn CT

- Cafodd y canlyniadau clinigol mwyaf cyffredin a nodwyd yn dilyn archwiliad iechyd oedd QRISK2 uwch 10-20% a dechreuwyd nhw ar statin (5.4%) a phwysedd gwaed uwch a dechreuwyd nhw ar feddyginiaeth gwrth-orbwysedd (gwrth-HTN) (3.6%).
- Y canlyniadau clinigol lleiaf cyffredin a nodwyd yn dilyn archwiliad iechyd oedd cyfanswm colesterol uwch >7.5 a diagnosis o hypercolesterolemia teuluol (FH) (Dd/B oherwydd <5 o bobl gael canlyniad clinigol) pwls afreolaidd a chael diagnosis o ffibriliad atrïaidd o fewn 3 mis (0.1%).

- Mae hyn yn awgrymu bod rhai ffactorau risg clinigol a nodir mewn ARC yn fwy tebygol o arwain at ddiagnosis clinigol neu feddyginiaeth na ffactorau risg eraill. Gallai hyn fod oherwydd bod y ffactorau risg hyn yn farcwr clinigol mwy cywir ar gyfer eu cyflwr perthnasol, fod y ffactorau neu'r cyflyrau risg hyn yn fwy tebygol o fod angen meddyginiaeth, neu oherwydd dewis gan y claf ar sail gwybodaeth i dderbyn meddyginiaeth ar gyfer y cyflyrau hyn.

Rhaeadrau ffordd o fyw

Roedd pedwar rhaeadr ffordd o fyw:

- Ysmygu a rhoi'r gorau i ysmygu.
- Dros bwysau neu'n ordew a rheoli pwysau.
- Anweithgarwch corfforol ac atgyfeirio cleifion i wneud ymarfer corff.
- Goryfed alcohol a gwasanaethau alcohol.

		Mynychu Archwiliad Iechyd	Ysmygwr Presennol	BMI 25-30	BMI >30	Gweithgaredd corfforol isel	Archwiliad alcohol uchel ≥ 8	Archwiliad alcohol uchel iawn ≥ 16
CT	n	11,414	2,323	5,085	3,782	7,855	1,987	96
	%	Dd/B	20.4 (19.6-21.1)	44.6 (43.6-45.5)	33.1 (32.3-34.0)	68.8 (68.0-69.7)	17.4 (16.7-18.1)	0.8 (0.7-1.0)

Tabl 3: Crynodeb o ffactorau risg ffordd o fyw a nodwyd gan Archwiliadau Iechyd yn CT

- Y ffactorau risg ffordd o fyw mwyaf cyffredin a nodwyd oedd gweithgarwch corfforol isel (68.8%), BMI 25-30 (44.6%), a BMI >30 (33.1%). Roedd 77.7% o bobl naill ai dros eu pwysau neu'n ordew.
- Nodwyd bod 20.4% o bobl yn ysmygwyr ar hyn o bryd. Nodwyd bod gan 17.4% gymeriant alcohol uchel (sgôr Archwilio C ≥ 8) a nodwyd bod gan 0.8% sgôr risg alcohol uchel iawn Archwiliad C ≥ 16 .

		Mynychu Archwiliad Iechyd	Ysmygwr a chael cyngor ar roi'r gorau i ysmygu	Dros bwysau neu'n ordew a chael cyngor rheoli pwysau	Gweithgarwch corfforol isel a chael cyngor ar weithgarwch corfforol	Archwiliad alcohol ≥ 8 a chael cyngor ar alcohol
CT	n	11,414	2,278	7,658	7,217	1,786
	%	Dd/B	20.0 (19.2-20.7)	67.1 (66.2-68.0)	63.2 (62.3-64.1)	15.6 (15.0-16.3)

Tabl 4: Crynodeb o'r cyngor ar ffordd o fyw a roddwyd yn dilyn Archwiliadau Iechyd gan y Bwrdd Iechyd

- Y cyngor ffordd o fyw mwyaf cyffredin a nodwyd oedd ar gyfer rhai rhy drwm neu'n ordew a rhoddwyd cyngor iddynt ar reoli pwysau (67.1%) a gweithgarwch corfforol isel a chael cyngor ar weithgarwch corfforol (63.2%).

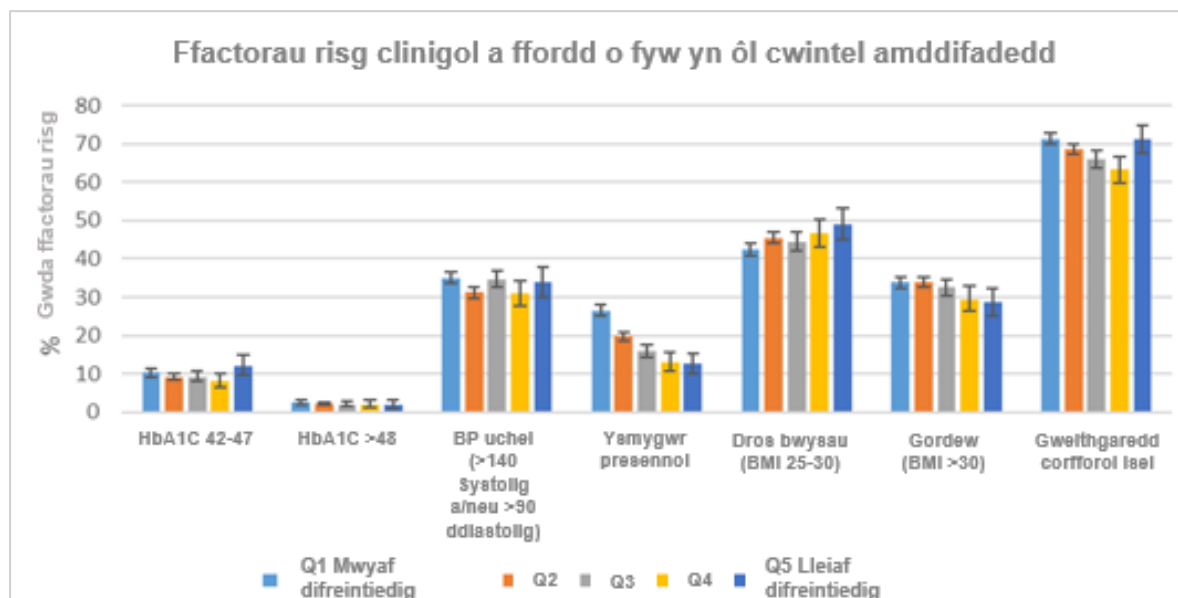
- Y cyngor ffordd o fyw lleiaf cyffredin a nodwyd oedd ar gyfer ysmygwyr a rhoddwyd cyngor iddynt ar roi'r gorau i ysmegu (20.0%) ac alcohol uchel (archwiliad ≥ 8) a rhoddwyd cyngor iddynt ar alcohol (15.6%).

		Mynychu Archwiliad Iechyd	Ysmygwr ac atgyfeiriad i roi'r gorau i ysmygu	Dros bwysau neu'n ordew ac atgyfeiriad at wasanaeth rheoli pwysau	Gweithgarwch corfforol isel ac atgyfeiriad at NERS	Gweithgarwch corfforol isel a NERS (Cynllun Cenedlaethol i Atgyfeirio Cleifion i Wneud Ymarfer Corff) wedi'i gwblhau*	Archwiliad Alcohol ≥ 16 ac atgyfeiriad at wasanaeth alcohol
CT	n	11,414	1,101	947	1,678	245	33
	%	Dd/B	9.6 (9.1-10.2)	8.3 (7.8-8.8)	14.7 (14.1-15.4)	2.1 (1.9-2.4)	0.3 (0.2-0.4)

Tabl 5: Crynodeb o atgyfeiriad a chwblhau rhaglen ffordd o fyw yn dilyn Archwiliadau Iechyd yn CT*
Daw'r data ar gyfer cwblhau NERS o set ddata NERS a gysylltwyd â set ddata ICL yn SAIL

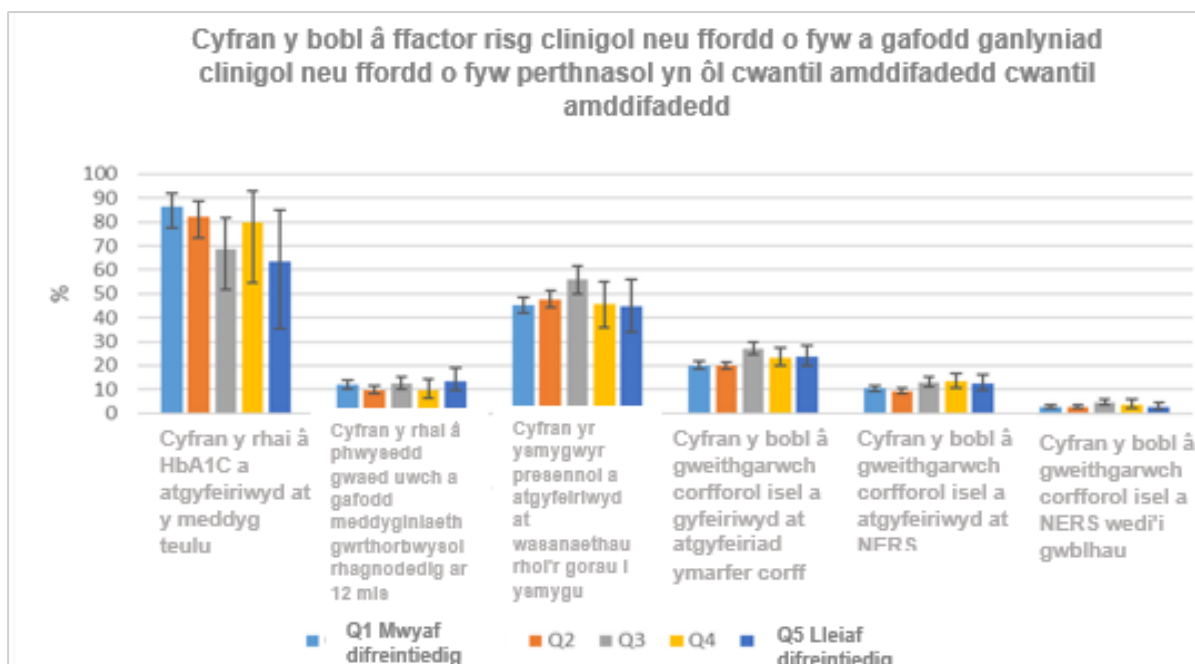
- Y rhaglenni ffordd o fyw mwyaf cyffredin yr atgyfeiriwyd atynt oedd gweithgarwch corfforol isel a chyfeiriodd at raglen atgyfeirio ymarfer corff (14.7%), ysmygwr a chyfeiriodd at roi'r gorau i ysmegu (9.6%), a thros bwysau neu ordew a chyfeiriodd at reoli pwysau (8.3%).
- Cysylltwyd data o'r Cynllun Cenedlaethol i Atgyfeirio Cleifion i Wneud Ymarfer Corff (NERS) â data ICL yn SAIL. Dangosodd hyn fod 7.4% o bobl wedi'u hatgyfeirio at NERS, tra bod 2.1% wedi cwblhau NERS o fewn 12 mis.²
- Mae sawl rheswm pam fod llawer o bobl y nodwyd bod ganddynt ffactor risg ffordd o fyw yn yr ARC heb eu cofnodi iddynt gael eu cyfeirio at raglenni ffordd o fyw. Dim ond rhai o'r bobl â'r ffactor risg ffordd o fyw oedd yn gymwys i gael eu hatgyfeirio at raglenni ffordd o fyw, er enghraifft mae meini prawf atgyfeirio gwahanol ar gyfer rhaglenni NERS penodol, yn seiliedig ar lefelau isel o weithgarwch corfforol ac a yw hyn wedi'i gyfuno â ffactorau risg eraill ar gyfer clefydau cronig. Roedd nifer cyfyngedig o lefydd rhaglenni ffordd o fyw ar gael ar gyfer rhai ffactorau risg, megis gwasanaethau rheoli pwysau. Roedd pobl hefyd yn gallu gwrthod cael eu hatgyfeirio at wasanaeth ffordd o fyw.

² Mae'r data ar atgyfeirio i NERS yn wahanol i'r data ar gynlluniau atgyfeirio i ymarfer corff, gan fod data'r cynllun atgyfeirio cleifion i wneud ymarfer corff yn cael ei gymryd o gofnod gweithgarwch gofal sylfaenol yn dilyn yr archwiliad iechyd, tra bod data'r NERS yn cael ei gymryd yn uniongyrchol o set ddata'r NERS



Ffigur 3: Ffactorau risg clinigol a ffordd o fyw yn ôl cwintel amddifadedd ar gyfer CT

- Mae perthynas glir rhwng cwintel ysmegu ac amddifadedd, gyda'r ysmegu'n sylweddol uwch yn ystadegol ymhlith pobl yn y cwintelau â'r amddifadedd mwyaf (C1 a C2) o gymharu â'r cwintelau â'r amddifadedd lleiaf (C4 ac C5). Roedd 26.5% o'r bobl yn C1 yn ysmygwyr ar hyn o bryd o gymharu â 12.5% o bobl yn C5.
- Roedd cyfran y bobl a oedd dros bwysau ar ei hisaf yn C1 (amddifadedd mwyaf) ac ar ei uchaf yn C5 (amddifadedd lleiaf), tra bod cyfran y bobl a oedd yn ordew ar ei hisaf yn C5 (lleiaf difreintiedig) ac ar ei uchaf yn C1 (y mwyaf difreintiedig). Fodd bynnag, nid yw'r gwahaniaeth ond yn ystadegol arwyddocaol rhwng C1 a C5 ar gyfer pobl dros bwysau, ac nid yw'n ystadegol arwyddocaol wahanol rhwng y cwintelau gwahanol ar gyfer pobl ordew.
- Nid oes patrwm clir ar gyfer ffactorau risg clinigol HbA1c 42-47 uwch neu >48 neu bwysedd gwaed uwch (>140 systolig a/neu >90 diastolig).
- Dangosodd gweithgarwch corfforol isel berthynas debyg o lefelau anweithgarwch corfforol uwch yn C1 (amddifadedd mwyaf) a ostyngai yn araf i C4 (amddifadedd ail leiaf). Fodd bynnag, roedd y lefelau uchaf o anweithgarwch corfforol yn C5 (amddifadedd lleiaf).



Ffigur 4: Cyfran y bobl â ffactor risg clinigol neu ffactor risg ffordd o fyw a gafodd ganlyniad clinigol neu ffordd o fyw perthnasol yn ôl cwntel amddifadedd yn CTM

- Nid oes perthynas glir rhwng cwntelau amddifadedd a chyfran y bobl ag unrhyw un o'r ffactorau risg clinigol neu ffordd o fyw yr ymchwiliwyd iddynt a'r canlyniadau clinigol neu ffordd o fyw perthnasol. Mae hyn yn amlygu, er bod gwahaniaethau mewn ffactorau risg clinigol a ffordd o fyw yn ôl cwntel amddifadedd, nad oes unrhyw dystiolaeth o Gyfraith Gofal Gwrthgyfartal ar gyfer canlyniadau ar ôl nodi'r ffactorau risg hyn.

Pwyntiau Dysgu Allweddol

Mae nifer o Bwyntiau Dysgu Allweddol o'r "Adroddiad Diweddaru Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal 2021". Cafodd llawer o'r rhain (1-10) eu cofnodi gyntaf yn adroddiad diweddaru rhaglen 2019.

Mae'r rhaglen wedi dangos:

- Dichonoldeb a gwerth defnyddio adnodd gweithlu gofal sylfaenol fforddiadwy, sydd ar gael yn rhwydd ac sydd wedi'i hyfforddi'n briodol, i wella'r broses o nodi risg clefyd cardiofasgwlaidd nas adnabyddwyd yn flaenorol a chyfeirio at ymyriadau ffyrdd o fyw a/neu ymyriadau clinigol cyfredol sy'n anelu at addasu risg o'r fath.
- Y gall GCGlau (neu rolau tebyg eraill) sy'n gweithio o fewn fframwaith llywodraethiant, hyfforddi a rheoli darbodus a chadarn ymgymryd â llawer o weithgareddau ataliol a gyflawnwyd yn draddodiadol gan staff gofal sylfaenol cofrestredig. Mae i lwyddiant y dull hwn gymhwysiad posibl i lawer o feysydd trawsnewid gofal sylfaenol eraill drwy'r rhaglen strategol gofal sylfaenol.
- Cyflawnwyd y gwaith o ddatblygu a chyflwyno model cymdeithasol o ARC a gyflwynwyd gan GCGlau sydd wedi'u hyfforddi'n briodol yn llwyddiannus, gan ddarparu gallu a chapasiti i feddygyfeydd teulu weithredu canllawiau cenedlaethol (NICE CG181) yn gyflym ac ar raddfa.

4. Y gallu i gysylltu â Llwybrau Clinigol sydd â threfniadau llywodraethiant clinigol priodol.
5. Canfu adborth gan unigolion a fynychodd ARC, fel yr adroddwyd yn adroddiad blaenorol 2019, eu bod yn hoffi'r profiad, er na wnaeth 50.8% o'r rhai a wahoddwyd fanteisio ar y cynnig, sy'n parhau i fod yn faes allweddol i'w archwilio ymhellach.
6. Dichonoldeb ymgymryd ag ARC gyda defnydd llawn o feddalwedd mewn meddygfeydd teulu, lleoliadau gofal iechyd eraill a lleoliadau cymunedol heb fawr o wahaniaeth yn y niferoedd sy'n manteisio arnynt, ond sy'n ddigon i warantu archwilio pellach.
7. Gellir addasu a gweithredu'r modelau hynny a ddatblygir mewn un bwrdd iechyd yn llwyddiannus mewn byrddau iechyd eraill. Fodd bynnag, roedd y rheidrwydd i gyflwyno'r rhaglen cyn cynnal gwerthusiad llawn yn golygu bod cyfleoedd yn cael eu colli i gryfhau'r rhaglen o ran ei sylfaen ac o ran ei chysylltiadau â gwasanaethau/mentrau gyda'r nod o newid risg clefydau.
8. Datblygu amrywiaeth o gynhyrchion:
 - Rhaglenni hyfforddi a llawlyfrau gweithredol ar gyfer Gweithwyr Cymorth Gofal Iechyd sy'n ymgymryd ag ARC ar y cyd â Sefydliad Prydeinig y Galon (BHF).
 - Meddalwedd ARC wedi'i deilwra ar gyfer Cymru – i'w ddefnyddio mewn meddygfeydd a lleoliadau cymunedol
 - Cyhoeddusrwydd a deunyddiau i gleifion
9. Gofal sylfaenol ac iechyd y cyhoedd yn cydweithio â phartneriaid ehangach gyda'r nod cyffredin o wella iechyd y boblogaeth; rhoi cyfle i feddygfeydd gysylltu â chleifion na fyddent fel arall yn mynychu'r feddygfa neu'n cymryd diddordeb yn eu hiechyd a'u lles; roedd darparu capasiti ychwanegol i feddygfeydd yn eu galluogi i gymryd diddordeb gweithredol mewn atal clefyd cardiofasgwlaidd ac atgyfeirio cymdeithasol.
10. Mae argaeledd gwasanaethau i gefnogi newid mewn ffordd o fyw yn allweddol – mae diffyg gwasanaeth cymorth rheoli pwysau lefel isel yn bryder difrifol. Gobeithio y bydd hyn yn gwella wrth symud ymlaen oherwydd y buddsoddiad cenedlaethol sylweddol ym Llwybr Rheoli Pwysau Cymru Gyfan a Llwybr Atal Diabetes Cymru Gyfan.

Gwerthusiad

Dangosodd yr adolygiad o lenyddiaeth, a oedd yn seiliedig yn bennaf ar astudiaethau o'r NHSHC yn Lloegr, fod:

11. Yn gyffredinol, nad yw'r dystiolaeth a gyhoeddwyd yn glir ynghylch yr effeithiau na'r model gorau posibl ar gyfer rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd.

12. Nid yw'n glir a oes gan raglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd fanteision iechyd i bobl sy'n eu mynychu, gyda chanlyniadau cymysg ar eu buddion clinigol gan gynnwys diagnosis o ffactorau risg clefyd cardiofasgwlaidd, trin ffactorau risg clefyd cardiofasgwlaidd, diagnosis o clefyd cardiofasgwlaidd a marwolaethau.
13. Nid yw'n glir ychwaith a ydynt yn cael effaith gadarnhaol ar iechyd, er ei bod yn debygol bod rhaglenni sy'n targedu grwpiau risg uwch neu grwpiau o amddifadedd mwy yn fwy cost-ffeithiol. Fodd bynnag, efallai na fyddant yn gost-ffeithiol o hyd wrth ystyried cost y cyfle o gynnal rhaglen sgrinio clefyd cardiofasgwlaidd ar draul gweithgareddau meddygol neu ofal cymdeithasol eraill.
14. Ni chanfu'r adolygiad o lenyddiaeth unrhyw dystiolaeth ar effaith rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd ar anghydraddoldebau iechyd.
15. Ceir tystiolaeth gymysg hefyd ynghylch model optimwm ar gyfer rhaglen sgrinio clefyd cardiofasgwlaidd, gan gynnwys y boblogaeth gymwys, lleoliad, gwaith clinigol a ffordd o fyw dilynol.
16. Ceir dadl ynghylch y meini prawf cymhwysedd, gyda rhai astudiaethau'n datgan na ddylai rhaglenni sgrinio dargedu pobl hŷn yn unig gan nad yw oedran yn ffactor risg y gellir ei addasu, gydag eraill yn dangos bod rhaglenni â throthwy oedran uwch, neu sydd â meini prawf cymhwysedd i gynnwys pobl â chyflyrau sy'n bodoli eisoes megis gorbwysedd, yn cael yr enillion iechyd poblogaeth mwyaf oherwydd bod ffactorau risg a chyflyrau clinigol yn cael eu nodi a'u trin yn well.
17. Mae astudiaethau clinigol a ffordd o fyw dilynol yn amlygu'r angen am ddilyniant cyson ar ôl archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd er mwyn gwella effeithiau iechyd rhaglen archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd ar iechyd. Mae hyn yn cynnwys gwaith meddygol dilynol ar ffactorau risg clinigol i ddechrau meddyginiaeth fel y bo'n briodol, a rhaglenni rheoli ffordd o fyw cyson sy'n cael eu hariannu'n ddigonol. Fodd bynnag, hyd yn oed gyda gwaith clinigol a ffordd o fyw priodol dilynol, nid oes tystiolaeth bendant o fanteision iechyd i'r boblogaeth nac effaith economaidd rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd.
18. Mae angen ymchwil pellach i wahanol fodelau sgrinio clefyd cardiofasgwlaidd i asesu eu heffeithiau iechyd ac economaidd.

Dadansoddiadau SAIL y rhaglen ICL:

19. Darparu profiad unigryw o ddefnyddio SAIL i werthuso ymyriad cymhleth, lle:
 - a. Roedd monitro data lleol cyfochrog yn cynnig cymhariaeth rhwng SAIL a data lleol.
 - b. Roedd cytundeb llywodraethiant data o ran arferion a throsglwyddo data yn creu heriau, a waethygyd gan staff yn cael eu hadleoli yn ystod pandemig COVID.

- c. Roedd gweithrediad rhaglen archwiliad iechyd ICL yn amrywio rhwng byrddau iechyd ac wedi datblygu dros amser, gan ychwanegu at gymhlethdod gwerthuso'r rhaglen.
 - d. Arweiniwyd y gwerthusiad gan dîm SAIL Iechyd y Cyhoedd a Phrifysgol Abertawe, gyda mewnbwn gan feddygon teulu a thimau archwiliad iechyd ICL. Mae hyn wedi caniatáu mwy o ddealltwriaeth o'r hyn sy'n digwydd yn ystod ac yn dilyn archwiliad iechyd, ac mae wedi golygu gwaith echdynnu a dadansoddi data gwell ar sail gwybodaeth. Fodd bynnag, cydnabyddir y gallai dadansoddiadau SAIL fod wedi elwa ymhellach o fewnbwn Gwybodeg Glinigol gydol ei gyfnod.
20. Cyflwynodd y rhaglen ICL dros 23,000 o asesiadau risg cardiofasgwlaidd rhwng mis Chwefror 2015 a mis Rhagfyr 2019.
21. Llwyddodd y rhaglen ICL i dargedu gofal gwrthgyfartal drwy gyrraedd poblogaethau o amddifadedd uwch, 74.9% o gleifion yn mynychu ARC ar draws AB, CT a PAO yn byw yng nghwintellau 1 (amddifadedd mwyaf) a 2 (yr ail o ran amddifadedd).
22. Roedd y niferoedd a fanteisiodd yn ystadegol sylweddol uwch ar gyfer pobl 45-54 oed yn AB, sy'n defnyddio lleoliadau cymunedol gydag oriau agor estynedig ar gyfer ARC, o'i gymharu â CT sy'n defnyddio lleoliadau meddygon teulu. Gallai hyn awgrymu y gallai lleoliadau cymunedol sydd ag apwyntiadau mwy hyblyg fod yn well ar gyfer pobl mewn grwpiau oedran iau.
23. Roedd dros hanner y bobl a fynychodd ARC â risg uwch o glefyd cardiofasgwlaidd fel y'i mesurwyd gan eu sgôr QRISK2. Mae hyn yn dangos bod y Rhaglen ICL yn targedu poblogaeth risg uwch ar gyfer risg clefyd cardiofasgwlaidd, a phwysigrwyd sicrhau bod data priodol a chyfredol yn cael ei gadw i asesu'n gywir y risg o glefyd cardiofasgwlaidd yn y boblogaeth.
24. Nododd ARC yr ICL ffactorau ffordd o fyw a risg glinigol a darparodd y Gweithiwr Cymorth Gofal Iechyd gyngor ar ffordd o fyw, gan gyfeirio cleifion at waith clinigol neu ffordd o fyw dilynol pellach yn unol â hynny. Fodd bynnag, amlygodd dadansoddiadau SAIL anghysondeb yn y camau dilynol ar ffactorau risg clinigol a ffordd o fyw, a dirywiad gweithredu'r Rhaglen ICL. Ni chofnodwyd bod y rhan fwyaf o bobl y nodwyd bod ganddynt ffactor risg ffordd o fyw fel a bennwyd gan yr offer asesu risg a ddefnyddiwyd yn yr ARC yn cael eu cyfeirio at wasanaeth ffordd o fyw ar adeg yr ARC. Gallai fod sawl rheswm am hyn.
- a. nad yw'r ffactor risg neu'r atgyfeiriad yn cael ei gofnodi'n briodol yn ystod yr ARC
 - b. y person yn gwrthod cael ei atgyfeirio i'r gwasanaeth ffordd o fyw.
 - c. y person ddim yn gymwys i gael gwasanaethau ffordd o fyw (h.y. ddim yn bodloni meini prawf atgyfeirio). Hefyd, gallai fod darpariaeth annigonol ar gyfer cymorth ffordd o fyw ar gael, a chanfuwyd bod hynny'n wir am gymorth rheoli pwysau yn ystod cyfnod yr astudiaeth.
25. Ar hyn o bryd, ni allwn gofnodi'r canlyniadau /canlyniadau addasu risg o atgyfeiriadau ffordd o fyw a gweithgarwch yn SAIL gan gynnwys;
- a. Colli pwysau ar ôl cyfeirio at raglen rheoli pwysau a chymryd rhan ynddi

- b. Nifer y bobl sy'n rhoi'r gorau i ysmegu ar ôl cael eu hatgyfeirio at *Helpa fi i roi'r gorau iddi* neu raglenni eraill gan gynnwys Fferylliaeth Gymunedol a hunangymorth
- c. Er bod data o gronfa ddata NERS yn gallu adrodd am ymgysylltu â rhaglen NERS a'i chwblhau, nid oeddem yn gallu casglu mwy o wybodaeth am weithgarwch corfforol/colli pwysau ar ôl atgyfeirio a chymryd rhan yn y rhaglen NERS neu raglen leol arall.

Rhwystrowyd y cyswllt data â'r ffynonellau data hyn a ddelir gan Iechyd Cyhoeddus Cymru gan faterion llywodraethiant na ellid eu datrys o fewn yr amserlen angenrheidiol ar gyfer dadansoddi data.

26. Yn y pen draw, nid oedd gan y gwerthusiad ddigon o ddata hydredol i ddangos a oedd y rhaglen ICL wedi addasu risg yn llwyddiannus neu effeithio ar anghydraddoldebau iechyd sy'n deillio o farwolaethau clefyd cardiofasgwlaidd ar lefel poblogaeth. Mae achos dros barhau â'r rhaglen ICL gyda gwerthusiad estynedig. Byddai'n ofynnol archwilio data canlyniadau hydredol ar lefel cleifion unigol (gan ddefnyddio SAIL) a lefel y boblogaeth (gan ddefnyddio data a gyhoeddir yn rheolaidd) i weld a yw'r rhaglen wedi addasu'r risg o glefyd cardiofasgwlaidd yn llwyddiannus ac wedi arwain at lai o glefyd cardiofasgwlaidd (a phob achos), afiachedd a marwolaethau.

Casgliadau

Anghydraddoldebau Iechyd a Dyluniad y Rhaglen

- Dylai pob rhaglen Ffordd o Fyw ac ymyrraeth glinigol ystyried eu heffaith ar anghydraddoldebau iechyd.
- Wrth gynllunio a datblygu model darparu ymyriadau teg, byddai hyn yn cynnwys ystyried:
 - Targedu'r ymyriad at y rhai sydd â mwy o angen yn hytrach na chynnig cyffredinol;
 - Gwneud yr ymyriad yn fwy hygyrch i'r grwpiau targed drwy fynd i'r afael â rhwystrau i'r niferoedd sy'n manteisio arnynt e.e. drwy gynnig apwyntiadau hyblyg mewn lleoliadau addas sy'n galluogi oriau gweithredu estynedig, nodi a diwallu anghenion penodol poblogaethau lleol
- Mae'r ARC ar ei ffurf bresennol yn darparu model canfod achosion profedig ar gyfer ystod o gyflyrau cardiofasgwlaidd a'u ffactorau risg. Dylid archwilio'n llawn sut y gallai'r model ARC a ddatblygwyd yn y rhaglen ICL ddarparu dull integredig a chydgyssylltiedig o ganfod achosion ar gyfer rhaglenni sy'n targedu atal diabetes (RhADCG) ac atal strôc (drwy adnabod a rheoli ffibriliad atrïaidd a gorbwysedd).
- Gellid ymestyn y broses o gymhwyso'r model i fasged ehangach o gyflyrau cronig a'u ffactorau risg. Mae hyn yn haeddu cael ei archwilio ymhellach.
- Lle mae rhaglenni'n parhau i ddefnyddio model ARC neu ddull tebyg o ganfod achosion, dylid casglu a rhannu'r dysgu.
- Wrth gynllunio ymyriadau ffordd o fyw a chlinigol, dylid rhoi sylw i argaeledd gwasanaethau i gefnogi anghenion penodol unigolion

Asesiad Risg Cardiofasgwlaidd

- Er mwyn cyflwyno'r model ARC fel dull o ganfod achosion, ar raddfa ledled Cymru, dylid rhoi sylw dyledus i'r hyn a ddysgwyd o'r rhaglen hon a'r dystiolaeth orau barhaus o fodelau eraill. Rhaid i hyn gynnwys yr ystyriaethau system canlynol:
 - Argaeledd cymorth clinigol a ffordd o fyw i unigolion a nodwyd â risg cardiofasgwlaidd mewn ARC. Mae'n hanfodol mapio'r gwasanaethau addasu risg ffordd o fyw wedi'r ARC yn gynnwys a mynd i'r afael ag unrhyw fylchau critigol yn y ddarpariaeth, yn enwedig rheoli pwysau
 - Llwybrau clir ar gyfer cael gafael ar gymorth anfeddygol a chysylltu â chymunedau drwy ragnodi cymdeithasol
 - Fframwaith ariannol cynhwysfawr i gefnogi'r gwaith o gyflwyno'r rhaglen mewn gwahanol leoliadau gan gynnwys gofal sylfaenol
 - Dylunio, ymarferoldeb ac argaeledd Meddalwedd ARC sy'n gallu rhyngweithio'n llawn/cael ei integreiddio â'r cofnod cleifion a gedwir mewn Systemau Clinigol Gofal Sylfaenol
 - Hyfforddi Staff GCGI
 - Monitro canlyniadau a gwerthuso yn gadarn
 - Cyfle i fyfyrwyr ar y model heriau iechyd poblogaeth ychwanegol ar ôl COVID-19 gan gynnwys capasiti o ran gofal sylfaenol

Gwerthusiad o'r Rhaglen

- Dylai gwerthusiadau o ymyriadau cymhleth fod â strwythur goruchwyllo clir ar lefel rhaglen er mwyn sicrhau ffyddlondeb i'r cynllun gwreiddiol a chaniatáu ar gyfer cysylltiadau cyfathrebu ac adborth cyson rhwng timau sy'n arwain ar gyflwyno a gwerthuso rhaglenni
- Dylai cynlluniau ar gyfer gwerthuso rhaglenni gael eu diffinio'n glir o'r cychwyn gan roi ystyriaeth briodol i'r canlyniadau sydd i'w mesur, y data sydd ei angen a chymhlethdod y model. Rhaid rhoi sylw arbennig i ymyriadau cymhleth, lle mae modelau lluosog yn cael eu gwerthuso neu lle mae'r model yn debygol o newid dros amser.
- Dylid ymgysylltu'n gadarn ac yn gyson â rhanddeiliaid er mwyn sicrhau eu mewnbwn i'r gwaith o gynllunio, cyflwyno, monitro a gwerthuso rhaglen o'r fath.

Acronymau

AB: Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan

ABM: Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg

ARC/CVRA: Asesiad Risg Cardiofasgwlaidd

BBAA/QALY: Blwyddyn Bywyd wedi'i Addasu o ran Ansawdd

BIP: Bwrdd Iechyd Prifysgol

BMI: Mynegai Màs y Corff

CECC (ICER): Cymhareb Cost-Effeithiolrwydd Cynyddrannol

CT: Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf

CTM: Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf Morgannwg

CVD: Clefyd Cardiofasgwlaidd

FfA: Ffibriliad Atriaidd

FH: Hypercholesterolaemia Teuluol

GCC: Grŵp Comisiynu Clinigol

GCGI: Gweithiwr Cymorth Gofal Iechyd

GP: Meddyg Teulu

HDd: Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda

HDL: Lipoprotein Dwysedd Uchel

HTN: Pwysedd Gwaed Uchel

ICL: Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal

MALI/IMD: Mynegai(eion) Amddifadedd Lluosog

MALIC: Mynegai Amddifadedd Lluosog Cymru

MI: Cnawdnychiant Myocardiaidd

NERS: Gwasanaeth Atgyfeirio Cleifion i wneud Ymarfer Corff

NHSHC: Archwiliad Iechyd GIG (yn Lloegr)

NRT: Therapi Disodli Nicotin

PAO: Pen-y-bont ar Ogwr

PG: Pwysedd Gwaed

PREMS: Mesuriad Profiad a Adroddir gan Glaf

RhADCG: Rhaglen Atal Diabetes Cymru Gyfan

SAIL: Cyswllt Gwybodaeth Ddiennw Diogel

TIA: Ymosodiad Isgemig Dros Dro

Cynnwys

Crynodeb gweithredol	2
Pennod 1: Cyflwyniad	20
Pennod 2: Y Diweddaraf am y Rhaglen ICL ac Effaith COVID-19	22
Pennod 3: Adolygiad o Dystiolaeth Archwiliadau Iechyd Clefyd Cardiofasgwlaidd	28
Pennod 4: Dadansoddiad Banc Data SAIL (2013-2019)	44
Penawdau Dadansoddiad Data	47
Nifer sy'n Manteisio a Chyrhaeddiad y Rhaglen	54
Rhaedrau clinigol a rhaedrau ffordd o fyw	72
Pennod 5: Myfyrdodau ar y Rhaglen ICL	106
Pennod 6: Prif Bwyntiau Dysgu	118
Pennod 7: Casgliadau	122
Cyfeiriadaeth	125

Pennod 1: Cyflwyniad

Mae'r adroddiad hwn yn ddiweddariad ar "Adroddiad Diweddaru'r Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal 2013-2018", a gyflwynwyd i Lywodraeth Cymru ym mis Medi 2019.

Roedd "Adroddiad Diweddaru'r Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal 2013-2018" yn cynnwys gwybodaeth gefndir am resymeg, dyluniad a gweithrediad Rhaglen Archwiliadau Iechyd Clefyd Cardiofasgwlaidd (CVD) y Gyfraith Gofal Gwrthgyfartal (ICL) a arloeswyd ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan (AB), Cwm Taf (CT), a safleoedd peilot pellach ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg a Hywel Dda (HDd). Roedd yn cynnwys archwiliad o ddata mewnol y Rhaglen ICL a Banc Data Cyswllt Gwybodaeth Ddienw Diogel (SAIL) ar y nifer sy'n manteisio ar y rhaglen a'i chanlyniadau o 2015 - Mai 2018, a thynnodd sylw at gyfyngiadau a heriau a gyflwynir gan y llifiau data. Roedd gwybodaeth hefyd am y gwaith gwerthuso ansoddol sydd wedi'i wneud ar gyfer y Rhaglen ICL. Cyfeiriwch at "Adroddiad Diweddaru'r Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal 2013-2018" ar gyfer y cefndir hwn a gwybodaeth gyd-destunol

Gwnaeth Adroddiad Diweddaru ICL 2013-2018 dri argymhelliad:

Argymhelliad 1:

Sefydlu cam nesaf manwl o'r Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal genedlaethol yng Nghymru sy'n cydgrynhoi'r model sy'n seiliedig ar y dysgu gwerthfawr hyd yma; bydd y rhaglen wedi'i hailffocysu yn llywio'r Rhaglen Strategol Gofal Sylfaenol ac yn cyfrannu at wireddu'r weledigaeth atal a nodir yn Cymru Iachach.

Argymhelliad 2:

Archwilio'r heriau a ddaw yn sgil gwerthuso'r rhaglen gan ganolbwyntio'n benodol ar fynd i'r afael â'r gwendidau yn y bensaernïaeth ddata sy'n sail i'r rhaglen.

Argymhelliad 3:

Archwilio cyfleoedd ar gyfer gwerthusiad economaidd iechyd o'r rhaglen ac ymchwil hydredol gan ddefnyddio cryfder Banc Data SAIL.

Mae'r adroddiad hwn yn rhoi'r wybodaeth ddiweddaraf am y Rhaglen ICL gan gyfeirio at argymhellion "Adroddiad Diweddaru'r Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal 2013-2018". Mae'n cynnwys canfyddiadau a dadansoddiad o ddata rhaglen (hyd at fis Rhagfyr 2019) o fewn Banc Data SAIL, adolygiad o dystiolaeth o'r lenyddiaeth gyhoeddedig ac effaith COVID ar gyflwyno a gwerthuso'r Rhaglen ICL. Mae'n casglu'r dysgu ac yn dod i gasgliadau o'r rhaglen.

Strwythur yr Adroddiad

Bydd yr adroddiad yn dilyn y strwythur a amlinellir isod:

Pennod 1: Cyflwyniad.

Pennod 2: Diweddariad ar y Rhaglen ICL ac effaith COVID-19.

Pennod 3: Adolygiad o Dystiolaeth Archwiliadau Iechyd Clefyd Cardiofasgwlaidd.

Pennod 4: Dadansoddiad Data SAIL (2013-2019).

Pennod 5: Myfyrdodau ar y Rhaglen ICL.

Pennod 6: Prif Bwyntiau Dysgu.

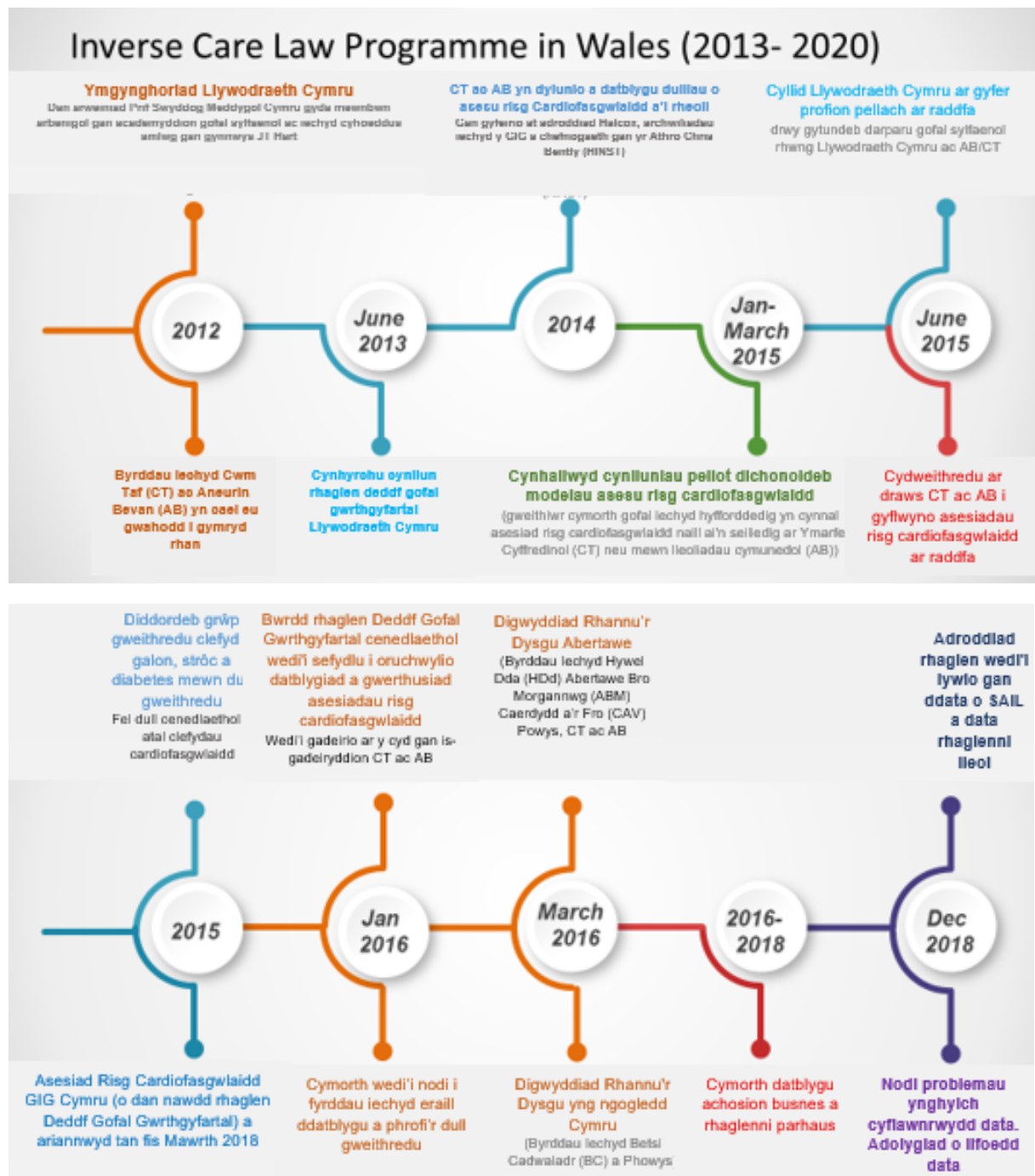
Pennod 7: Casgliadau.

Pennod 2: Y diweddaraaf am y Rhaglen ICL ac Effaith COVID-19

Y diweddaraaf am y Rhaglen ICL

Rhaglen ICL 2013-2018

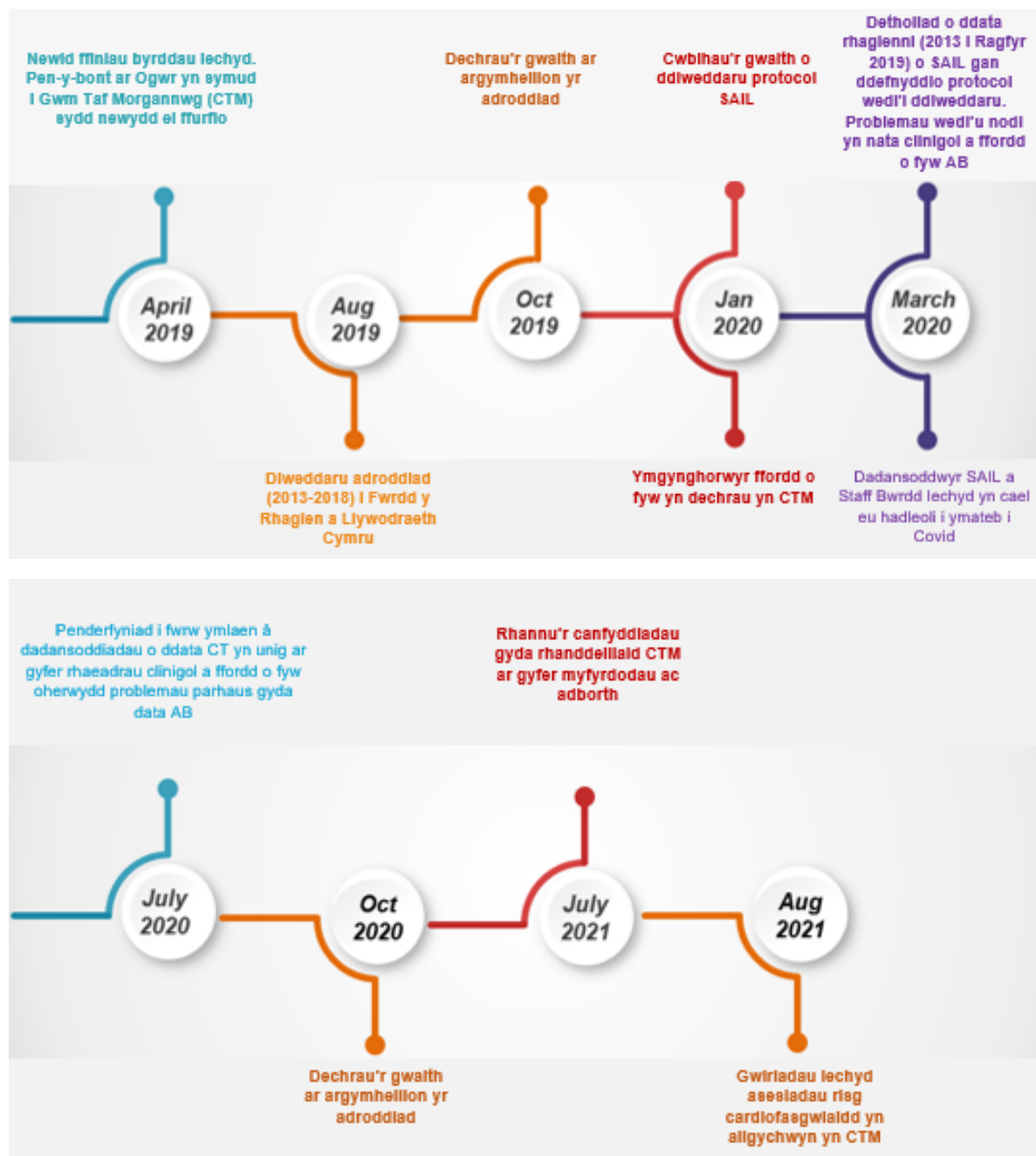
Bu newidiadau sylweddol i'r Rhaglen ICL ers ei dylunio yn 2013 a'i chyflwyno yn 2015. Amlinellodd yr adroddiad blaenorol (<https://primarycareone.nhs.wales/files/sharing-practice/icl-prog-final-report-v12-sept-2019-pdf/>) y rhesymeg a'r model cychwynol ar gyfer y rhaglen ICL, yn ogystal â chrynhof'r hyn a ddysgwyd o'r Rhaglen ICL hyd at 2018. Roedd hyn yn cynnwys amserlen ar gyfer y Rhaglen ICL o 2013-2018, sydd wedi'i chynnwys fel crynodeb isod.



Ffigur 5: Llinell Amser Rhaglen ICL 2013-2018

Rhaglen Waith ICL 2019-2020

Ceir crynodeb isod o gynnydd y rhaglen ers 2018.



Ffigur 6: Llinell amser Rhaglen ICL 2019-2020

Y diweddaraaf o Aneurin Bevan 2018 – Mawrth 2020

Parhaodd y Rhaglen ICL i weithredu yn AB, gan ddefnyddio brandio Rhaglen Byw'n Dda Byw'n Hirach (BDdBH/LWLL) tan bandemig COVID-19 ym mis Mawrth 2020.

Y diweddaraaf o Gwm Taf Morgannwg 2018 - Mawrth 2020

Fel y nodwyd yn y llinell amser, ar 1 Ebrill 2019 roedd newidiadau i ffiniau'r byrddau iechyd. Cyn y newid hwn i'r ffin, roedd yr archwiliadau iechyd clefyd cardiofasgwlaidd yng Nghlwtwr Gogledd Pen-y-bont ar Ogwr, a fu gynt yn rhedeg fel model cymunedol (yn seiliedig ar ddull AB ac yn defnyddio meddalwedd *Health Diagnostics*), wedi newid i fodel CT sy'n seiliedig ar Ofal Sylfaenol gan ddefnyddio meddalwedd *Informatica*.

Er mwyn cwblhau y cwmnasiad yn CT, cyflwynwyd camau olaf y rhaglen i Glwtwr Taf Elái sy'n cwmparu ardaloedd mwy cefnog o CT yn bennaf gyda phocedi o amddifadedd. Er mwyn parhau â nod allweddol y Rhaglen ICL o leihau anghydraddoldebau iechyd, cytunodd y clwtwr i flaenoriaethu adnoddau a thargedau cleifion â sgôr QRISK2 uwch sy'n byw yn y cwintellau â'r amddifadedd mwyaf (C1 a C2).

Gwnaed adolygiad mewnol cyflym o wasanaeth *Archwiliad Iechyd Cwm Taf* ym mis Tachwedd 2018 gyda gwaith dilynol yn 2019. Nododd hwn fod meysydd sy'n peri pryder o ran camau dilynol ar ffordd o fyw a chamau dilynol clinigol ar ôl i unigolyn fynychu ARC. Nid oedd rhai unigolion y nodwyd bod ganddynt ffactorau risg clinigol yn mynd ar drywydd y mater gyda'r meddyg teulu fel y'u cynghorwyd. Nid yw'n hysbys pam nad oedd meddygon teulu'n mynd ar drywydd unigolion, ond mae'n bosibl nad oedd rhai meddygfeydd a meddygon teulu unigol yn weithredol fynd ar drywydd camau dilynol. Nid oedd rhai unigolion y nodwyd bod ganddynt ffactorau risg ffordd o fyw yr oedd angen rhoi sylw iddynt yn fynychu gwasanaethau rheoli ffordd o fyw a oedd ar gael wrth gael eu hatgyfeirio, ac nid oedd yn hysbys a oeddent yn gwneud newidiadau annibynnol i'w ffordd o fyw.

Yn dilyn yr adolygiad hwn, crëwyd gwasanaeth cynghorydd ffordd o fyw newydd, gyda'r nod o gefnogi unigolion y nodwyd bod ganddynt ffactorau risg ffordd o fyw am gyfnod o 6 mis i weithio tuag at reoli eu risg a gwella eu nodau iechyd. Roedd cynlluniau ar y gweill i werthuso'r gwasanaeth dros y cyfnod o 6 mis i fesur canlyniadau cyson, hirdymor i'r unigolion sy'n ymgymryd â'r rhaglen.

Cyflwynwyd y gwasanaeth cynghorwyr ffordd o fyw ym mis Ionawr 2020 yn dilyn cyfnod o hyfforddiant. Cafodd 54 o unigolion eu cyfeirio at y gwasanaeth cyn mis Mawrth 2020 pan gafodd y Rhaglen ICL ei gohirio oherwydd COVID. Cynigiwyd cymorth rhithwir i'r unigolion a gyfeiriwyd at y gwasanaeth cynghorwyr ffordd o fyw ond ychydig o wasanaethau atgyfeirio ffordd o fyw oedd ar gael yn y gymuned. Roedd arwyddion cynnar o ran canlyniadau'r gwasanaeth cynghorwyr ffordd o fyw yn addawol gan ddangos cynnydd mewn sgoriau gweithgarwch corfforol, colli pwysau a llesiant. Fodd bynnag, oherwydd COVID, nid oedd yr ymyriad a'r gwerthusiad 6 mis arfaethedig yn bosibl.

[Y diweddaraf am raglenni peilot \(2016-18\)](#)

Dechreuwyd cynlluniau Rhaglen ICL peilot yn BIP ABM a HDd. Daeth yr arian a oedd wedi cefnogi'r cynlluniau peilot yn y byrddau iechyd hyn i ben yn 2018. Ni nodwyd unrhyw weithgarwch pellach yn HDd, a mabwysiadodd safle peilot ABM yng nghlwtwr Gogledd Pen-y-bont ar Ogwr fodel darparu gofal sylfaenol CTM pan ymunodd Pen-y-bont ar Ogwr â'r Bwrdd Iechyd Prifysgol CTM newydd ar 1 Ebrill 2019.

[Effaith COVID-19 ar y Rhaglen ICL](#)

Mae pandemig COVID-19 wedi cael effaith sylweddol ar y Rhaglen ICL. Roedd canllawiau cenedlaethol cadw pellter cymdeithasol ac aros gartref yn golygu bod archwiliadau iechyd wyneb yn wyneb wedi'u

hatal yn AB a CTM ym mis Mawrth 2020. Cafodd y staff sy'n cyflwyno ac yn goruchwylio'r Rhaglen ICL yn AB a CTM eu hadleoli i ymgymryd â gwaith brys cysylltiedig â COVID-19 yn y Byrddau Iechyd.

Diweddariad yn Aneurin Bevan Mawrth 2020 ymlaen

Mae'r rhan fwyaf o'r staff a oedd yn gweithio ar y Rhaglen ICL yn AB wedi cael eu hadleoli i'r ymateb COVID aciwt. Ar hyn o bryd nid yw AB yn gweithredu'r Rhaglen ICL ond maent yn anelu at ailgychwyn o fis Ebrill 2022, ac maent yn gweithio gyda'r Adran Gynllunio i gynnwys y cynllun i ailgychwyn rhaglen wedi'i hailgynllunio yn y Cynllun Blyneddol/Cynllun Tymor Canolig Integredig (CTCI).

Mae AB yn archwilio'r meini prawf cymhwysedd ar gyfer y rhaglen ICL, gan edrych ar y potensial i'w ymestyn i grwpiau sy'n agored i niwed yn gymdeithasol, a chymunedau yr effeithir arnynt yn anghymesur gan y pandemig neu sydd wedi cael eu datgysylltu yn ystod y cyfnod clo fel y rhai sydd wedi bod yn hunan-warchod neu sydd wedi dod yn fwyfwy bregus ac mewn perygl o gwmpo.

Maent yn archwilio'r potensial i ddatblygu'r llwybr cyn diabetes drwy'r Gwasanaeth Cynghorwyr Lles yn seiliedig ar yr hyn a ddysgwyd o glwstwr Cwm Afan a'r peilot cenedlaethol. Bydd llwybrau atgyfeirio newydd hefyd i wasanaethau rheoli pwysau cymunedol yn dilyn buddsoddiad yn Llwybr Gordewdra Cymru Gyfan.

Y diweddaraf yng Nghwm Taf Morgannwg Mawrth 2020 ymlaen

Cafodd Rhaglen ICL o Archwiliadau Iechyd clefyd cardiofasgwlaidd a'r gwasanaeth Cynghorwyr Ffordd o Fyw ei oedi ym mis Mawrth 2020. Ailgychwynnodd y ddau wasanaeth ac maent wedi bod yn cynnal archwiliadau iechyd wyneb yn wyneb llawn ers mis Awst 2021.

Mae staff Rhaglen Archwiliadau Iechyd clefyd cardiofasgwlaidd ICL wedi bod yn rhan o'r gwaith o gyflwyno prosiect peilot cyn diabetes yng Nghlwtwr De Cynon. Mae'r cynllun peilot hwn yn cynnwys cynnig ymyriad ffordd o fyw byr i gleifion cyn-diabetes gyda gweithiwr cymorth gofal iechyd i gynnig cymorth clinigol a ffactorau risg ffordd o fyw iddynt. Mae tîm Archwiliad Iechyd clefyd cardiofasgwlaidd ICL wedi darparu'r ymyriad byr hwn (wyneb yn wyneb a rithwir) ac wedi gweld tua 600 o bobl ar gyfer eu hapwyntiad cyn-diabetes cyntaf tra'n cael eu hadleoli ymhellach i helpu gyda'r ymateb i COVID. Mae'r nifer sy'n manteisio ar yr ymyriad hwn wedi bod yn uwch na'r disgwyl o dan yr amgylchiadau. Mae canlyniadau cynnar cleifion yn addawol a disgwylir i'r gwerthusiad o'r cynllun peilot hwn gael ei gwblhau erbyn mis Tachwedd 2022.

Fel ymateb i'r ffaith nad oes llawer o weithgarwch mewn cymunedau, ar y pryd, i gefnogi newid ymddygiad ar gyfer y grŵp hwn, gweithiodd y tîm yn agos gyda nifer o bartneriaid yn y sector preifat a'r trydydd sector i gynnig gosod nodau a chymorth iddynt wneud newid parhaus. Roedd rolau'r GCGI a'r Cynghorydd Ffordd o Fyw yn allweddol i gefnogi cleifion i ddeall eu cyflwr ac mae graddau boddhad cleifion yn hynod ffafriol.

Mae Cam 2 cynllun peilot cyn-diabetes De Cynon yn cynnwys ceisio adnabod unigolion sydd mewn mwy o berygl o ddatblygu diabetes math 2 nad ydynt yn ymwybodol o'r risg gynyddol hon, a chynnig apwyntiad iddynt asesu eu risg o ddatblygu diabetes ynghyd â Profion Pwynt Gofal HbA1c os yw'n briodol. Bwriedir i hyn ddechrau yn gynnar yn 2022 ac mae'r tîm ICL wedi'i ariannu i ehangu eu gallu i gyflawni'r apwyntiadau risg diabetes hyn. Elfen allweddol o'r gwaith hwn fu sicrhau bod staff

practis yn cael eu huwchsgilio i ymgymryd â'r ymyriadau a'u bod wedi cael cyfleoedd hyfforddi a chysgodi ychwanegol.

Ailddechreuodd y tîm ARCau ym mis Awst 2021 ochr yn ochr â chefnogi'r peilot cyn-diabetes ac ar hyn o bryd maent yn bwriadu datblygu'r rhaglen yn unol â'r gwasanaeth rheoli pwysau newydd, y Gwasanaeth Gwella Lles a chymorth Iechyd Meddwl.

Mae gwaith ar y Rhaglen ICL yn y dyfodol yn archwilio gweledigaeth strategol y Rhaglen ICL yn CTM, gan gynnwys archwilio sut y gall gyd-fynd â'r gwaith ehangach sy'n cael ei wneud yn y Bwrdd Iechyd megis y rhaglen cyn diabetes a archwiliadau arfaethedig ar iechyd yr ysgyfaint. Mae cynlluniau ar y gweill i adolygu aelodaeth a chylch gorchwyl Grŵp Llywio ICL yn CTM, ac ailgychwyn cyfarfodydd rheolaidd i sicrhau bod proses glir ar gyfer gweithredu newidiadau yn y dyfodol i weledigaeth a gweithrediad strategol y rhaglen.

Effaith COVID-19 ar Adroddiad Diweddaru ICL

Dechreuwyd y gwaith ar yr adroddiad diweddaru ICL diweddaraf ym mis Hydref 2019 yn seiliedig ar argymhellion adroddiad Awst 2019 ar gyfer Llywodraeth Cymru. Roedd yn canolbwyntio ar gyfuno dysgu o'r rhaglenni yn AB a CTM i lywio'r model diwygiedig (Argymhelliad 1), a gwella'r defnydd o ddata SAIL i werthuso'r Rhaglen ICL (Argymhellion 2 a 3). Ym mis Mawrth 2020, cafodd y gwaith ar yr adroddiad hwn ei oedi oherwydd pwysau COVID-19 aciwt, gyda'r staff a oedd yn rhan o'r gwerthusiad o Fyrddau Iechyd Prifysgol AB a CTM, Tîmau Iechyd y Cyhoedd a thîm SAIL Prifysgol Abertawe yn cael eu hadleoli i waith cysylltiedig â COVID-19 aciwt.

Ailddechreuodd y gwaith ar ddadansoddiadau data SAIL yn hydref 2020. Fodd bynnag, nid oedd y Gwiriadau Iechyd clefyd cardiofasgwlaidd wedi aildechrau wyneb yn wyneb oherwydd mesurau cadw pellter cymdeithasol parhaus. Roedd y rhan fwyaf o'r bwrdd iechyd a staff iechyd y cyhoedd a oedd yn gweithredu ac yn goruchwyllo'r Rhaglen ICL yn dal i gael eu hadleoli i rolau cysylltiedig â COVID-19 neu'n dal i ymwneud yn bennaf â'r ymateb COVID-19 aciwt. Roedd hyn yn golygu bod rhai newidiadau angenrheidiol i'r gwerthusiad arfaethedig y tu hwnt i'r oedi cychwynnol, megis dim ond defnyddio data CT ar gyfer ffordd o fyw SAIL a rhaeadrau clinigol oherwydd diffyg adnoddau yn AB i ddilysu allbwn SAIL gyda data canlyniadau'r rhaglen fewnol.

Gwerthusiad Economaidd

Cafodd y gwaith gwerthuso economaidd iechyd ei ddatblygu i ddechrau yn 2019 yn dilyn cyhoeddi "Adroddiad Diweddaru Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal 2013-2018". Gofynnwyd i Adran Economeg Iechyd Prifysgol Abertawe drafod y posibilrwydd o gynnal gwerthusiad economaidd iechyd, gan gynnwys y data oedd ei angen, yr amserlen a'r gost o gynnal gwerthusiad economaidd iechyd. Roedd y drafodaeth gychwynnol hon yn digwydd ochr yn ochr â'r gwaith gyda SAIL i ailgynllunio'r protocol echdynnu a dadansoddi data ar gyfer y rhaglen. Penderfynwyd bod angen data gwerthuso SAIL cyn y gellid cynllunio a chynnal gwerthusiad economaidd, gan fod angen deall yn union pa ddata ar allbwn a chanlyniadau'r Rhaglen ICL oedd ar gael cyn gallu cynllunio sut y gellid ymgorffori hyn mewn dadansoddiad economaidd. Yna, bu oedi ar y rhaglen a'r gwerthusiad ICL ym mis Mawrth 2020 oherwydd COVID-19 pan gafodd staff eu hadleoli i waith sy'n gysylltiedig â COVID-19.

Ailgychwynnodd y gwerthusiad ICL yn hydref 2020 yn dilyn yr ymateb COVID-19 aciwt cychwynnol. Roedd y gwerthusiad ICL yn canolbwyntio ar gwblhau'r echdyniad data SAIL terfynol, a deall y data oedd ar gael ar y defnydd, allbynnau a chanlyniadau'r Rhaglen ICL a ddisgrifir yn fanwl ym Mhennod 4. Gwnaed gwaith hefyd i adolygu'r sylfaen dystiolaeth o amgylch Rhaglenni Archwiliad Iechyd clefyd cardiofasgwlaidd, gan gynnwys gwerthusiad economaidd o raglenni archwiliadau iechyd, fel rhan o'r Adolygiad o Dystiolaeth a amlinellir ym Mhennod 3.

Ar ôl cwblhau adroddiad data SAIL a'r adolygiad o dystiolaeth o Raglenni Archwiliad Iechyd clefyd cardiofasgwlaidd, cynhaliwyd trafodaethau gydag amrywiaeth o randdeiliaid sy'n ymwneud â Rhaglen a Gwerthusiad ICL ynghylch cynnal gwerthusiad economaidd posibl o'r Rhaglen ICL. Fodd bynnag, ar ôl archwilio'r data sydd ar gael ar allbwn a chanlyniadau'r Rhaglen ICL a chymharu â gwerthusiadau economaidd o Raglenni Gwirio Iechyd clefyd cardiofasgwlaidd eraill, penderfynwyd na fyddai'n bosibl cynnal gwerthusiad economaidd cadarn o'r Rhaglen ICL gyda'r data sydd ar gael ar hyn o bryd. Mae'r Rhaglen ICL hefyd wedi addasu ers ei chreu yn 2013, gan gynnwys newidiadau i ffiniau Byrddau Iechyd, prosesau gwahodd, profion a gynhaliwyd, a chmau dilynol â phobl â ffactorau risg a nodwyd. Rhoddwyd y newidiadau hyn ar waith ar wahanol adegau yn y Byrddau Iechyd, gan ei gwneud yn anodd asesu'n gywir y costau sy'n gysylltiedig â'r Rhaglen ICL dros amser. Teimlwyd y byddai unrhyw ymgais i gynnal gwerthusiad economaidd gan ddefnyddio'r data oedd ar gael ar y pryd yn annibynadwy, ac y byddai'n debygol o danbrisio neu oramcangyfrif effaith economaidd y Rhaglen ICL.

Crynodeb

Mae'r Rhaglen ICL yn BIPau AB a CTM wedi parhau i esblygu ers 2018. Mae'r newidiadau'n cynnwys ail-lunio ffiniau byrddau iechyd a chyflwyno gwasanaethau newydd cynghorwyr ffordd o fyw, a chanolbwyntio'n benodol ar glefyd diabetes. Mae pandemig COVID-19 hefyd wedi effeithio ar ddarpariaeth y Rhaglen ICL a dadansoddiadau SAIL ers mis Mawrth 2020, gyda'r rhaglen a'r gwerthusiad yn cael eu hoedi. Ailgychwynnodd dadansoddiadau SAIL y rhaglen ICL yn hydref 2020, gyda newidiadau wedi'u gwneud i'r gwaith a gynlluniwyd, yn seiliedig ar gyfyngiadau o ran data ac argaeledd staff. Ailgychwynnodd yr ARCau yn CTM ym mis Awst 2021.

Pennod 3: Adolygiad o Dystiolaeth Archwiliadau Iechyd Clefyd Cardiofasgwlaidd

Adolygiad o'r Dystiolaeth

Cynhaliwyd adolygiad cyflym ac ysgafn o'r dystiolaeth a gyhoeddwyd ynghylch archwiliadau iechyd clefyd cardiofasgwlaidd (CVD), a chynhyrchwyd adroddiad llawn yn cynnwys methodoleg fanwl ac adran ganlyniadau. Mae'r adolygiad cyflawn hwn o dystiolaeth wedi'i gynnwys fel adroddiad atodol "*Adolygiad o Dystiolaeth Archwiliadau Iechyd Clefyd Cardiofasgwlaidd*".

Nod

Nod yr adolygiad o dystiolaeth oedd archwilio'r sylfaen dystiolaeth ynghlwm ag archwiliadau iechyd clefyd cardiofasgwlaidd, er mwyn llywio'r Rhaglen ICL clefyd cardiofasgwlaidd /Model Archwiliad Iechyd wrth symud ymlaen. Roedd hyn yn cynnwys edrych ar y dystiolaeth yn ymwneud â nifer o faterion gan gynnwys:

- Effaith glinigol rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd.
- Effaith economaidd iechyd rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd.
- Nodweddion gorau rhaglenni gwirio iechyd clefyd cardiofasgwlaidd gan gynnwys meini prawf cymhwysedd, offer asesu risg clefyd cardiofasgwlaidd, camau dilynol clinigol a gwaith dilynol ar ffordd o fyw.
- Gwerthuso rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd.

Methodoleg

Adeiladodd y strategaeth chwilio ar yr adolygiad systematig a gynhaliwyd gan Uned Gofal Sylfaenol Prifysgol Caergrawnt a gyflwynwyd i Iechyd Cyhoeddus Lloegr ar 14 Ionawr 2017.

Roedd y chwiliad wedi'i gyfyngu i destun rhydd llawn yn unig ac yn yr iaith Saesneg yn unig. Roedd yr amserlen chwilio o fis Tachwedd 2016 i fis Rhagfyr 2020 i ddilyn ymlaen o'r adolygiad systematig blaenorol. Cynhaliwyd y chwiliad ar dri chwilotwr:

- 1- Ovid Medline.
- 2- PubMed.
- 3- HDAS PsycInfo.

Defnyddiwyd ystod o dermau chwilio yn y chwiliad gan gynnwys archwiliad iechyd, sgrinio cardiofasgwlaidd a sgrinio poblogaeth.

Nid oedd unrhyw ddata wedi'i gyhoeddi ar gyfer rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd ICL yng Nghymru. Felly, mae'r adolygiad wedi tynnu llawer o'r dystiolaeth o raglen Archwiliad Iechyd y GIG (NHS) yn Lloegr gyda rhai astudiaethau ychwanegol o'r UD a'r UE. Mae iechyd yn fater sydd wedi'i ddatganoli ac mae gwahaniaethau diwylliannol a phoblogaeth rhwng Cymru a Lloegr. Mae gwahaniaethau allweddol hefyd o ran comisiynu, cymhwysedd, trefniadaeth a chamau dilynol yn ymwneud â ffactorau risg clinigol a ffordd o fyw NHS yn Lloegr a'r Archwiliad Iechyd clefyd cardiofasgwlaidd (o dan nawdd y Rhaglen ICL) yng Nghymru, gyda'r Rhaglen ICL yng Nghymru yn anelu at ddarparu model integredig o asesu a rheoli risg clefyd cardiofasgwlaidd yng nghyd-destun Cymru. Fodd bynnag, Rhaglen NHS yn Lloegr yw'r cymharydd mwyaf ystyrlon a buddiol o hyd gydag astudiaethau cyhoeddedig ar gyfer y rhaglen ICL yng Nghymru.

Canlyniadau

Nododd yr Adolygiad o Dystiolaeth 14 o astudiaethau. O'r astudiaethau hyn:

- Roedd 10 yn cynnwys gwybodaeth am Raglen NHSHC yn Lloegr.
- Roedd 4 nad oedd yn cynnwys gwybodaeth am Raglen NHSHC yn Lloegr.

Crynodeb o'r dystiolaeth

Canfu'r adolygiad o dystiolaeth cyflym hwn dystiolaeth gymysg am effeithiau iechyd, effeithiau economaidd, y model gorau posibl ar gyfer rhaglen archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd a gwerthusiad o raglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd. Nid oedd yr un o'r astudiaethau hyn yn archwilio'r Rhaglen ICL yng Nghymru yn benodol gan nad oes llenyddiaeth wedi'i chyhoeddi ar y Rhaglen ICL.

Crynodeb Cyffredinol

Yn gyffredinol, nid yw'r dystiolaeth yn glir ynghylch yr effeithiau na'r model gorau posibl ar gyfer rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd (CVD). Nid yw'n glir a oes gan raglenni archwiliad iechyd CVD fanteision iechyd i bobl sy'n eu mynychu, gyda chanlyniadau cymysg o ran eu buddion clinigol gan gynnwys diagnosis o ffactorau risg CVD, trin ffactorau risg CVD, diagnosis o CVD a marwolaethau. Fodd bynnag, mae'n werth nodi nad oes tystiolaeth ar gyfer manteision iechyd rhaglenni archwiliad iechyd CVD eu hunain, mae'r ymyriadau clinigol a ffordd o fyw sy'n digwydd yn dilyn archwiliad iechyd CVD yn seiliedig ar dystiolaeth a chanllawiau NICE.

Nid yw'n glir ychwaith a ydynt yn cael effaith gadarnhaol ar iechyd, er ei bod yn debygol bod rhaglenni sy'n targedu grwpiau risg uwch neu grwpiau o amddifadedd uwch yn fwy cost-effeithiol. Fodd bynnag, efallai na fyddant yn gost-effeithiol o hyd wrth ystyried cost cyfle rhedeg rhaglen sgrinio CVD ar draul gweithgareddau meddygol neu ofal cymdeithasol eraill. Ni chanfu'r adolygiad o dystiolaeth unrhyw dystiolaeth o effaith rhaglenni archwiliad iechyd CVD ar anghydraddoldebau iechyd.

Ceir tystiolaeth gymysg hefyd ynghylch model optimwm ar gyfer rhaglen sgrinio CVD, gan gynnwys y boblogaeth gymwys, lleoliad, camau dilynol clinigol ac ar ffordd o fyw. Mae'r rhan fwyaf o astudiaethau'n dangos bod menywod a phobl hŷn yn manteisio'n fwy ar raglenni archwiliad iechyd CVD, gyda rhywfaint o dystiolaeth bod pobl sy'n mynychu archwiliadau iechyd yn iachach na phobl a wahoddir ond nad ydynt yn mynychu. Ceir dadl ynghylch y meini prawf cymhwysedd, gyda rhai astudiaethau'n datgan na ddylai rhaglenni sgrinio dargedu pobl hŷn yn unig gan nad yw oedran yn ffactor risg y gellir ei addasu, gydag eraill yn dangos bod rhaglenni â throthwy oedran uwch, neu sydd â meini prawf cymhwysedd i gynnwys pobl â chyflyrau sy'n bodoli eisoes megis gorbwysedd, yn cael yr enillion iechyd poblogaeth mwyaf oherwydd bod ffactorau risg a chyflyrau clinigol yn cael eu nodi a'u trin yn well.

Nid oes tystiolaeth bendant ar leoliad archwiliadau iechyd na'r offeryn sgrinio risg CVD. Mae astudiaethau i waith clinigol a ffordd o fyw dilynol yn amlygu'r angen am ddilyniant cyson ar ôl archwiliad iechyd CVD er mwyn gwella effeithiau iechyd y rhaglen archwiliad iechyd CVD ar iechyd. Mae hyn yn cynnwys camau dilynol meddygol ar ffactorau risg clinigol i ddechrau meddyginiaeth fel y bo'n briodol, a rhaglenni rheoli ffordd o fyw cyson sy'n cael eu hariannu'n ddigonol. Fodd bynnag, hyd yn oed gyda gwaith clinigol a ffordd o fyw dilynol priodol, nid oes tystiolaeth bendant ar fanteision iechyd i'r boblogaeth ac effaith economaidd rhaglenni archwiliad iechyd CVD. Mae angen ymchwil pellach i wahanol fodelau sgrinio CVD i asesu eu heffeithiau iechyd ac economaidd.

Effeithiau ar iechyd

Edrychodd chwech o'r astudiaethau ar effeithiau'r rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd ar iechyd. Roedd y rhain yn cynnwys astudiaethau yn adolygu Archwiliad Iechyd y GIG, rhaglenni archwiliad iechyd CVD eraill ac adolygiad systematig o astudiaethau lluosog. Dangosodd yr astudiaethau dystiolaeth gymysg o effeithiau rhaglenni archwiliad iechyd CVD ar iechyd. Nid oedd rhai astudiaethau'n dangos perthynas rhwng rhaglenni archwiliad iechyd CVD a chanlyniadau clinigol gan gynnwys diagnosis o ffactorau risg CVD, CVD, neu glefydau eraill fel diabetes; rheoli ffactorau risg CVD; a marwolaethau pob achos. Dangosodd astudiaethau eraill fod gan bobl a oedd wedi mynychu rhaglen archwiliad iechyd CVD fwy o achosion o ddiagnosis o rai ffactorau risg CVD penodol, CVD neu glefydau eraill fel diabetes, neu reoli ffactorau risg CVD. Fodd bynnag, hyd yn oed yn yr astudiaethau hyn roedd y canlyniadau'n aml yn gymysg, gyda chanlyniadau ystadegol arwyddocaol ar gyfer rhai ffactorau risg a chlefydau yn unig. Roedd gan lawer o'r gweithwyr iechyd proffesiynol a oedd yn rhan o Raglen yr NHSHC yn Lloegr farn gadarnhaol am y rhaglen a'i manteision i gleifion, tra bod lleiafrif yn teimlo nad oedd y rhaglen yn fuddiol.

Yn gyffredinol, mae'r sail dystiolaeth yn dangos canlyniadau cymysg ar gyfer effeithiau clinigol rhaglenni archwiliadau iechyd CVD, gan gynnwys y Rhaglen NHSHC yn Lloegr. Nid oes consensws ynghylch a oes gan raglenni archwiliad iechyd CVD fanteision clinigol i gleifion megis nodi clefydau a ffactorau risg CVD, rheoli ffactorau risg neu effeithio ar farwolaethau o bob achos. Fodd bynnag, mae'n werth nodi nad oes dystiolaeth ar gyfer manteision iechyd rhaglenni archwiliad iechyd CVD eu hunain, mae'r ymyriadau clinigol a ffordd o fyw sy'n digwydd yn dilyn archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd yn seiliedig ar dystiolaeth ac ar ganllawiau NICE (NICE 2020).

Effeithiau Economaidd

Roedd dwy astudiaeth yn modelu effeithiau economaidd y rhaglen NHSHC yn Lloegr yn erbyn senarios archwiliad iechyd CVD eraill. Canfuwyd dystiolaeth gymysg ar effeithiau economaidd archwiliadau iechyd CVD. Mae'n annhebygol bod y rhaglen NHSHC gyffredinol bresennol yn Lloegr yn gost-effeithiol neu'n deg yn seiliedig ar eu dadansoddiadau, ond mae rhaglenni archwiliad iechyd CVD sy'n targedu'r ardaloedd o amddifadedd mwyaf yn fwy tebygol o fod yn gost-effeithiol. Fodd bynnag, os ystyriwch gost cyfle gweithredu rhaglenni archwiliad iechyd CVD, yn enwedig os yw hyn yn cynnwys cymorth ychwanegol i bobl mewn ardaloedd o amddifadedd ar ben archwiliadau iechyd cyffredinol, mae'n annhebygol y bydd y rhaglenni'n gost-effeithiol. Y rheswm am hyn yw y gallent olygu mwy o gostau, a fyddai fel arall wedi'u gwario ar weithgarwch iechyd a gofal cymdeithasol arall sy'n cynnig mwy o enillion ar fuddsoddiad. Yn gyffredinol, nid yw'n glir a yw archwiliadau iechyd CVD, naill ai'n gyffredinol neu wedi'u targedu at ardaloedd o amddifadedd, yn gost-effeithiol.

Model rhaglen sgrinio CVD

Poblogaeth gymwys

Edrychodd saith astudiaeth ar y boblogaeth gymwys ar gyfer rhaglenni archwiliad iechyd CVD. Roedd y canlyniadau ar y nifer sy'n manteisio ar wiriadau iechyd CVD yn ôl oedran, rhyw, ethnigrwydd ac amddifadedd yn ganlyniadau cymysg. Canfu rhai astudiaethau fod y nifer sy'n manteisio arnynt yn uwch ymhlith pobl o gefndiroedd o amddifadedd uwch tra bod astudiaethau eraill yn canfod bod y nifer sy'n manteisio arnynt yn uwch ymhlith pobl o gefndiroedd â llai o amddifadedd, ac nid oedd

patrwm clir rhwng astudiaethau am ethnigrwydd a'r nifer sy'n manteisio ar wiriadau iechyd CVD. Y dystiolaeth fwyaf cyson oedd bod y nifer a oedd yn manteisio ar y gwasanaeth yn uwch ymhlith unigolion hŷn o gymharu ag unigolion iau, a menywod o gymharu â dynion, er nad oedd pob un o'r canfyddiadau hyn yn ystadegol arwyddocaol.

Mae rhywfaint o dystiolaeth y gallai pobl sy'n mynychu archwiliadau iechyd cyffredinol fod yn iachach eisoes na phobl nad ydynt yn mynychu. Canfu un astudiaeth fod gan bobl a fynychodd wiriadau iechyd CVD lai o achosion o rai ffactorau risg CVD o gymharu â'r rhai a wahoddwyd ond nad oedd wedi mynychu. Mae hyn yn cyd-fynd â barn rhai darparwyr gofal iechyd a deimlai mai'r rhai sydd fwyaf tebygol o elwa o archwiliadau iechyd CVD yw'r lleiaf tebygol o fod yn bresennol.

Edrychodd dwy o'r astudiaethau hefyd ar effeithiau iechyd gwahodd gwahanol boblogaethau ar gyfer archwiliadau iechyd CVD. Canfu un y gallai dull wedi'i dargedu o wahodd, gan wahodd y rhai sydd mewn perygl uwch, fod yn fwy effeithlon o ran nodi ffactorau risg CVD na gwahoddiad heb ei dargedu. Canfu un arall y gellid gwella manteision Rhaglen Archwiliad Iechyd y GIG pe bai'r meini prawf cymhwysedd yn cynnwys pobl hyd at 79 oed neu'r rhai a oedd eisoes wedi cael diagnosis o orbwysedd. Canfuwyd hefyd y gallai cynyddu presenoldeb y bobl sydd â'r risg CVD mwyaf neu sydd wedi gwrthod archwiliadau iechyd blaenorol arwain at enillion cymharol fawr o ran iechyd y boblogaeth am lai o apwyntiadau archwiliad iechyd ychwanegol. Hefyd, mae cynyddu presenoldeb pobl o gefndiroedd ag amddifadedd yn gwella anghydraddoldebau, er ei fod yn gysylltiedig ag enillion cymharol fach o ran mesur iechyd poblogaeth cyfartalog.

Lleoliad

Edrychodd un astudiaeth ar leoliad yr NHSHC a chanfu, pan ddefnyddiwyd lleoliadau cymunedol fel lleoliadau ar gyfer archwiliadau iechyd, fod rhai manteision, megis gwell adnoddau a chymorth ar gyfer rheoli ffordd o fyw? parhaus. Fodd bynnag, roedd pryderon hefyd ynghylch mynediad gwael i leoliadau, anawsterau preifatrwydd, anawsterau cysylltu â'r rhyngwyd a rhywfaint o wrthwynebiad gan feddygon teulu i dderbyn atgyfeiriadau clinigol.

Offeryn Asesu Risg

Cymharodd un adolygiad systematig ddulliau asesu risg clefyd cardiofasgwlaidd lluosog. Canfu fod canllawiau rhyngwladol sy'n argymhell gwerthuso risg clefyd cardiofasgwlaidd ym mhob person sydd â hanes teuluol o glefyd cardiofasgwlaidd cynamserol, y rhai â ffactorau risg mawr, a'r rhai sydd â chydafiacheddau sylweddol, gydag uchafswm cyfnodoldeb o 5 mlynedd. Fodd bynnag, yn y boblogaeth sy'n weddill, yn asymptomatig a heb ffactorau risg hysbys, gellid cynnig asesiad risg o 40 oed i ddynion a 50 oed i fenywod, er bod y dystiolaeth yn llai cadarn.

Canfu hefyd fod y rhan fwyaf o sgoriau risg clefyd cardiofasgwlaidd yn tanamcangyfrif risg mewn unigolion iau ac yn goramcangyfrif y risg mewn unigolion hŷn. Gall hyn ei gwneud yn anodd rheoli risg clefyd cardiofasgwlaidd ar draws y boblogaeth gan ei bod yn anodd sefydlu terfynau ar gyfer ymyriadau gwahanol ar draws grwpiau oedran. Mae'n bwysig cofio y gall pob ymyriad sy'n digwydd yn dilyn archwiliad iechyd i leihau risg clefyd cardiofasgwlaidd, gan gynnwys cwnsela iechyd a rheoli ffordd o fyw, fod yn ddiangen a chael effeithiau anfwriadol drwy drin unigolion yn feddygol yn ddiangen.

Gwaith Clinigol Dilynol

Edrychodd dwy astudiaeth ar y camau dilynol clinigol yn dilyn NHSHC. Canfu un astudiaeth fod grwpiau penodol o gleifion, gan gynnwys y rhai â'r risg clefyd cardiofasgwlaidd uchaf, menywod iau, a'r rhai sy'n byw yn yr ardaloedd o amddifadedd mwyaf, yn fwy tebygol o gael meddyginiaeth ar bresgripsiwn yn dilyn archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd. Edrychodd astudiaeth arall ar effaith gwaith clinigol dilynol ar ôl archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd a chanfu fod cynyddu'r tebygolrwydd o ddechrau triniaeth ymhlith y rhai sy'n gymwys yn gysylltiedig â gwelliant cymharol fawr i fynegeion iechyd y boblogaeth o gymharu â chynnydd mewn presenoldeb neu newidiadau i feini prawf cymhwysedd. Cysylltir cynyddu cyfraddau triniaeth yn dilyn NHSHC gyda chywsgu afiachusrwydd (mae'r cynnydd o ran Blwyddyn Bywyd wedi'i Addasu o ran Ansawdd [BBAA/QALY] yn fwy na'r cynnydd mewn goroesiad). Gan fod yr enillion o ran amser a gaiff ei fyw mewn iechyd llawn yn fwy na'r cynnydd mewn goroesiad, mae'r rhaglen yn ychwanegu mwy o flynyddoedd bywyd o ansawdd da nag y mae'n ychwanegu blynyddoedd at fywyd. Y budd mwyaf i iechyd y boblogaeth yw cael pobl gymwys i ddechrau ar statinau.

Gwaith Ffordd o Fyw Dilynol

Edrychodd pedair astudiaeth ar y gwaith ffordd o fyw dilynol wedi archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd. Canfu un astudiaeth mai'r cleifion a oedd fwyaf tebygol o dderbyn atgyfeiriadau gwasanaeth ffordd o fyw oedd y rhai â'r risg clefyd cardiofasgwlaidd uchaf, menywod iau, a'r rhai yn yr ardaloedd â'r amddifadedd mwyaf. Mae'r dystiolaeth ar effaith ymyriadau ffordd o fyw yn amrywio, gydag un astudiaeth yn canfod bod pobl a fynychodd archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd yn fwy tebygol o dderbyn cyngor rheoli pwysau neu ymyriadau rhoi'r gorau i ysmegu. Fodd bynnag, canfu astudiaeth arall dystiolaeth gymysg ynghylch a oedd gan bobl a fynychodd archwiliad iechyd duedd ysmegu arwyddocaol is yn ystadegol yn dilyn eu harchwiliad iechyd. Mynegodd gweithwyr gofal iechyd proffesiynol bryder hefyd ynghylch y pwysau hirdymor o ran costau ac adnoddau sydd eu hangen i gynnal rhaglen Archwiliad Iechyd y GIG a dywedon nhw fod y gwasanaethau cymorth ehangach yn y gymuned yn anghyson ac nad oes ganddynt sicrwydd ariannol nac adnoddau hirdymor.

Gwerthuso

Edrychodd un astudiaeth ar y dull gorau posibl o gynnal gwerthusiad economaidd o raglen archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd. Argymhellodd y dylai unrhyw werthusiad economaidd ystyried costau iechyd y rhaglen yn eang, a mabwysiadu golwg hirdymor ar ganlyniadau'r rhaglen, gan gynnwys canlyniadau clefyd cardiofasgwlaidd caled a meddal. Nododd y dylai gwerthusiadau economaidd fod yn ofalus ynghylch cymharu strategaethau sgrinio yn seiliedig ar systemau sgorio risg sy'n cynnwys oedran fel ffactor risg ar gyfer clefyd cardiofasgwlaidd, gan fod oedran yn ffactor risg nad yw'n addasadwy ac felly y byddai strategaeth i drin cleifion uwchlaw trothwy sefydlog o risg absoliwt yn dewis pobl hŷn yn bennaf. Nododd hefyd, wrth asesu rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd ar lefel y boblogaeth, efallai na fydd cost-efeithiolrwydd fel y'i mesurir gan ddefnyddio cost fesul BBAA (QALY) yn briodol oherwydd yr effaith sylweddol y gyllideb. Gallai ariannu'r rhaglenni hyn dorri'n olynol ar draws gwasanaethau iechyd mwy hanfodol mewn mannau eraill, gan greu cost i'r cyfle o gynnig rhaglen archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd.

Crynodeb o'r dystiolaeth yn ôl maes pwnc

Mae rhai astudiaethau'n ymddangos fwy nag unwaith yn y tabl "Crynodeb o'r dystiolaeth o archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd yn ôl maes pwnc" isod gan eu bod yn cynnwys tystiolaeth ar sawl maes pwnc.

Maes pwnc	Astudiaeth	Crynodeb o ganfyddiadau'r astudiaeth
Effaith Rhaglenni Sgrinio clefyd cardiofasgwlaidd ar iechyd	<i>Views of commissioners, managers and healthcare professionals on the NHS Health Check programme: a systematic review (Mills et al 2017)</i>	Roedd y farn ar yr effaith ar iechyd ar gyfer rhaglen NHSHC Lloegr yn gymysg, gyda rhai pethau tebyg a rhai gwahaniaethau ar draws y proffesiynau a gyfwelwyd. Canfu astudiaethau gwahanol fod llawer o weithwyr iechyd proffesiynol wedi cysylltu â'r rhaglen yn gadarnhaol ac yn credu ei bod o fudd i gleifion. Fodd bynnag, roedd lleiafrif o weithwyr iechyd proffesiynol nad oedd wedi ymrwymo i'r rhaglen gyda lleiafrif bach yn ei ystyried yn wastraff amser.
	<i>NHS Health Check comorbidity and management: an observational matched study in primary care (Robson et al 2016)</i>	Canfu'r dadansoddiadau a gydweddai fod cydafiachedd sydd newydd gael diagnosis yn fwy tebygol o fod yn bresennol ymhlith mynychwyr yr NHSHC na rhai na fynychodd. Roedd diagnosisau newydd o ddiabetes 30% yn fwy tebygol ymhlith mynychwyr na'r rhai na fynychodd, tra bod gorbwysedd 50% yn fwy tebygol, ac roedd clefyd cronig yr arennau (CCA/CKD) 80% yn fwy tebygol.
	<i>Delivery and impact of the NHS Health Check in the first 8 years: a systematic review (Martin et al 2018)</i>	- Canfu'r adolygiad systematig dystiolaeth gymysg iawn o ran a oedd NHSHC yn effeithio ar ganfod clefydau. - Edrychodd amrywiaeth o astudiaethau ar ddiagnosis ystod o glefyd cardiofasgwlaidd gan gynnwys: - Pwysedd Gwaed Uchel - Hypercolesterolaemia - Diabetes Math 2 - Ffibriliad Atriaidd - Clefyd coronaidd y galon - Clefyd fasgwlaidd ymylol - Canfu rhai astudiaethau fod mwy o ddiagnosis ystadegol arwyddocaol o rai o'r clefydau cardiofasgwlaidd hyn. Fodd bynnag, roedd hyn yn amrywio rhwng astudiaethau, ac roedd astudiaethau eraill na ddaeth o hyd i wahaniaethau ystadegol arwyddocaol. Nid oedd consensws ynghylch a wnaeth diagnosis

		o clefyd cardiofasgwlaidd penodol gynyddu yn dilyn NHSHC.
	<i>Evaluating the effectiveness of the NHS Health Check programme in South England: a quasi-randomised controlled trial (Kennedy et al 2019)</i>	• Canfu dadansoddiad aml-amrywiolyn fod pobl a fynychodd wiriadau iechyd â dadleniadau ystadegol sylweddol uwch o: ○ Risg clefyd cardiofasgwlaidd ○ Cyfanswm colesterol uwch ○ Pwysedd Gwaed Uchel ○ Diabetes ○ Pobl yn cymryd statinau ar gyfer risg clefyd cardiofasgwlaidd ○ Pobl â gorbwysedd yn cymryd tabledi rhag pwysedd gwaed uchel • Ni chanfu dadansoddiadau aml-amrywiolyn unrhyw ddadleniadau ystadegol arwyddocaol o: ○ Ffibriliad atrïaidd ○ Clefyd Cronig yr Arennau (CCA) ○ Pobl ar feddyginiaeth gwrthglycaemig ○ Pobl ar therapi disodli nicotin (ThDN) i roi'r gorau i ysmegu
	<i>A Randomised Trial Examining Cardiovascular Morbidity and All-Cause Mortality 24 years Following General Health Checks: the Ebeltoft Health Promotion Project (EHPP) (Bernstorff et al 2019)</i>	• Rhoddodd hap-dreial rheoli a gynhaliwyd yn Nenmarc ym 1992 wiriad iechyd cyffredinol i wahoddedigion 30-49 oed ac atgyfeiriad i'w meddyg teulu am unrhyw ganlyniadau annormal. • Canfu'r astudiaeth hon nad oedd archwiliadau iechyd cyffredinol a gynigiwyd i'r boblogaeth gyffredinol 30–49 oed yn arwain at ostyngiadau ystadegol arwyddocaol mewn clefyd cardiofasgwlaidd neu farwolaeth pob achos.
	<i>Health checks and cardiovascular risk factor values over six years' follow-up: Matched cohort study using electronic health records in England (Alageel a Gulliford 2019)</i>	• Canfu'r astudiaeth garfan gyfatebol fod gostyngiadau mewn ffactorau risg ar gyfer y boblogaeth hyd at chwe blynedd ar ôl iddynt fynychu gwiriad Archwiliad Iechyd y GIG o gymharu â phobl nad oeddent wedi mynychu. Cafwyd gostyngiadau yn y canlynol: ○ Mynegai Màs y Corff (BMI) ○ Pwysedd Gwaed Systolig (PG) ○ Cyfraddau ysmegu • Fodd bynnag, mae'n werth nodi bod yr un astudiaeth hon wedi canfod bod gan gyfranogwyr Archwiliad Iechyd y GIG gyfraddau BMI, BP systolig a chyfraddau ysmegu is eisoes cyn mynychu Archwiliad Iechyd y GIG, o gymharu â phobl na fynychodd Archwiliad Iechyd y GIG.

		Bu gostyngiad ychydig yn fwy mewn PG menywod o'i gymharu â dynion yn dilyn Archwiliad Iechyd y GIG.
Effaith economaidd Rhaglenni Archwiliad Iechyd clefyd cardiofasgwlaidd	<i>Future cost-effectiveness and equity of the NHS Health Check cardiovascular disease prevention programme: Microsimulation modelling using data from Liverpool, UK (Krypidemos et al 2018)</i>	- Edrychodd yr astudiaeth ar effaith economaidd senarios lluosog, a chymharu'r rhain â'r model Archwiliad Iechyd y GIG (NHSHC) presennol a ddefnyddir yn Lloegr. - Sgrinio cyffredinol oedd y strategaeth leiaf effeithiol o ran lleihau anghydraddoldebau iechyd, tra mai cyfuniad o ymyrraeth ar draws y boblogaeth a sgrinio wedi'i dargedu (ar gyfer yr ardaloedd â'r amddifadedd mwyaf) oedd y mwyaf effeithiol. - Canfuwyd bod gan y model NHSHC presennol Gymhareb Effeithiolrwydd Cost Cynyddrannol (CECC) o 11,000, gyda bwlch ansicrwydd eang iawn o 95% o -270,000 i 320,000. Mae hyn yn golygu nad yw'r model NHSHC presennol yn debygol o ddod yn gost-effeithiol na theg. - I'r gwrthwyneb, mae modelau sydd wedi'u targedu at y rhai o amddifadedd mwyaf, ac sy'n digwydd ochr yn ochr â newid strwythurol fel cyfreithiau tybaco a halen dietegol llymach, yn fwy tebygol o fod yn gost-effeithiol a theg.
	<i>Universal or targeted cardiovascular screening? Modelling study using a sector-specific distributional cost effectiveness analysis (Collins et al 2020)</i>	- Roedd yr astudiaeth hon yn modelu effeithiau economaidd pedwar senario sgrinio clefyd cardiofasgwlaidd gwahanol: - dim sgrinio clefyd cardiofasgwlaidd, - sgrinio clefyd cardiofasgwlaidd cyffredinol sylfaenol 'cyfredol' fel y'i gweithredir ar hyn o bryd gan NHSHC - gwell sgrinio clefyd cardiofasgwlaidd cyffredinol gyda darpariaeth 'gynyddol' ar draws y boblogaeth 'cyffredinol ac wedi'i dargedu' gyda darpariaeth atodol i'r pumed amddifadedd mwyaf - Canfu'r astudiaeth, o'i gymharu â senario 'dim Gwiriadau Iechyd' dros orwel amser o 30 mlynedd o 2011 i 2040, mai'r CECC o'r senario Gwiriadau Iechyd presennol oedd tua £11,000 fesul BBAA, £7400 fesul BBAA ar

		gyfer y senario 'cynyddol', a £1500 fesul BBAA ar gyfer y senario 'cyffredinol ac wedi'i dargedu'. - Cynyddodd lleihau'r gorwel amser i 20 mlynedd yr CECCau hyn i tua £21,000 fesul BBAA ar gyfer y senario presennol, £13000 fesul BBAA ar gyfer y senario 'cynyddol', a £14,000 fesul BBAA ar gyfer y senario 'cyffredinol ac wedi'i dargedu' - Mae defnyddio'r gost cynhyrchu iechyd hybrid sy'n benodol i'r sector o £2000 ar gyfer gwariant iechyd y cyhoedd a £13000 ar gyfer gwariant meddygol yn golygu bod yr holl werthoedd budd-dal iechyd net yn negyddol, sy'n golygu y byddai sgrinio cardiofasgwlaidd yn lleihau iechyd y boblogaeth yn ei gyfanrwydd am y byddai'r manteision iechyd sy'n gysylltiedig â chlefyd cardiofasgwlaidd ac arbedion cost yn llai na gwerth buddsoddi mewn rhywbeth arall. - Mae edrych ar y costau na aed iddynt drwy beidio gwario ar y rhaglen sgrinio clefyd cardiofasgwlaidd yn cael ei wario ar weithgarwch iechyd neu ofal cymdeithasol arall yn golygu y byddai 'cynyddol' a 'chyffredinol ac wedi'i dargedu' yn cael eu hasesu fel israddol i'r senario 'presennol' neu yn wir i senario 'dim gwiriadau iechyd' oherwydd bod y 'cynyddol' a 'chyffredinol ac wedi'i dargedu' yn golygu mwy o gyfanswm gwariant ar iechyd y cyhoedd gan gynhyrchu elw negyddol ar fuddsoddiad, ac felly mae'r golled bosibl o ran iechyd yn fwy
Poblogaeth gymwys	<i>Views of commissioners, managers and healthcare professionals on the NHS Health Check programme: a systematic review (Mills et al 2017)</i>	Yn rhaglen NHSHC Lloegr roedd pryderon ynghylch y rhaglen yn denu'r rhai iach sy'n poeni. Roedd rhai gweithwyr proffesiynol o'r farn nad y rhai sy'n defnyddio'r gwasanaeth o reidrwydd oedd y rhai y byddai'r rhaglen yn cael eu targedu neu y byddent yn elwa arnynt, tra mai'r rhai a fyddai'n fwyaf tebygol o elwa oedd y rhai a oedd yn llai tebygol o fod yn bresennol.
	<i>NHS Health Check comorbidity and management: an observational matched study in primary care</i>	- Roedd proses wahodd NHSHC Lloegr yn amrywio rhwng Grwpiau Comisiynu Clinigol (GCC). - Yn gyffredinol, canfu'r astudiaeth fod y rhai a fynychodd Archwiliad Iechyd y GIG yn hŷn na'r rhai na fynychodd, ac yn fwy tebygol o fod o

	<i>(Robson et al 2017)</i>	gwintelau ag amddifadedd uwch neu o grwpiau ethnig De Asiaidd. Ar gyfer NHSHC Lloegr, ceir tystiolaeth y gallai dull wedi'i dargedu o wahodd, gan wahodd y rhai sydd mewn perygl uwch, fod yn fwy effeithlon na gwahoddiad heb ei dargedu. Roedd mwy o ddiabetes newydd, gorbwysedd, a Chlefyd Cronig yr Arennau wedi'u diagnosio yn y GCCau gan ddefnyddio dull wedi'i dargedu. Yn Tower Hamlets, a ddefnyddiodd wahoddiad wedi'i dargedu fwyaf, nodwyd bod 8.8% â risg uchel o glefyd cardiofasgwlaidd dros 5 mlynedd, o'i gymharu â 6.4% yn Newham gan ddefnyddio gwahoddiadau nad oedd wedi eu dethol: cynnydd o 38% yn y rhai a nodwyd oedd â risg uchel o glefyd cardiofasgwlaidd.
	<i>Delivery and impact of the NHS Health Check in the first 8 years: a systematic review</i> (Martin et al 2018)	- Roedd yr adolygiad systematig yn ystyried a oedd cwmplas y ddarpariaeth a'r niferoedd a fanteisiodd yn amrywio yn ôl ystod o ffactorau gan gynnwys: - Oedran - Rhywedd - Amddifadedd - Ethnigrwydd - Yn gyffredinol, roedd y ddarpariaeth a'r niferoedd a fanteisiai yn uwch mewn grwpiau oedran hŷn, er nad oedd pob astudiaeth yn gweld gwahaniaeth ystadegol arwyddocaol. - Canfu'r rhan fwyaf o'r astudiaethau fod y ddarpariaeth a'r niferoedd a fanteisiai yn uwch ymhlith menywod o gymharu â dynion, er eto ni chanfu pob astudiaeth wahaniaeth ystadegol arwyddocaol yn y niferoedd a fanteisiai yn ôl rhyw. Canfu un astudiaeth fod y nifer a fanteisiodd ar y cynllun yn uwch ymhlith dynion. - Roedd astudiaethau'n amrywio o ran a oedd amddifadedd yn effeithio ar y ddarpariaeth a'r niferoedd a fanteisiai arnynt. Canfu rhai astudiaethau fod mwy o sylw i'w gael mewn ardaloedd ag amddifadedd uwch, er na chanfu astudiaethau eraill unrhyw wahaniaeth ystadegol arwyddocaol, a chanfu eraill fod mwy o bobl yn manteisio yn yr ardaloedd â'r amddifadedd lleiaf. - Roedd astudiaethau'n amrywio o ran a oedd ethnigrwydd yn effeithio ar y ddarpariaeth a'r niferoedd a fanteisiai. Canfu rhai fod mwy o

		ddarpariaeth a niferoedd yn manteisio ymhlith pobl o gefndiroedd ethnig Du a De Asia. Fodd bynnag, ni chanfu astudiaethau eraill unrhyw wahaniaeth o ran cwmplas y ddarpariaeth na'r niferoedd a fanteisiai yn ôl ethnigrwydd, a chanfu rhai astudiaethau fod y niferoedd a fanteisiai yn is ymhlith pobl o gefndiroedd ethnig du.
	<i>Evaluating the effectiveness of the NHS Health Check programme in South England: a quasi-randomised controlled trial (Kennedy et al 2019)</i>	• Canfuwyd bod mynychwyr i'r NHSHC yn Hampshire yn hŷn, o gefndiroedd â llai o amddifadedd ac yn fwy tebygol o fod yn fenywod na'r rhai a wahoddwyd ond a ddewisodd beidio â mynychu.
	<i>The current and potential health benefits of the National Health Service Health Check cardiovascular disease prevention programme in England: A microsimulation study (Mytton et al 2018)</i>	• Dangosodd modelu fod manteision iechyd poblogaeth y Rhaglen NHSHC yn gwella os: ○ Cynyddwyd y terfyn oedran uchaf i 79 ○ Fod pobl a gafodd ddiagnosis o orbwysedd yn gymwys • Y rheswm am hyn yw y byddai mwy o bobl â ffactorau risg neu gyflyrau clinigol yn cael eu hadnabod a'u trin. • Dangosodd modelu y byddai manteision iechyd poblogaeth y Rhaglen NHSHC yn gostwng pe bai: ○ Yr oedran cychwyn ar gyfer cymhwysedd yn cynyddu o 40 i 50. • Y rheswm am hyn yw y byddai llai o bobl â ffactorau risg neu gyflyrau clinigol yn cael eu hadnabod a'u trin. • Dangosodd modelu hefyd fod codi'r oedran cychwyn a chodi'r terfyn oedran uchaf, yn gysylltiedig â gwella iechyd y boblogaeth. Y rheswm am hyn yw bod y golled o ran iechyd y boblogaeth o gynyddu'r oedran cychwyn yn cael ei gwrthbwyso gan y cynnydd o ran iechyd y boblogaeth wrth gynyddu'r terfyn oedran uchaf. • Dangosodd modelu y gellid gwneud enillion iechyd drwy gynyddu presenoldeb mewn gwahanol grwpiau: ○ Cynyddu presenoldeb ym mhob carfan o'r boblogaeth oedd â'r cynnydd mwyaf o ran iechyd y boblogaeth ○ Gall cynyddu presenoldeb mewn pobl sydd â'r perygl clefyd cardiofasgwlaidd mwyaf neu sydd wedi gwrthod archwiliadau iechyd blaenorol arwain at

		gynnydd cymharol fawr yn iechyd y boblogaeth am lai o apwyntiadau archwiliad iechyd ychwanegol ○ Mae cynyddu presenoldeb pobl o gefndiroedd amddifad yn gwella anghydraddoldebau, er ei fod yn gysylltiedig ag enillion cymharol fach o ran mesuriadau iechyd poblogaeth cyfartalog.
	<i>NHS health checks: a cross-sectional observational study on equity of uptake and outcomes (Coghill et al 2018)</i>	• Canfu'r astudiaeth o'r rhaglen NHSHC ym Mryste fod nifer ystadegol arwyddocaol uwch mewn pobl hŷn dros 50 oed yn cael eu sgrinio, ac mewn menywod. • Roedd nifer y bobl o'r cefndiroedd â'r amddifadedd lleiaf yn economaidd hefyd yn uwch, er nad oedd hyn yn ystadegol arwyddocaol.
	<i>Health checks and cardiovascular risk factor values over six years' follow-up: Matched cohort study using electronic health records in England (Alageel a Gulliford 2019)</i>	• Canfu astudiaeth garfan gyfatebol fod pobl a fynychodd NHSHC yn sylweddol wahanol i'r bobl na fynychodd. Roedd gan y bobl a fynychodd yr archwiliad iechyd: ○ Mynegai Màs y Corff (BMI) Is ○ Pwysedd gwaed systolig ○ Cyfraddau ysmegu • Nid oedd unrhyw wahaniaeth rhwng pobl a fynychodd archwiliad iechyd y GIG a phobl na fynychodd o ran: ○ Cyfanswm colesterol a HDL (Lipoprotein Dwysedd Uchel)
Lleoliad yr Archwiliad Iechyd	<i>Views of commissioners, managers and healthcare professionals on the NHS Health Check programme: a systematic review (Mills et al 2017)</i>	• Yn rhaglen NHSHC Lloegr pan ddefnyddiwyd lleoliadau cymunedol fel lleoliadau ar gyfer archwiliadau iechyd, roedd rhai manteision, megis gwell adnoddau a chymorth ar gyfer rheolaeth barhaus. Fodd bynnag, roedd pryderon hefyd ynghylch mynediad gwael i leoliadau, anawsterau preifatrwydd, anawsterau o ran cysylltu â'r rhyngwrdd a rhywfaint o wrthwynebiad gan feddygon teulu i dderbyn atgyfeiriadau.
Offeryn Asesu Risg	<i>The Role of Cardiovascular Risk Assessment in Preventive Medicine: A Perspective from Portugal Primary Health-Care Cardiovascular Risk Assessment</i>	• Mae modelu risg yn hanfodol ar gyfer rheoli ataliol, gan anelu at osgoi'r digwyddiad clefyd cardiofasgwlaidd, ond gyda'r pryder o beidio ag achosi niwed a pharchu annibyniaeth y claf. • Mae llawer o algorithmau i wrthrychu risg clefydau cardiofasgwlaidd, ond nid oes yr un ohonynt yn ddigon dibynadwy i gael argymhelliad cyffredinol.

	(Santos 2020)	• Mae algorithmau a ystyrir yn y papur hwn yn cynnwys: ○ Sgôr RISK ○ Globorisk ○ Hafaliadau Risg ASCVD Carfan Gyfun ○ Amcangyfrifydd Reynolds ○ Cyfrifwr PROCAM ○ QRISK2 ○ Cyfrifwr risg JBS3 ○ ASSIGN-SCORE ○ Prosiect CUORE ○ Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) • Mae'r rhan fwyaf o sgoriau risg clefyd cardiofasgwlaidd yn tanamcangyfrif risg mewn unigolion iau ac yn goramcangyfrif y risg mewn unigolion hŷn. • Gall hyn ei gwneud yn anodd rheoli risg clefyd cardiofasgwlaidd ar draws y boblogaeth gan ei bod yn anodd sefydlu union derfynau ar gyfer ymyriadau gwahanol ar draws grwpiau oedran. • Mae'n bwysig cofio y gall pob ymyriad sy'n digwydd yn dilyn archwiliad iechyd i leihau risg clefyd cardiofasgwlaidd, gan gynnwys cwnsela iechyd a rheoli ffordd o fyw, fod yn ddiangen ac o bosibl yn niweidiol. • Mae Cymdeithas Cardioleg Ewrop yn argymhell gwerthuso risg clefyd cardiofasgwlaidd ym mhob person sydd â hanes teuluol o glefyd cardiofasgwlaidd cynamserol, y rhai â ffactorau risg mawr, a'r rhai sydd â chydafiacheddau sylweddol, gydag uchafswm cyfnodoldeb o 5 mlynedd. Yn y boblogaeth sy'n weddill, asymptomatig a heb ffactorau risg hysbys, gellid cynnig asesiad risg o 40 oed mewn dynion a 50 mlynedd mewn menywod, er bod y dystiolaeth yn llai cadarn.
Gwaith Clinigol Dilynol	<i>The current and potential health benefits of the National Health Service Health Check cardiovascular disease prevention programme in England: A</i>	• Dangosodd modelu ar gyfer y Rhaglen NHSHC fod cynyddu'r tebygolrwydd o ddechrau triniaeth ymhlith y rhai sy'n gymwys yn gysylltiedig â gwelliant cymharol fawr ym mynegeion iechyd y boblogaeth o'i gymharu â chynnydd mewn presenoldeb neu newidiadau i feini prawf cymhwysedd

	<i>microsimulation study (Mytton et al 2018)</i>	- Cysylltir cynyddu cyfraddau triniaeth yn dilyn NHSHC â chywasgu afiachedd (mae'r cynnydd o ran BBAAu yn fwy na'r cynnydd o ran goroesiad). Gan fod y cynnydd mewn amser wedi ei fyw mewn iechyd llawn yn fwy na'r cynnydd mewn goroesiad, mae'r rhaglen yn ychwanegu mwy o flynyddoedd bywyd o ansawdd da nag y mae'n ychwanegu o flynyddoedd at fywyd. - Mae cynyddu'r tebygolrwydd o ddechrau pob triniaeth ymhlith y rhai sy'n gymwys x 2.5 gwaith yn cynyddu manteision iechyd y rhaglen x 2 neu 3 gwaith. - Gwelir yr enillion mwyaf ar gyfer cynnydd x 2.5 gwaith mewn triniaeth statin
	<i>NHS health checks: a cross-sectional observational study on equity of uptake and outcomes (Coghill et al 2018)</i>	- Canfu astudiaeth o'r NHSHC ym Mryste, ar ôl rheoli ar gyfer oedran, rhyw, cwintel MALL, ethnigrwydd a sgôr QRISK, o'i gymharu â dynion, mai menywod oedd fwyaf tebygol o dderbyn cyffur cardiofasgwlaidd, yn ogystal â chleifion ≥ 70 oed o'i gymharu â rhai ≤ 70 oed. Y rhai a ddosbarthwyd fel rhai â risg uchel o glefyd cardiofasgwlaidd oedd fwyaf tebygol o gael meddyginiaeth gardiofasgwlaidd ar bresgripsiwn. - Nid yw'n glir a yw hyn o ganlyniad i fwy o achosion o gyflyrau clinigol yn y grwpiau hyn. - Nid oedd unrhyw dystiolaeth o unrhyw gysylltiad rhwng rhagnodi cyffuriau clefyd cardiofasgwlaidd a statws economaidd-gymdeithasol nac ethnigrwydd.
Gwaith Ffordd o Fyw Dilydol	<i>Views of commissioners, managers and healthcare professionals on the NHS Health Check programme: a systematic review (Mills et al 2017)</i>	Cododd gweithwyr gofal iechyd proffesiynol sy'n rhan o raglen Archwiliad Iechyd GIG Lloegr bryderon ynghylch y pwysau hirdymor o ran costau ac adnoddau sydd eu hangen i gynnal y rhaglen a'r gwasanaethau cymorth ehangach yn y gymuned sy'n anghyson ac nad oes ganddynt sicrwydd ariannol nac adnoddau hirdymor.
	<i>Delivery and impact of the NHS Health Check in the first 8 years: a systematic review (Martin et al 2018)</i>	Canfu'r adolygiad systematig dystiolaeth gymysg ynghylch a oedd Archwiliadau Iechyd yn effeithio ar nifer yr achosion o ysmegu ymhlith pobl a fynychodd wiriadau iechyd. Ni chanfu rhai astudiaethau unrhyw dystiolaeth o newid yn nifer yr achosion o ysmegu, canfu rhai ostyngiad nad oedd yn ystadegol arwyddocaol yn nifer yr

		achosion o ysmegu, tra bod eraill wedi canfod gostyngiad ystadegol arwyddocaol yn nifer yr achosion o ysmegu.
	<i>NHS health checks: a cross-sectional observational study on equity of uptake and outcomes (Coghill et al 2018)</i>	- Y grwpiau a oedd fwyaf tebygol o gael eu hatgyfeirio i wasanaethau ffordd o fyw oedd menywod iau, y rhai yn y cwintel mynegeion amddifadedd lluosog (MALI) â'r amddifadedd mwyaf a'r rhai a oedd â'r risg uchaf o glefyd cardiofasgwlaidd. - Nid yw'n glir a yw hyn o ganlyniad i fwy o ffactorau risg ffordd o fyw yn y grwpiau hyn.
	<i>Health checks and cardiovascular risk factor values over six years' follow-up: Matched cohort study using electronic health records in England (Alageel a Gulliford 2019)</i>	- Canfu'r astudiaeth garfan gyfatebol fod pobl a fynychodd NHSHC yn fwy tebygol o gael cyngor penodol ar ffordd o fyw na phobl na fynychodd. Yn benodol, roedd pobl a fynychodd NHSHC yn fwy tebygol o: - Dderbyn cyngor ar reoli pwysau - Derbyn ymyriadau rhoi'r gorau i ysmegu
Gwerthusiad o raglenni Archwiliad Iechyd	<i>Modelling the costs and long-term health benefits of screening the general population for risks of cardiovascular disease: a review of methods used in the literature (Epstein et al 2015)</i>	- Wrth asesu cost-ffeithiolrwydd rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd ar lefel poblogaeth, efallai na fydd eu mesur gan ddefnyddio cost fesul BBAA yn briodol oherwydd yr effaith cyllidebol sylweddol. Gallai ariannu'r rhaglenni hyn olygu torri ar wasanaethau iechyd mwy hanfodol mewn mannau eraill. Gallai dulliau amgen olygu cyllideb gyffredinol sefydlog, neu olygu nifer penodol o bobl i gael eu trin. - Dylai gwerthusiadau economaidd ystyried yr holl gostau gofal iechyd (cost uniongyrchol). Mae hyn yn cynnwys costau sgrinio (gwahodd, profi a chyfathrebu canlyniadau i'r boblogaeth darged), digwyddiadau clefydau cardiofasgwlaidd clinigol aciwt (i'r ysbyty, ymyriadau, gweithdrefnau, meddyginiaeth), cynnal a chadw iechyd a gofal cymdeithasol hirdymor a gafwyd mewn blynnyddoedd ar ôl y digwyddiad cardiofasgwlaidd cyntaf (a all gynnwys costau cyfartalog digwyddiadau cardiofasgwlaidd dilynol), a chostau monitro sy'n gysylltiedig â gofal sylfaenol dilynol y cleifion hynny y nodwyd eu bod yn risg uchel ar gyfer clefyd cardiofasgwlaidd. - O ystyried effaith sylweddol clefydau cardiofasgwlaidd ar yr economi ehangach, gellir

		cyfiawnhau cymryd persbectif cymdeithasol mewn gwerthusiad economaidd. Ond yn yr achos hwn, dylai gwerthusiad hefyd ystyried y cynhyrchiant a gollir gan raglenni iechyd a gaiff eu colli. • Yn ddelfrydol, dylai model gwerthuso economaidd ragweld digwyddiadau dros oes gyfan y garfan o gleifion a hwyluso allosodiad, synthesis a dadansoddiad sensitifrwydd. Dylent hefyd gynnwys canlyniadau clefyd cardiofasgwlaidd caled a meddal. Ymhlith y canlyniadau caled mae cnawdnychiant myocardiaidd wedi'i gadarnhau (MI) a strôc, tra bod canlyniadau meddal yn cynnwys MI heb ei gadarnhau, Pwl o Isgemia Dros Dro (TIA) ac angina. • Dylai gwerthusiadau economaidd fod yn ofalus ynghylch cymharu strategaethau sgrinio yn seiliedig ar systemau sgorio risg sy'n cynnwys oedran fel ffactor risg ar gyfer clefyd cardiofasgwlaidd, gan fod oedran yn ffactor risg nad yw'n addasadwy ac felly bydd strategaeth i drin cleifion uwchlaw trothwy sefydlog o risg absoliwt yn dewis pobl hŷn yn bennaf.
--	--	--

Tabl 6: Crynodeb o'r dystiolaeth o archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd yn ôl maes pwnc

Pennod 4: Dadansoddiad Banc Data SAIL (2013-2019)

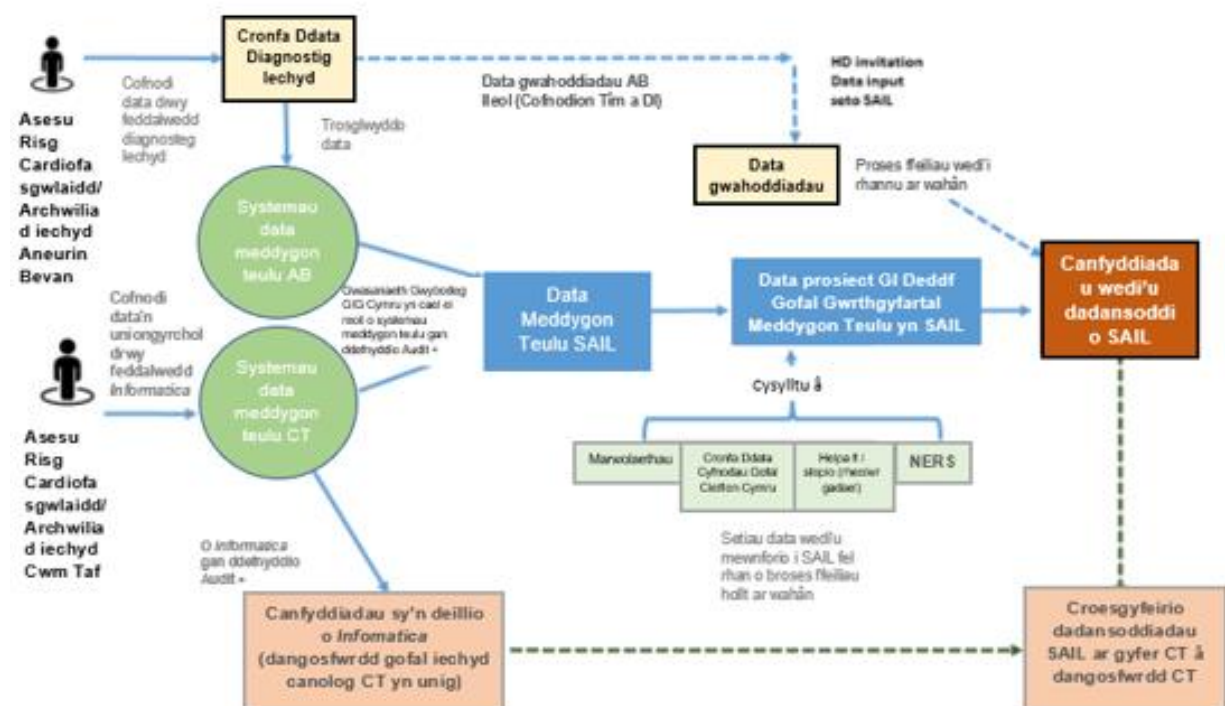
Nododd argymhelliad 2 Adroddiad Diweddaru Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal 2013-2018:

"Archwilio'r heriau a ddaw yn sgil gwerthuso'r rhaglen gan ganolbwyntio'n benodol ar fynd i'r afael â'r gwendidau yn y bensaerniaeth ddata sy'n sail i'r rhaglen."

Llif data SAIL

Casglwyd data mewn gwahanol ffyrdd ar gyfer y rhaglenni CT ac AB oherwydd y gwahanol fodelau archwiliad iechyd a systemau meddalwedd a ddefnyddiwyd. Yn CT, cafodd yr ARCAu a'r data gweithgarwch clinigol eu cofnodi'n uniongyrchol i'r cofnod gofal sylfaenol gan ddefnyddio'r modiwl *Informatica* ar y llwyfan *Audit +*. Roedd data a echdynnwyd yn lleol yn cynnig croesgyfeiriad defnyddiol a dull o ddilysu data SAIL. Er bod gwahaniaethau yn y niferoedd, gan awgrymu nad oedd y data gofal sylfaenol a gofnodwyd gan SAIL 100% yn gyflawn, o'i gymharu â'r data a gasglwyd yn lleol, barnwyd ei fod yn ddigon cyflawn i'w ddefnyddio.

Cafodd y gweithgaredd ARC yn AB ei gipio gan y feddalwedd annibynnol *Health Diagnostics* a'u cyfathrebu i feddygfeydd teulu drwy gyswllt electronig. Roedd materion a nodwyd o ran llif y data i'r data Gofal Sylfaenol a oedd ar gael i SAIL mewn adroddiad cynharach yn mynnu bod yn rhaid mewnbynnu data atodol ar gyfer rhaglen AB o'r gronfa ddata *Health Diagnostics* ar wahân. Mae'r diagram isod yn dangos y llif data gwahanol o'r rhaglenni archwiliad iechyd yn AB a CT i SAIL. Esbonnir hyn yn fanylach yn Adroddiad Diweddaru Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal 2013-2018.



Ffigur 7: Llif data rhaglenni archwiliad iechyd AB a CT i SAIL

Proses ddadansoddi data SAIL

Yn dilyn Adroddiad Diweddar Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal 2013-2018, dechreuwyd ar y gwaith yn 2019 i wella'r bensaernïaeth ddata er mwyn caniatáu dadansoddiadau mwy cywir a manwl o'r Rhaglen ICL gan ddefnyddio data gofal sylfaenol yn y banc data SAIL. Roedd y gwaith hwn yn cwmpasu staff o amrywiaeth o sefydliadau, gan gynnwys Iechyd y Cyhoedd, Gofal Sylfaenol, a thîm SAIL Prifysgol Abertawe. Gwnaed gwaith i ddechrau i ddeall llif y claf a'r data drwy'r rhaglen ICL drwy drafodaethau gyda staff sy'n ymwneud â rhedeg y rhaglenni archwiliad iechyd a meddygon teulu i roi cyngor ar waith dilynol priodol a'r codau READ a ddefnyddiwyd. Arweiniodd hyn at greu llwybr drwy'r rhaglen ICL, gyda chodau READ perthnasol a ddefnyddiwyd i ysgrifennu protocol ochr yn ochr â Thîm SAIL Prifysgol Abertawe, i amlinellu'r gwaith o echdynnu a dadansoddi data a oedd i'w wneud.

Llwybr drwy Archwiliad Iechyd clefyd cardiofasgwlaidd y rhaglen ICL

Roedd y protocol yn nodi'r llwybr y gall unigolyn sy'n cymryd rhan yn y rhaglen ei ddilyn. Rhannwyd hyn yn dair prif adran

Cymhwysedd, wedi'u gwahodd ac wedi mynychu'r Rhaglen ICL. Mae hyn yn cynnwys data o Fanc Data SAIL gan CT, PAO ac AB. Fodd bynnag, fel y disgrifir isod, roedd data rhaglenni a gasglwyd yn SAIL o Ben-y-bont ar Ogwr yn amlwg yn annibynadwy ac nid oedd unrhyw ffordd uniongyrchol o unioni hyn ac felly dim ond rhaglenni CT ac AB sy'n cael eu cynnwys ar gyfer data mynychu.

Rhaeadrau clinigol. Mae hyn yn cynnwys data SAIL o raglen CT yn unig.

Rhaeadrau ffordd o fyw. Mae hyn yn cynnwys data SAIL o raglen CT yn unig.

Sylwer:

- Roedd cynllun peilot Clwstwr Gogledd Pen-y-bont ar Ogwr (PAO) yn wreiddiol yn rhan o ABM ac yn seiliedig ar fodel Cymunedol AB ac yn defnyddio meddalwedd *Health Diagnostics*. O ganlyniad i newidiadau i ffiniau byrddau iechyd ar 1 Ebrill 2019 daeth Pen-y-bont ar Ogwr yn rhan o'r CTM newydd. Dyna pam fod data PAO a CT ar wahân yn y dadansoddiad hwn, er bod PAO bellach yn rhan o CTM.
- Roedd problemau gyda llif y data o raglenni AB i SAIL a oedd yn gofyn am fewnbwn data ar wahân. Er yr aethpwyd i'r afael â hyn ar gyfer y data gwahoddiad a phresenoldeb, nid oedd wedi'i ddatrys ar gyfer y data rhaeadru clinigol a ffordd o fyw ar gyfer AB ac roedd angen gwirio'r data a dynnwyd â llaw er mwyn sicrhau ei fod yn gyflawn. Oherwydd pwysau ymateb COVID-19 ar y timau Iechyd Cyhoeddus ac ICL o fewn AB, nid oedd ganddynt y gallu i ymgymryd â'r broses ddilysu data, a gwnaed penderfyniad pragmatig gydag arweinwyr y rhaglenni ICL yn AB a CTM, na fyddai'r data o AB yn cael ei gynnwys yn y dadansoddiadau rhaeadru clinigol a ffordd o fyw.
- Pan adolygwyd y dadansoddiadau o rhaeadrau clinigol a ffordd o fyw ar gyfer PAO gan y timau Iechyd Cyhoeddus a Gofal Sylfaenol o CTM, teimlwyd ei fod yn gamarweiniol, ac felly penderfynwyd peidio â'i gynnwys yn yr adroddiad terfynol. Mae data ffordd o fyw a rhaeadrau clinigol Pen-y-bont ar Ogwr ar gyfer PAO gyda'i gafeatau ar gael ar gais i'r Tîm Iechyd Cyhoeddus Lleol yn CTM.

Cymwys, gwahoddwyd, mynychwyd a nifer a fanteisiodd

- Roedd 10.5% o bobl AB, CT a BRID a fyddai wedi bod yn gymwys i gael ARC yn seiliedig ar eu hoedran a'u lleoliad cofrestredig meddyg teulu yn anghymwys oherwydd cyflyrau cardiofasgwlaidd a oedd yn bodoli eisoes.
- Roedd anghymhwysedd yn sgil cyflyrau cysylltiedig â chlefydau cardiofasgwlaidd a oedd yn bodoli eisoes yn ystadegol uwch yn PAO a CT ar 13% (95% Cyfwng Hyder 12.5-13. 5%) ac 11% (95% CH 10.8-11.2%) yn y drefn honno, o'i gymharu ag AB a oedd â 9.4% (95% CH 9.2-9.6%) o bobl yn anghymwys oherwydd amodau sy'n bodoli eisoes. Mae hyn yn debygol o fod yn rhannol oherwydd y meini prawf cymhwysedd gwahanol, gyda phobl hyd at 74 yn gymwys yn CT o gymharu â 64 yn AB.
- Cyrhaeddiad yr ARC yn rhaglenni AB a CT gyda'i gilydd oedd 13.6%.
- Roedd y nifer a fanteisiodd ar yr ARC yn rhaglenni AB a CT gyda'i gilydd yn 49.2%.
- Roedd y defnydd yn ystadegol sylweddol uwch yn AB ar 50.7% (95% CH 50.1-51.3) o'i gymharu â 47.7% (95% CH 47.0-48.3) yn CT. Gallai fod llawer o resymau am hyn, ond gallai hyn fod o ganlyniad i'w modelau cyflenwi gwahanol.
- Roedd 74.9% a fynychodd ARC ar draws AB, CT a PAO yn byw yn cwintel 1 (â'r amddifadedd mwyaf) a 2 (â'r amddifadedd ail fwyaf). Mae hyn yn unol â nod y rhaglen ICL, i dargedu ardaloedd o amddifadedd fel ffordd o leihau anghydraddoldebau iechyd.
- Roedd y nifer a oedd yn byw yn y tri cwintel â'r amddifadedd mwyaf (C1, 2 a 3) dros 45% yn AB a CT. Roedd y nifer a fanteisiodd yn AB, sy'n targedu pobl sy'n byw yn C1 a C2 yn benodol, ar ei uchaf yn C1 a C2. Roedd y nifer a fanteisiodd yn CT, nad oedd yn targedu pobl sy'n byw yn y cwindelau â'r amddifadedd mwyaf yn benodol, ond a oedd yn adlewyrchu amddifadedd yn ei ddull amcangyfrif cyn ARC QRISK2 ar ei uchaf yn C3 a 4.
- Cynyddodd y nifer a fanteisiodd ar gyfer CT ac AB gydag oedran, o 43.9% yn nifer y bobl 40-44 oed i 71.2% o bobl 70-74 oed, sy'n gyson â chanfyddiadau astudiaethau eraill.
- Fodd bynnag, roedd nifer y bobl a fynychodd ARC ar ei uchaf yn y grwpiau oedran 45-49 oed. Mynychodd 4,332 o bobl 45-49 oed ARC yn AB a CT allan o 9,273 o bobl a wahoddwyd, sef 46.7% o bobl a fanteisiodd. Y rheswm am hyn yw bod llawer mwy o bobl wedi cael eu gwahodd a mynychu yn y grŵp oedran hwn, er bod y canran y nifer fanteisiodd yn is.
- Roedd y nifer a fanteisiodd ar y cynllun yn ystadegol sylweddol uwch mewn menywod ar 52% na dynion, sef 46.7% ar gyfer AB a CT gyda'i gilydd.
- Mae byrddau iechyd AB a CT yn dangos patrwm cyffredinol o gynydd yn y nifer sy'n manteisio gydag oedran ar gyfer dynion a menywod. Mae hyn yn llai amlwg yn AB na CT. Roedd y nifer a fanteisiodd ar y cynllun yn uwch drwy gydol yr ystod oedran yn AB na CT.

Rhaeadrau clinigol

Roedd pum rhaeadr glinigol:

1. Rheoli sgôr QRISK2 uchel.
 2. Rheoli HbA1c / siwgr gwaed uwch a chyn-ddiabetes.
 3. Rheoli pwysedd gwaed uwch / gorbwysedd.
 4. Rheoli colesterol / hypercolesterolaemia uwch.
 5. Rheoli pwls afreolaidd / ffibriliad atrïaidd.
- Roedd gan 39.3% o'r bobl a fynychodd ARC yn CT sgôr QRISK2 (risg o ddigwyddiad cardiofasgwlaidd yn y 10 mlynedd nesaf) o 10-20% ac roedd gan 14.9% QRISK2 >20%. Mae hyn yn golygu bod gan dros hanner (54.2%) â QRISK2 uwch o naill ai 10-20% neu >20% sy'n dangos bod gan y rhan fwyaf o bobl sy'n mynychu ar gyfer ARC risg uwch o glefyd cardiofasgwlaidd a photensial sylweddol i elwa o ymyrraeth.
 - Y ffactorau risg clinigol unigol mwyaf cyffredin a nodwyd mewn archwiliad iechyd yn CT oedd pwysedd gwaed (32.9%).
 - Y ffactorau risg clinigol lleiaf cyffredin a nodwyd mewn archwiliad iechyd yn CT oedd cyfanswm colesterol >7.5 (0.8%), HbA1c ≥48 (2.2%) a phwls afreolaidd (2.2%).
 - Y canlyniadau clinigol mwyaf cyffredin a nodwyd yn dilyn archwiliad iechyd oedd QRISK2 uwch yn 10-20% a dechrau ar statin (5.4%) a phwysedd gwaed uwch a dechrau ar wrth-HTN (3.6%).
 - Y canlyniadau clinigol lleiaf cyffredin a nodwyd yn dilyn archwiliad iechyd oedd cyfanswm colesterol uwch >7.5 a diagnosis o hypercolesterolemia teuluol (FH) (Dd/b oherwydd <5 o bobl yn cael canlyniad clinigol) a phwls afreolaidd ac wedi cael diagnosis o ffibriliad atrïaidd o fewn 3 mis (0.1%).
 - Mae hyn yn dangos bod rhai ffactorau risg clinigol a nodir yn yr ARC yn fwy tebygol o arwain at ddiagnosis clinigol neu feddyginiaeth na ffactorau risg eraill. Gallai hyn fod oherwydd bod y ffactorau risg hyn yn farcwyr clinigol mwy cywir ar gyfer eu cyflwr perthnasol, mae'r ffactorau neu'r cyflyrau risg hyn yn fwy tebygol o fod angen meddyginiaeth, neu oherwydd dewis y claf ar sail gwybodaeth i fynd ar ôl meddyginiaeth ar gyfer y cyflyrau hyn.

Rhaeadrau ffordd o fyw

Roedd pedwar rhaeadr ffordd o fyw:

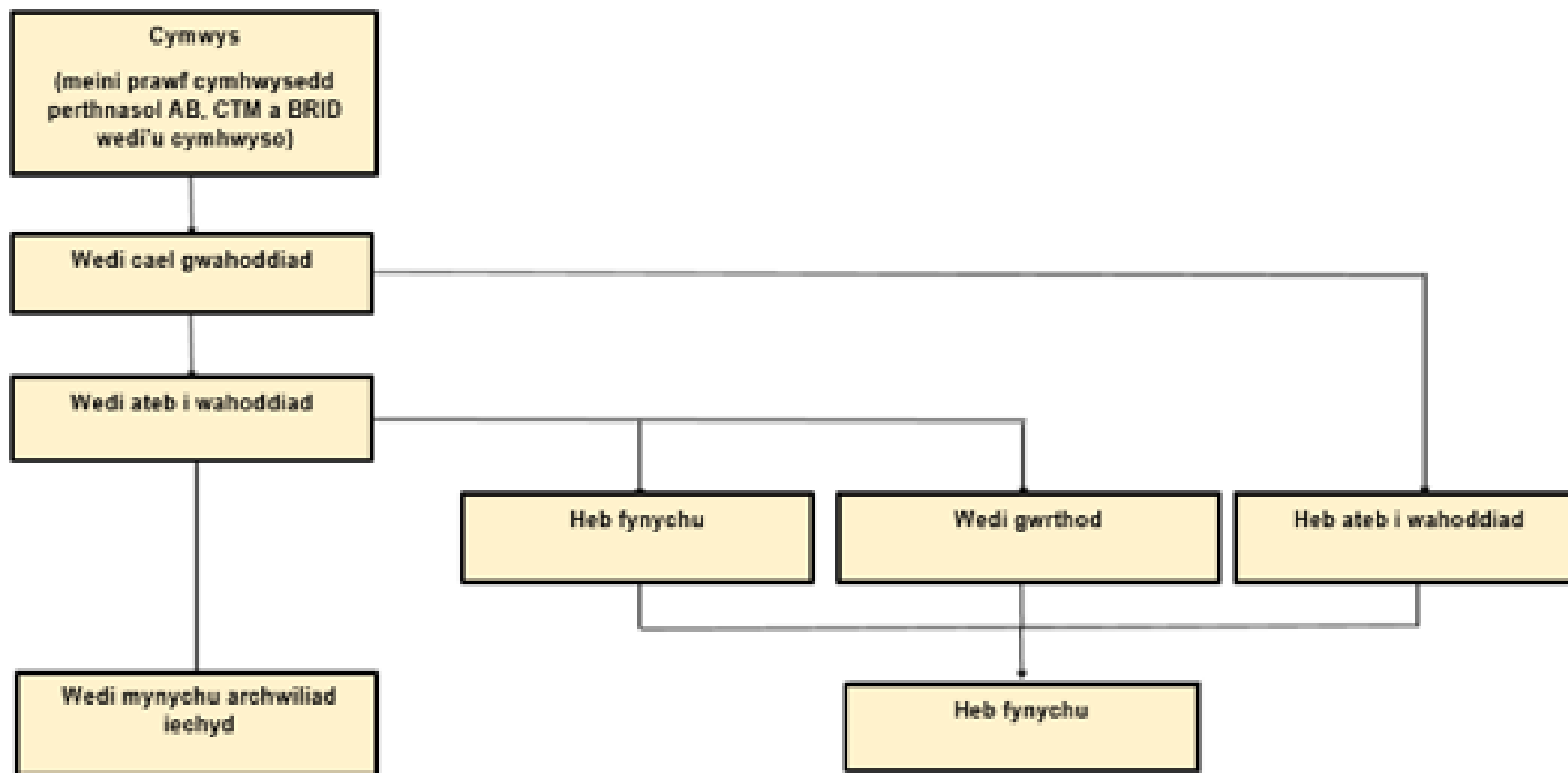
1. Ysmygu a rhoi'r gorau i ysmygu.
 2. Dros bwysau neu'n ordew a rheoli pwysau.
 3. Anweithgarwch corfforol ac atgyfeirio cleifion i wneud ymarfer corff.
 4. Goryfed alcohol a gwasanaethau alcohol.
- Y ffactorau risg ffordd o fyw mwyaf cyffredin a nodwyd oedd gweithgarwch corfforol isel (68.8%), BMI 25-30 (44.6%), a BMI >30 (33.1%). Roedd 77.7% o bobl naill ai dros eu pwysau neu'n ordew.
 - Nodwyd bod 20.4% o bobl yn ysmygwyr presennol. Nodwyd bod 17.4% yn yfed alcohol i lefel uchel (sgôr Archwilio C ≥ 8) a nodwyd bod gan 0.8% sgôr risg alcohol uchel iawn Archwiliad C ≥ 16 .
 - Y cyngor mwyaf cyffredin a nodwyd ar ffordd o fyw oedd rhy drwm neu'n ordew a chael cyngor ar reoli pwysau (67.1%) a gweithgarwch corfforol isel a chael cyngor ar weithgarwch corfforol (63.2%).
 - Y cyngor lleiaf cyffredin a nodwyd ar ffordd o fyw oedd ysmygu a chael cyngor ar roi'r gorau i ysmygu (20.0%) ac alcohol uchel (archwiliad ≥ 8) a chael cyngor ar alcohol (15.6%).
 - Y rhaglenni ffordd o fyw mwyaf cyffredin yr atgyfeiriwyd atynt oedd gweithgarwch corfforol isel a'u cyfeirio at raglen ymarfer corff (14.7%), ysmygwr a'u cyfeirio at roi'r gorau i ysmygu (9.6%), a thros bwysau neu ordew a'u cyfeirio at reoli pwysau (8.3%).
 - Roedd data o'r Cynllun Cenedlaethol i Atgyfeirio Cleifion i Wneud Ymarfer Corff (NERS) yn gysylltiedig â data ICL yn SAIL. Dangosodd hyn fod 7.4% o bobl wedi'u cyfeirio at NERS, tra bod 2.1% wedi cwblhau NERS o fewn 12 mis.¹
 - Mae sawl rheswm pam na chofnodwyd bod llawer o bobl y nodwyd bod ffactor risg ffordd o fyw ganddynt yn yr ARC heb gael eu cyfeirio at raglenni ffordd o fyw. Dim ond rhai o'r bobl â'r ffactor risg ffordd o fyw oedd yn gymwys i gael eu hatgyfeirio at raglenni ffordd o fyw, er enghraifft mae meini prawf atgyfeirio gwahanol ar gyfer rhaglenni NERS penodol, yn seiliedig ar lefelau isel o weithgarwch corfforol ac a yw hyn wedi'i gyfuno â ffactorau risg eraill ar gyfer clefydau cronig. Ychydig o raglenni ffordd o fyw a oedd hefyd ar gyfer rhai ffactorau risg, megis gwasanaethau rheoli pwysau. Hefyd, roedd pobl hefyd yn gallu gwrthod cael eu hatgyfeirio i wasanaeth ffordd o fyw os nad oeddent am gael eu hatgyfeirio.

Effaith oedran, rhyw ac amddifadedd ar raeadrau clinigol a ffordd o fyw

- Mae perthynas glir rhwng cwintel ysmygu ac amddifadedd, gyda'r ysmygu'n sylweddol uwch yn ystadegol ymhlith pobl yn y cwintelau â'r amddifadedd mwyaf (C1 a C2) o gymharu â'r cwintelau â'r amddifadedd lleiaf (C4 a C5). Roedd 26.5% o'r bobl yn C1 yn ysmygwyr presennol o gymharu â 12.5% o bobl yn C5.
- Roedd cyfran y bobl a oedd dros bwysau ar ei hisaf yn C1 (â'r amddifadedd mwyaf) ac ar ei uchaf yn C5 (â'r amddifadedd lleiaf), tra bod cyfran y bobl a oedd yn ordew ar ei hisaf yn C5 (â'r amddifadedd lleiaf) ac ar ei uchaf yn C1 (â'r amddifadedd mwyaf). Fodd bynnag, nid yw'r gwahaniaeth ond yn ystadegol arwyddocaol rhwng C1 a C5 ar gyfer pobl dros bwysau, ac nid yw'n ystadegol arwyddocaol wahanol rhwng y cwintelau gwahanol ar gyfer pobl ordew.
- Nid oes patrwm clir ar gyfer ffactorau risg clinigol HbA1c 42-47 uwch neu >48 neu bwysed gwaed uwch (>140 systolig a/neu >90 diastolig).
- Dangosodd gweithgarwch corfforol isel berthynas debyg o lefelau uwch o anweithgarwch corfforol yn C1 (amddifadedd mwyaf) a ostyngodd yn araf i C4 (amddifadedd ail leiaf). Fodd bynnag, roedd y lefelau uchaf o anweithgarwch corfforol yn C5 (amddifadedd lleiaf).
- Nid oes perthynas glir rhwng cwintelau amddifadedd a chyfran y bobl ag unrhyw un o'r ffactorau risg clinigol neu ffordd o fyw yr ymchwiliwyd iddynt a'r canlyniadau clinigol neu ffordd o fyw perthnasol. Mae hyn yn amlygu, er bod gwahaniaethau mewn ffactorau risg clinigol a ffordd o fyw yn ôl cwintel amddifadedd, nad oes unrhyw dystiolaeth o Gyfraith Gofal Gwrthgyfartal ar gyfer canlyniadau ar ôl nodi'r ffactorau risg hyn.

Cymwys, wedi'u gwahodd a mynychu

Mae'r adran hon yn cynnwys data SAIL gan AB, PAO a CT.



Ffigur 9: Diagram llif proses o gymwys, wedi'u gwahodd a mynychu.

Casglwyd data ar nifer y bobl a oedd:

- Yn gymwys i gael Archwiliad Iechyd dan y rhaglen ICL. Fel y trafodwyd eisoes, roedd y meini prawf cymhwysedd yn amrywio rhwng y ddau fwrdd iechyd. Roedd y meini prawf cymhwysedd perthnasol yn cael eu cymhwyso i bob bwrdd iechyd.
- Gwahoddwyd i Archwiliad Iechyd.
- Mynychwyd Archwiliad Iechyd.
- Heb fynychu Archwiliad Iechyd.

Fel y gwelwch o Ffigur 5 mae nifer o resymau pam y categoriwyd rhywun fel rhywun na fynychodd. Roedd hyn yn cynnwys:

- Pobl nad ymatebodd i'r gwahoddiad.
- Pobl a ymatebodd i'r gwahoddiad ac a wrthododd fynychu Archwiliad Iechyd.
- Pobl a ymatebodd i'r gwahoddiad, a archebodd Archwiliad Iechyd, ond na fynychodd

Meini prawf cymhwysedd

Diffinnir y boblogaeth gymwys yn CT fel cleifion 40-74 oed, ddim ar gofrestr Clefyd Cardiofasgwlaidd (CVD) oedd â risg cychwynnol clefyd cardiofasgwlaidd 10 mlynedd a oedd yn uchel (>20%); Canolig (10-20%) neu isel (<10%) gyda data coll.

Diffinnir y boblogaeth gymwys yn AB fel cleifion 40-64 oed, ddim ar gofrestr clefyd cardiofasgwlaidd ac ac yn byw yn y ddau gwintel â'r amddifadedd mwyaf (C1 a 2).

Pan oedd PAO yn rhan o gynllun peilot ICL tra'i fod yn dal i fod yn ABM, roedd y cynllun peilot yn gweithredu gan ddefnyddio'r model AB, gan gynnwys defnyddio meini prawf cymhwysedd AB. Fodd bynnag, pan symudodd PAO i Fwrdd Iechyd Prifysgol CTM a oedd newydd ei ffurfio, newidiodd ei fodel gweithredu i gyd-fynd â model CTM, gan gynnwys meini prawf cymhwysedd. At ddibenion dadansoddi data SAIL, rydym yn cymhwyso meini prawf cymhwysedd CTM yn PAO.

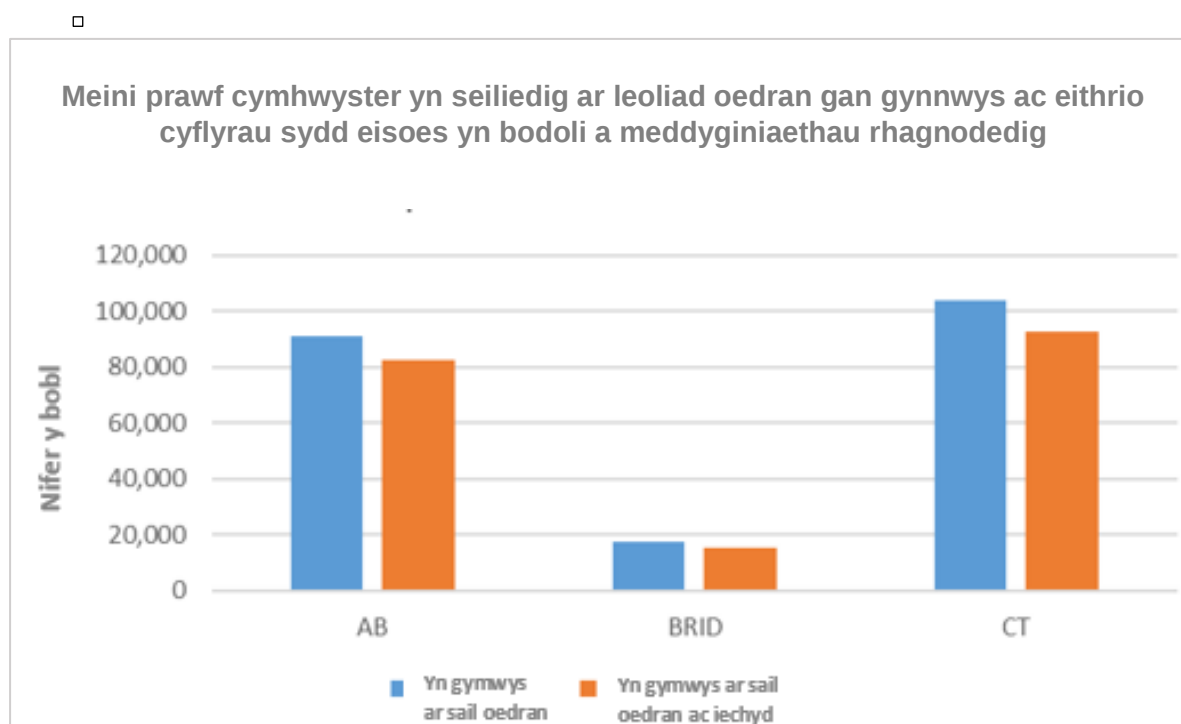
Roedd rhai gwahaniaethau hefyd yn y meini prawf cymhwysedd a ddefnyddiwyd yn ardal TAF Elái o CTM. Hwn oedd maes olaf CTM i gyflwyno'r rhaglen ICL, ac oherwydd ei lefelau amddifadedd cymharol isel penderfynwyd y byddai'r gwiriadau iechyd yn cael eu targedu at bobl sy'n byw yn y cwintellau â'r amddifadedd mwyaf yn unig (C1 a C2). Unwaith eto at ddibenion dadansoddi data SAIL, rydym yn cymhwyso'r meini prawf cymhwysedd CTM i CTM gyfan.

Nid oedd pobl yn gymwys ar gyfer y rhaglen ICL os oeddent ar gofrestr clefydau cronig ar gyfer cyflwr a oedd yn bodoli eisoes neu os oeddent yn cael meddyginiaeth ar bresgripsiwn a ddefnyddir i drin clefyd cardiofasgwlaidd. Adolygwyd rhestr lawn o'r cyflyrau a'r meddyginiaethau a oedd eisoes yn bodoli gan Arbenigwyr Iechyd y Cyhoedd a meddygon teulu profiadol, a'u cynnwys ym mhrotocol SAIL, er mwyn galluogi pobl gymwys i gael eu hadnabod o fewn Banc Data SAIL. Roedd cyflyrau a oedd yn bodoli eisoes a oedd yn gwneud pobl yn anghymwys ar gyfer y rhaglen yn cynnwys diabetes, clefyd cronig yr arennau a salwch angheuol. Roedd meddyginiaethau rhagnodedig a oedd yn gwneud pobl yn anghymwys ar gyfer y rhaglen yn cynnwys statinau, meddyginiaeth gwrth-orbwysedd, meddyginiaeth gwrth-arhythmia a diwretigion

Cynhaliwyd dadansoddiad i archwilio cyfran y bobl (cleifion a gofrestrwyd gyda meddygfeydd teulu a oedd yn cymryd rhan), a oedd yn gymwys yn seiliedig ar y meini prawf cymhwysedd perthnasol ar gyfer oedran a phreswyliaid, ond yn anghymwys oherwydd bod un o'r cyflyrau penodol yn bodoli eisoes ganddynt neu bresgripsiynau penodedig ar gyfer meddyginiaethau penodol a oedd yn gysylltiedig â'r cyflyrau hyn.

Prifysgol Aneurin Bevan	Cymwys yn seiliedig ar oedran a phreswyliaid	Cymwys yn seiliedig ar oedran, preswyliaid heb unrhyw amodau/presgripsiynau sy'n bodoli eisoes	Nifer yn anghymwys oherwydd amodau/presgripsiynau sy'n bodoli eisoes	Canran anghymwys oherwydd amodau/presgripsiynau sy'n bodoli eisoes (%)
AB	90,741	82,233	8,508	9.4 (9.2-9.6)
PAO	17,619	15,332	2,287	13.0 (12.5-13.5)
CT	103,936	92,497	11,439	11.0 (10.8-11.2)
Cyfanswm	212,296	190,062	22,234	10.5 (10.3-10.6)

Tabl 7: Meini prawf cymhwysedd yn seiliedig ar oedran a phreswyliaid, gan gynnwys ac eithrio cyflyrau sy'n bodoli eisoes a meddyginiaethau rhagnodedig.



Ffigur 10: Meini prawf cymhwysedd yn seiliedig ar oedran a lleoliad, gan gynnwys ac eithrio cyflyrau sy'n bodoli eisoes a meddyginiaethau ar bresgripsiwn.

- Yn gyffredinol, roedd 10.5% (95% CH 10.3-10.6) o bobl a fyddai wedi bod yn gymwys ar gyfer y rhaglen yn seiliedig ar eu hoedran a'u lleoliad yn anghymwys oherwydd amodau a oedd yn bodoli eisoes.
- Roedd hyn yn ystadegol sylweddol uwch yn PAO a CT ar 13% (95% CH 12.5-13.5%) ac 11% (95% CH 10.8-11.2%) yn y drefn honno, o'i gymharu ag AB a oedd â 9.4% (95% CH 9.2-9.6%) o bobl yn anghymwys oherwydd amodau sy'n bodoli eisoes.

- Nid yw'r canlyniad hwn yn syndod oherwydd y gwahanol ystodau oedran ar gyfer cymhwysedd. Yn CT mae'r rhaglen yn targedu pobl hyd at 74 oed, tra bod yr ystod oedran uchaf yn AB yn 64 oed. Gan fod pobl hŷn 65-74 oed yn fwy tebygol o fod â chyflyrau sy'n bodoli eisoes, byddai hyn yn golygu bod cyfran uwch o'r bobl yn PAO a CT yn anghymwys ar gyfer y rhaglen ICL.
- Ymhlith y ffactorau eraill a allai effeithio ar ganran y bobl a oedd yn anghymwys ar gyfer y rhaglen mae gwahanol lefelau o gyflyrau sy'n bodoli eisoes ym mhoblogaeth y gwahanol fyrddau iechyd, neu gyfrannau gwahanol o bobl â chyflyrau sy'n bodoli eisoes yn cael diagnosis oherwydd gwahaniaethau yn y systemau gofal iechyd.
- Dengys data'r Fframwaith Ansawdd a Chanlyniadau (FfACh) fod gwahaniaethau bach yng nghyfran y boblogaeth sydd â diagnosis o rai o'r cyflyrau sy'n bodoli eisoes a fyddai wedi'u heithrio o'r Rhaglen ICL rhwng BIPau AB a CT. Yn 2019 cyfran y cleifion a gafodd ddiagnosis o orbwysedd oedd 16.2% yn AB ac 16.9% yn CTM, tra bod cyfran y cleifion â chlefyd rhwystrol cronig yr ysgyfaint (CRhCY/*COPD*) yn 2.3% yn AB a 2.8% yn CTM. Fodd bynnag, roedd cyfran y cleifion a gafodd ddiagnosis o gyflyrau clefydau cardiofasgwlaidd eraill yn gyson ar draws y Byrddau Iechyd, megis clefyd coronaidd y galon lle gwelwyd diagnosis mewn 3.6% o gleifion yn AB a CTM a diagnosis o ddiabetes mewn 6.5% o gleifion yn AB a CTM (cronfa ddata'r Fframwaith Ansawdd a Chanlyniadau 2019).

Nifer sy'n manteisio a chyrhaeddiad y rhaglen

Cyrhaeddiad

Diffinnir **cyrhaeddiad** rhaglen fel:

Cyrhaeddiad = nifer y bobl a wasanaethir gan raglen / y nifer posibl o bobl a oedd yn gymwys i gael eu gwasanaethu

Yn y rhaglen ICL mae'r **cyrhaeddiad** yn cael ei ddiffinio felly fel:

Cyrhaeddiad = nifer y bobl a fynychodd Archwiliad Iechyd ICL / nifer y bobl a oedd yn gymwys i gael Archwiliad Iechyd ICL

Caiff **Cyrhaeddiad** ei symleiddio i:

Cyrhaeddiad = Mynychu / Cymwys

Nifer sy'n Manteisio

Caiff y **Nifer sy'n Manteisio** ar raglen ei ddiffinio fel:

Nifer sy'n Manteisio = nifer y bobl sy'n cael eu gwasanaethu gan raglen / nifer y bobl sy'n cael eu gwahodd i'r rhaglen

Yn y rhaglen ICL mae'r **Nifer sy'n Manteisio** yn cael ei ddiffinio felly fel:

Nifer sy'n manteisio = nifer y bobl a fynychodd Archwiliad Iechyd ICL / nifer y bobl a wahoddwyd i Archwiliad Iechyd ICL

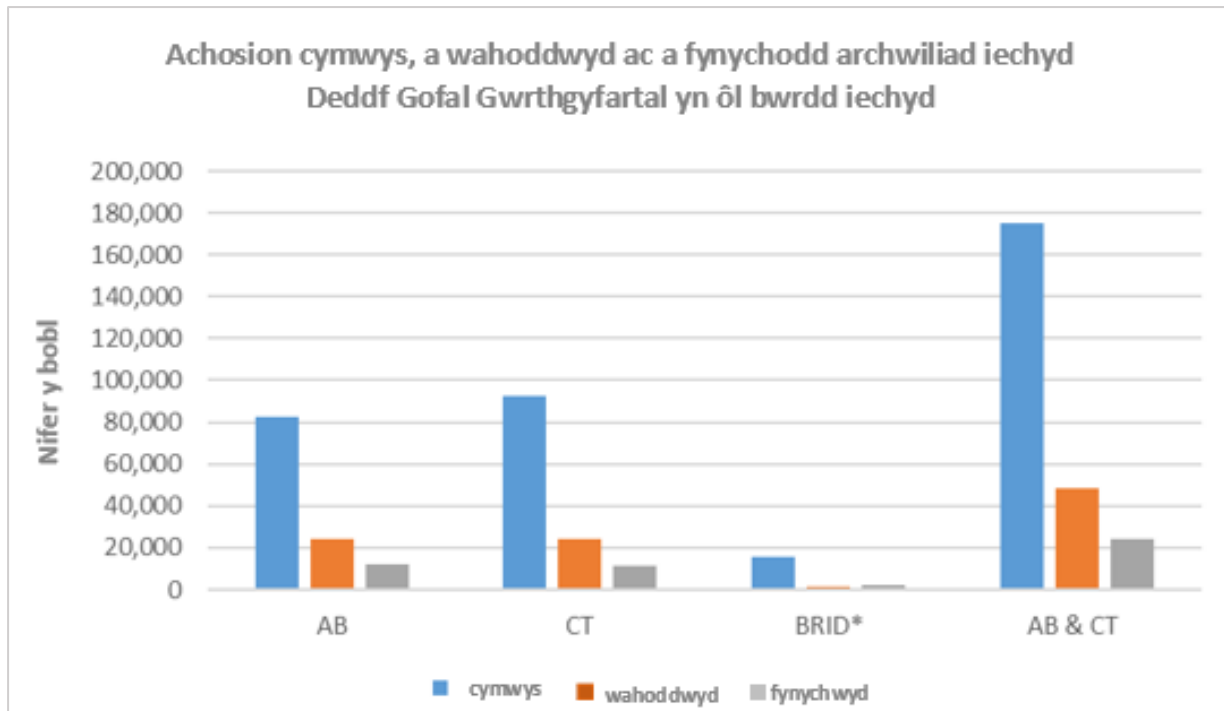
Caiff **Nifer sy'n Manteisio** ei symleiddio i:

Nifer = Mynychwyd / Gwahoddwyd

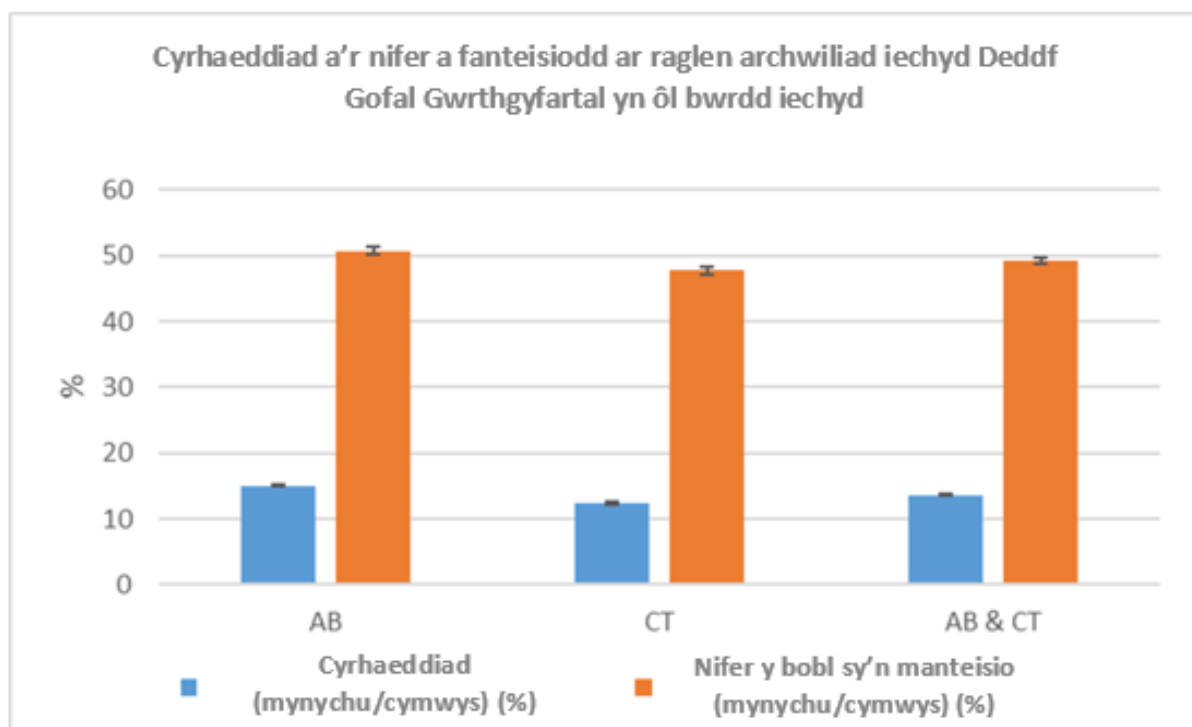
Data Nifer sy'n Manteisio a Chyrhaeddiad

	Cymwys	Gwahoddwyd	Wedi Mynychu	Cyrhaeddiad (Mynychu / Cymwys) (%)	Nifer sy'n Manteisio (Mynychu / Gwahoddwyd) (%)
AB	82,233	24,478	12,409	15.1 (14.9-15.3)	50.7 (50.1-51.3)
CT	92,497	23,953	11,414	12.3 (12.1-12.6)	47.7 (47.0-48.3)
PAO*	15,332	1,710	2,157	14.1 (--)	1.1 (--)
AB a CT gyda'i gilydd	174,730	48,431	23,823	13.6 (13.5-13.8)	49.2 (48.7-49.6)

Tabl 8: Cymwys, wedi eu gwahodd, cyrhaeddiad a nifer sy'n manteisio ar raglen archwiliad iechyd ICL fesul Bwrdd Iechyd. * Data PAO ar gyfer 'gwahoddwyd' yn anghywir felly ni chyfrifwyd CH 95%. Gweler y sylwadau isod.

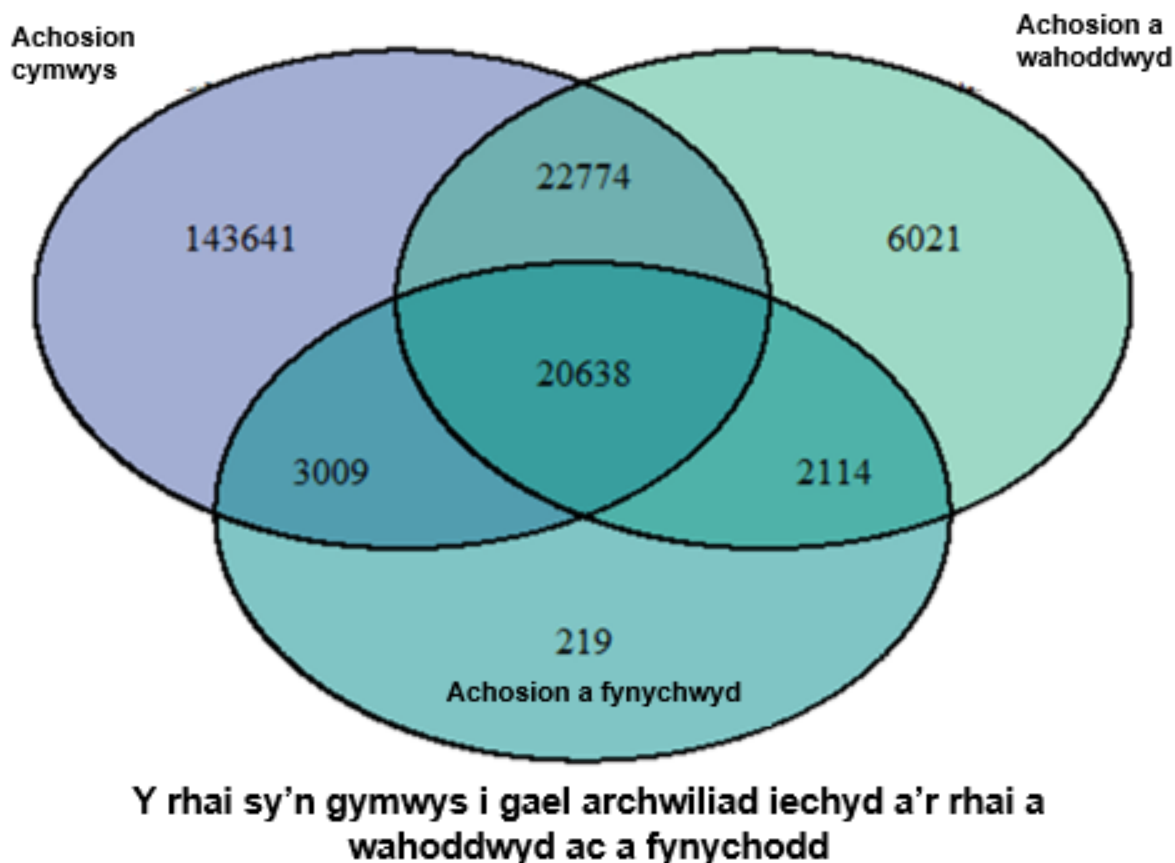


Ffigur 11: Cymwys, wedi eu gwahodd ac wedi mynychu'r rhaglen archwiliad iechyd ICL fesul Bwrdd Iechyd. * Data PAO ar gyfer gwahoddwyd yn anghywir.



Ffigur 12: Y nifer sy'n manteisio a chyrhaeddiad rhaglen archwiliad iechyd ICL fesul bwrdd iechyd.

- Cyfrifwyd y nifer a fanteisiodd yn PAO ar 126.1%. Y rheswm am hyn yw bod mwy o bobl wedi eu cofnodi fel rhai a oedd wedi mynychu archwiliad iechyd nag a wahoddwyd i archwiliad iechyd. Mae hyn yn debygol o fod yn sgil camgymeriadau gyda'r broses wahodd a chodio gwahoddiadau yn rhaglen Pen-y-bont ar Ogwr. Gan fod data PAO ar gyfer gwahoddedigion yn anghywir, ni chyfrifwyd 95% CH ar gyfer canlyniad PAO, a chyfrifwyd cyfanswm ar wahân ar gyfer AB a CT yn unig gyda'i gilydd hefyd nad oedd yn cynnwys data PAO.
- Roedd cyrhaeddiad y rhaglen ICL gyffredinol yn 13.7% ac roedd yn debyg iawn i ddim ond AB a CT gyda'i gilydd ar 13.6% (95% CH 13.5-13.8).
- Roedd y cyrhaeddiad yn ystadegol sylweddol uwch yn AB ar 15.1% (95% CH 14.9-15.3) ac yn is yn CT ar 12.3% (95% CH 12.1-12.6).
- Roedd y nifer yn manteisio ar raglenni AB a CT gyda'i gilydd yn 49.2% (95% CH 48.7 – 49.6).
- Roedd y nifer yn manteisio ar raglenni AB a CT yn debyg ond yn ystadegol wahanol ar 50.7% (95% CH 50.1-51.3) a 47.7% (95% CH 47.0-48.3) yn y drefn honno.
- Y rheswm dros yr anghysondeb mawr rhwng y cyrhaeddiad (mynychwyd/cymwys) a'r niferoedd yn manteisio (gwahoddwyd/mynychwyd) yw'r gwahaniaeth rhwng nifer y bobl y canfuwyd eu bod yn gymwys ar gyfer y rhaglen ICL yn y data SAIL, a nifer y bobl a wahoddwyd i gael archwiliad iechyd. O'r bobl y canfuwyd eu bod yn gymwys yn y data SAIL, dim ond 29.7% yn AB a 25.9% yn CT a wahoddwyd i gael archwiliad iechyd yn ystod cyfnod yr astudiaeth.
- Mae hyn ychydig yn is nag ar gyfer Archwiliad Iechyd y GIG yn Lloegr, lle roedd 31.8% o'r bobl gymwys i gael archwiliad iechyd ar ddiwedd 2016 yn y cyfnod o bum mlynedd o 2013-2018 wedi derbyn gwahoddiad (Usher-Smith et al 2017). Fodd bynnag, mae'n werth nodi bod Archwiliad Iechyd y GIG yn rhaglen gyffredinol, ac felly bydd ganddi boblogaeth darged wahanol na'r rhaglen ICL, sy'n ei gwneud yn anodd cymharu'r ddwy raglen yn uniongyrchol.
- Roedd y broses wahodd rhwng AB a CT yn wahanol yn ogystal â'r broses archebu lle: Yn AB, cyflwynwyd yr archwiliad iechyd o fewn ardaloedd penodol Clwstwr Gofal Sylfaenol (Rhwydwaith Cymdogaethau) ac estynnwyd gwahoddiad cyffredinol i breswylwyr yn y cwintellau MALIC â'r amddifadedd mwyaf a'r ail fwyaf (C1 ac C2). Roedd llinell ganolog i drefnu apwyntiadau yn cael ei chynnal gan dîm ymroddedig o swyddfa'r rhaglen yn Abertyleri. Yn CT, cynigiwyd yr Archwiliad Iechyd i bob practis ar draws y bwrdd iechyd a'i gyflwyno dros gyfnod o 5 mlynedd, gan dargedu cleifion â'r Sgôr QRisk2 amcangyfrifedig uchaf cyn_ARC, ar gyfer y rhan fwyaf o'r rhaglen. Yr un eithriad yn CT oedd yng nghlwstwr Taf Elái, sy'n ardal fwy cefnog yn CT, a oedd yn targedu pobl â risg a ragamcanwyd uwch a oedd yn byw yn C1 a C2. Roedd llythyrau gwahoddiad ac archebu apwyntiadau yn cael eu rheoli drwy feddygfeydd unigol.
- Gall rhywfaint o'r anghysondeb yn y niferoedd fod o ganlyniad i newidiadau mewn meddygfeydd, neu bobl yn symud yn ystod cyfnod yr astudiaeth.



Ffigur 13: Diagram Venn o achosion Cymwys, Gwahoddwyd a Mynychu ar gyfer byrddau iechyd AB, CT a PAO.

Mae'r diagram Venn hwn yn dangos nifer y bobl gymwys, a wahoddwyd ac a fynychodd. Mae'n dangos bod gwahaniaethau rhwng y grwpiau cymwys, y rhai sy'n cael eu gwahodd a'r rhai fynychodd.

- Y grŵp mwyaf o bell ffordd yw'r 143,641 o bobl y canfuwyd eu bod yn gymwys yn y data SAIL ond na chawsant wahoddiad i na mynychu Archwiliad Iechyd. Gallai sawl rheswm fod am hyn gan gynnwys:
 - Gwahoddwyd pobl i archwiliadau iechyd mewn gwahanol ardaloedd ar wahanol adegau. Pe bai rhywun yn dod yn gymwys i gael archwiliad iechyd, er enghraifft drwy droi'n 40 oed neu drwy symud i'r ardal, yna efallai na fyddent wedi cael gwahoddiad os nad oedd pobl yn yr ardal honno'n cael eu gwahodd ar y pryd.
 - Gallai pobl a symudodd rhwng byrddau iechyd gael eu cyfrif ddwywaith, felly efallai bod rhai o'r bobl hyn wedi cael eu gwahodd mewn sawl practis/bwrdd iechyd ac yna'n mynd ymlaen i fynychu un archwiliad iechyd neu heb fynychu archwiliad iechyd yn eu practis/bwrdd iechyd presennol.
- Mynychodd 3,228 o bobl archwiliad iechyd heb gael gwahoddiad. Gan fod angen gwahodd pobl er mwyn cael apwyntiad archwiliad iechyd, mae hyn yn debygol o fod o ganlyniad i faterion yn ymwneud â chofnodi gwahoddiadau a gwblhawyd mewn meddygfeydd / systemau cofnodi ICL eilaidd a chodio data gwahodd archwiliadau iechyd yn sgil hynny.

Demograffeg y rhai a wahoddwyd a'r rhai a fynychodd

Archwiliwyd demograffeg y grwpiau a wahoddwyd ac a fynychodd i weld a oedd unrhyw wahaniaethau yn y nifer sy'n manteisio yn ôl cwintel amddifadedd, oedran a rhyw.

Cwintelau amddifadedd

Nod y Rhaglen ICL oedd mynd i'r afael ag anghydraddoldebau iechyd drwy dargedu pobl â'r angen mwyaf a oedd yn byw mewn ardaloedd o amddifadedd. Dim ond yn ardaloedd y bwrdd iechyd lle'r oedd amddifadedd yn uchel y cyflwynwyd rhaglen AB, ond yn CT, roedd pob rhan o'r bwrdd iechyd wedi'i chynnwys o ystyried yr amddifadedd eang gyda dull wedi'i dargedu'n fwy yng nghlwtwr Taf Elái. Hefyd, roedd y meini prawf cymhwysedd yn amrywio rhwng AB a CT: Yn AB, dim ond pobl a oedd yn byw yn cwintel 1 (C1) (â'r amddifadedd mwyaf) a cwintel 2 (C2) (yr ail fwyaf) a oedd yn gymwys i gael archwiliad iechyd. Yn CT, amcangyfrifwyd sgôr QRISK2 cyn archwiliad iechyd o ddata presennol yn y practis, a gwahoddwyd pobl a ddosbarthwyd yn uchel, yn ganolig neu'n "isel gyda data coll". Mae hyn yn golygu y gallai pobl o bob cwintel amddifadedd fod yn gymwys i gael eu gwahodd i raglen CTM. Fodd bynnag, mae cod post wedi'i gynnwys mewn sgôr QRISK2, fel bod pobl sy'n byw mewn ardaloedd o amddifadedd uwch yn debygol o fod â sgoriau QRISK2 uwch. Fel y soniwyd eisoes, yr un eithriad i hyn oedd clwtwr Taf Elái, sy'n ardal fwy cefnog yn CT, lle mai dim ond pobl o C1 ac C2 a wahoddwyd ar gyfer ARC.

Gwahoddwyd yn ôl cwintelau amddifadedd

	AB		CT		PAO*		AB a CT gyda'i gilydd		CYFANSWM*	
	Nifer a wahoddwyd i archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a wahoddwyd i archwiliad iechyd (%)	Nifer a wahoddwyd i archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a wahoddwyd i archwiliad iechyd (%)	Nifer a wahoddwyd i archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a wahoddwyd i archwiliad iechyd (%)	Nifer a wahoddwyd i archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a wahoddwyd i archwiliad iechyd (%)	Nifer a wahoddwyd i archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a wahoddwyd i archwiliad iechyd (%)
C1 (â'r amddifadedd mwyaf)	10,512	42.9	7,897	33.0	855	51.5	18,409	38.0	19,264	38.4
C2	8,821	36.0	9,118	38.1	319	19.2	17,939	37.0	18,258	36.4
C3	**2,848	11.6	3,411	14.2	323	19.5	6,259	12.9	6,582	13.1
C4	**795	3.2	1,487	6.2	155	9.3	2,282	4.7	2,437	4.9
C5 (â'r amddifadedd lleiaf)	**416	1.7	1,164	4.9	8	0.5	1,580	3.3	1,588	3.2
Dd/B	1,086	4.4	876	3.7	50	3.0	1,962	4.1	2,012	4.0
Cyfanswm	24,478	Dd/b	23,953	Dd/b	1,660	Dd/b	48,431	Dd/b	50,141	Dd/b

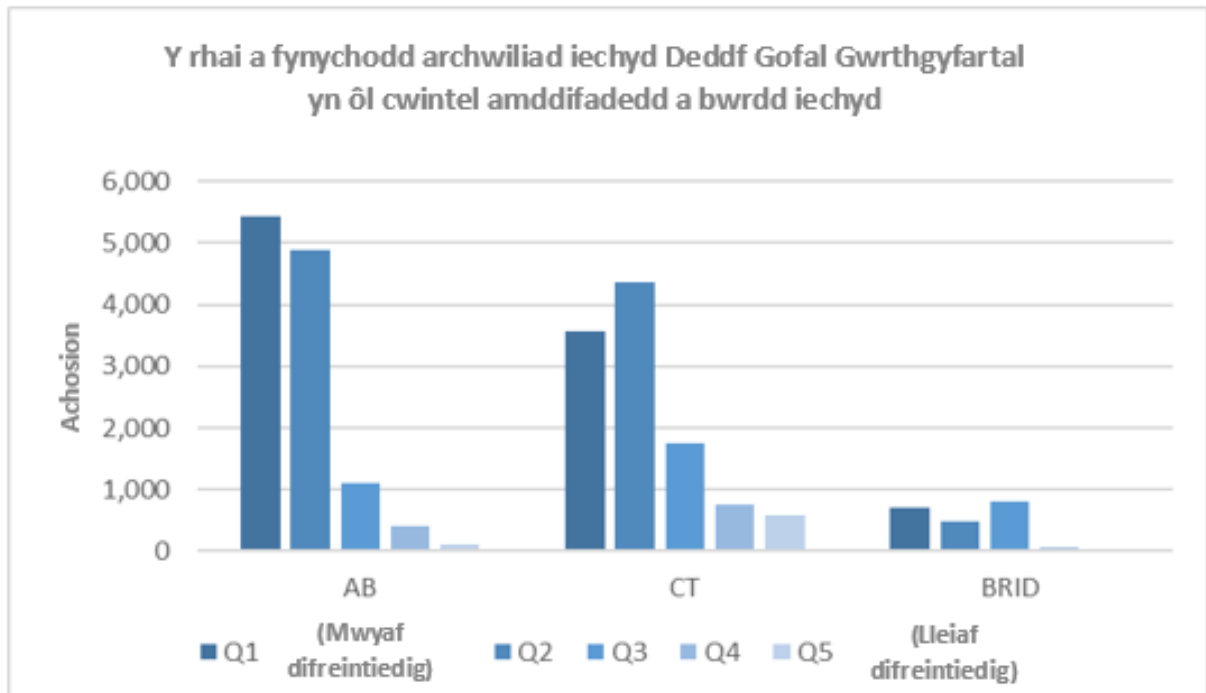
Tabl 9: Gwahoddwyd i archwiliad iechyd ICL yn ôl cwintel amddifadedd a bwrdd iechyd. * Data PAO ar gyfer gwahoddwyd yn anghywir. **ddim yn gymwys i gael archwiliad iechyd ar sail meini prawf cymhwysedd y bwrdd iechyd

- Mae'r data gwahoddiad yn dangos bod y rhan fwyaf o'r bobl a wahoddwyd yn C1 a C2. Fodd bynnag, ym mhob bwrdd iechyd gwahoddwyd pobl a restrwyd yn data SAIL fel rhai â phreswylfa mewn Ardal Cynnyrch Ehangach Haen Is (AGEHI/LSOA) ym mhob un o'r pum cwintel amddifadedd. Gwahoddwyd cyfran uwch o bobl o C1 a C2 yn AB (78.9%) o gymharu â CT (71.1%) a PAO (70.7%), nad yw'n syndod o ystyried y gwahaniaethau mewn meini prawf cymhwysedd yn AB o gymharu â CT a PAO.
- Fel y disgrifiwyd uchod, mae data gwahoddiadau PAO yn debygol o fod yn anghywir oherwydd na chafodd data gwahoddedigion o Ben-y-bont ar Ogwr ei ddilysu. Felly, cynhwyswyd colofn ar wahân ar gyfer data AB a CT gyda'i gilydd, ond heb gynnwys data PAO, yn y tabl hwn.
- Roedd yna bobl ym mhob bwrdd iechyd a ddosbarthwyd fel Dd/B, nad oedd wedi datgan cyfeiriad neu gyfeiriad o ansawdd digonol i'w paru ag AGEHI ac felly ni ellid eu dosbarthu i unrhyw un o'r pum cwintel amddifadedd.

Mynychwyd yn ôl cwintellau amddifadedd

	AB		CT		PAO		AB a CT gyda'i gilydd		CYFANSWM	
	Nifer a fynychod d archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychod d archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychod d archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychod d archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychod d archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychod d archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychod d archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychod d archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychod d archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychod d archwiliad iechyd (%)
C1 (â'r amddifadedd mwyaf)	5,426	43.7	3,571	31.3	715	33.1	8,997	37.8	9,712	37.4
C2	4,894	39.4	4,353	38.1	488	22.6	9,247	38.8	9,735	37.5
C3	1,092	8.8	1,744	15.3	807	37.4	2,836	11.9	3,643	14.0
C4	398	3.2	763	6.7	56	2.6	1,161	4.9	1,217	4.7
C5 (â'r amddifadedd lleiaf)	107	0.9	591	5.2	7	0.3	698	2.9	705	2.7
Dd/B	492	4.0	392	3.4	84	3.9	884	3.7	968	3.7
Cyfanswm	12,409	Dd/b	11,414	Dd/b	2,157	Dd/b	23823	Dd/b	25,980	Dd/b

Tabl 10: Presenoldeb mewn archwiliad iechyd ICL yn ôl cwintel amddifadedd a bwrdd iechyd.



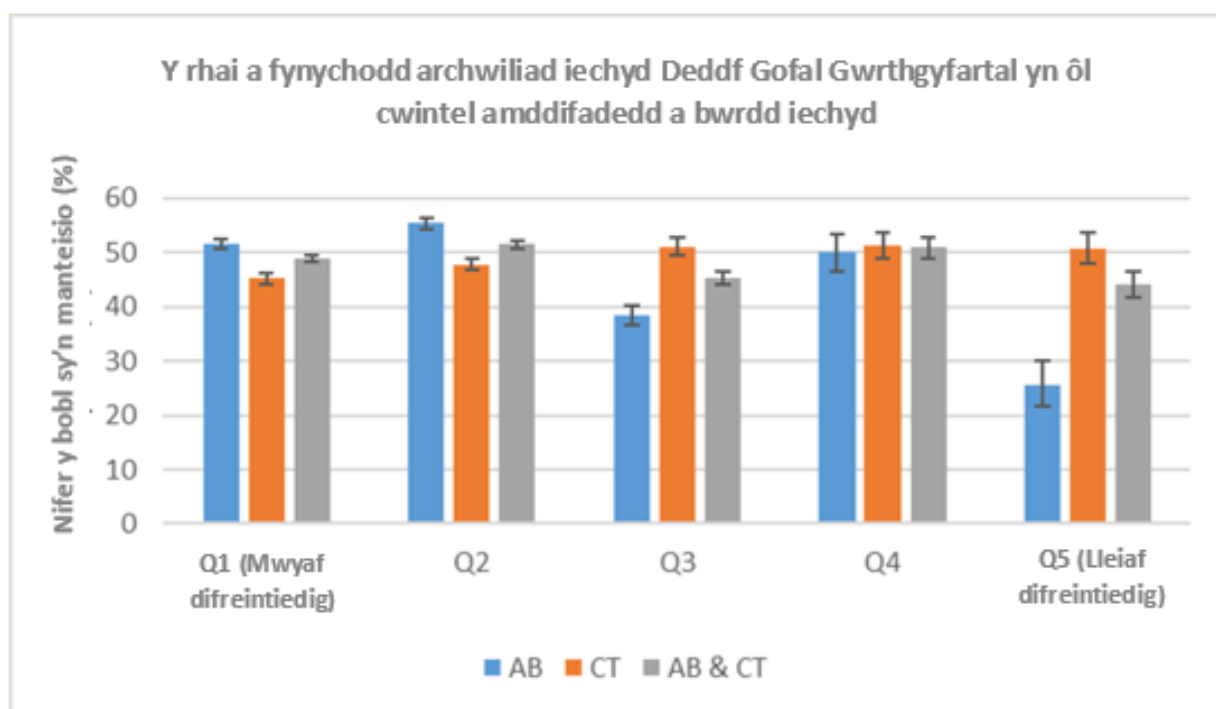
Ffigur 14: Presenoldeb mewn archwiliadau iechyd ICL yn ôl cwntel amddifadedd a bwrdd iechyd

- Roedd 74.9% o'r bobl a fynychodd archwiliad iechyd yn y rhaglen ICL ym mhob un o'r byrddau iechyd naill ai yn C1 neu C2 (37.4% a 37.5% yn y drefn honno).
- Yn AB dim ond 12.9% o'r bobl a fynychodd oedd o C3 – C5. Yn CT roedd 27.2% o'r bobl o C3 – C5, er bod y rhan fwyaf o'r rhain (15.3%) yn C3. Nid yw hyn yn syndod gan mai meini prawf cymhwysedd AB oedd pobl sy'n byw yn C1 a C2 yn unig, tra bod CT yn defnyddio sgôr QRISK2 i osod pobl mewn categorïau risg. Mae hyn yn golygu nad oedd CT yn eithrio pobl yn benodol o C3 - C5. Mae'r canlyniadau ar gyfer PAO yn fwy cymhleth i'w dehongli wrth iddynt ddilyn y model AB i ddechrau, cyn newid i'r model CT oherwydd newidiadau i ffiniau byrddau iechyd.

Nifer sy'n manteisio yn ôl cwintelau amddifadedd

Nifer sy'n manteisio (Mynychu / Gwahoddwyd)			
(%)			
	AB	CT	AB a CT gyda'i gilydd
C1 (â'r amddifadedd mwyaf)	51.6 (50.7-52.6)	45.2 (44.1-46.3)	48.9 (48.2-49.6)
C2	55.5 (54.4-56.5)	47.7 (46.7-48.8)	51.5 (50.8-52.3)
C3	38.3 (36.6-40.1)	51.1 (49.5-52.8)	45.3 (44.1-46.6)
C4	50.1 (46.6-53.5)	51.3 (48.8-53.8)	50.9 (48.8-52.9)
C5 (â'r amddifadedd lleiaf)	25.7 (21.8-30.1)	50.8 (47.9-53.6)	44.2 (41.8-46.6)

Tabl 11: Nifer y bobl sy'n manteisio ar archwiliad iechyd ICL yn ôl cwintel amddifadedd a bwrdd iechyd



Ffigur 15: Nifer y bobl sy'n manteisio ar archwiliad iechyd ICL yn ôl cwintel amddifadedd a bwrdd iechyd

- Gan fod data'r nifer yn manteisio o PAO yn annibynadwy, nid oedd data PAO wedi'i gynnwys yn y dadansoddiad hwn o'r defnydd yn ôl cwintel amddifadedd.
- Roedd y nifer a oedd yn manteisio ar y cynllun yn amrywio yn ôl cwintel amddifadedd ar gyfer AB a CT gyda'i gilydd. Roedd y defnydd ar ei uchaf yn y cwintel â'r amddifadedd ail fwyaf (C2) ar 51.5% (95% CI 50.8 – 52.3). Roedd y defnydd ar ei isaf yn y cwintel â'r amddifadedd lleiaf

(C5) ar 44.2% (95% CI 41.8-46.6). Roedd y nifer yn manteisio ym mhob un o'r cwintelau yn gorgyffwrdd 95% CI gyda'r nifer yn manteisio mewn cwintel arall.

- Roedd y nifer a oedd yn manteisio ar y tri cwintel â'r amddifadedd mwyaf ar gyfer AB a CT (C1,2 a 3) i gyd yn uwch na 45%.
- Roedd y nifer sy'n manteisio yn ôl cwintel amddifadedd yn amrywio rhwng y gwahanol fyrddau iechyd. Roedd y nifer yn manteisio yn AB ar ei uchaf yn C1 a 2 ar 51.6% (95% CI 50.7-52.6) a 55.5% (95% CI 54.4 – 56.5) yn y drefn honno, er mai dim ond y nifer a oedd yn cymryd rhan yn C2 oedd yn ystadegol sylweddol uwch na chwintelau eraill. Dim ond pobl sy'n byw yn C1 a C2 sy'n gymwys ar gyfer y rhaglen ICL yn AB, felly mae hyn yn dangos y nifer uchaf o bobl yn y grwpiau sydd wedi'u targedu'n benodol gan y rhaglen ICL.
- Roedd y nifer yn manteisio yn CT ar ei uchaf yn C3 a C4 ar 51.1% (95% CI 49.5-52.8) a 51.3% (95% CI 48.8-53.8) yn y drefn honno. Mae'r rhain yn ystadegol sylweddol uwch na'r nifer sy'n manteisio yn C1 a C2.
- Mae'r diffyg patrwm cyson o niferoedd manteisio yn ôl amddifadedd ar draws y rhaglen ICL yn debyg i'r canfyddiadau ar gyfer y nifer sy'n manteisio ar raglen Archwiliad Iechyd y GIG (NHSHC) yn Lloegr. Nid oes perthynas gyson rhwng amddifadedd a'r nifer sy'n manteisio ar raglen NHSHC, gyda rhai astudiaethau'n dangos bod mwy o bobl yn manteisio mewn cymunedau o amddifadedd uwch, tra bod astudiaethau eraill yn dangos bod mwy o bobl yn manteisio mewn cymunedau â llai o amddifadedd.³ Mae'n werth nodi bod rhaglen NHSHC yn cynnig archwiliadau iechyd cyffredinol i bobl 40-74 oed yn Lloegr, ac nad yw'n anelu at dargedu ardaloedd o amddifadedd fel y rhaglen ICL.

³Gweler "Pennod 3: Adolygiad Tystiolaeth o wiriadau iechyd clefyd cardiofasgwlaidd" i gael rhagor o wybodaeth a chyfeiriadaeth ar gyfer rhaglen yr NHSHC.

Grŵp Oedran

Gwahoddwyd yn ôl Grŵp Oedran

	AB	Canran y rhai a wahoddwyd i archwiliad iechyd (%)	CT	Canran y rhai a wahoddwyd i archwiliad iechyd (%)	PAO *	Canran y rhai a wahoddwyd i archwiliad iechyd (%)	AB a CT gyda' i gilydd	Canran y rhai a wahoddwyd i archwiliad iechyd (%)	CYFANSWM *	Canran y rhai a wahoddwyd i archwiliad iechyd (%)
30-39	**3,727	15.2	**1,203	5.0	*81	4.7	4930	10.1	**5,011	11.1
40-44	4,810	19.7	4,352	18.1	371	21.6	9162	18.9	9,533	21.1
45-49	4,934	20.2	4,339	18.1	318	18.5	9273	19.2	9,591	21.3
50-54	4,902	20.0	3,846	16.0	277	16.1	8748	18.1	9,025	20
55-59	3,824	15.6	3,215	13.4	230	13.4	7039	14.5	7,269	16.1
60-64	2,233	9.1	2,886	12.0	175	10.2	5119	10.6	5,294	11.7
65-69	**32	0.1	2,626	10.9	147	8.5	2658	5.5	2,805	6.2
70-74	**0	dd/b	1,470	6.1	111	6.4	1470	3.0	1,581	3.5
75+	**0	dd/b	**9	0.0	**0	dd/b	9	0.0	**9	0
Dd/B	**14	0.1	**5	0.0	**0	dd/b	19	0.0	**29	0.1

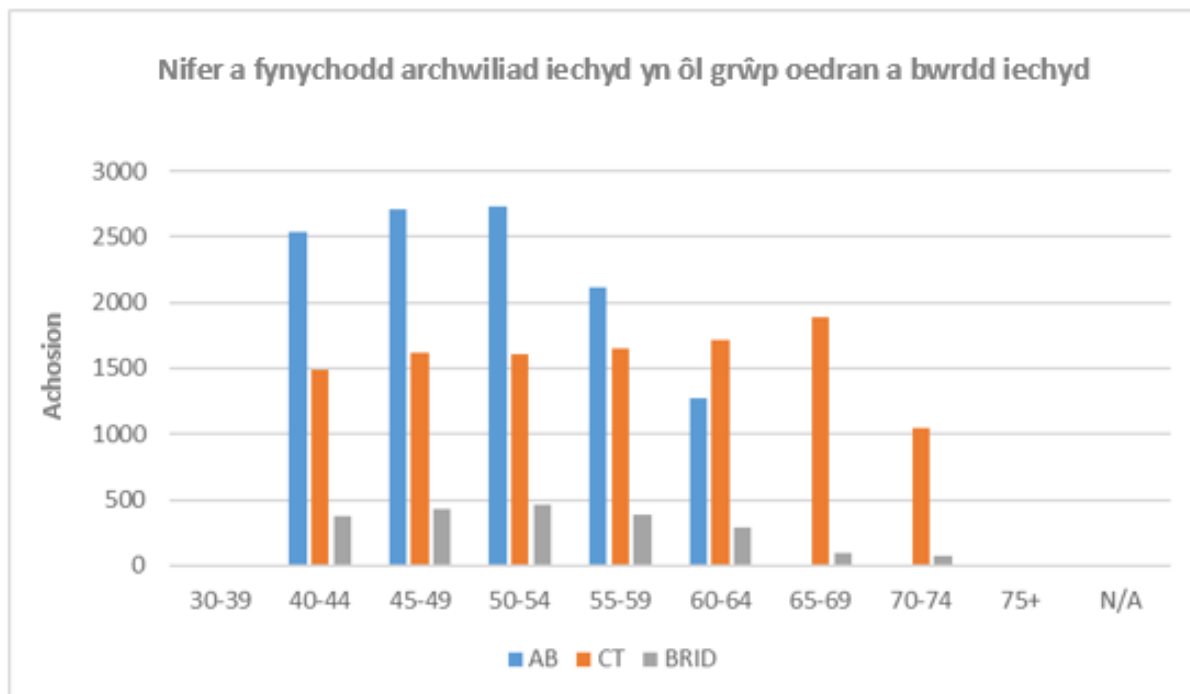
Tabl 12: Nifer a wahoddwyd i archwiliad iechyd ICL yn ôl grŵp oedran a bwrdd iechyd. * Data PAO ar gyfer gwahoddwyd yn anghywir. ** ddim yn gymwys i gael archwiliad iechyd yn seiliedig ar feini prawf cymhwysedd y bwrdd iechyd

- Yn AB, roedd pobl ifanc 40-64 oed yn gymwys ar gyfer y rhaglen ICL, tra bod pobl ifanc 40-74 oed yn CT yn gymwys ar gyfer y rhaglen ICL. I ddechrau, dilynodd PAO feini prawf AB 40-64, cyn newid i feini prawf CT o 40-74.
- Gwahoddwyd nifer o bobl o grwpiau oedran eraill. Roedd y rhan fwyaf o'r rhain (5,011) yn y grŵp oedran 30-39, felly ychydig yn is na'r terfyn oedran is i'w gynnwys yn y rhaglen ICL. Archwiliwyd hyn gydag arweinwyr rhaglenni ICL yn AB a CT a'r Tîm SAIL a gynhaliodd y dadansoddiad. Roedd gan y rhaglen ICL yn AB a CT ddata mewnlol o'u systemau Archwiliad Iechyd priodol, nad oedd yn dangos bod nifer fawr o bobl 30-39 oed wedi eu gwahodd yn y naill raglen na'r llall. Nid yw'n wybyddys yn bendant pam fo'r anghysondeb hwn yn bodoli rhwng SAIL a data mewnlol y Rhaglen ICL ar gyfer gwahoddiad yn ôl grŵp oedran, ond un esboniad posibl yw amseru gwahanol echdynnu darnau data sy'n nodi pobl a oedd i fod i droi'n 40 oed yn yr un flwyddyn.
- Ychydig iawn o bobl a wahoddwyd a oedd dros y terfyn oedran uchaf ar gyfer y rhaglen (32 o bobl 65-69 oed yn AB, a 9 o bobl 75+ oed yn CT) neu nad oeddent yn ffitio i un o'r categorïau oedran hyn (29 o bobl wedi'u dosbarthu fel Ddim yn Hysbys).

Mynychwyd yn ôl Grŵp Oedran

	AB		CT		PAO		AB a CT gyda'i gilydd		CYFANSWM	
	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)
30-39	*1,021	8.2	*369	3.2	*21	1.0	*1390	6	*1,411	5.4
40-44	2,533	20.4	1,487	13.0	381	17.7	4020	17.3	4,401	16.9
45-49	2,712	21.9	1,620	14.2	434	20.1	4332	18.6	4,766	18.3
50-54	2,735	22.0	1,609	14.1	463	21.5	4344	16.2	4,807	18.5
55-59	2,113	17.0	1,650	14.5	388	18.0	3763	18.2	4,151	16
60-64	1,276	10.3	1,720	15.1	290	13.4	2996	12.6	3,286	12.7
65-69	*9	0.1	1,883	16.5	99	4.6	1892	7.9	1,991	7.7
70-74	0	0	1,047	9.2	72	3.3	1047	4.4	1,119	4.3
75+	0	0	*5	<0.1	*6	0.23	*5	<0.1	*11	<0.1
Dd/B	*7	0.1	*24	0.2	0	0	*31	0.1	*31	0.1

Tabl 13: Nifer a fynychodd archwiliad iechyd yn ôl grŵp oedran a bwrdd iechyd. *ddim yn gymwys i gael archwiliad iechyd yn seiliedig ar feini prawf cymhwysedd y bwrdd iechyd



Ffigur 16: Nifer a fynychodd archwiliad iechyd yn ôl grŵp oedran a bwrdd iechyd.

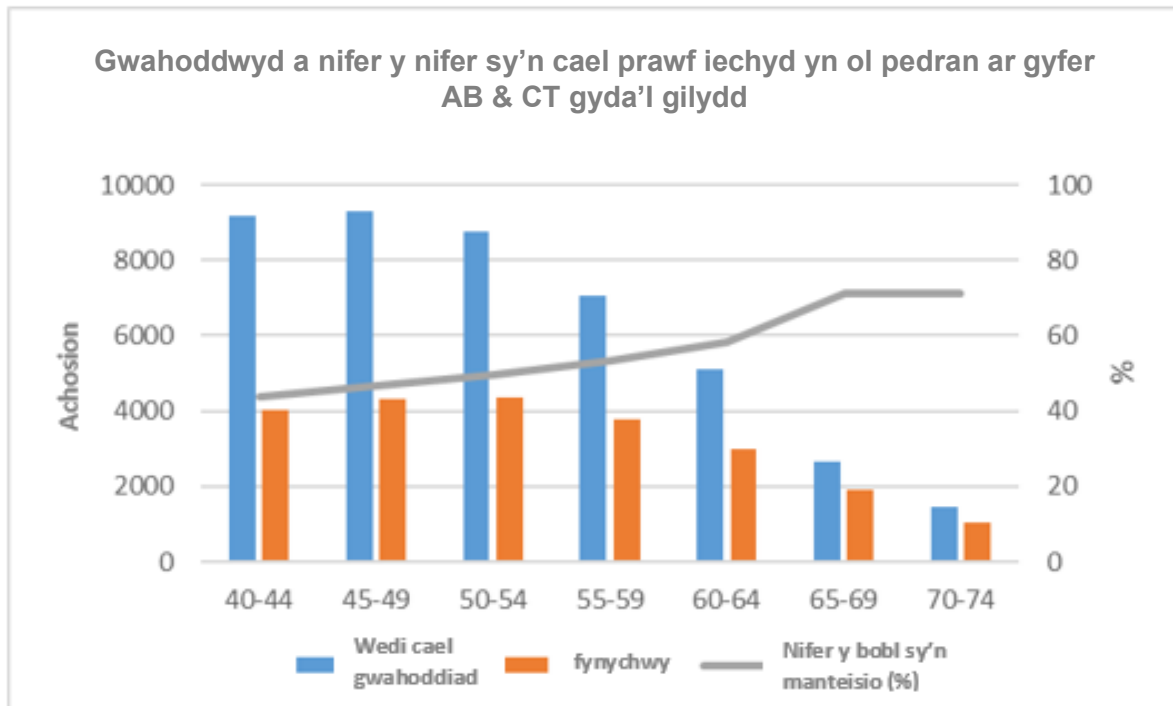
*dangosir data yn unig ar gyfer pobl a oedd yn gymwys ar gyfer y Rhaglen ICL yn y Byrddau Iechyd Unigol priodol

- Roedd y gyfran uchaf o bobl a oedd yn mynychu archwiliadau iechyd yn y grwpiau oedran 45-49 (18.3%) a 50-54 (18.5%). Roedd y gyfran a fynychodd ar gyfer y grwpiau oedran 65-69 (7.7%) a 70-74 (4.35) yn is gan mai dim ond pobl 65-74 oed yn CT a PAO a oedd yn gymwys i gael archwiliadau iechyd, gan fod gan AB derfyn oedran uchaf o 64.
- Roedd rhai pobl a fynychodd archwiliad iechyd y tu allan i'r grŵp oedran cymwys. Unwaith eto, roedd y rhan fwyaf o'r bobl hyn rhwng 30 a 39 oed (1411 o bobl, 5.4% o'r rhai a fynychodd). Ychydig iawn o bobl a fynychodd a oedd dros y terfyn oedran uchaf ar gyfer y rhaglen neu nad oeddent yn gallu cael eu categorïddio (cyfanswm o 42 o bobl a oedd ychydig dros 0.1% o'r rhai a fynychodd).
- Roedd gwahaniaethau o ran presenoldeb rhwng y byrddau iechyd. Yn AB, y categorïau oedran a oedd â'r presenoldeb uchaf oedd 45-49 a 50-54, sef 21.9% a 22.0% yn y drefn honno. Yn CT cynyddodd nifer y bobl a fynychodd ychydig drwy'r categorïau oedran, gan gyrraedd uchafbwynt o 16.5% o'r rhai a fynychodd ymhlith pobl 65-69 oed.

Nifer sy'n manteisio yn ôl Grŵp Oedran

Nifer sy'n manteisio (Mynychodd / Gwahoddwyd) (%)			
	AB	CT	AB a CT gyda'i gilydd
40-44	52.7 (51.3-54.1)	34.2 (32.8-35.6)	43.9 (42.9-44.9)
45-49	55 (53.6-56.4)	37.3 (35.9-38.8)	46.7 (45.7-47.7)
50-54	55.8 (54.4-57.2)	41.8 (40.3-43.4)	49.7 (48.6-50.7)
55-59	55.3 (53.7-56.8)	51.3 (49.6-53.1)	53.5 (52.3-54.6)
60-64	57.1 (55.1-59.2)	59.6 (57.8-61.4)	58.5 (57.2-59.9)
65-69	dd/b	71.7 (70.0-73.4)	71.2 (69.4-72.9)
70-74	dd/b	71.2 (68.9-73.5)	71.2 (68.9-73.5)

Tabl 14: Nifer sy'n manteisio ar archwiliad iechyd yn ôl grŵp oedran



Ffigur 17: Gwahoddwyd, mynychwyd a'r nifer sy'n manteisio ar archwiliad iechyd yn ôl grŵp oedran ar gyfer byrddau iechyd AB a CTM.

- Ni chafodd y nifer sy'n manteisio yn ôl grŵp oedran yn PAO ei gynnwys am ei fod yn annibynadwy, oherwydd problemau gyda'r data gwahodd a amlinellir uchod.
- Cynyddodd y nifer sy'n manteisio ar gyfer CT ac AB gydag oedran, o 43.9% (95% CI 42.9-44.9) yn manteisio ymhlith pobl 40-44 oed i 71.2% (95% CI 68.9-73.1) yn manteisio ymhlith rhai 70-74 oed.
- Mae hyn yn gyson â chanfyddiadau'r rhaglenni NhSHC a rhaglenni archwiliadau iechyd eraill sy'n dangos bod y nifer sy'n manteisio ar wiriadau iechyd yn cynyddu gydag oedran.⁴
- Fodd bynnag, mae'n werth nodi bod nifer y bobl a fynychodd wiriadau iechyd ar ei uchaf yn y grwpiau oedran 45-54 oed.
- Roedd y nifer a oedd yn manteisio yn amrywio rhwng y gwahanol fyrdau iechyd. Cynyddodd y nifer yn manteisio yn AB gydag oedran ond roedd yn weddol gyson drwy'r grwpiau oedran o 52.7% (95% CH 51.3-54.4) ymhlith pobl 40-44 oed i 57.1% (95% CH 55.1-59.2) ymhlith pobl 60-64 oed.
- Cynyddodd y nifer sy'n manteisio yn CT hefyd gydag oedran, ac roedd hyn yn gynnwys mwy amlwg o 34.2% (95% CH 32.8 – 35.6) ymhlith pobl 40-44 oed a 71.2% (95% CH 68.9 – 73.5) ymhlith pobl 70-74 oed.

⁴Gweler "Pennod 3: Adolygiad o Dystiolaeth Archwiliadau Iechyd Clefyd Cardiofasgwlaidd" i gael rhagor o wybodaeth a chyfeiriadau ar gyfer y rhaglen NShc.

- Roedd y nifer a oedd yn manteisio ar y cynllun yn ystadegol uwch yn AB na CT ar gyfer pobl 40-59 oed. Roedd y nifer a oedd yn manteisio ychydig yn uwch yn CT nag AB ar gyfer pobl 60-64 oed, ond nid oedd hyn yn ystadegol arwyddocaol. Nid yw'r rhesymau dros y gwahaniaethau hyn yn y niferoedd sy'n manteisio yn hysbys, ond gellir damcaniaethu y gallai'r model yn AB, lle cafodd pobl wiriadau iechyd mewn lleoliadau cymunedol, fod wedi annog mwy o bobl i gymryd rhan yn y grwpiau oedran iau. Hefyd, roedd rhaglen AB yn cynnig amseroedd mwy hyblyg ar gyfer ARC e.e. apwyntiadau gyda'r nos a fyddai wedi gwella mynediad i oedolion o oedran gweithio.

Rhyw

Gwahoddwyd yn ôl rhyw

	AB		CT		PAO*		AB a CT gyda'i gilydd		CYFANSWM*	
	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)
Gwrywaid	11,904	48.6	13,641	56.9	931	54.4	25545	52.7	26,476	52.8
Benywaid	12,574	51.4	10,310	43.0	779	45.6	22884	47.3	23,663	47.2

Tabl 15: Gwahoddwyd i archwiliad iechyd ICL yn ôl rhyw a bwrdd iechyd. * Data PAO ar gyfer gwahoddiadau yn anghywir.

- Yn AB a CT gyda'i gilydd, gwahoddwyd ychydig yn fwy o ddynion na menywod i archwiliad iechyd (52.7% yn ddynion cf. 47.3% yn fenywod).
- Roedd cyfran y dynion a'r menywod a wahoddwyd i wiriadau iechyd yn amrywio rhwng byrddau iechyd.
- Yn AB, gwahoddwyd ychydig mwy o fenywod (48.6% yn ddynion cf. 51.4% yn fenywod), tra gwahoddwyd ychydig mwy o ddynion yn CT (56.9% yn ddynion cf. 43.0% yn fenywod).

Presenoldeb yn ôl rhyw

	AB		CT		PAO		AB a CT gyda'i gilydd		CYFANSWM	
	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)	Nifer a fynychodd archwiliad iechyd (n)	Cyfran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd (%)
Gwrywaid	5,644	45.5	6,278	55.0	1,051	48.7	11922	50.1	12,973	49.9

Benywaidd	6,762	54.5	5,136	45.0	1,106	51.3	11898	49.9	13,004	50.1
-----------	-------	------	-------	------	-------	------	-------	------	--------	------

Tabl 16: Presenoldeb mewn archwiliad iechyd ICL yn ôl rhyw a bwrdd iechyd.

- Roedd y presenoldeb yn ôl rhyw wedi'i rannu'n gyfartal ar gyfer AB a CT gyda'i gilydd ar 50.1% yn ddynion a 49.9% yn fenywod.
- Roedd presenoldeb y rhaglenni unigol yn ôl rhyw yn amrywio. Yn AB roedd ychydig mwy o bobl a fynychodd yn fenywod yn hytrach na dynion (54.5% yn fenywod cf. 45.5% yn ddynion), tra bod ychydig yn fwy o bobl a fynychodd CT yn ddynion yn hytrach na menywod (45% yn fenywod cf. 55% yn ddynion).
- Mae hyn yn dilyn yr un patrwm yn fras â'r rhai a wahoddwyd, gyda mwy o fenywod yn cael eu gwahodd yn AB a mwy o ddynion yn cael eu gwahodd yn CT.

Nifer yn manteisio yn ôl rhyw

	AB	CT	AB a CT gyda'i gilydd
Gwrywaidd	47.4 (46.5-48.3)	46.0 (45.2-46.9)	46.7 (46.1-47.3)
Benywaidd	53.8 (52.9-54.7)	49.8 (48.9-50.8)	52.0 (51.3-52.6)

Tabl 17: Nifer yn manteisio yn ôl rhyw a bwrdd iechyd.

- Nid chafodd y niferoedd yn manteisio ôl rhyw yn PAO ei gynnwys gan ei fod yn annibynadwy, oherwydd problemau gyda'r data gwahodd a amlinellir uchod.
- Yn gyffredinol, roedd y nifer a oedd yn manteisio ychydig yn uwch ymhlith menywod na dynion ar 52% (95% CH 51.3 – 52.6) ar gyfer menywod a 46.7% (46.1-47.3) i ddynion. Mae'r gwahaniaeth hwn yn ystadegol arwyddocaol.
- Roedd y nifer a oedd yn manteisio ar AB a CT yn uwch ymhlith menywod na dynion. Mae hyn yn cyd-fynd â chanfyddiadau rhaglenni archwiliadau iechyd eraill, gan gynnwys NHSHC yn Lloegr, lle mae'r rhan fwyaf o astudiaethau wedi canfod bod mwy o fenywod yn manteisio arnynt.⁵
- Nid oes unrhyw wahaniaethau ystadegol arwyddocaol yn y nifer yn manteisio ar gyfer dynion rhwng AB a CT. Fodd bynnag, mae gan AB nifer sylweddol uwch yn ystadegol o fenywod yn manteisio, sef 53.8% (95% CH 52.9 – 54.7) o'i gymharu â CT, sef 49.8% (95% CH 48.9- 50.8).

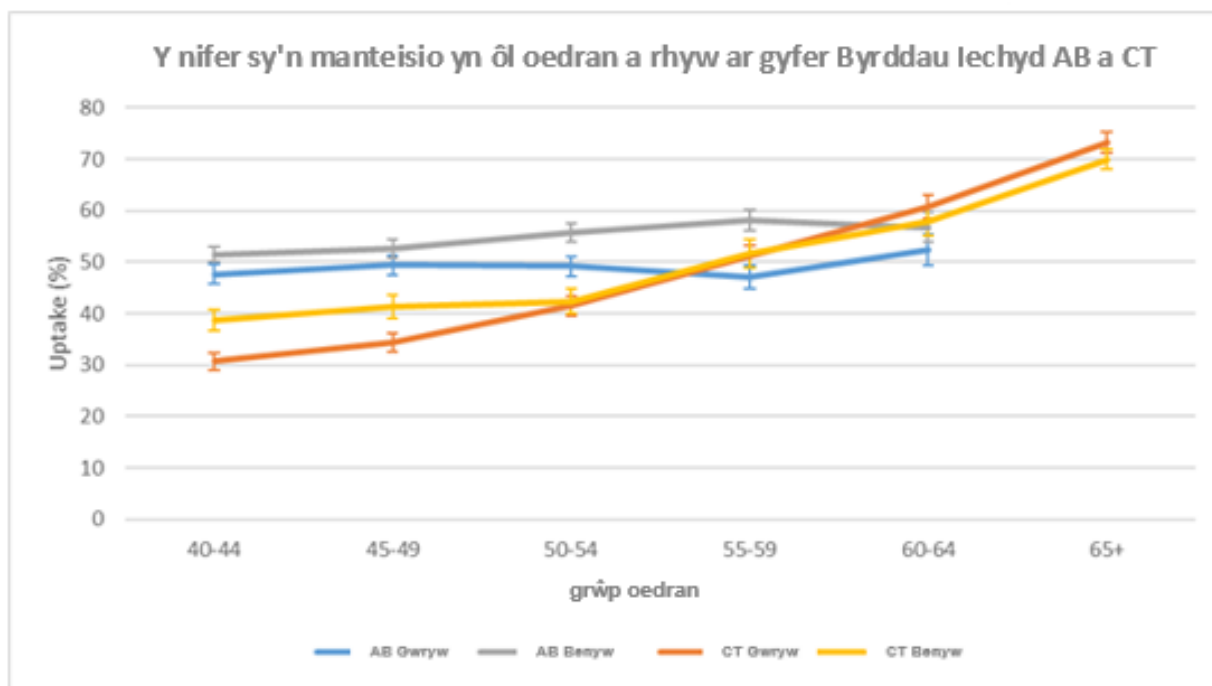
⁵ Gweler "Pennod 3: Adolygiad o Dystiolaeth Archwiliadau Iechyd Clefyd Cardiofasgwlaidd " i gael rhagor o wybodaeth a chyfeiriadau ar gyfer y rhaglen NHSHC

Nifer sy'n manteisio yn ôl oedran a rhyw

Dadansoddwyd y data gwahoddwyd a mynychwyd ar gyfer cyfuniad o oedran a rhyw ar gyfer AB a CT. Ni wnaed y dadansoddiad hwn ar gyfer PAO oherwydd y nifer fach o bobl a fynychodd archwiliadau iechyd yn PAO, a'r data gwahodd a manteisio annibynadwy.

Grŵp Oedran	Rhyw	AB			CT		
		Gwahoddwyd (n)	Wedi Mynychu (n)	Nifer sy'n Manteisio (Mynychu/Gwahoddwyd) (%)	Gwahoddwyd (n)	Wedi Mynychu (n)	Nifer sy'n Manteisio (Mynychu/Gwahoddwyd) (%)
40-44	Gwrywaidd	2,623	1,252	47.7 (45.8-49.6)	2,486	764	30.7 (29.0-32.6)
45-49	Gwrywaidd	2,567	1,268	49.4 (47.5-51.3)	2,504	861	34.4 (32.5-36.3)
50-54	Gwrywaidd	2,437	1,200	49.2 (47.3-51.2)	2,267	940	41.5 (39.5-43.5)
55-59	Gwrywaidd	1,861	877	47.1 (44.9-49.4)	2,016	1,030	51.1 (48.9-53.3)
60-64	Gwrywaidd	1,068	559	52.3 (49.3-55.3)	1,699	1,033	60.8 (58.5-63.1)
65+	Gwrywaidd	Dd/B	Dd/B	Dd/B (--)	1,971	1,443	73.2 (71.2-75.1)
40-44	Benywaidd	2,486	1,281	51.5 (50.0-53.5)	1,866	723	38.7 (36.6-40.1)
45-49	Benywaidd	2,739	1,444	52.7 (50.9-54.6)	1,835	759	41.4 (39.1-43.6)
50-54	Benywaidd	2,754	1,535	55.7 (53.9-57.6)	1,579	669	42.4 (40.0-44.8)
55-59	Benywaidd	2,125	1,236	58.2 (56.1-60.2)	1,199	620	51.7 (48.9-54.5)
60-64	Benywaidd	1,263	717	56.8 (54.0-59.5)	1,187	687	57.9 (55.1-60.7)
65+	Benywaidd	Dd/B	Dd/B	Dd/B (--)	2,135	1,495	70 (68.0-71.9)

Tabl 18: Nifer y bobl sy'n manteisio ar archwiliad iechyd ICL yn ôl oedran a rhyw ar gyfer AB a CT.



Ffigur 18: Nifer sy'n manteisio yn ôl oedran a rhyw ar gyfer AB a CT

- Mae byrddau iechyd AB a CT yn dangos patrwm cyffredinol o gynnydd yn y nifer sy'n manteisio gydag oedran ar gyfer dynion a menywod.
- Mae'r nifer sy'n manteisio yn AB ar gyfer dynion a menywod yn ystadegol sylweddol uwch na dynion a menywod yn CT ar gyfer rhai 40-54 oed. Fodd bynnag, ar gyfer rhai 55-64 oed ni welir y patrwm hwn o ganlyniadau ystadegol arwyddocaol uwch i ddynion a menywod yn AB.
- Mae hyn yn llai amlwg yn AB na CT. Yn AB, mae'r nifer sy'n manteisio ymhlith menywod yn uwch na dynion ym mhob grŵp oedran, er nad yw'r gwahaniaeth hwn yn ystadegol arwyddocaol ym mhob grŵp oedran. Mae'r gwahaniaeth mwyaf yn y nifer sy'n manteisio rhwng dynion a menywod yn y rhai rhwng 50 a 59 oed.
- Yn CT, mae nifer y menywod sy'n manteisio yn uwch ymhlith menywod 40-54 oed ac mae'r nifer sy'n manteisio ymhlith dynion yn uwch ymhlith y rhai 55-65+ oed. Dim ond yn grŵp 40-49 oed oedd y gwahaniaeth hwn yn ystadegol arwyddocaol.
- Mae'n bosibl bod y model AB gyda lleoliadau cymunedol a hyblygrwydd amseroedd apwyntiad wedi bod yn fwy hygyrch i ddynion a menywod iau o oedran gweithio.

Rhaeadrau clinigol a rhaeadrau ffordd o fyw

Yn yr ARC, cymerir ystod o fesuriadau corfforol a chipio gwybodaeth am ymddygiadau ffordd o fyw. Gall y rhain arwain at gyngor ar unwaith, cyfeirio/atgyfeirio at wasanaeth ffordd o fyw neu apwyntiad dilynol â chlinigydd.

Datblygwyd y rhaeadrau clinigol a ffordd o fyw dilynol i lywio protocol dadansoddi data SAIL. Maent yn adlewyrchu'r rheolaeth a ddylai ddigwydd ar ôl ARC ar gyfer ffactorau risg clinigol neu ffordd o fyw a gaiff eu nodi. Crëwyd y rhaeadrau clinigol a ffordd o fyw mewn cydweithrediad rhwng clinigyddion (meddygon teulu, nyrsys, fferyllwyr) ac arbenigwyr lechyd y Cyhoedd sy'n gysylltiedig â thimau rhaglenni ICL AB a CT, GGGC a SAIL Prifysgol Abertawe.

Cynhaliwyd y dadansoddiadau rhaeadrau clinigol a ffordd o fyw ar gyfer rhaglen CT yn unig, oherwydd anghyflawnder neu afreoleidd-dra yn y data ar gyfer AB a PAO a ddisgrifiwyd ar ddechrau'r bennod hon. Roedd problemau gyda llif y data o raglenni AB i SAIL a oedd yn gofyn am fewnbwn data ar wahân. Er yr aethpwyd i'r afael â hyn ar gyfer y data gwahoddiad a phresenoldeb, nid oedd wedi'i ddatrys ar gyfer y data rhaeadru clinigol a ffordd o fyw ar gyfer AB ac roedd angen gwirio'r data a echdynnwyd â llaw er mwyn sicrhau ei fod yn gyflawn. Oherwydd pwysau ymateb COVID-19 ar y timau lechyd Cyhoeddus ac ICL o fewn AB, ni allent ymgymryd â'r broses ddilysu data, a gwnaed penderfyniad pragmatig gydag arweinwyr y rhaglenni ICL yn AB a CTM, na fyddai'r data o AB yn cael ei gynnwys yn y dadansoddiadau rhaeadru clinigol a ffordd o fyw.

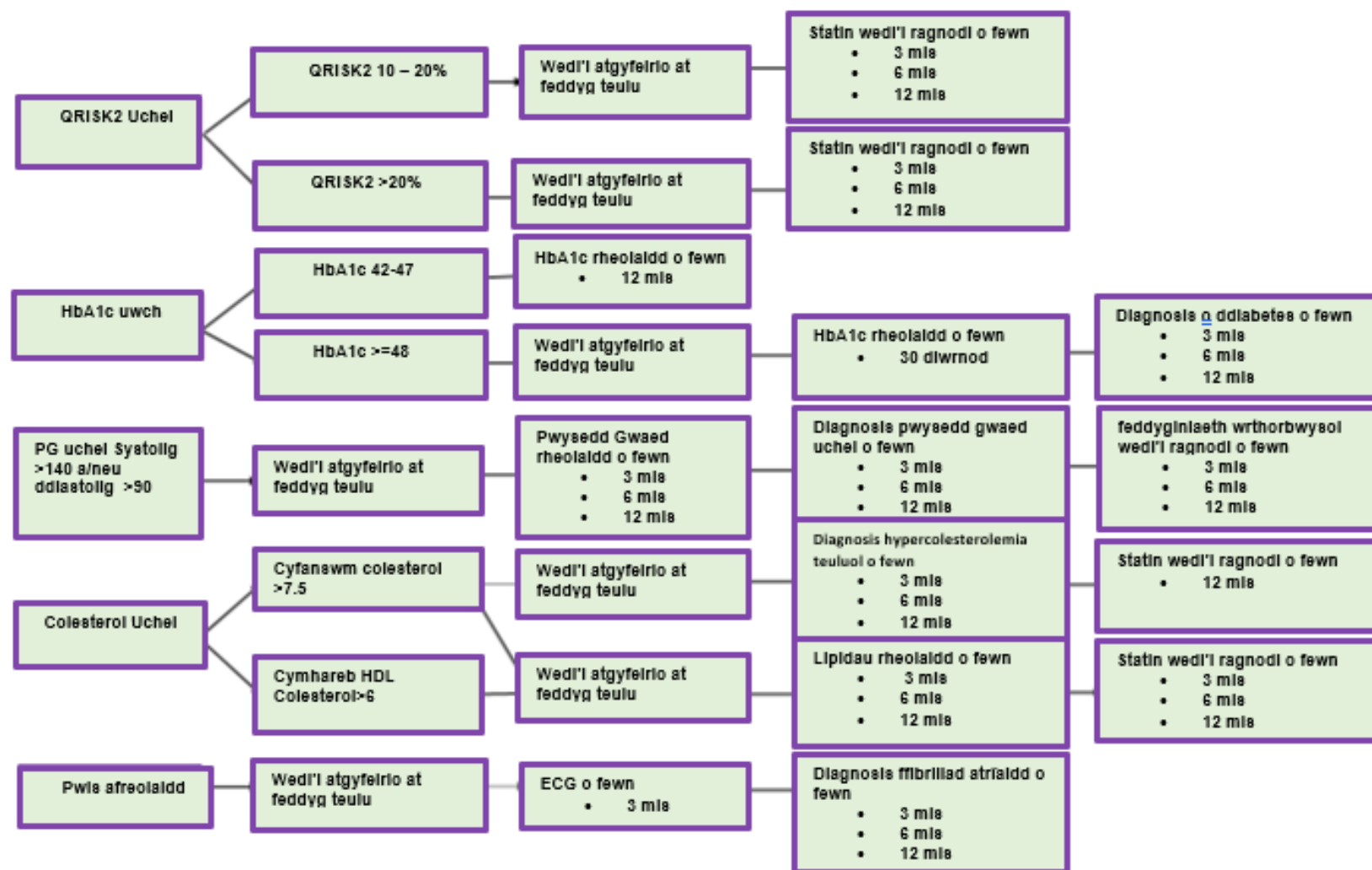
Pan adolygwyd y dadansoddiadau o rhaeadrau clinigol a ffordd o fyw ar gyfer PAO gan y timau lechyd Cyhoeddus a Gofal Sylfaenol yn CTM, teimlwyd ei fod yn gamarweiniol, ac felly penderfynwyd peidio â'i gynnwys yn yr adroddiad terfynol. Mae data ffordd o fyw a rhaeadrau clinigol ar gyfer PAO gyda'i gafeatau ar gael ar gais i'r Tîm lechyd Cyhoeddus Lleol yn CTM.

Ar ôl echdynnu a dadansoddi data, sefydlwyd bod set anghyflawn o godau READ wedi'u defnyddio i nodi diagnosis newydd o orbwysedd yng nghofnod gofal sylfaenol y claf. Felly, mae'n hysbys bod data ar ddiagnosis gorbwysedd newydd o ddadansoddiadau SAIL yn anghyflawn ac yn tanamcangyfrif y gwir nifer. Felly, defnyddiwyd y data sy'n cofnodi'r presgripsiwn meddyginiaeth gwrth-orbwysedd fel mesur procsi ar gyfer adnabod cleifion â diagnosis newydd o orbwysedd.

Rhaeadrau clinigol

Fel y dangosir yn y tabl isod roedd pum rhaeadr clinigol:

1. Rheoli sgôr QRISK2 uchel.
2. Rheoli HbA1c uwch / siwgr gwaed uwch a chyn-ddiabetes.
3. Rheoli pwysedd gwaed uwch / gorbwysedd.
4. Rheoli colesterol uwch / hypercolesterolaemia.
5. Rheoli pwls afreolaidd / ffibriliad atriïaidd.



Ffigwr 19: Diagram llif proses o'r rhaedrau clinigol

Ffactorau Risg Clinigol

Mae pum ffactor risg clinigol o ddiddordeb a nodwyd **yn ystod** yr ARC. Mae rhai o'r ffactorau risg hyn wedi'u rhannu'n ganlyniadau lluosog (e.e. QRISK2 10-20% a QRISK2 >20%) gan roi cyfanswm o wyth canfyddiad ffactor risg. Y ffactorau risg yw:

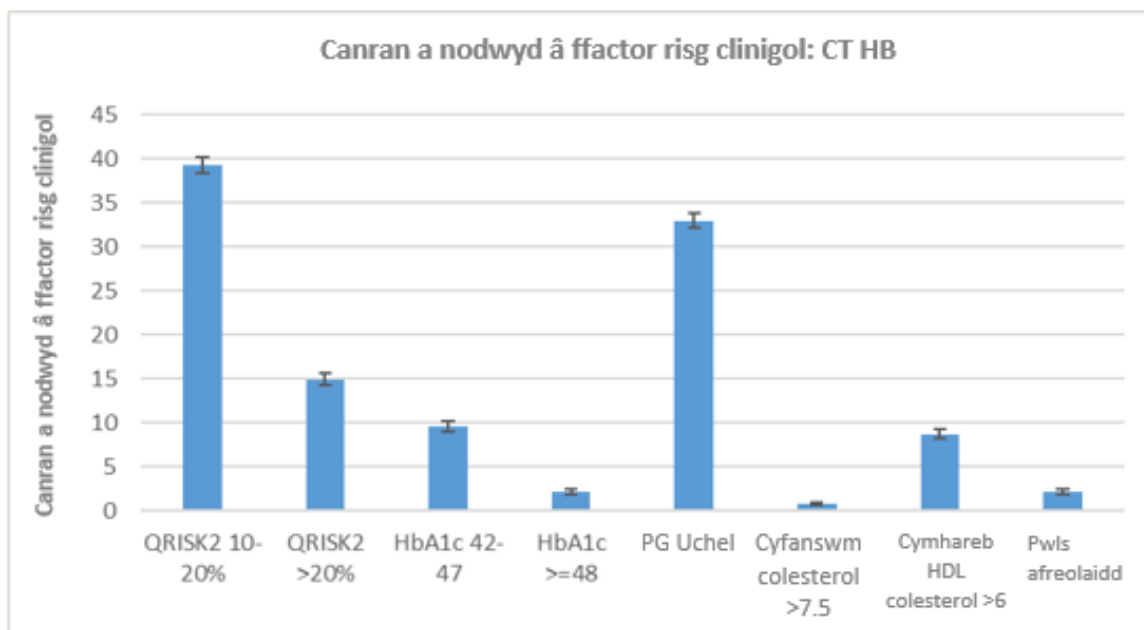
1. Sgôr QRISK2 uwch. Rhannwyd hyn yn:
 - a. QRISK2 10-20%.
 - b. QRISK2 >20%.
2. HbA1c uwch. ⁶ Rhannwyd hyn yn:
 - a. HbA1c 42-47
 - b. HbA1c >=48.
3. Pwysedd gwaed uwch (naill ai'n systolig >140 a/neu ddiastolig >90 mmHg).
4. Colesterol uchel. Rhannwyd hyn yn:
 - a. Cyfanswm Colesterol >7.5.
 - b. Cymhareb HDL (Lipoprotein Dwysedd Uchel) >6.
5. Pwls afreolaidd.

Nid oedd y ffactorau risg yn gyd-anghynhwysol (mutually exclusive), felly gellid nodi bod unigolyn â QRISK2 uwch, HbA1c uwch, pwysedd gwaed uwch, colesterol uchel a phwls afreolaidd. Fodd bynnag, roedd rhai o'r categorïau o fewn y ffactorau risg yn gyd-anghynhwysol. Gellid nodi bod gan unigolyn naill ai QRISK2 10-20% neu QRISK2 >20%, neu HbA1c 42-47 neu HbA1c >=48, ond ni allent fod â'r ddau ffactor risg hyn.

		Mynychu Archwiliad Iechyd	QRISK2 10-20%	QRISK2 >20%	HbA1c 42-47	HbA1c >=48	Pwysedd gwaed uchel	Cyfanswm Colesterol >7.5	Cymhareb HDL Colesterol >6	Pwls afreolaidd
CT	n	11,414	4,488	1,702	1,087	246	3,759	93	987	249
	%	Dd/B	39.3 (38.4-40.2)	14.9 (14.3-15.6)	9.5 (9.0-10.1)	2.2 (1.9-2.4)	32.9 (32.1-33.8)	0.8 (0.7-1.0)	8.6 (8.2-9.2)	2.2 (1.9-2.5)

Tabl 19: Crynodeb o nifer a chanran y ffactorau risg clinigol a nodwyd yn yr Archwiliad Iechyd ICL (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

⁶ I ddechrau, cafodd pob claf a fynychodd ARC gyda'r Rhaglen ICL brawf HbA1c. Cyflwynwyd offeryn Diabetes UK (Sgôr Risg Ymarfer Caerlŷr) yn CTM yn 2019, yn dilyn adolygiad o dystiolaeth gan y Tîm Iechyd Cyhoeddus Lleol. Defnyddiwyd hwn i nodi pobl a oedd mewn mwy o berygl o gael diabetes, sy'n golygu mai dim ond pobl y nodwyd bod ganddynt risg uwch o ddiabetes a gafodd gynnig prawf HbA1c.



Ffigur 20: Canran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd ICL a nodwyd â ffactorau risg clinigol (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

- Roedd 39.3% o bobl â QRISK2 10-20% uwch ac roedd gan 14.9% o bobl QRISK2 >20% uwch. Gan fod QRISK2 yn gyd-anghynhwysol, mae hyn yn golygu bod gan 54.2% o'r bobl a fynychodd archwiliad iechyd yn CT sgôr QRISK2 uwch o naill ai 10-20% neu >20%. Nid yw hyn yn syndod gan fod yr archwiliad iechyd yn CT wedi'i dargedu at bobl â sgoriau QRISK2 uwch (a amcangyfrifwyd gan ddata sydd eisoes yng nghofnodion meddygon teulu), ond mae'n dangos bod dros hanner y bobl a fynychodd archwiliad iechyd â risg uwch o glefyd cardiofasgwlaidd yn ôl mesuriad eu sgôr QRISK2.
- Y ffactor risg clinigol unigol mwyaf cyffredin a ganfuwyd yn yr archwiliad iechyd oedd pwysedd gwaed uwch a ganfuwyd mewn 32.9% o bobl.
- Y ffactorau risg clinigol unigol lleiaf cyffredin oedd cyfanswm colesterol >7.5 (0.8%), HbA1c >=48 (2.2%) a phwls afreolaidd (2.2%).
- Gan fod HbA1c 42-47 a HbA1c >=48 yn ganfyddiadau sy'n gyd-anghynhwysol mae'n bosibl cyfuno nifer y bobl â HbA1c 42-47 a >=48 i gyfrifo'r nifer a'r gyfran sydd â HbA1c uwch. Roedd cyfanswm o 10.3% o bobl (1,333) â HbA1c uwch o naill ai 42-47 neu >=48.

Canlyniadau clinigol

Roedd canlyniadau'r rhaeadrau clinigol naill ai'n ddiagnosis o gyflwr neu'n gychwyn triniaeth. Roedd gan rai rhaeadrau clinigol fwy nag un canlyniad terfynol (er enghraifft wedi cael diagnosis o orbwysedd ac wedi dechrau meddyginiaeth gwrth-orbwysedd).

Yn y rhaeadrau clinigol, roedd gan rai o'r canlyniadau hyn hefyd derfynau amser amrywiol (er enghraifft dechrau ar statin ar 3 mis, 6 mis a 12 mis ar ôl yr ARC). Roedd hyn yn seiliedig ar gyngor gan glinigwyr am y cyfnodau amser y gellid eu disgwyl ar gyfer apwyntiadau dilynol ynghlwm â gwahanol ffactorau risg clinigol. Yn yr adroddiad hwn rydym yn cynnwys y data 12 mis ar ôl yr ARC i ddangos y nifer uchaf o bobl a oedd â phob un o'r canlyniadau clinigol. Mae'r un eithriad ar gyfer "pwls afreolaidd" a "diagnosis o ffibriliad atrïaidd", sydd o fewn cyfnod o 3 mis, yn seiliedig ar gyngor clinigwyr mai dyma fyddai'r cyfnod amser disgwyliedig ar gyfer apwyntiad dilynol wedi canfyddiad o bwls afreolaidd.

Dyma ganlyniadau'r rhaeadrau clinigol:

1. Sgôr QRISK2 uwch:
 - a. QRISK2 10-20% dechrau ar statin o fewn 12 mis.
 - b. QRISK2 >20% dechrau ar statin o fewn 12 mis.
2. HbA1c uwch ≥ 48 a chael diagnosis o ddiabetes o fewn 12 mis.
3. Pwysedd gwaed uwch:
 - a. Pwysedd gwaed uwch a chael diagnosis o orbwysedd (HTN) o fewn 12 mis⁷
 - b. Pwysedd gwaed uwch a dechrau ar feddyginiaeth gwrth-orbwysedd (gwrth-HTN) o fewn 12 mis.
4. Colesterol uwch:
 - a. Cyfanswm colesterol uwch >7.5 a chael diagnosis o hypercolesterolemia teuluol (FH) o fewn 12 mis.
 - b. Cyfanswm colesterol uwch >7.5 neu gymhareb colesterol / HDL uwch >6 a dechrau ar statin o fewn 12 mis.
5. Pwls afreolaidd a diagnosis o ffibriliad atrïaidd (ffibriliad atrïaidd) o fewn 3 mis.

Nid oedd y canlyniadau clinigol yn gyd-anghynhwysol, felly gallai unigolyn fod â QRISK2 uwch ac wedi cael ei gychwyn ar statin, â HbA1c uwch a chael diagnosis o ddiabetes, â phwysedd gwaed uwch ac wedi cael diagnosis o HTN ac wedi dechrau ar feddyginiaeth gwrth-HTN, â cholesterol uwch ac wedi dechrau ar statin, ac â phwls afreolaidd a chael diagnosis o ffibriliad atrïaidd. Fodd bynnag, roedd rhai o'r categorïau o fewn y canlyniadau clinigol yn gyd-anghynhwysol. Gellid nodi bod unigolyn naill ai'n dechrau ar statin yn dilyn QRISK2 10-20% neu QRISK2 >20% ond ni allai gael y ddau ganlyniad clinigol yma.

Nid yw data'r canlyniadau clinigol a dynnwyd o gofnodion clinigol cleifion yn cynnwys manylion yr holl gamau posib neu'r naratif yn nodi a gafodd pobl y driniaeth feddygol orau yn dilyn eu ARC ICL. Er enghraifft, mae'n bosibl bod person y nodwyd bod QRISK2 10-20% ganddo wedi cael apwyntiad dilynol

⁷ Mae'n hysbys bod data ar ddiagnosis gorbwysedd newydd o ddadansoddiadau SAIL yn anghyflawn ac yn tanamcangyfrif y gwir nifer. Felly, defnyddiwyd cofnod data rhoi meddyginiaeth gwrth-orbwysedd ar brescripsiwn fel mesur procsi ar gyfer adnabod cleifion â diagnosis newydd o orbwysedd.

priodol ond heb gael ei ddechrau ar statin am amrywiaeth o resymau (e.e cyngor i beidio mynd ar statinau) neu efallai fod person y nodwyd bod pwls afreolaidd ganddo yn yr archwiliad iechyd wedi cael apwyntiad dilynol ac ymchwiliadau priodol, ond yn y pen draw ni chanfuwyd bod ffibriliad atrïaidd ganddo. Hefyd, mae'r data a gasglwyd yn dibynnu ar ddefnydd cywir a chyson o godio READ yng nghofnod clinigol gofal sylfaenol y claf.

Gwnaed y dadansoddiadau o ganlyniadau clinigol mewn dwy ffordd gan ddefnyddio'r canlynol fel enwaduron:

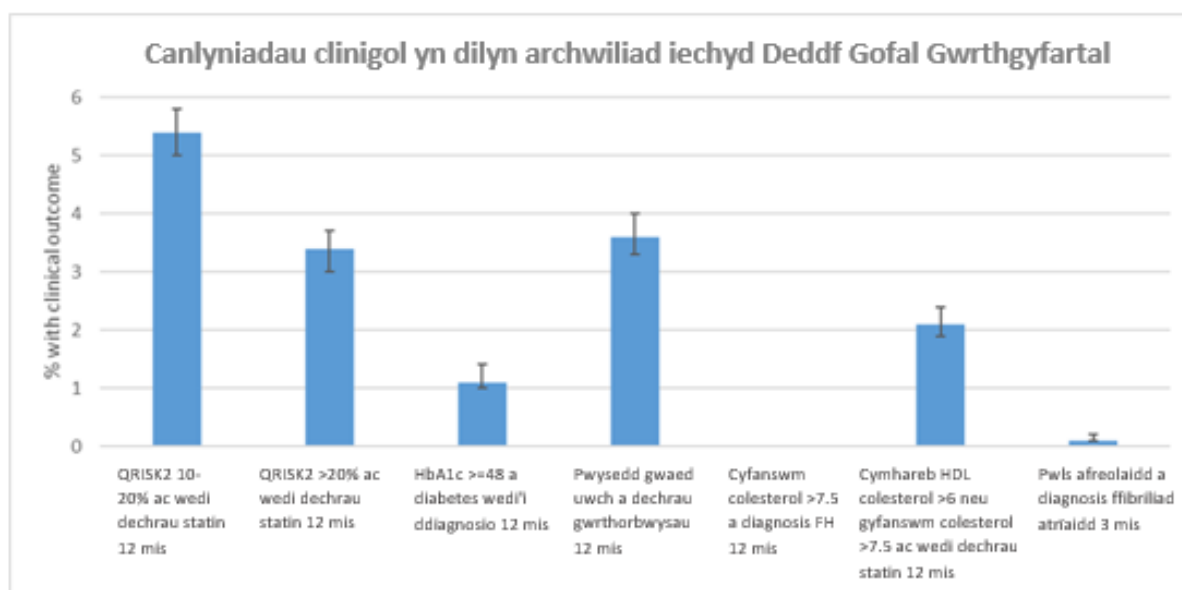
- i) cyfanswm mynychwyr ARC ICL
- ii) nifer y bobl a nodwyd bod y ffactor risg clinigol perthnasol ganddynt yn yr ARC

Canlyniadau clinigol pobl a fynychodd ARC ICL

Archwiliwyd y canlyniadau clinigol yn gyntaf ar gyfer yr holl bobl a fynychodd ARC yn CT. Cyfrifwyd y canrannau drwy rannu nifer y bobl â'r canlyniad clinigol â'r canlyniad clinigol â 11,414 (sef cyfanswm nifer y bobl a fynychodd ARC yn CT).

		Mynychu Archwiliad Iechyd	QRISK2 10-20% a dechrau ar statin o fewn 12 mis	QRISK2 >20% a dechrau ar statin o fewn 12 mis	HbA1c >=48 a diabetes wedi'i ddiagnosio o fewn 12 mis	Pwysedd gwaed uwch a dechrau ar gwrth-HTN o fewn 12 mis	Cyfanswm colesterol >7.5 a diagnosis FH o fewn 12 mis	Cymhareb HDL colesterol >6 neu gyfanswm colesterol >7.5 a dechrau ar statin o fewn 12 mis	Pwls afreolaidd a diagnosis o ffibriliad atrïaidd o fewn 3 mis
CT	n	11,414	611	383	130	416	<5	240	14
	%	Dd/B	5.4 (5.0-5.8)	3.4 (3.0-3.7)	1.1 (1.0-1.4)	3.6 (3.3-4.0)	Dd/B	2.1 (1.9-2.4)	0.1 (0.1-0.2)

Tabl 20: Crynodeb o nifer a chanran y canlyniadau clinigol a nodwyd yn dilyn archwiliad iechyd ICL (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)



Ffigur 21: Canran y rhai a fynychodd archwiliad iechyd ICL a oedd â chanlyniadau clinigol yn dilyn archwiliad iechyd (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

- Mae data'r canlyniadau clinigol yn dangos mai'r canlyniadau clinigol mwyaf cyffredin a nodwyd oedd:
 - QRISK2 10-20% uwch a dechrau ar statinau (5.4%).
 - QRISK2 >20% uwch a dechrau ar statinau (3.4%).
 - pwysedd gwaed uwch a dechrau ar feddyginiaeth gwrth-HTN (3.6%).
- Y canlyniadau clinigol lleiaf cyffredin a nodwyd oedd:
 - cyfanswm colesterol uwch >7.5 a diagnosis o FH o fewn 12 mis (Dd/b oherwydd <5 o bobl wedi cael canlyniad clinigol).
 - pwls afreolaidd a diagnosis o ffibriliad atrïaidd o fewn 3 mis (0.1%).

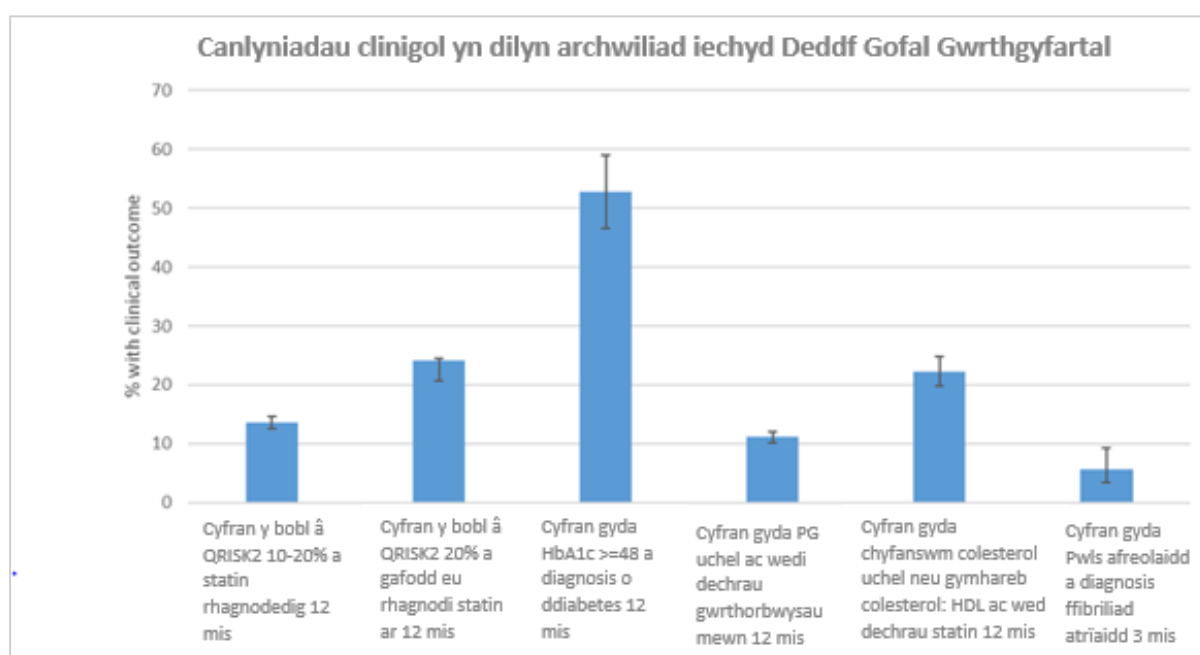
Canlyniadau clinigol pobl y nodwyd bod ganddynt ffactor risg clinigol mewn ARC ICL

Archwiliwyd y canlyniadau clinigol hefyd o ran y nifer y bobl y nodwyd bod y ffactor risg clinigol ganddynt. Cyfrifwyd y canrannau drwy rannu nifer y bobl a gafodd ganlyniad clinigol penodol â nifer y bobl a nodwyd gyda'r ffactor risg hwnnw yn yr archwiliad iechyd.

Er enghraifft, nodwyd bod gan 4,488 o bobl QRISK2 10-20% mewn archwiliad iechyd. Nodwyd bod gan 611 o bobl QRISK2 10-20% ac a ddechreuon nhw ar statin o fewn 12 mis. Drwy rannu 611/4,488 cyfrifwyd bod 13.6% o'r bobl y canfuwyd bod ganddynt sgôr QRISK2 o 10-20% yn yr archwiliad iechyd wedi'u rhagnodi â statin o fewn 12 mis.

	Cyfran y bobl â QRISK2 10-20% a gafodd eu rhagnodi â statin o fewn 12 mis	Cyfran y bobl â QRISK2 20% a gafodd eu rhagnodi â statin o fewn 12 mis	Cyfran gyda HbA1c ≥ 48 a diagnosis o ddiabetes o fewn 12 mis	Cyfran â phwysedd gwaed uchel a ddechreuodd ar feddyginiaeth gwrth-HTN o fewn 12 mis	Cyfran gyda chyfanswm colesterol uwch neu gymhareb colesterol : HDL uwch a ddechreuodd ar statin o fewn 12 mis	Cyfran â phwls afreolaidd a diagnosis o ffibriliad atrïaidd o fewn 3 mis
CT	13.6 (12.6-14.6)	22.5 (20.6-24.5)	52.8 (46.6-59.0)	11.1 (10.1-12.1)	22.2 (19.8-24.8)	5.6 (3.4-9.2)

Tabl 21: Crynodeb o nifer a chanran y canlyniadau clinigol a nodwyd ar ôl adnabod ffactor risg clinigol mewn archwiliad iechyd ICL (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)



Ffigur 22: Crynodeb o nifer a chanran y canlyniadau clinigol a nodwyd ar ôl adnabod ffactor risg clinigol mewn Asesiad Risg Cardiofasgwlaidd ICL (ARC) (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

- Y canlyniadau clinigol mwyaf cyffredin i bobl y nodwyd bod ganddynt ffactor risg clinigol yn yr archwiliad iechyd oedd:
 - Cyfran gyda HbA1c ≥ 48 yn yr archwiliad iechyd ac wedi cael diagnosis o ddiabetes o fewn 12 mis (52.8%).
 - Cyfran y bobl â QRISK2 20% yn yr archwiliad iechyd a gafodd eu rhagnodi wedyn â statin o fewn 12 mis (22.5%).
 - Cyfran gyda chyfanswm colesterol uwch neu gymhareb colesterol : HDL uwch yn y gwiriad iechyd ac yna wedi dechrau ar statin o fewn 12 mis (22.2%).
- Y canlyniadau clinigol lleiaf cyffredin i bobl y nodwyd bod ganddynt ffactor risg clinigol yn yr archwiliad iechyd oedd:

- Cyfran â phwls afreolaidd yn yr archwiliad iechyd ac a gafodd ddiagnosis o ffibriliad atrïaidd o fewn 3 mis (5.6%).
- Mae hyn yn dangos bod rhai ffactorau risg clinigol a nodir yn yr ARC yn fwy tebygol o arwain at ddiagnosis clinigol neu feddyginiaeth na ffactorau risg eraill. Gallai hyn fod oherwydd bod y ffactorau risg hyn yn farcwyr clinigol mwy cywir ar gyfer eu cyflwr perthnasol, neu oherwydd bod y ffactorau neu'r cyflyrau risg hyn yn fwy tebygol o fod angen meddyginiaeth.

Rhaeadrau Clinigol Unigol

Mae'r rhaeadrau clinigol unigol yn cael eu harchwilio'n fwy trylwyr yn unigol isod. Mae pum rhaeadr unigol ar gyfer y gwahanol ffactorau risg a llwybrau dilynol:

1. Rheoli sgôr QRISK2 uchel.
2. Rheoli HbA1c / diabetes uwch.
3. Rheoli pwysedd gwaed uwch / gorbwysedd
4. Rheoli colesterol uwch / hypercolesterolemia
5. Rheoli pwls afreolaidd / ffibriliad atrïaidd

Mae gan rai o'r llwybrau hyn ffactorau risg lluosog (fel QRISK2 10-20% a QRISK2 >20%). Bydd gan y rhain dablau ar gyfer pob ffactor risg.

Mae pob rhaeadr unigol ar gyfer y gwahanol ffactorau risg yn cynnwys dau fath o dabl:

1. Tabl o nifer a chyfran y bobl a nodwyd gyda'r ffactor risg clinigol a phob un o'r camau dilynol ar gyfer y ffactor risg clinigol hwnnw.
Er enghraifft, nodwyd bod gan 4,488 o bobl QRISK2 10-20%, sef 39.3% o'r 11,414 o bobl a fynychodd archwiliad iechyd yn CT.
2. Tabl o'r gwahanol ganlyniadau clinigol yn ôl nifer y bobl sydd â'r ffactor risg clinigol. Cyfrifwyd y canrannau drwy rannu nifer y bobl a gafodd ganlyniad clinigol penodol â nifer y bobl a nodwyd gyda'r ffactor risg hwnnw yn yr archwiliad iechyd.
Er enghraifft, nodwyd bod gan 4,488 o bobl QRISK2 10-20% mewn archwiliad iechyd. Nodwyd bod gan 4,463 o bobl QRISK2 10-20% a'u cyfeirio'n ôl at feddyg teulu. Drwy rannu 4,463/4,488 cyfrifwyd bod 99.4% o bobl y canfuwyd bod ganddynt sgôr QRISK2 o 10-20% yn yr archwiliad iechyd wedi'u cyfeirio'n ôl at eu meddyg teulu.

1. QRISK2 uwch

		Mynychu Archwiliad Iechyd	QRISK2 10-20%	QRISK2 10-20% a'u cyfeirio yn ôl at feddyg teulu	QRISK2 10-20% a rhagnodi statin iddynt o fewn 3 mis	QRISK2 10-20% a rhagnodi statin iddynt o fewn 6 mis	QRISK2 10-20% rhagnodi statin iddynt o fewn 12 mis
CT	n	11,414	4,488	4,463	521	560	611
	%	Dd/B	39.3	39.1	4.6	4.9	5.4

Tabl 22: Nifer a chanran y bobl â ffactor risg clinigol QRISK2 10-20% a chamau dilynol clinigol (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

	QRISK2 10-20%	Cyfran y bobl â QRISK2 10-20% a gyfeiriwyd yn ôl at feddyg teulu (%)	Cyfran y bobl â QRISK2 10-20% a rhagnodi statin iddynt o fewn 3 mis (%)	Cyfran y bobl â QRISK2 10-20% a rhagnodi statin iddynt o fewn 6 mis (%)	Cyfran y bobl â QRISK2 10-20% a rhagnodi statin iddynt o fewn 12 mis (%)
CT	4 488	99.4	11.6	12.5	13.6

Tabl 23: Cyfran y bobl â chamau dilynol clinigol ar ôl nodi'r ffactor risg clinigol QRISK2 10-20% (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

		Mynychu Archwiliad Iechyd	QRISK2 >20%	QRISK2 >20% a chyfeirio yn ôl at feddyg teulu	QRISK2 >20% a rhagnodi statin iddynt o fewn 3 mis	QRISK2 >20% a rhagnodi statin iddynt o fewn 6 mis	QRISK2 20% a rhagnodi statin iddynt o fewn 12 mis
CT	n	11,414	1,702	1,515	383	399	411
	%	Dd/B	14.9	13.3	3.4	3.5	3.6

Tabl 24: Nifer a chanran y bobl â ffactor risg clinigol QRISK2 >20% a chamau dilynol clinigol (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

QRISK2 >20%		Cyfran y bobl â QRISK2 >20% a gafodd eu cyfeirio'n ôl at feddyg teulu (%)	Cyfran y bobl â QRISK2 >20% a rhagnodi statin iddynt o fewn 3 mis (%)	Cyfran y bobl â QRISK2 >20% a rhagnodi statin iddynt o fewn 6 mis (%)	Cyfran y bobl â QRISK2 20% a rhagnodi statin iddynt o fewn 12 mis (%)
CT	1,702	89.0	22.5	23.4	24.1

Tabl 25: Cyfran y bobl sydd â chamau dilynol clinigol ar ôl nodi'r ffactor risg clinigol QRISK2 >20% (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

2. HbA1c uwch⁸

		Mynychu Archwiliad Iechyd	HbA1c 42-47	HbA1c 42-47 ac ailadrodd HbA1c mewn 12 mis
CT	n	11,414	1,087	1,087
	%	Dd/B	9.5	9.5

Tabl 26: Nifer a chanran y bobl â ffactor risg clinigol HbAa1c 42-47 a chamau dilynol clinigol (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

HbA1c 42-47		Cyfran gyda HbA1c 42-47 ac ailadrodd HbA1c mewn 12 mis (%)
CT	1.087	100

Tabl 27: Cyfran y bobl â camau dilynol clinigol ar ôl nodi ffactor risg clinigol HbA1c 42-47 (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

		Mynychu Archwiliad Iechyd	HbA1c >=48	HbA1c >=48 a chyfeirio yn ôl at feddyg teulu mewn 30 diwrnod	HbA1c >=48 ac ailadrodd HbA1c mewn 30 diwrnod	HbA1c >=48 a diagnosis o ddiabetes o fewn 3 mis	HbA1c >=48 a diagnosis o ddiabetes o fewn 6 mis	HbA1c >=48 a diagnosis o ddiabetes o fewn 12 mis
CT	n	11,414	246	199	246	116	122	130
	%	Dd/B	2.2	1.7	2.2	1.0	1.0	1.1

Tabl 28: Nifer a chanran y bobl â ffactor risg clinigol HbAa1c >=48 a chamau dilynol clinigol (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

HbA1c >=48						
		Cyfran gyda HbA1c >=48 a chyfeirio yn ôl at feddyg teulu mewn 30 diwrnod (%)	Cyfran gyda HbA1c >=48 ac ailadrodd HbA1c mewn 30 diwrnod (%)	Cyfran gyda HbA1c >=48 a diagnosis o ddiabetes o fewn 3 mis (%)	Cyfran gyda HbA1c >=48 a diagnosis o ddiabetes o fewn 6 mis (%)	Cyfran gyda HbA1c >=48 a diagnosis o ddiabetes o fewn 12 mis (%)
CT	246	80.1	100	47.2	49.6	52.8

Tabl 29: Cyfran y bobl â chamu dilynol clinigol ar ôl nodi ffactor risg clinigol HbA1c >=48 (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

⁸ I ddechrau, cafodd pob claf a fynychodd ARC gyda'r Rhaglen ICL brawf HbA1c. Cyflwynwyd offeryn Diabetes UK (Sgôr Risg Ymarfer Caerlŷr) yn CTM yn 2019, yn dilyn adolygiad o dystiolaeth gan y Tîm Iechyd Cyhoeddus Lleol. Defnyddiwyd hwn i nodi pobl a oedd mewn mwy o berygl o gael diabetes, sy'n golygu mai dim ond pobl y nodwyd bod ganddynt risg uwch o ddiabetes a gafodd gynnig prawf HbA1c.

3. Pwysedd gwaed uwch⁹

		Mynychu Archwiliad Iechyd	Pwysedd gwaed Uchel >140 systolig a/neu >90 diastolig	Pwysedd gwaed uchel a chyfeirio yn ôl at feddyg teulu	Pwysedd gwaed uchel ac ailadrodd y pwysedd gwaed mewn 3 mis	Pwysedd gwaed uchel ac ailadrodd y pwysedd gwaed mewn 6 mis	Pwysedd gwaed uchel ac ailadrodd y pwysedd gwaed mewn 12 mis	Pwysedd gwaed Uchel a dechrau ar wrth-HTN o fewn 3 mis	Pwysedd gwaed Uchel a dechrau ar wrth-HTN o fewn 6 mis	Pwysedd gwaed uchel a dechrau ar wrth-HTN o fewn 12 mis
CT	n	11,414	3,759	1,500	2,162	2,162	2,162	347	379	416
	%	Dd/B	32.9	13.1	18.9	18.9	18.9	3.0	3.3	3.6

Tabl 30: Nifer a chanran y bobl â ffactor risg clinigol pwysedd gwaed >140 systolig a/neu >90 diastolig a chamau dilynol clinigol (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

	Pwysedd gwaed Uchel >140 systolig a/neu >90 diastolig	Cyfran gyda phwysedd gwaed uchel a chyfeirio'n ôl at feddyg teulu (%)	Cyfran gyda phwysedd gwaed uchel ac ailadrodd y pwysedd gwaed mewn 3 mis (%)	Cyfran gyda phwysedd gwaed uchel ac ailadrodd y pwysedd gwaed mewn 6 mis (%)	Cyfran gyda BP uchel ac ailadrodd BP mewn 12 mis (%)	Cyfran gyda phwysedd gwaed uchel a dechrau ar wrth-HTN mewn 3 mis (%)	Cyfran gyda phwysedd gwaed uchel a dechrau ar wrth-HTN mewn 6 mis (%)	Cyfran â phwysedd gwaed uchel a ddechrau ar wrth-HTN o fewn 12 mis (%)
CT	3,759	39.9	57.5	57.5	57.5	9.2	10.1	11.1

Tabl 31: Cyfran y bobl â chamau dilynol clinigol ar ôl nodi'r ffactor risg clinigol BP >140 systolig a/neu >90 diastolig (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

4. Colesterol uwch

		Mynychu Archwiliad Iechyd	Cyfanswm Cholesterol >7.5	Cymhareb Cholesterol : HDL >6	Cyfanswm colesterol uwch neu golesterol uwch: Cymhareb HDL ac ailadrodd colesterol 3 mis	Cyfanswm colesterol uwch neu gymhareb colesterol : HDL uwch ac ailadrodd colesterol 6 mis	Cyfanswm colesterol uwch neu gymhareb colesterol : HDL uwch ac ailadrodd colesterol 12 mis	Cyfanswm colesterol uwch neu gymhareb colesterol : HDL uwch a dechrau ar statin o fewn 3 mis	Cyfanswm colesterol uwch neu gymhareb colesterol : HDL uwch a dechrau ar statin o fewn 6 mis	Cyfanswm colesterol uwch neu gymhareb colesterol : HDL uwch a dechrau ar statin o fewn 12 mis
CT	n	11,414	93	987	644	683	727	201	220	240
	%	Dd/B	0.8	8.6	5.6	6.0	6.4	1.8	1.9	2.1

Tabl 32: Nifer a chanran y bobl â ffactorau risg clinigol cyfanswm colesterol >7.5 neu gymhareb colesterol: HDL >6 a'r camau dilynol clinigol (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

⁹ Roedd yn hysbys bod gwallau yn y codau READ a ddefnyddiwyd ym mhrotocol SAIL i nodi diagnosis newydd o orbwysedd yn dilyn darlleniad pwysedd gwaed uwch yn yr ARC. Felly, mae'n hysbys bod y data ar ddiagnosis newydd o orbwysedd yn anghywir, ac mae rhagnodi meddyginiaeth gwrth-orbwysedd yn fesur procsi gwell ar gyfer nodi cleifion sydd â diagnosis newydd o orbwysedd.

	Cyfanswm Colesterol >7.5 neu gymhareb colesterol : HDL >6	Cyfran gyda chyfanswm colesterol uwch neu gymhareb colesterol : HDL uwch ac ailadrodd colesterol 3 mis (%)	Cyfran gyda chyfanswm colesterol uwch neu gymhareb colesterol : HDL uwch ac ailadrodd colesterol 6 mis (%)	Cyfran gyda chyfanswm colesterol uwch neu gymhareb colesterol : HDL uwch ac ailadrodd colesterol 12 mis (%)	Cyfran gyda chyfanswm colesterol uwch neu gymhareb colesterol : HDL uwch a ddechreuodd ar statin o fewn 3 mis (%)	Cyfran gyda chyfanswm colesterol uwch neu gymhareb colesterol : HDL uwch a ddechreuodd ar statin o fewn 6 mis (%)	Cyfran gyda chyfanswm colesterol uwch neu gymhareb colesterol : HDL uwch a ddechreuodd ar statin o fewn 12 mis (%)
CT	1,080	59.6	63.2	67.3	18.6	20.4	22.2

Tabl 33: Cyfran y bobl â chymau dilynol clinigol ar ôl nodi ffactorau risg clinigol cyfanswm colesterol >7.5 neu gymhareb colesterol : HDL >6 (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

	Mynychu Archwiliad Iechyd	Cyfanswm Colesterol >7.5	Cyfanswm colesterol >7.5, â diagnosis o FH	Cyfanswm colesterol >7.5, â diagnosis o FH ac wedi dechrau statin
CT	n	11,414	93	<5
	%	Dd/B	0.8	<5

Tabl 34: Nifer a chanran y bobl â ffactor risg clinigol cyfanswm colesterol >7.5 a chymau dilynol clinigol ar gyfer y llwybr FH (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

5. Pwls afreolaidd

	Mynychu Archwiliad Iechyd	Pwls afreolaidd	Pwls afreolaidd a'u cyfeirio at feddyg teulu	Pwls afreolaidd ac ECG o fewn 3 mis	Pwls afreolaidd a ffibriliad atriaid wedi'i ddiagnosis o fewn 3 mis
CT	n	11,414	249	232	167
	%	Dd/B	2.2	2.0	1.5

Tabl 35: Nifer a chanran y bobl â ffactor risg clinigol pwls afreolaidd a chymau dilynol clinigol (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

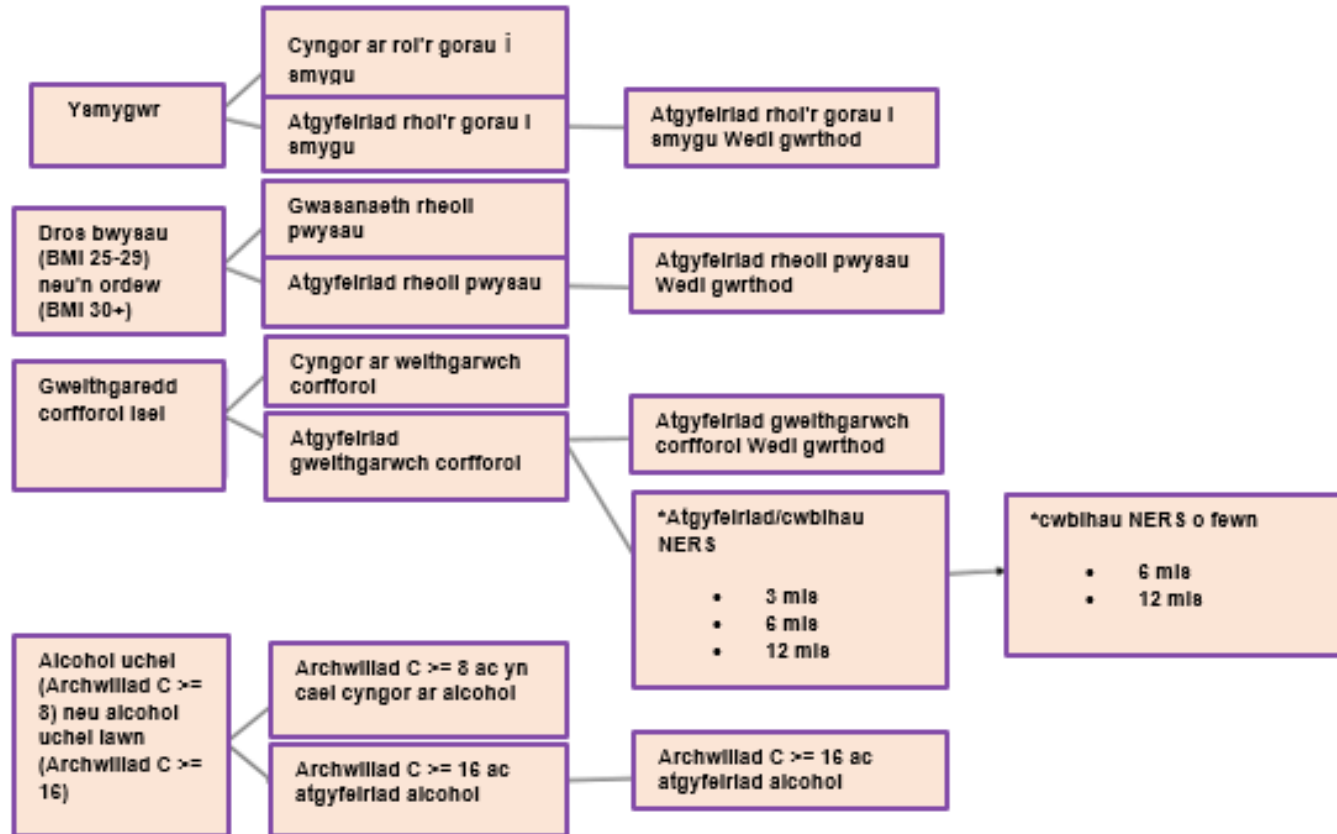
	Pwls afreolaidd	Cyfran â phwls afreolaidd a'u cyfeirio at feddyg teulu (%)	Cyfran â phwls afreolaidd ac ECG o fewn 3 mis (%)	Cyfran â phwls afreolaidd a diagnosis o ffibriliad atriaidd o fewn 3 mis (%)
CT	249	93.2	67.1	5.6

Tabl 36: Cyfran y bobl â chymau dilynol clinigol ar ôl nodi ffactor risg clinigol pwls afreolaidd (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

- Mae'r rhaeadrau unigol yn dangos bod cyfran y bobl sy'n cael eu codio fel rhai sy'n cael eu cyfeirio'n ôl at y meddyg teulu ar ôl nodi ffactorau risg clinigol yn amrywio o 39.9% o'r rhai â phwysedd gwaed uwch yn cael eu cyfeirio'n ôl at feddyg teulu i 99.4% o bobl â QRISK2 10-20%. Nodwyd bod y cod hwn yn cael ei ddefnyddio'n anghyson ar bwynt ARC rhaglen ICL ac felly ychydig iawn ellir ei gasglu o hyn.

- Mae'r rhaeadrau unigol yn dangos bod y rhan fwyaf o'r camau dilynol yn digwydd o fewn y 3 mis cyntaf gyda chynnydd bach mewn gweithgarwch dilynol dros amser ar gyfer llawer o'r rhaeadrau clinigol. Er enghraifft, roedd cyfran y bobl â HbA1c uwch a aeth ymlaen i gael diagnosis o ddiabetes yn 47.2% wedi 3 mis, 49.6% wedi 6 mis, a 52.8% wedi 12 mis ar ôl yr archwiliad iechyd.

Rhaeadrau ffordd o fyw



Ffigur 23: Diagram llif proses o'r Rhaeadrau Ffordd o Fyw

*Daw'r data ar gyfer cwblhau NERS o set ddata NERS a oedd yn gysylltiedig â'r set ddata ICL yn SAIL

Fel y dangosir yn Ffigur 23 roedd pedwar rhaeadr ffordd o fyw:

5. Ysmygu a rhoi'r gorau i ysmygu.
6. Dros bwysau neu'n ordew a rheoli pwysau.
7. Anweithgarwch corfforol ac atgyfeirio cleifion i wneud ymarfer corff.
8. Goryfed alcohol a gwasanaethau alcohol.

Ffactorau ffordd o fyw

Mae pedwar ffactor risg ffordd o fyw o ddiddordeb a nodwyd yn ystod yr ARC/archwiliad iechyd. Mae rhai o'r ffactorau risg hyn wedi'u rhannu'n ganlyniadau lluosog (e.e. BMI 25-30 a BMI >30) gan roi cyfanswm o chwe chanfyddiad ffactor risg. Y ffactorau risg yw:

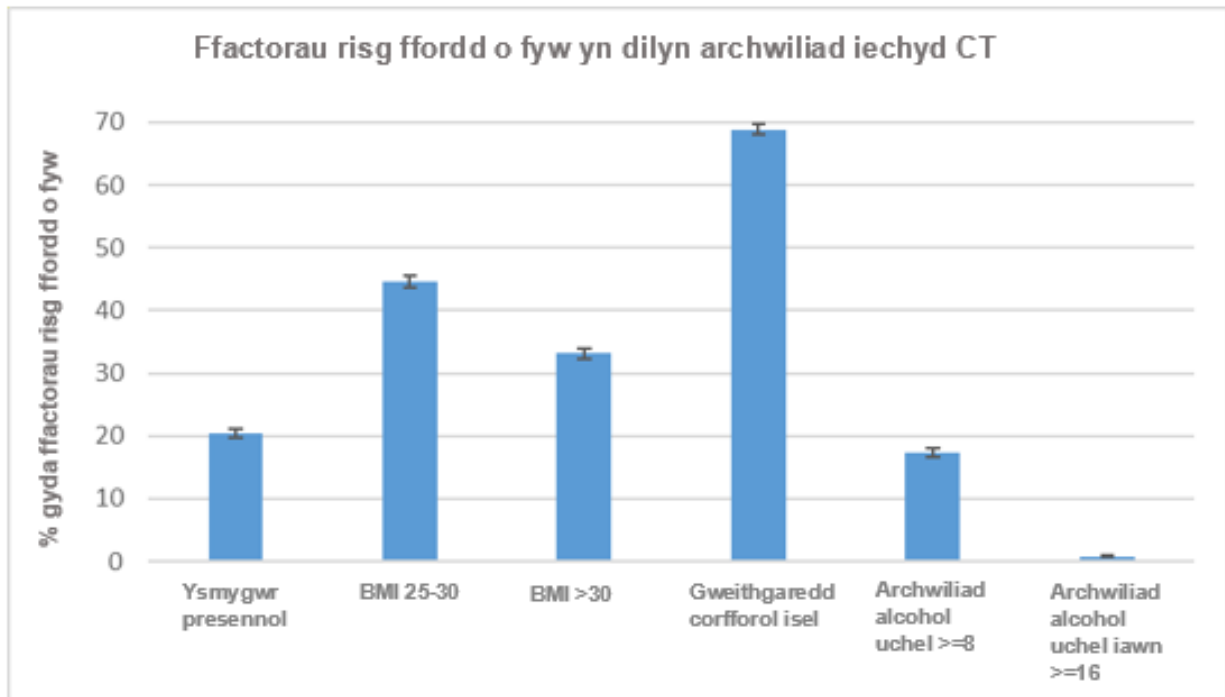
1. Ysmygwr presennol.
2. Dros bwysau neu'n ordew:
 - a. BMI 25-30 (dros bwysau).
 - b. BMI >30 (gordew).
3. Mae lefelau gweithgarwch corfforol yn cael eu dosbarthu fel segur, cymedrol anactif neu cymedrol actif.
4. Yfed llawer neu lawer iawn o alcohol:
 - a. Sgôr archwilio ≥ 8 (yfed llawer o alcohol).
 - b. Sgôr archwilio ≥ 16 (yfed llawer iawn o alcohol).

Nid oedd y ffactorau risg ffordd o fyw yn gyd-anghynhwysol, felly gallai unigolyn fod wedi bod yn ysmygwr presennol, wedi bod dros bwysau, cymedrol anactif ac yn yfed llawer o alcohol. Fodd bynnag, roedd rhai o'r categorïau o fewn y ffactorau risg ffordd o fyw yn gyd-anghynhwysol. Gellid nodi bod unigolyn naill ai dros bwysau (BMI 25-30) neu'n ordew (BMI >30) ond ni allai fod â'r ddau ffactor risg ffordd o fyw hyn.

Mae'r holl ffactorau risg ffordd o fyw hyn, ar wahân i BMI, yn hunan-gofnodedig, a allai olygu eu bod yn tanamcangyfrif gwir gyfran y bobl sydd â'r ffactorau risg ffordd o fyw hyn. Mae ymchwil wedi dangos bod astudiaethau hunangofnodedig yn tanamcangyfrif yn rheolaidd gyfran y bobl ag ymddygiadau ffordd o fyw a allai fod yn niweidiol megis lefelau uchel o yfed alcohol neu lefelau isel o weithgarwch corfforol (Livingston a Callinan 2015; Prince et al 2020). Gall hyn fod oherwydd sawl rheswm, megis ymatebwy'r nad ydynt yn cydnabod neu'n cofio eu gweithredoedd yn gywir, neu'r duedd o ran dymunoldeb cymdeithasol.

		Mynychu Archwiliad Iechyd	Ysmygwr Presennol	BMI 25-30	BMI >30	Gweithgaredd corfforol isel	Archwiliad alcohol uchel ≥ 8	Archwiliad alcohol uchel iawn ≥ 16
CT	n	11,414	2,323	5,085	3,782	7,855	1,987	96
	%	Dd/B	20.4 (19.6-21.1)	44.6 (43.6-45.5)	33.1 (32.3-34.0)	68.8 (68.0-69.7)	17.4 (16.7-18.1)	0.8 (0.7-1.0)

Tabl 37: Crynodeb o ffactorau risg ffordd o fyw a nodwyd gan Archwiliadau Iechyd (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)



Ffigur 24: Crynodeb o ffactorau risg ffordd o fyw a nodwyd yn ystod ARC (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

- Y ffactorau risg ffordd o fyw mwyaf cyffredin a nodwyd oedd:
 - gweithgarwch corfforol isel (61.5%).
 - BMI 25-30 (44.0%).
 - BMI >30 (33.7%).
- Y ffactor risg ffordd o fyw lleiaf cyffredin a nodwyd oedd Archwiliad alcohol uchel iawn ≥ 16 (0.8%).
- Wrth archwilio'r ffactorau risg sy'n gyd-anghynhwysol, gallwch weld bod 77.7% o bobl naill ai dros bwysau (BMI 25-30) neu'n ordew (BMI >30).

Canlyniadau ffordd o fyw

Canlyniadau'r rhaeadrau ffordd o fyw oedd "cael cyngor ar ffordd o fyw" neu "i gael eu cyfeirio at raglen ffordd o fyw" neu'r ddau. Roedd pawb y nodwyd bod ganddynt y ffactor risg ffordd o fyw yn gymwys i gael cyngor ar ffordd o fyw, ond dim ond rhai o'r bobl â'r ffactor risg ffordd o fyw a oedd yn gymwys i gael eu hatgyfeirio at y rhaglen ffordd o fyw. Er enghraifft, roedd pawb ag Archwiliad ≥ 8 yn gymwys i gael cyngor ar alcohol, ond dim ond y rhai ag Archwiliad ≥ 16 a oedd yn gymwys i gael eu hatgyfeirio i'r gwasanaeth alcohol. Hefyd, mae meini prawf atgyfeirio gwahanol ar gyfer rhaglenni NERS penodol, yn seiliedig ar lefelau isel o weithgarwch corfforol ac a yw hyn wedi'i gyfuno â ffactorau risg eraill ar gyfer clefydau cronig. Roedd pobl hefyd yn gallu gwrthod cael eu hatgyfeirio at wasanaeth ffordd o fyw os nad oeddent am gael eu hatgyfeirio.

Yn wahanol i'r canlyniad clinigol, byddai'r rhan fwyaf o'r canlyniadau ffordd o fyw wedi digwydd ar adeg yr ARC, gan gynnwys darparu cyngor ar ffordd o fyw neu gyfeirio at raglen ffordd o fyw. Fodd bynnag, roedd gan rai o'r canlyniadau ffordd o fyw hyn derfynau amser amrywiol hefyd. Er enghraifft, cyfeiriwyd at NERS wedi 3 mis, 6 mis neu 12 mis a chwblhau NERS wedi 6 mis a 12 mis ar ôl yr archwiliad

iechyd. (Gan fod NERS yn gwrs 16 wythnos, ni wnaethom edrych ar NERS a gwblhawyd o fewn 3 mis i archwiliad iechyd, gan na fyddai hyn wedi bod yn bosibl o ystyried hyd y cwrs). Ar gyfer y tabl hwn rydym wedi cymryd y data am 12 mis i ddangos y nifer uchaf o bobl a gafodd bob un o'r canlyniadau ffordd o fyw.

Dyma ganlyniadau'r rhaeadrau ffordd o fyw:

1. Ysmygwr presennol:
 - a. Ysmygwr a chael cyngor ar roi'r gorau i ysmygu.
 - b. Ysmygwr a chyfeirio at y gwasanaeth rhoi'r gorau i ysmygu.
2. Dros bwysau (BMI 25-30) neu'n ordew (BMI >30):
 - a. Dros bwysau neu'n ordew ac chael cyngor ar reoli pwysau.
 - b. Dros bwysau neu'n ordew a chael eu cyfeirio at wasanaeth rheoli pwysau.
3. Gweithgaredd corfforol isel:
 - a. Gweithgarwch corfforol isel a chael cyngor ar weithgarwch corfforol.
 - b. Gweithgarwch corfforol isel a chael eu cyfeirio at y Cynllun Cenedlaethol i Atgyfeirio Cleifion i Wneud Ymarfer Corff (NERS).
 - c. Gweithgarwch corfforol isel a NERS wedi'i gwblhau*.
4. Yfed llawer (Archwiliad ≥ 8) neu lawer iawn (Archwiliad ≥ 16) o alcohol:
 - a. Alcohol uchel (Archwiliad ≥ 8) ac wedi cael cyngor ar alcohol.
 - b. Alcohol uchel iawn (Archwiliad ≥ 16) a'u cyfeirio at y gwasanaeth alcohol.

*Daeth y data ar gwblhau NERS o ddata rhaglen NERS a oedd yn gysylltiedig â set ddata ICL yn SAIL. Dyma'r unig raglen ffordd o fyw yr oeddem yn gallu ei chysylltu yn SAIL, ac felly'n cael data ar ganlyniadau'r atgyfeiriad rhaglen ffordd o fyw.

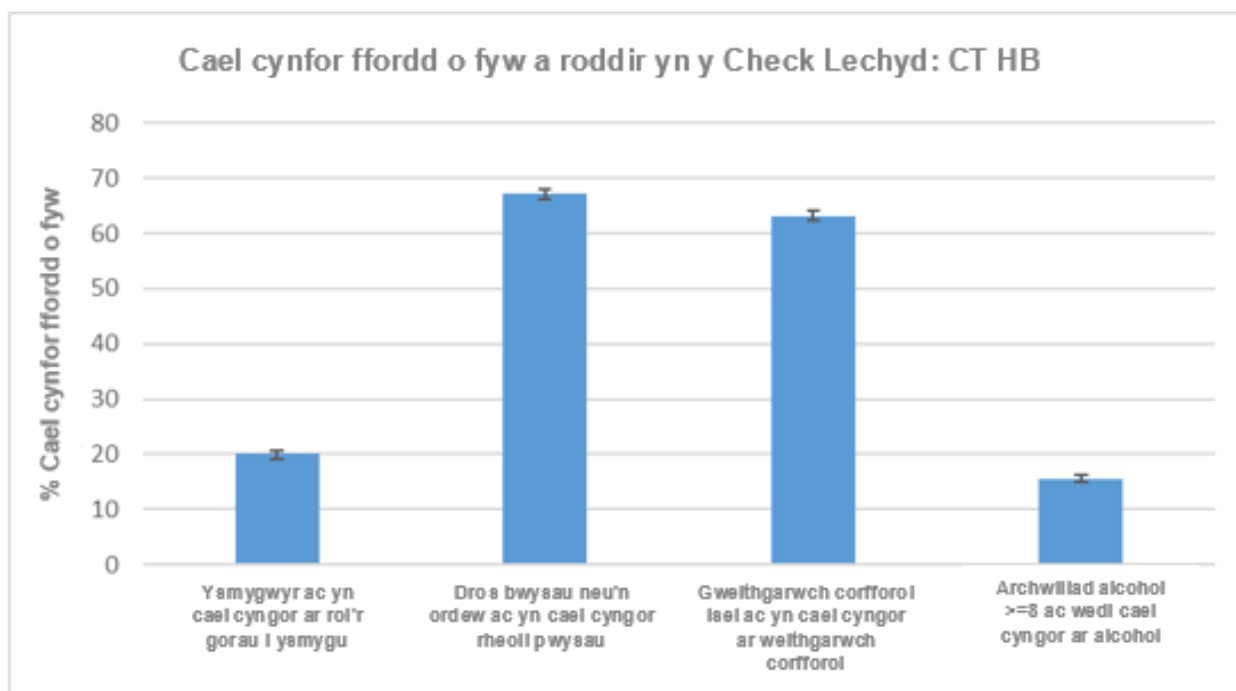
Nid oedd y canlyniadau ffordd o fyw yn gyd-anghynhwysol, felly gallai unigolyn fod yn ysmygwr presennol a chael cyngor ar ffordd o fyw a chael ei gyfeirio at wasanaeth rhoi'r gorau i ysmygu, bod dros bwysau neu'n ordew a chael cyngor rheoli pwysau a'i gyfeirio at wasanaeth rheoli pwysau, cael gweithgarwch corfforol isel a chael cyngor ar weithgarwch corfforol a chael ei gyfeirio at NERS, ac yn yfed llawer iawn o alcohol ac yn cael cyngor ar alcohol ac yn cael ei gyfeirio at wasanaethau alcohol.

Cyngor ar ffordd o fyw

Archwiliwyd canlyniadau'r cyngor ar ffordd o fyw yn gyntaf ar gyfer yr holl bobl a fynychodd ARC yn CT. Cyfrifwyd y canrannau drwy rannu nifer y bobl â'r canlyniad clinigol â 11,414 (cyfanswm nifer y bobl a fynychodd archwiliad iechyd yn CT).

		Mynychu Archwiliad Iechyd	Smygwyr a chyngor ar roi'r gorau i ysmygu	Dros bwysau neu'n ordew ac yn cael cyngor rheoli pwysau	Gweithgarwch corfforol isel ac yn cael cyngor ar weithgarwch corfforol	Archwiliad alcohol ≥ 8 ac wedi cael cyngor ar alcohol
CT	n	11,414	2,278	7,658	7,217	1,786
	%	Dd/B	20.0 (19.2-20.7)	67.1 (66.2-68.0)	63.2 (62.3-64.1)	15.6 (15.0-16.3)

Tabl 38: Crynodeb o'r cyngor ar ffordd o fyw a roddwyd yn dilyn Archwiliadau Iechyd (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)



Ffigur 25: Crynodeb o'r cyngor ar ffordd o fyw a roddwyd yn dilyn Archwiliadau Iechyd (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

- Mae'r data'n dangos mai'r cyngor ffordd o fyw mwyaf cyffredin a nodwyd oedd:
 - dros bwysau neu'n ordew ac wedi cael cyngor ar reoli pwysau (67.1%).
 - gweithgarwch corfforol isel ac wedi cael cyngor ar weithgarwch corfforol (63.2%).
- Y cyngor lleiaf cyffredin ar ffordd o fyw a nodwyd oedd:
 - Ysmygwr a chyngor ar roi'r gorau i ysmegu (20.0%).
 - Alcohol uchel (archwiliad ≥ 8) ac wedi cael cyngor ar alcohol (15.6%).
- Mae hyn yn dilyn yr un patrwm â ffactorau risg ffordd o fyw a nodwyd, gyda'r ffactorau risg ffordd o fyw mwy cyffredin â chanran uwch o bobl yn cael cyngor ar ffordd o fyw.

Mae'n werth nodi nad yw'n bosibl i'r dadansoddiad SAIL asesu effeithiolrwydd darparu cyngor ar ffordd o fyw yn yr ARC ar ffactorau risg ffordd o fyw i bobl sy'n ysmegu, sydd dros eu pwysau neu'n ordew, sydd â gweithgarwch corfforol isel neu yfed llawer o alcohol. Mae'r dadansoddiad SAIL yn gallu nodi codau READ sy'n dangos bod cyngor ar ffordd o fyw wedi'i ddarparu i bobl a fynychodd yr archwiliad iechyd, ond oherwydd diffyg camau cyson dilynol, nid oedd yn bosibl defnyddio SAIL i asesu a oedd hyn yn effeithio ar eu statws ysmegu, BMI, gweithgarwch corfforol neu yfed alcohol.

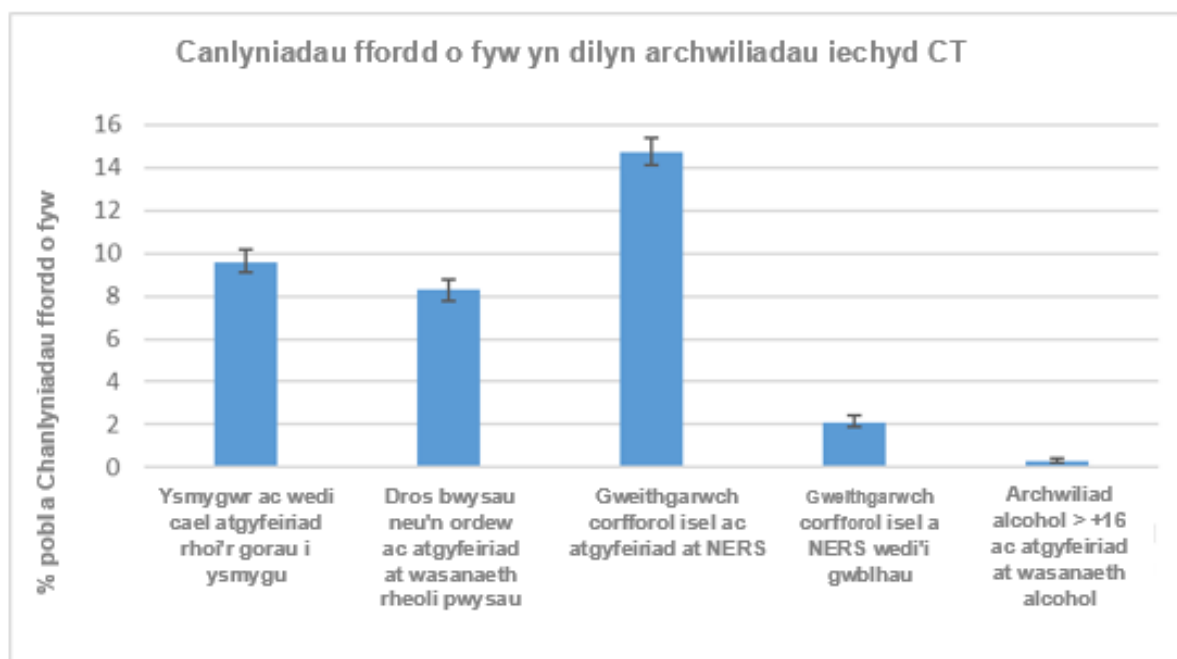
Atgyfeiriad rhaglen ffordd o fyw

Archwiliwyd canlyniadau cyfeirio'r rhaglen ffordd o fyw yn gyntaf ar gyfer yr holl bobl a fynychodd archwiliad iechyd ICL yn CT. Cyfrifwyd y canrannau drwy rannu nifer y bobl â'r canlyniad clinigol gyda 11,414 (cyfanswm nifer y bobl a fynychodd archwiliad iechyd yn CT).

Mynychu Archwiliad Iechyd	Ysmygwr ac atgyfeiriad i roi'r	Dros bwysau neu'n ordew a'u cyfeirio at	Gweithgarwch corfforol isel a'u cyfeirio at NERS	Gweithgarwch corfforol isel a NERS wedi'i gwblhau*	Archwiliad Alcohol ≥ 16 a'u cyfeirio at
---------------------------	--------------------------------	---	--	--	--

CT	n	gorau i ysmygu		wasanaeth rheoli pwysau			wasanaeth alcohol
		11,414	1,101	947	1,678	245	33
	%	Dd/B	9.6 (9.1-10.2)	8.3 (7.8-8.8)	14.7 (14.1-15.4)	2.1 (1.9-2.4)	0.3 (0.2-0.4)

Tabl 39: Crynodeb o'r broses gyfeirio a chwblhau'r rhaglen ffordd o fyw yn dilyn Archwiliadau Iechyd (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT) * Daw'r data ar gyfer cwblhau NERS o set ddata NERS a oedd yn gysylltiedig â'r set ddata ICL yn SAIL



Ffigur 26: Crynodeb o'r broses gyfeirio a chwblhau'r rhaglen ffordd o fyw yn dilyn ARC (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT) *Daw'r data ar gyfer cwblhau NERS o set ddata NERS a oedd yn gysylltiedig â'r set ddata ICL yn SAIL

- Mae'r data'n dangos mai'r rhaglenni ffordd o fyw mwyaf cyffredin y cyfeiriwyd pobl atynt oedd:
 - gweithgarwch corfforol isel a'u cyfeirio at NERS (14.7%).
 - Ysmygwyr a'u cyfeirio at roi'r gorau i ysmygu (9.6%).
 - Rhy drwm neu ordew a'u cyfeirio at reoli pwysau (8.3%).
- Y rhaglen ffordd o fyw leiaf cyffredin y cyfeiriwyd ati oedd:
 - Alcohol uchel iawn (archwiliad ≥ 16) a'u cyfeirio at y gwasanaeth alcohol (0.3%).
- Mae hyn yn dilyn patrwm tebyg i'r ffactorau risg ffordd o fyw a gafodd eu nodi, gyda'r ffactorau risg ffordd o fyw mwyaf cyffredin â chanran uwch o bobl yn cael eu cyfeirio at wasanaethau ffordd o fyw. Fodd bynnag, cyfeiriwyd cyfran lawer is â ffactorau risg ffordd o fyw at wasanaethau ffordd o fyw o gymharu â'r rhai a gafodd gyngor ar ffordd o fyw. Gallai hyn fod am sawl rheswm, gan gynnwys pobl yn gwrthod atgyfeiriad at wasanaethau ffordd o fyw, neu bobl nad ydynt yn bodloni'r trothwy ar gyfer atgyfeiriad i wasanaeth ffordd o fyw.
- Roedd data o'r rhaglen NERS yn gysylltiedig â data ICL yn SAIL, a oedd yn gallu dangos bod 2.1% (95% CH 1.9-2.4) o'r bobl yn CT a fynychodd archwiliad iechyd wedi'u nodi fel rhai â gweithgarwch corfforol isel, wedi eu cyfeirio at NERS, ac wedi hynny wedi cwblhau'r rhaglen NERS o fewn 12 mis i'r archwiliad iechyd.

Canlyniadau ffordd o fyw pobl y nodwyd bod ganddynt ffactor risg ffordd o fyw yn archwiliad iechyd ICL

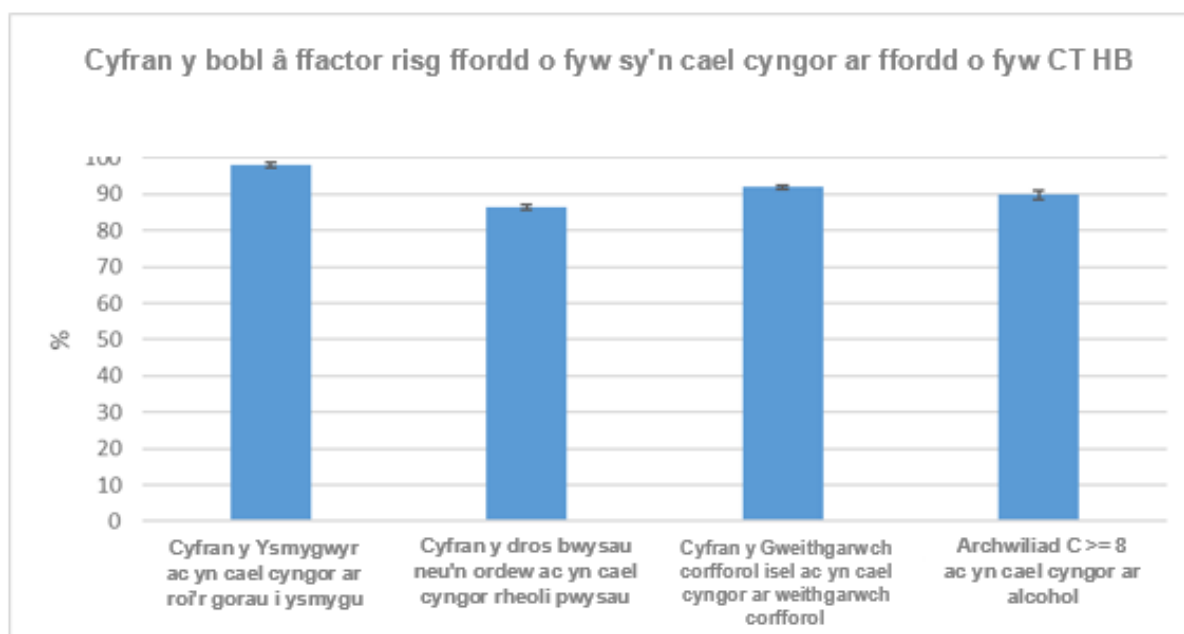
Cyngor ar ffordd o fyw

Archwiliwyd y canlyniadau cyngor ar ffordd o fyw hefyd yn ôl nifer y bobl y nodwyd bod y ffactor risg ffordd o fyw ganddynt. Cyfrifwyd y canrannau drwy rannu nifer y bobl a oedd â chanlyniad ffordd o fyw penodol â nifer y bobl a nodwyd gyda'r ffactor risg hwnnw yn yr archwiliad iechyd.

Er enghraifft, nodwyd bod 2,323 o bobl yn ysmygwyr presennol yn yr ARC. Nodwyd bod 2,278 o bobl yn ysmygwyr presennol ac wedi cael cyngor ar roi'r gorau i ysmegu. Drwy rannu 2,278/2,323 cyfrifwyd bod 98.1% o'r bobl y canfuwyd eu bod yn ysmygwyr presennol yn cael cyngor ar roi'r gorau i ysmegu.

	Cyfran yr ysmygwyr a gafodd gyngor ar roi'r gorau i ysmegu (%)	Cyfran y bobl dros bwysau neu'n ordew a gafodd gyngor rheoli pwysau (%)	Cyfran â gweithgarwch corfforol isel a gafodd gyngor ar ymarfer corff (%)	ARCHWILIAD-C ≥ 8 ac wedi cael cyngor ar alcohol (%)
CT	98.1 (97.4-98.6)	86.4 (85.6-87.1)	91.9 (91.3-92.5)	89.9 (88.5-91.1)

Tabl 40: Cyfran y bobl â ffactor risg ffordd o fyw a gafodd gyngor ar ffordd o fyw (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)



Ffigur 27: Cyfran y bobl â ffactor risg ffordd o fyw a gafodd gyngor ar ffordd o fyw (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

- Ar gyfer pob ffactor risg ffordd o fyw, nodwyd cyfran uchel iawn o bobl gyda'r ffactor risg hwnnw a gafodd gyngor ar ffordd o fyw. Ar gyfer yr holl ffactorau risg ffordd o fyw, rhoddwyd

cyngor ar ffordd o fyw i dros 85% o'r bobl a nodwyd gyda'r ffactor risg hwnnw. Mae hyn yn dangos bod y mwyafrif helaeth o bobl y nodir bod ganddynt ffactor risg ffordd o fyw yn cael cyngor ar ffordd o fyw yn yr archwiliad iechyd.

- Gallai fod llawer o resymau pam fod rhywun y nodwyd bod ganddo ffactor risg ffordd o fyw ddim yn cael ei gofnodi fel rhywun sy'n cael cyngor ffordd o fyw megis naill ai bod y ffactor risg neu'r cyngor ar ffordd o fyw heb ei gofnodi'n briodol yn ystod yr ARC, neu'r person yn gwrthod derbyn cyngor ar ffordd o fyw ar ffactor risg ffordd o fyw penodol.

Atgyfeiriad gwasanaeth ffordd o fyw neu ei gwblhau

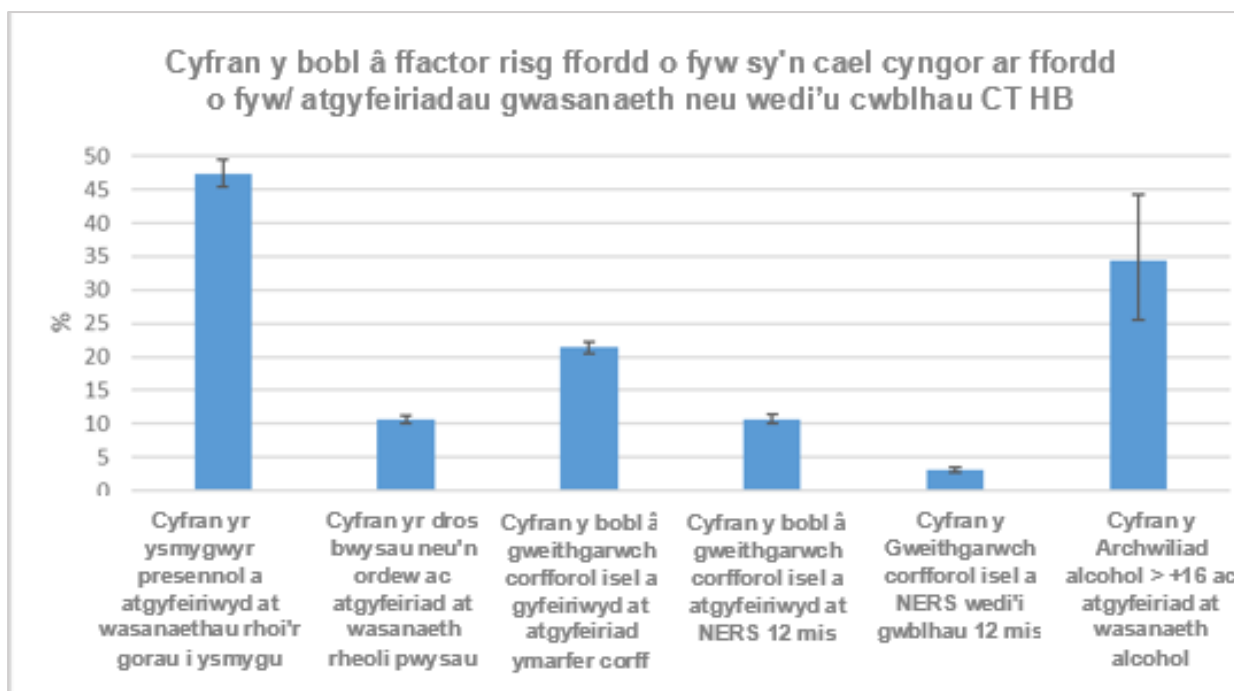
Archwiliwyd canlyniadau atgyfeirio'r gwasanaeth ffordd o fyw hefyd yn ôl nifer y bobl y nodwyd bod ganddynt y ffactor risg ffordd o fyw. Cyfrifwyd y canrannau drwy rannu nifer y bobl a oedd â chanlyniad ffordd o fyw penodol â nifer y bobl a nodwyd gyda'r ffactor risg hwnnw yn yr archwiliad iechyd.

Er enghraifft, nodwyd bod 2,323 o bobl yn ysmygu ar hyn o bryd adeg yr archwiliad iechyd. Nodwyd bod 1,101 o bobl yn ysmygwyr presennol ac wedi eu cyfeirio at wasanaethau atgyfeirio rhoi'r gorau i ysmygu. Drwy rannu 1,101/2,323 cyfrifwyd bod 47.4% o'r bobl y canfuwyd eu bod yn ysmygwyr presennol yn cael eu hatgyfeirio i roi'r gorau i ysmygu.

	Cyfran yr ysmygwyr a gafodd atgyfeiriad rhoi'r gorau i ysmygu (%)	Cyfran y rhai dros bwysau neu'n ordew a gafodd atgyfeiriad rheoli pwysau (%)	Cyfran â gweithgarwch corfforol isel a gafodd atgyfeiriad ymarfer corff (%)	Cyfran â gweithgarwch corfforol isel a gafodd atgyfeiriad NERS o fewn 12 mis* (%)	Cyfran â gweithgarwch corfforol isel ac wedi cwblhau NERS o fewn 12 mis* (%)	Cyfran gydag ARCHWILIA D-C >=16 ac wedi eu cyfeirio at wasanaethau alcohol (%)
CT	47.4 (45.4-49.4)	10.7 (10.1-11.3)	21.4 (20.5-22.3)	10.7 (10.0-11.4)	3.1 (2.8-3.5)	34.4 (25.6-44.3)

Tabl 41: Cyfran y bobl sydd â ffactor risg ffordd o fyw sydd ag atgyfeiriadau i neu wedi cwblhau gwasanaeth ffordd o fyw (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

* Daw'r data ar gyfer cwblhau NERS o set ddata NERS a oedd yn gysylltiedig â set ddata'r ICL yn SAIL



*Ffigur 28: Cyfran y bobl sydd â ffactor risg ffordd o fyw sydd ag atgyfeiriadau i neu wedi cwblhau gwasanaeth ffordd o fyw (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT). * Daw'r data ar gyfer cwblhau NERS o set ddata NERS a oedd yn gysylltiedig â'r set ddata ICL yn SAIL*

- Roedd cyfran y bobl â ffactorau risg ffordd o fyw a gafodd atgyfeiriadau gwasanaeth ffordd o fyw yn amrywio'n fawr rhwng gwahanol ffactorau risg.
- Yr atgyfeiriad gwasanaeth ffordd o fyw mwyaf cyffredin ar gyfer pobl â ffactorau risg ffordd o fyw oedd:
 - Ysmygwyr presennol a nodwyd mewn archwiliad iechyd ac a gafodd atgyfeiriad rhoi'r gorau i ysmegu (47.4%)
 - Pobl a nodwyd fel ARCHWILIAD-C ≥ 16 yn yr archwiliad iechyd a chael eu hatgyferio at wasanaethau alcohol (34.4%)
- Yr atgyfeiriad gwasanaeth ffordd o fyw lleiaf cyffredin ar gyfer pobl â ffactorau risg ffordd o fyw oedd:
 - Dros bwysau neu'n ordew wedi ei nodi yn ystod yr archwiliad iechyd ac a gafodd atgyfeiriad rheoli pwysau (10.7%)
- Mae hyn yn dangos nad oedd y mwyafrif o bobl yn y ddau CT y nodir bod ganddynt ffactor risg ffordd o fyw heb gael eu cyfeirio at wasanaeth ffordd o fyw. Gallai fod llawer o resymau pam fod rhywun y nodwyd bod ganddo ffactor risg ffordd o fyw ddim yn cael ei gofnodi fel rhywun sy'n cael atgyfeiriad i wasanaeth ffordd o fyw megis naill ai bod y ffactor risg neu'r cyngor ar ffordd o fyw heb ei gofnodi'n briodol yn ystod yr ARC, neu'r person ddim yn gymwys i dderbyn gwasanaethau (h.y. ddim yn bodloni'r meini cymhwysedd) neu'r person yn gwrthod atgyfeiriad i'r gwasanaeth ffordd o fyw. Hefyd, gallai fod darpariaeth annigonol o ran cymorth ffordd o fyw ar gael, rhywbeth a ganfuwyd oedd yn wir am gymorth rheoli pwysau yn ystod cyfnod yr astudiaeth

- Yn CT, ceir data NERS cysylltiedig sy'n dangos y canlyniad i bobl sy'n cael eu cyfeirio at NERS oherwydd gweithgarwch corfforol isel. Mae hyn yn dangos bod 10.7% (95% CH 10.0-11.4) o bobl sydd â gweithgarwch corfforol isel yn ystod yr ARC wedi'u cyfeirio at NERS, tra bod 3.1% (95% CH 2.8-3.5) sydd â gweithgarwch corfforol isel yn cwblhau NERS. Mae hyn yn dangos bod ychydig o dan 1 o bob 3 o bobl a gyfeiriwyd at NERS (cyfeiriwyd 10.7%) yn cwblhau NERS yn y pen draw (3.1% wedi ei gwblhau).
- Nid oes gennym ddata uniongyrchol sy'n cymharu'r canlyniadau hyn â'r rhaglen NERS ehangach. Fodd bynnag, rydym yn gwybod bod tua 25% o'r bobl sy'n dechrau'r rhaglen NERS fel arfer yn cwblhau wedi 16 wythnos.
- Nid oes gennym ddata cysylltiedig ar gyfer canlyniadau rhaglenni ffordd o fyw eraill, ond mae hyn yn dangos ei bod yn bosibl na fydd cyfran sylweddol o bobl sy'n cael eu cyfeirio at wasanaethau ffordd o fyw yn cwblhau'r rhaglen ffordd o fyw.

Rhaeadrau ffordd o fyw unigol

Mae'r rhaeadrau ffordd o fyw unigol yn cael eu harchwilio'n fwy trylwyr yn unigol isod. Mae pedwar rhaeadr unigol ar gyfer y gwahanol ffactorau risg a llwybrau dilynol:

1. Ysmygu a rhoi'r gorau i ysmygu
2. Bod dros bwysau neu'n ordew a rheoli pwysau
3. Anweithgarwch corfforol ac atgyfeirio cleifion i wneud ymarfer corff
4. Goryfed alcohol a gwasanaethau alcohol

Mae gan rai o'r llwybrau hyn ffactorau risg lluosog (fel yfed alcohol: ARCHWILIAD-C ≥ 8 ac ARCHWILIAD-C ≥ 16) Bydd gan y rhain dablau ar gyfer pob ffactor risg.

Mae pob rhaeadr unigol ar gyfer y gwahanol ffactorau risg yn cynnwys dau fath o dabl:

1. Tabl o nifer a chyfran y bobl a nodwyd gyda'r ffactor risg ffordd o fyw a phob un o'r camau dilynol ar gyfer y ffactor risg ffordd o fyw hwnnw.
Er enghraifft, nodwyd bod 2,323 o bobl yn ysmygwr presennol, sef 20.4% o'r 11,414 o bobl a fynychodd archwiliad iechyd yn CT.
2. Tabl o'r gwahanol ganlyniadau clinigol yn ôl nifer y bobl sydd â'r ffactor risg clinigol. Cyfrifwyd y canrannau drwy rannu nifer y bobl a gafodd ganlyniad clinigol penodol â nifer y bobl a nodwyd gyda'r ffactor risg hwnnw yn yr archwiliad iechyd.
Er enghraifft, nodwyd bod 2,323 o bobl yn ysmygu ar hyn o bryd mewn archwiliad iechyd. Nodwyd bod 2,278 o bobl yn ysmygwyr ac yn cael cyngor ar roi'r gorau i ysmygu. Drwy rannu $2,278/2,323$ cyfrifwyd bod 98.1% o'r bobl a oedd yn ysmygwyr presennol yn cael cyngor ar roi'r gorau i ysmygu.

1. Ysmygu

		Mynychu Archwiliad Iechyd	Ysmygwr presennol	Ysmygwr a chyingor rhoi'r gorau i ysmygu	ysmygwr ac atgyfeiriad i roi'r gorau i ysmygu	ysmygwr a gwrthod atgyfeiriad rhoi'r gorau i ysmygu
CT	n	11,414	2,323	2,278	1,101	914
	%	Dd/B	20.4	20.0	9.6	8.0

Tabl 42: Nifer a chanran y bobl â ffactor risg ffordd o fyw sy'n ysmygu ar hyn o bryd a'r camau dilynol ar gyfer ffordd o fyw (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

	Ysmygwr presennol	Cyfran yr ysmygwyr a gafodd gyngor ar roi'r gorau i ysmygu (%)	Cyfran yr ysmygwyr a gafodd atgyfeiriad rhoi'r gorau i ysmygu (%)	Cyfran yr ysmygwyr ac atgyfeiriad rhoi'r gorau i ysmygu wedi ei wrthod (%)
CT	2,323	98.1	47.4	39.3

Tabl 43: Cyfran y bobl sydd â camau dilynol ar eu ffordd o fyw ar ôl nodi'r ffactor risg ffordd o fyw sy'n ysmygu ar hyn o bryd (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

2. Dros bwysau ac yn ordew

		Mynychu Archwiliad Iechyd	Dros bwysau (BMI 25-30)	Gordew (BMI >30)	Dros bwysau neu'n ordew	Dros bwysau neu'n ordew a chyingor rheoli pwysau	Dros bwysau neu'n ordew ac atgyfeiriad rheoli pwysau	Dros bwysau neu'n ordew a gwrthod atgyfeiriad rheoli pwysau
CT	n	11,414	5,085	3,782	8,867	7,658	947	295
	%	Dd/B	44.6	33.1	77.7	67.1	8.3	2.6

Tabl 44: Nifer a chanran y bobl â ffactorau risg ffordd o fyw dros bwysau neu'n ordew a chamau dilynol ffordd o fyw (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

	Dros bwysau neu'n ordew	Cyfran y bobl dros bwysau neu'n ordew a gafodd gyngor rheoli pwysau (%)	Cyfran y rhai dros bwysau neu'n ordew a gafodd atgyfeiriad rheoli pwysau (%)	Cyfran y rhai dros bwysau neu'n ordew a wrthododd atgyfeiriad rheoli pwysau (%)
CT	8,867	86.4	10.7	3.3

Tabl 45: Cyfran y bobl â chamau dilynol ffordd o fyw ar ôl nodi ffactorau risg ffordd o fyw dros bwysau neu'n ordew (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

3. Gweithgaredd corfforol isel

	Mynychu Archwiliad Iechyd	Gweithgaredd corfforol isel	Gweithgaredd corfforol isel a chynghor ymarfer corff	Gweithgaredd corfforol isel ac atgyfeiriad ymarfer corff	Gweithgarwch corfforol isel ac atgyfeiriad ymarfer corff wedi ei wrthod
CT	n	11414	7855	7217	1678
	%	Dd/B	68.8	63.2	14.7

Tabl 46: Nifer a chanran y bobl â ffactor risg ffordd o fyw gweithgarwch corfforol isel a'r camau dilynol ar gyfer ffordd o fyw (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

	Gweithgaredd corfforol isel	Cyfran â gweithgarwch corfforol isel a gafodd gynghor ar ymarfer corff (%)	Cyfran â gweithgarwch corfforol isel a gafodd atgyfeiriad ymarfer corff (%)	Cyfran â gweithgarwch corfforol isel a wrthododd atgyfeiriad ymarfer corff (%)
CT	7855	91.9	21.4	43.0

Tabl 47: Cyfran y bobl â chamau dilynol ffordd o fyw ar ôl nodi ffactor risg ffordd o fyw gweithgarwch corfforol isel (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

	Mynychu Archwiliad Iechyd	Gweithgarwch corfforol isel ac atgyfeiriad NERS 3 mis*	Gweithgarwch corfforol isel ac atgyfeiriad NERS 6 mis*	Gweithgarwch corfforol isel ac atgyfeiriad NERS 12 mis*	Gweithgarwch corfforol isel a chwblhau NERS 6 mis*	Gweithgarwch corfforol isel a chwblhau NERS 12 mis*
CT	n	11414	785	817	839	233
	%	Dd/B	6.9	7.2	7.4	2.0

Tabl 48: Nifer a chanran y bobl â ffactor risg ffordd o fyw gweithgarwch corfforol isel a chamau dilynol ar ffordd o fyw (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT) * Daw'r data ar gyfer NERS o set ddata NERS a oedd yn gysylltiedig â'r set ddata ICL yn SAIL

	Gweithgaredd corfforol isel	Cyfran â gweithgarwch corfforol isel ac atgyfeiriad NERS 3 mis (%)	Cyfran â gweithgarwch corfforol isel ac atgyfeiriad NERS 6 mis (%)	Cyfran â gweithgarwch corfforol isel ac atgyfeiriad NERS 12 mis (%)	Cyfran â gweithgarwch corfforol isel ac wedi cwblhau NERS 6 mis (%)	Cyfran â gweithgarwch corfforol isel ac wedi cwblhau NERS 12 mis (%)
CT	7855	10.0	10.4	10.7	3.0	3.1

Tabl 49: Cyfran y bobl â chamau dilynol ffordd o fyw ar ôl nodi ffactor risg ffordd o fyw gweithgarwch corfforol isel (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT) * Daw'r data ar gyfer NERS o set ddata NERS a oedd yn gysylltiedig â'r set ddata ICL yn SAIL

4. Yfed llawer o alcohol

		Mynychu Archwiliad Iechyd	ARCHWILIAD-C alcohol uchel ≥ 8	ARCHWILIAD-C ≥ 8 ac wedi cael cyngor ar alcohol
CT	n	11414	1987	1786
	%	Dd/B	17.4	15.6

Tabl 50: Nifer a chanran y bobl â ffactor risg ffordd o fyw alcohol uchel ARCHWILIAD-C ≥ 8 a'r camau dilynol ar ffordd o fyw (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

	ARCHWILIAD-C alcohol uchel ≥ 8	ARCHWILIAD-C ≥ 8 ac wedi cael cyngor ar alcohol
CT	1987	89.9

Tabl 51: Cyfran y bobl sydd â chmau dilynol ffordd o fyw ar ôl nodi ffactor risg ffordd o fyw alcohol uchel ARCHWILIAD-C ≥ 8 (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

		Mynychu Archwiliad Iechyd	ARCHWILIAD-C alcohol uchel iawn ≥ 16	ARCHWILIAD-C ≥ 16 a'u cyfeirio at wasanaethau alcohol	ARCHWILIAD-C ≥ 16 a gwrthod atgyfeiriad at wasanaethau alcohol
CT	n	11414	96	33	33
	%	Dd/B	0.8	0.3	0.3

Tabl 52: Nifer a chanran y bobl â ffactor risg ffordd o fyw alcohol uchel iawn ARCHWILIAD-C ≥ 16 a'r camau dilynol ffordd o fyw (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

	ARCHWILIAD-C alcohol uchel iawn ≥ 16	Cyfran gydag ARCHWILIAD-C ≥ 16 ac wedi eu cyfeirio at wasanaethau alcohol (%)	Cyfran gydag AUDIT-C ≥ 16 ac wedi gwrthod atgyfeiriad at wasanaethau alcohol (%)
CT	96	34.4	34.4

Tabl 53: Cyfran y bobl sydd â chmau dilynol ar eu ffordd o fyw ar ôl nodi ffactor risg ffordd o fyw alcohol uchel iawn ARCHWILIAD-C ≥ 16 (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

- Mae'r rhaeadrau ffordd o fyw unigol yn dangos bod cyfran uchel o bobl sy'n cael eu hadnabod â ffactorau risg ffordd o fyw yn cael cyngor ar ffordd o fyw o gymharu â'r gyfran a atgyfeirir at wasanaethau ffordd o fyw. Er enghraifft, mae 98.1% o ysmygwyr yn cael cyngor ar ysmegu a

dim ond 47.4% o ysmygwyr sy'n cael eu cyfeirio at wasanaethau rhoi'r gorau i ysmegu. Fodd bynnag, fel y soniwyd uchod, ni fyddai rhai pobl a nodwyd â rhai ffactorau risg ffordd o fyw wedi bod yn gymwys (wedi bodloni'r meini prawf atgyfeirio) ar gyfer atgyfeirio i wasanaethau ffordd o fyw penodol o fewn CT. Nid yw ychwaith yn nodi'r rhesymau pam y gwrthododd pobl atgyfeiriadau, er enghraifft pe baent wedi eu nodi â ffactorau risg lluosog ac yn dewis derbyn atgyfeiriad i un gwasanaeth ffordd o fyw.

- Newidiodd CTM i system optio allan o'r system optio i mewn flaenorol o atgyfeiriadau ar gyfer gwasanaethau rhoi'r gorau i ysmegu Helpa Fi i Stopio (HMQ), a arweiniodd at gynnydd mewn atgyfeiriadau Helpa Fi i Stopio. Fodd bynnag, oherwydd i'r newid hwn i atgyfeiriadau Helpa Fi i Stopio yn CTM ddigwydd hanner ffordd drwy gyfnod dadansoddi data SAIL, nid yw hyn wedi'i gynnwys yn y data SAIL.
- Cofnododd y rhaeadrau unigol hefyd nifer y bobl a wrthododd atgyfeiriad at wasanaethau, er enghraifft, gwrthododd 39.3% o ysmygwyr atgyfeiriad gwasanaeth rhoi'r gorau i ysmegu. Fodd bynnag, ar gyfer y rhan fwyaf o rhaeadrau, roedd hyn yn dal i adael rhai pobl a oedd wedi'u nodi â'r ffactor risg na chawsant eu cofnodi fel rhai a gyfeiriwyd at wasanaethau neu a wrthodwyd. Er enghraifft, o'r 2,032 o ysmygwyr cyfeiriwyd 1,101 at wasanaethau rhoi'r gorau i ysmegu a gwrthododd 914 atgyfeiriad at wasanaethau rhoi'r gorau i ysmegu. Mae hyn yn gadael 308 o ysmygwyr nad ydynt yn cael eu cofnodi fel rhai sydd naill ai'n cael eu hatgyfeirio neu'n gwrthod atgyfeiriad. Gall hyn fod o ganlyniad i gofnodi neu atgyfeirio gwallus neu atgyfeirio yn cael ei wrthod, neu oherwydd gwahaniaethau yn y meini prawf cymhwysedd ar gyfer rhai ffactorau risg ffordd o fyw. Ar ddechrau 2019, newidiodd atgyfeiriadau i gymorth rhoi'r gorau i ysmegu o optio i mewn i optio allan a gynyddodd y cyfraddau atgyfeirio.

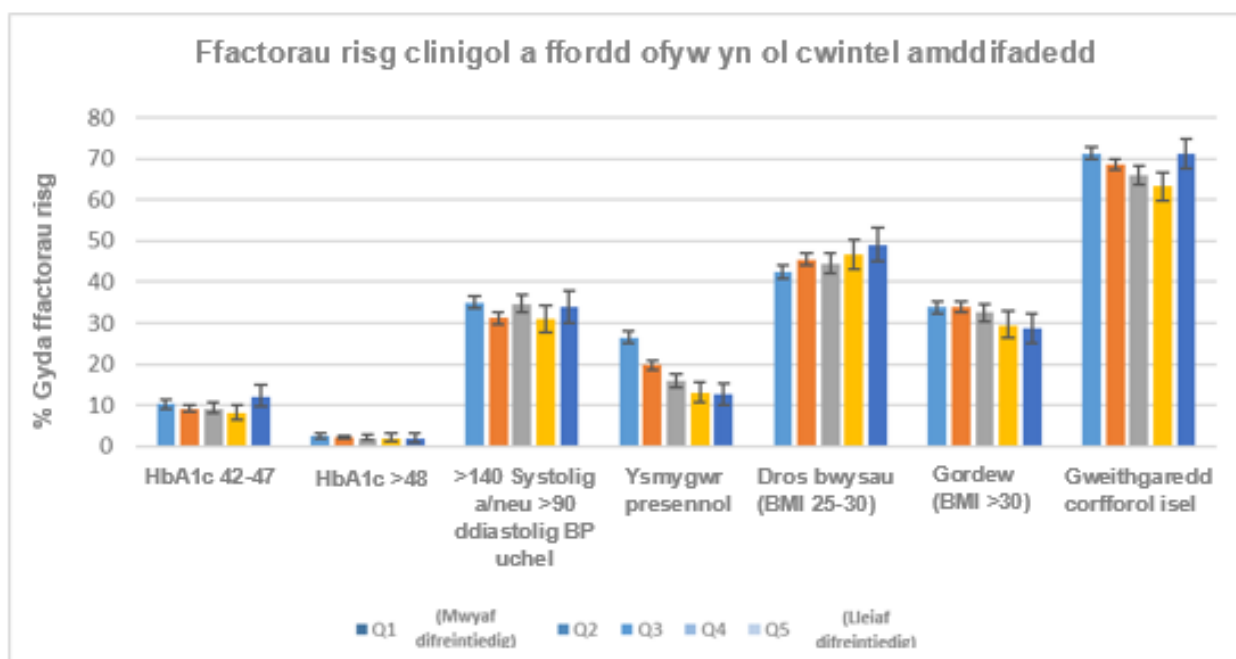
Effaith oedran, rhyw ac amddifadedd ar raeadrau clinigol a ffordd o fyw

Ffactorau risg clinigol a ffordd o fyw yn ôl amddifadedd

Archwiliwyd y ffactorau risg clinigol a ffordd o fyw allweddol a rheolaeth a oedd fwyaf cyffredin yn ôl cwintelau amddifadedd. Dewiswyd y rhain gan fod ffactorau risg yn fwy cyffredin ym mhoblogaeth CT er mwyn caniatáu dadansoddiad pellach yn ôl cwintel amddifadedd. Cynhaliwyd y dadansoddiad hwn ar gyfer CT yn unig. Y ffigurau mynychwyd yw'r bobl a fynychodd archwiliad iechyd a gynhaliwyd gan CT.

		Mynychu archwiliad iechyd	HbA1c 42-47	HbA1c >48	Pwysedd gwaed Uwch (>140 systolig a/neu >90 diastolig)	Ysmygwr presennol	Dros bwysau (BMI 25- 30)	Gordew (BMI >30)	Gweithgaredd corfforol isel
C1 (â'r amddifadedd mwyaf)	n	3571	363	87	1,251	945	1,517	1,209	2,549
	%	Dd/B	10.2 (9.2-11.2)	2.4 (2.0-3.0)	35.0 (33.5-36.6)	26.5 (25.0-27.9)	42.5 (40.9-44.1)	33.9 (32.3-35.4)	71.4 (69.9-72.8)
C2	n	4353	402	91	1,357	859	1,981	1,479	2,994
	%	Dd/B	9.2 (8.4-10.1)	2.1 (1.7-2.6)	31.2 (29.8-32.6)	19.7 (18.6-20.9)	45.5 (44.0-47.0)	34.0 (32.6-35.4)	68.8 (67.4-70.1)
C3	n	1744	161	35	605	278	777	566	1,151
	%	Dd/B	9.2 (8.0-10.7)	2.0 (1.5-2.8)	34.7 (32.5-37.0)	15.9 (14.3-17.7)	44.5 (42.2-46.9)	32.5 (30.3-34.7)	66.0 (63.7-68.2)
C4	n	763	61	15	236	99	356	225	483
	%	Dd/B	8.0 (6.3-10.1)	2.0 (1.2-3.2)	30.9 (27.8-34.3)	13.0 (10.8-15.6)	46.7 (43.2-50.2)	29.5 (26.4-32.8)	63.3 (59.8-66.7)
C5 (â'r amddifadedd lleiaf)	n	591	71	11	200	74	290	169	422
	%	Dd/B	12.0 (9.6-14.9)	1.9 (1.0-3.3)	33.8 (30.1-37.8)	12.5 (10.1-15.4)	49.1 (45.1-53.1)	28.6 (25.1-32.4)	71.4 (67.6-74.9)

Tabl 54: Ffactorau risg clinigol a ffordd o fyw yn ôl cwintel amddifadedd (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)



Ffigur 29: Ffactorau risg clinigol a ffordd o fyw yn ôl cwintel amddifadedd (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

- Nid oes patrwm clir ar gyfer ffactorau risg clinigol o HbA1c 42-47 neu >48 uwch neu bwysedd gwaed uwch (>140 systolig a/neu >90 diastolig).
- Mae patrwm cliriach ar gyfer ffactorau risg ffordd o fyw, yn enwedig ysmygu. Roedd 26.5% (95% CH 25.0-27.9) o bobl yn C1 (â'r amddifadedd mwyaf) yn ysmygwyr presennol, a dim ond 12.5% (95% CH 10.1-15.4) o bobl yn C5 â'r amddifadedd lleiaf a oedd yn ysmygu. Mae hyn yn dangos perthynas glir rhwng lefelau amddifadedd a nifer yr achosion o ysmygu.
- Dangosodd gweithgarwch corfforol isel berthynas debyg o lefelau uwch o anweithgarwch corfforol yn C1 a oedd yn gostwng yn araf i C4. Fodd bynnag, roedd y lefelau uchaf o anweithgarwch corfforol yn C5.
- Roedd y canfyddiadau dros bwysau a gordew hefyd yn ddiddorol gan eu bod yn dangos patrymau i'r gwrthwyneb. Roedd cyfran y bobl a oedd dros eu pwysau ar ei hisaf yn C1 ac ar ei uchaf yn C5, tra bod cyfran y bobl a oedd yn ordew ar ei hisaf yn C5 ac ar ei uchaf yn C1. Fodd bynnag, nid yw'r gwahaniaeth ond yn ystadegol arwyddocaol rhwng C1 a C5 ar gyfer pobl dros bwysau, ac nid yw'n ystadegol arwyddocaol wahanol rhwng y cwintelau gwahanol ar gyfer pobl ordew.

Rheolaeth glinigol a rheolaeth ffordd o fyw yn ôl amddifadedd

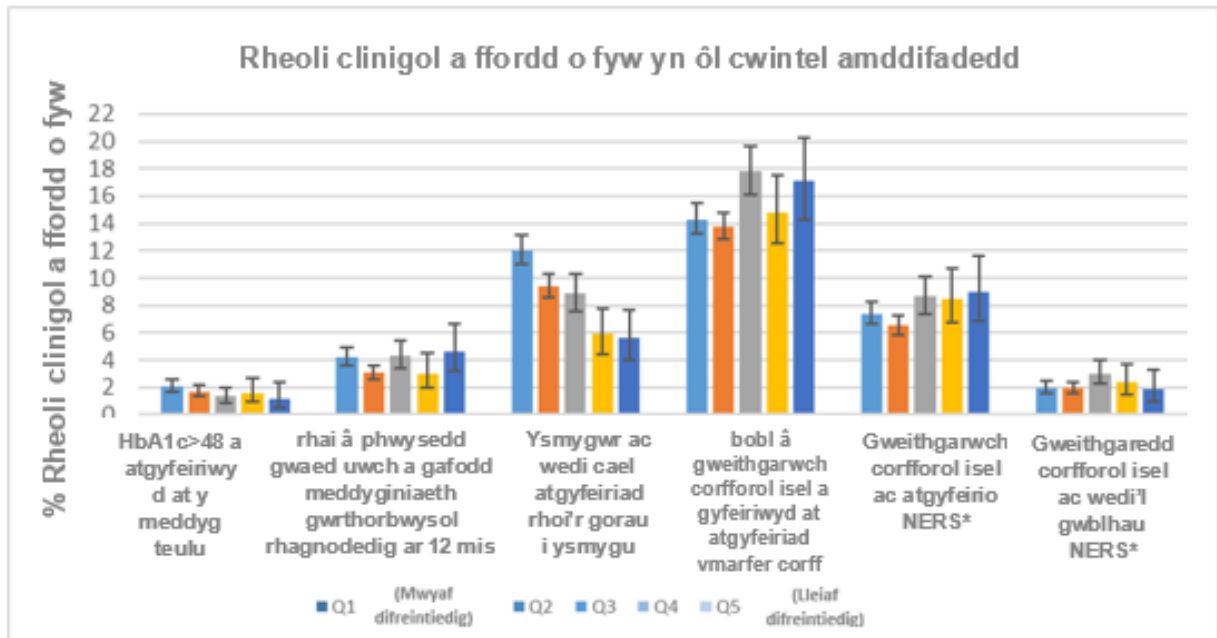
Mae'r rheolaeth glinigol a rheolaeth ffordd o fyw yn ôl amddifadedd yn cynnwys dau fath o dabl:

1. Tabl o nifer a chyfran y bobl a nodwyd gyda'r ffactor risg clinigol neu ffordd o fyw a phob un o'r camau dilynol ar gyfer y ffactor risg clinigol neu ffordd o fyw hwnnw yn ôl cwintel amddifadedd.
Er enghraifft, nodwyd bod gan 75 o bobl yn C1 (â'r amddifadedd mwyaf) HbA1c o >48 ac fe'u cyfeiriwyd at y meddyg teulu, sef 2.1% o'r 3,571 o bobl yn C1 a fynychodd archwiliad iechyd yn CT.
2. Tabl o'r gwahanol ganlyniadau clinigol neu ffordd o fyw yn ôl nifer y bobl sydd â'r ffactor risg clinigol neu ffordd o fyw yn ôl cwintel amddifadedd. Cyfrifwyd y canrannau drwy rannu nifer y bobl a oedd â chanlyniad clinigol neu ffordd o fyw penodol â nifer y bobl a nodwyd gyda'r ffactor risg clinigol neu ffordd o fyw hwnnw yn yr archwiliad iechyd.
Er enghraifft, cafodd 86.2% o bobl yn C1 (â'r amddifadedd mwyaf) y nodwyd bod ganddynt HbA1c o >48 eu cyfeirio wedyn at feddyg teulu.

		Mynychu archwiliad iechyd	HbA1c >48 ac wedi eu cyfeirio at feddyg teulu	Pwysedd gwaed uwch ac ar feddygini aeth gwrth- HTN o fewn 12 mis	Ysmygwr ac wedi ei atgyfeirio at roi'r gorau i ysmygu	Gweithgar wch corfforol isel ac atgyfeiria d ymarfer corff	Gweithgar wch corfforol isel ac atgyfeiria d NERS*	Gweithgar wch corfforol isel a NERS wedi'i gwblhau*
C1 (â'r amddifa dedd mwyaf)	n	3571	75	149	428	512	264	71
	%	Dd/B	2.1 (1.7- 2.6)	4.2 (3.6- 4.9)	12.0 (11.0- 13.1)	14.3 (13.2- 15.5)	7.4 (6.6- 8.3)	2.0 (1.6- 2.5)
C2	n	4353	75	134	411	599	282	85
	%	Dd/B	1.7 (1.4- 2.2)	3.1 (2.6- 3.6)	9.4 (8.6- 10.3)	13.8 (12.8- 14.8)	6.5 (5.8- 7.3)	2.0 (1.6- 2.4)
C3	n	1744	24	75	155	310	151	53
	%	Dd/B	1.4 (0.9- 2.0)	4.3 (3.4- 5.4)	8.9 (7.6- 10.3)	17.8 (16.1- 19.6)	8.7 (7.4- 10.1)	3.0 (2.3- 4.0)
C4	n	763	12	23	45	113	65	18
	%	Dd/B	1.6 (1.0- 2.7)	3.0 (2.0- 4.5)	5.9 (4.4- 7.8)	14.8 (12.5- 17.5)	8.5 (6.7- 10.7)	2.4 (1.5- 3.7)
C5 (â'r amddifa dedd lleiaf)	n	591	7	27	33	101	53	11

	%	Dd/B	1.2 (0.6-2.4)	4.6 (3.2-6.6)	5.6 (4.0-7.7)	17.1 (14.3-20.3)	9.0 (6.9-11.6)	1.9 (1.0-3.3)
--	---	------	---------------	---------------	---------------	------------------	----------------	---------------

Tabl 55: Rheolaeth glinigol a rheolaeth ffordd o fyw yn ôl cwintel amddifadedd (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT) * Data o set ddata'r NERS a oedd yn gysylltiedig â set ddata'r ICL yn NERS.

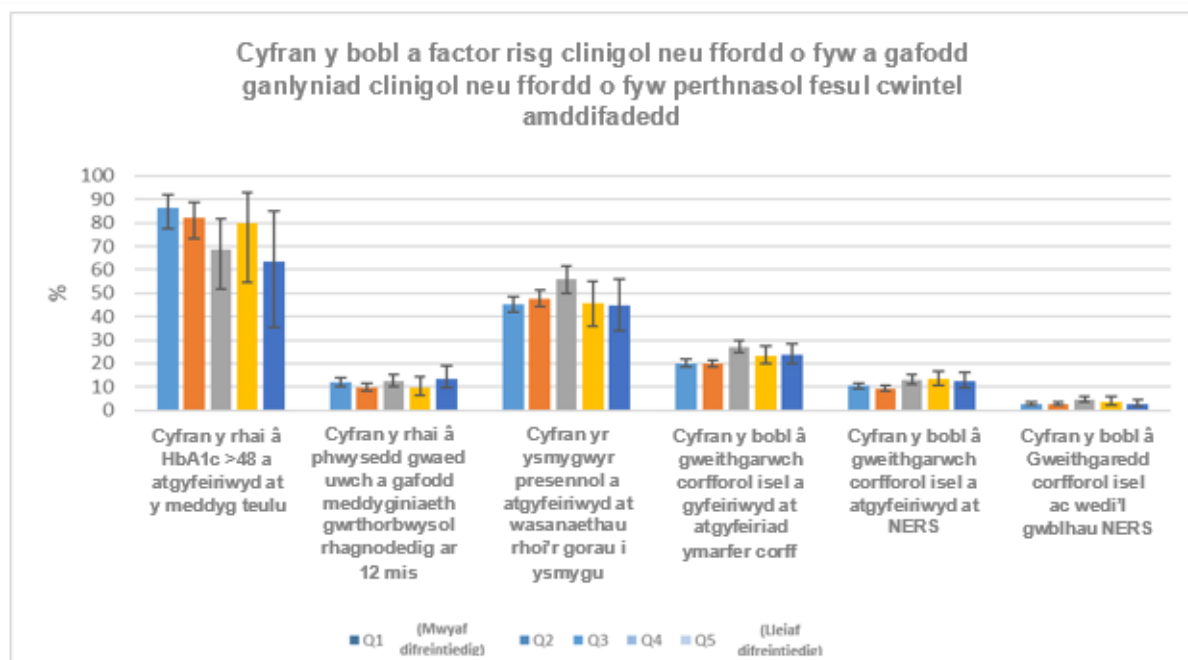


Ffigur 30: Rheolaeth glinigol a rheolaeth ffordd o fyw yn ôl cwintel amddifadedd (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

- Nid oes perthynas glir rhwng cwintel amddifadedd a'r rhan fwyaf o feysydd rheolaeth glinigol a ffordd o fyw yn ôl cwintel amddifadedd.
- Mae hyn yn debygol o fod o ganlyniad i'r ffaith nad oedd cydberthynas glir rhwng llawer o'r ffactorau risg clinigol a ffordd o fyw ac amddifadedd, felly nid oes perthynas â rheolaeth y cyflyrau hyn.
- Yr unig eithriad yw ysmegu, sy'n dangos yr atgyfeiriad uchaf at roi'r gorau i ysmegu yn y cwintel â'r amddifadedd mwyaf (C1) a'r isaf yn yr un â'r amddifadedd lleiaf (C5). Mae gwahaniaeth ystadegol arwyddocaol o ran atgyfeirio pobl i roi'r gorau i ysmegu rhwng y cwintellau â'r amddifadedd mwyaf (C1 a C2) a'r cwintellau â'r amddifadedd lleiaf (C4 a C5), nad yw'n cael ei weld ar gyfer unrhyw ffactor risg clinigol neu ffordd o fyw arall. Mae hyn yn debygol o adlewyrchu bod cyfran llawer uwch o bobl yn C1 yn ysmegwyr presennol o gymharu â C5.

	Cyfran y rhai sydd â HbA1c >48 a gyfeiriwyd at y meddyg teulu (%)	Cyfran y rhai â phwysedd gwaed uwch a gafodd feddyginiaeth gwrth-HTN ar bresgripsiwn o fewn 12 mis (%)	Cyfran yr ysmygwyr presennol a gyfeiriwyd at wasanaethau rhoi'r gorau i ysmegu (%)	Cyfran y bobl â gweithgarwch corfforol isel a gafodd atgyfeiriad ymarfer corff (%)	Cyfran y bobl â gweithgarwch corfforol isel a gyfeiriwyd at NERS* (%)	Cyfran y bobl â gweithgarwch corfforol isel a gwblhaodd NERS* (%)
C1 (â'r amddifadedd mwyaf)	86.2 (77.4-91.9)	11.9 (10.2-13.8)	45.3 (42.1-48.5)	20.1 (18.6-21.7)	10.4 (9.2-11.6)	2.8 (2.2-3.5)
C2	82.4 (73.3-88.9)	9.9 (8.4-11.6)	47.8 (44.5-51.2)	20.0 (18.6-21.5)	9.4 (8.4-10.5)	2.8 (2.3-3.5)
C3	68.6 (52.0-81.5)	12.4 (10.0-15.3)	55.8 (49.9-61.5)	26.9 (24.5-29.6)	13.1 (11.3-15.2)	4.6 (3.5-6.0)
C4	80.0 (54.8-93.0)	9.7 (6.6-14.2)	45.5 (36.0-55.2)	23.4 (19.8-27.4)	13.5 (10.7-16.8)	3.7 (2.4-5.8)
C5 (â'r amddifadedd lleiaf)	63.6 (35.4-84.8)	13.5 (9.5-18.9)	44.6 (33.8-55.9)	23.9 (20.1-28.2)	12.6 (9.7-16.1)	2.6 (1.5-4.6)

Tabl 56: Cyfran y bobl â ffactor risg clinigol neu ffordd o fyw a gafodd ganlyniad clinigol neu ffordd o fyw perthnasol yn ôl cwntel amddifadedd (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT) *Data o set ddata'r NERS a oedd yn gysylltiedig â set ddata'r ICL yn SAIL



Ffigur 31: Cyfran y bobl â ffactor risg clinigol neu ffordd o fyw a gafodd ganlyniad clinigol neu ffordd o fyw perthnasol yn ôl cwntel amddifadedd (Bwrdd Iechyd Prifysgol CT)

- Nid oes perthynas glir rhwng cwintelau amddifadedd a chyfran y bobl ag unrhyw un o'r ffactorau risg clinigol neu ffordd o fyw yr ymchwiliwyd iddynt a'r canlyniadau clinigol neu ffordd o fyw perthnasol. Nid oes yr un o'r canlyniadau'n wahanol yn ystadegol o un cwintel i un arall ar gyfer yr un ffactor risg clinigol neu ffordd o fyw.
- Mae hyn yn dangos nad oedd pobl o wahanol cwintelau amddifadedd yn cael rheolaeth gofal iechyd neu ffordd o fyw na chanlyniadau gwahanol iawn yn dilyn eu gwiriadau iechyd. Mae hyn yn dangos, er bod tystiolaeth bod ffactorau risg ffordd o fyw fel ysmygu a gordewdra yn dangos cysylltiad cryf â cwintelau amddifadedd, nid oes unrhyw dystiolaeth o Gyfraith Gofal Gwrthgyfartal ar gyfer rheoli'r ffactorau risg hyn ar ôl iddynt gael eu nodi.

Pennod 5: Myfyrdodau ar y Rhaglen ICL

Yn ystod 2021, casglwyd myfyrdodau ar y Rhaglen ICL gan amrywiaeth o staff Iechyd y Cyhoedd a Gofal Sylfaenol a oedd yn goruchwyllo neu'n gweithio ar y Rhaglen ICL. Nod y myfyrdodau hyn oedd coladu profiadau'r rhaglenni hyd yn hyn, gan gynnwys yr hyn a oedd wedi gweithio'n dda gyda gwiriadau iechyd ARC, pa feysydd y gallai fod angen eu gwella neu eu newid, a syniadau ar ddyfodol y Rhaglen ICL.

Mae'r myfyrdodau hyn wedi'u rhannu'n ddwy adran.

- Nod myfyrdodau ar gyfer y Rhaglen ICL yn CTM yw casglu myfyrdodau ar brofiadau'r staff sydd wedi bod yn goruchwyllo neu'n gweithio o fewn y rhaglen ICL yn CT ac yn fwy diweddar Pen-y-bont ar Ogwr. Nod y myfyrdodau hyn yw llywio dyfodol y Rhaglen ICL yn CTM yn benodol.
- Nod myfyrdodau ar gyfer y Rhaglen ICL ledled Cymru yw casglu myfyrdodau mwy eang ar y Rhaglen ICL. Nod y myfyrdodau hyn yw llywio dyfodol y Rhaglen ICL ar draws Cymru gyfan.

Maes y Rhaglen ICL	Tystiolaeth o'r Adolygiad o Dystiolaeth a data SAIL	Myfyrdodau ar gyfer y Rhaglen ICL yn CTM	Myfyrdodau ar gyfer y Rhaglen ICL ledled Cymru
Nod y Rhaglen ICL	Nod y Rhaglen ICL yw mynd i'r afael â'r Gyfraith Gofal Gwrthgyfartal, sy'n nodi bod gofal meddygol yn tueddu i amrywio'n wrthdro gydag anghenion y boblogaeth a wasanaethir. Ei nod yw gwella'r gwaith o atal a rheoli cyflyrau cronig a lleihau marwolaethau cynamserol drwy gynnig ARCau i bobl gymwys sy'n byw yn AB a CTM, er mwyn lleihau anghydraddoldebau iechyd. Mae'r adolygiad o lenyddiaeth yn dangos y gallai rhaglenni Archwiliad Iechyd clefyd	Dylai'r Rhaglen ICL yn CTM barhau i ganolbwyntio ar fynd i'r afael â'r Gyfraith Gofal Gwrthgyfartal, drwy anelu at wella'r gwaith o atal a rheoli "cyflyrau cronig". Ar hyn o bryd, mae'r ffocws ar gynnig ARCau i bobl gymwys, gan ganolbwyntio ar risg clefyd cardiofasgwlaidd. Dylai hyn barhau, ond dylid hefyd ystyried sut i gynyddu gwerth yr ymgynghoriad/rhyngweithio i'r eithaf o ran y clefion a'r system gofal iechyd. Gall hyn olygu ymestyn i gynnwys cyflyrau eraill e.e. canser yr ysgyfaint, cyn-ddiabetes, COPD.	Mae'r Rhaglen ICL yn darparu model o ARC y gellid ei gyflwyno'n ehangach ledled Cymru. Dylai barhau i dargedu poblogaethau ag amddifadedd uwch gyda'r nod o wella iechyd y boblogaeth, a lleihau anghydraddoldebau iechyd. Dylai barhau i anelu at greu model mwy integredig o asesu a rheoli risg clefydau cardiofasgwlaidd. Ystyried sut i wneud y mwyaf o werth yr ymgynghoriad/rhyngweithio ar gyfer y clefion a'r system gofal iechyd. Gall hyn olygu ymestyn i gynnwys cyflyrau eraill e.e. canser yr ysgyfaint, COPD, cyn diabetes. Ystyried y blaenoriaethau lleol ar gyfer y Rhaglen ICL o ystyried effaith COVID-19 ar wahanol boblogaethau, fel y disgrifir yn "Build Back

	cardiofasgwlaidd sy'n targedu poblogaethau o amddifadedd uwch wella anghydraddoldebau iechyd, a gallant fod yn fwy cost-effeithiol na sgrinio ar lefel y boblogaeth gyfan. Fodd bynnag, nid yw'r dystiolaeth hon yn ddiymwad. Mae data SAIL yn dangos bod cyfran fawr o bobl sy'n mynychu archwiliad iechyd yn CT ac AB yn dod o'r tri cwintel â'r amddifadedd mwyaf. Mae hyn yn fwy amlwg yn AB, sydd ond yn targedu pobl o'r cwintelau â'r amddifadedd mwyaf. Mae'r data hefyd yn dangos bod gan bobl sy'n mynychu archwiliadau iechyd o bob cwintel amddifadedd ffactorau risg clinigol a ffordd o fyw ar gyfer clefyd cardiofasgwlaidd, sy'n gyffredin i gyflyrau cronig eraill. Mae rhai ffactorau risg wedi'u cysylltu'n gryf ag amddifadedd (e.e. ysmegu, gordewdra), ond mae gan lawer o		Fairer: The COVID-19 Marmot Review" (Marmot et al 2020).
--	---	--	---

	ffactorau risg niferoedd tebyg o achosion ar draws y cwintellau amddifadedd.		
Brand Rhaglen ICL	Nid oedd gan yr adolygiad o dystiolaeth unrhyw dystiolaeth ynghylch Brand Rhaglen ICL.	Roedd y rhaglen wedi'i brandio fel "<i>Archwiliadau Iechyd Cwm Taf</i>" a "<i>Byw'n Dda, Byw'n Hirach</i>" yn BIPAB Nid oedd unrhyw farn na myfyrdodau cryf ar y brandio gyda CTM. Fodd bynnag, teimlwyd y dylai brandio fod yn gyson ar draws y gwaith sy'n cael ei wneud i fynd i'r afael â chyflyrau cronig lluosog a ffactorau risg. Felly, dylid adolygu'r brandio er mwyn sicrhau cysondeb yn dibynnu ar gyfeiriad y Rhaglen ICL yn y dyfodol, a sut mae'n rhyngweithio â rhaglenni gwaith eraill.	Mae hyn yn fwy o broblem yn y dyfodol os sefydlir Rhaglen ICL Cymru Gyfan gydag ymyriad sy'n ymwneud â'r cyhoedd e.e. sefydlu archwiliad iechyd. Yn yr achos hwn byddid yn argymhell un brand adnabyddadwy Yn absenoldeb rhaglen genedlaethol, dylai'r ardal leol benderfynu ar eu brandio. Mae angen ystyried a yw'r ARC yn rhan o wasanaeth llesiant ehangach a fyddai'n defnyddio'r un brand neu frand cysylltiedig
Llywodraethiant a chyfeiriad strategol	Nid oedd gan yr adolygiad o dystiolaeth unrhyw dystiolaeth ynghylch y llywodraethiant na'r cyfeiriad strategol.	Trefniadau blaenorol: Y Grŵp Llywio yn adrodd i'r Pwyllgor Partneriaethau a Iechyd Poblogaeth Gofal Sylfaenol. Mae cynlluniau ar y gweill i adolygu cylch gorchwyl ac aelodaeth y Grŵp Llywio, ac i ailgychwyn cyfarfodydd i sicrhau bod goruchwyliaeth ar gyfer unrhyw newidiadau i gyfeiriad strategol neu ddarpariaeth weithredol y rhaglen.	Dylid ystyried y rhaglen ICL yn bartneriaeth rhwng gofal sylfaenol ac iechyd y cyhoedd, gyda chlystyrau gofal sylfaenol yn ymrwmo i'r rhaglen i ganiatáu iddo fod yn llwyddiannus. Dylai'r strwythur llywodraethiant fod ynghlwm â'r rhwydweithiau gofal sylfaenol presennol. Y Rhaglen Strategol ar gyfer Gofal Sylfaenol (ffrwd waith Atal a Llesiant) fyddai'r ffordd fwyaf priodol o gael trosolwg cenedlaethol
Meini Prawf Cymhwysedd Cleifion	Canfu'r adolygiad o lenyddiaeth dystiolaeth gymysg	Meini prawf cymhwysedd CTM o'r blaen:	Efallai y bydd angen i'r union grŵp yr ydych yn ei dargedu amrywio yn ôl

	dros y meini prawf oedran ar gyfer archwiliadau iechyd clefyd cardiofasgwlaidd. Efallai y bydd gan raglenni sy'n cynnwys oedolion hŷn fwy o fanteision iechyd y boblogaeth tymor byr a manteision economaidd iechyd, gan fod ffactorau risg clinigol y gellir eu trin yn glinigol i leihau risg clefyd cardiofasgwlaidd yn fwy cyffredin. Fodd bynnag, mae'r dystiolaeth hefyd yn nodi nad yw oedran yn ffactor risg y gellir ei addasu, ac na ddylai archwiliadau iechyd ddim ond nodi pobl hŷn nad ydynt yn gallu addasu eu risg clefyd cardiofasgwlaidd. Mae data SAIL yn dangos bod y nifer sy'n manteisio ar y Rhaglen ICL yn uwch mewn grwpiau oedran hŷn, sy'n gyson â chanfyddiadau astudiaethau eraill. Mae hefyd yn dangos bod y nifer sy'n manteisio ar y cynllun yn uwch ymhlith menywod na dynion, sydd unwaith eto'n gyson â	40-74 oed (64 yn AB) Amcangyfrif o QRISK2 >20%, 10-20% a <10% gyda data coll Mae angen adolygu'r meini prawf cymhwysedd presennol yn dibynnu ar gyfeiriad strategol a gweledigaeth y Rhaglen ICL.	Bwrdd Iechyd oherwydd gwahaniaethau yn y boblogaeth, daearyddiaeth ac adnoddau. Gan gofio hynny, rydym yn argymhell bod y rhaglen yn: • Targedu pobl 40-74 oed, ond fel blaenoriaeth yn targedu y rhai 40-64 oed os yw'r adnoddau'n gyfyngedig. • Targedu ardaloedd o amddifadedd uwch. Dylech edrych ar ddaearyddiaeth leol a chwintellau amddifadedd wrth wneud penderfyniadau ar ba ardaloedd daearyddol rydych chi am iddynt gymryd rhan. Dylid hefyd fod yn ymwybodol bod yna ffactorau sy'n sbarduno anghydraddoldebau iechyd sydd y tu hwnt i amddifadedd economaidd-gymdeithasol. Mae cyfyngu ar gymhwysedd i amddifadedd yn esgeuluso adnabod risg nad yw wedi'i chynnwys yn y mynegai cyfansawdd ond a allai fod yn berthnasol i anghydraddoldebau iechyd • Yn ystyried sgoriau QRISK2 sy'n bodoli eisoes. • Cynnwys y rhai sydd â sgoriau QRISK2 o >20%, 10-20% neu gyda data coll. • Blaenoriaethu'r rhai sydd â QRISK2 >20% neu'r rhai sydd â data coll. • Meddwl yn ddoeth am gynnwys pobl â QRISK2 o 10-20% os ydynt dros 50 oed. Ystyried a oes ganddynt ffactor risg y gellir ei addasu.
--	--	--	--

	chanfyddiadau astudiaethau eraill. Roedd y defnydd ar ei uchaf yn C1 a C2 yn AB, tra'n uwch yn C3-5 yn CT. Mae hyn yn awgrymu y gall rhaglen wedi'i thargedu gyrraedd pobl sy'n byw yn y cwintelau â'r amddifadedd mwyaf yn llwyddiannus, ond efallai na fydd hyn o fudd i bawb y mae'r gyfraith gofal gwrthgyfartal yn effeithio arnynt.		
Profion a gynigir mewn Archwiliadau Iechyd	Nid oedd yr adolygiad o dystiolaeth yn edrych ar dystiolaeth o brofion a gynigiwyd mewn archwiliadau iechyd. Isafswm set ddata sy'n ofynnol ar gyfer cyfrifo QRISK 2. Nid oedd data SAIL yn edrych yn benodol ar y profion a gynigiwyd yn yr archwiliad iechyd, ond canfuwyd mai'r ffactorau risg mwyaf cyffredin a nodwyd oedd BMI a phwysedd gwaed uwch, gan nodi y dylid mesur taldra, pwysau a phwysedd gwaed i gyd fel blaenoriaeth.	CT: Yn wreiddiol, cynhaliodd y rhaglen POC HbA1c ar bob claf. Diwygiwyd hwn yn 2019 i brofi'r rhai a nodwyd gydag offeryn Diabetes UK (Sgôr Risg Ymarfer Caerlŷr) yn unig, yn dilyn argymhelliad ac adolygiad o dystiolaeth gan y tîm iechyd cyhoeddus lleol Dylai'r profion presennol ar gyfer risg clefyd cardiofasgwlaidd a gynigir, sy'n ofynnol ar gyfer cyfrifiad QRISK2, aros yn eu lle. Bydd yn fuddiol archwilio'r llenyddiaeth i nodi a oes unrhyw brofion ychwanegol eraill a allai fod yn hawdd eu gweithredu, ac sy'n cydfynd â gweledigaeth strategol y rhaglen os yw'n ehangu i gynnwys cyflyrau cronig eraill e.e. sbirometreg ar gyfer COPD, neu ffactor risg ar gyfer	Mae set ddata o brofion sylfaenol yn ofynnol ar gyfer cyfrifo QRISK 2. Mae'r profion sydd eu hangen yn cynnwys: BMI, colesterol, pwysedd gwaed, pwls, law yn llaw â gwybodaeth ddemograffig, hanes meddygol a theuluol. Bydd profion HbA1c yn dibynnu ar y sefyllfa leol a'r lleoliad. Os mewn lleoliad gofal iechyd sy'n gallu cynnal samplu gwythiennog, yna ystyriwch hyn fel prawf llinell gyntaf yn seiliedig ar risg haenog. Os nad ydynt yn gallu cynnal samplau gwythiennog, yna ystyriwch brofion yn y pwynt gofal.

	Nododd data SAIL hefyd fod cyfran debyg o bobl wedi eu nodi â HbA1c uwch a cholesterol uwch (tua 9-10% o'r bobl a fynychodd yr archwiliad iechyd). Canfu data SAIL mai dim ond 2.3% o bobl a ganfuwyd bod pwls afreolaidd ganddynt, a dim ond 0.1% a gafodd ddiagnosis o ffibriliad atriïaidd wedi hynny. Fodd bynnag, mae mesur pwls yn gyflym ac yn rhad ac am ddim, ac mae ffibriliad atriïaidd yn gyflwr all fod yn ddifrifol.	canser yr ysgyfaint gan annog atgyfeiriad am sgan	
Meddalwedd a dangosfyrddau	Nid oedd gan yr adolygiad o dystiolaeth unrhyw dystiolaeth yn ymwneud â'r feddalwedd a'r dangosfyrddau. Yn anecdotaidd, ymatebodd cleifion yn dda i'r lluniau ciw bws ac "Oedran y Galon" vs "oedran cronolegol". Golygodd y profiad o echdynnu data gofal sylfaenol o ddata SAIL y gwelwyd data anghyflawn ar gyfer AB, a oedd yn gofyn am drwsio data drwy fewnforio data ar wahân. Ystyriaeth bwysig ar	Mae CTM ar hyn o bryd yn defnyddio meddalwedd <i>Informatica</i> ar gyfer eu gwiriadau iechyd. Modiwl yw hwn sy'n eistedd ar y platfform Audit+ o fewn systemau clinigol meddygon teulu. Felly, mae wedi'i integreiddio'n llawn o fewn y system glinigol gofal sylfaenol ac mae'n darparu'r gallu i gofnodi'r holl weithgarwch yn uniongyrchol yn ôl i gofnod y claf. Gall <i>Informatica</i> dynnu'r un data sydd ar gael i SAIL, ond ar hyn o bryd heb y gallu i gysylltu â setiau data eraill ar lefel unigol. Dylid cadarnhau gallu meddalwedd <i>Informatica</i> i weithredu mewn lleoliadau nad ydynt yn rhai gofal	Wrth chwilio am feddalwedd a dangosfyrddau mae angen ystyried: • Swyddogaethau • Manylebau • Hyd a chost y contract • Mekanwaith ar gyfer ysgrifennu i gofnod clinigol Yn ddelfrydol, bydd y feddalwedd a ddefnyddir yn gweithredu ar draws lleoliadau'r GIG ac yn y gymuned).

	gyfer diweddar cofnod cleifion sengl mewn gofal sylfaenol	iechyd e.e. lleoliadau cymunedol	
Offeryn risg clefyd cardiofasgwlaidd a ffeirir	Ar hyn o bryd mae'r Rhaglen ICL yn defnyddio sgoriau QRISK2 (h.y. risg o ddigwyddiad cardiofasgwlaidd yn y 10 mlynedd nesaf), fel yr argymhellwyd gan NICE ar gyfer nodi risg clefyd cardiofasgwlaidd. Nid oedd yr adolygiad o dystiolaeth yn argymhell unrhyw offeryn risg clefyd cardiofasgwlaidd penodol. Nododd fod llawer o offer risg yn nodi cyfranogwyr yn unig yn bennaf, a gan nad yw oedran yn ffactor risg y gellir ei addasu, dylid ystyried hyn wrth ddewis offeryn risg clefyd cardiofasgwlaidd.	Defnyddir y QRISK2 ar hyn o bryd ochr yn ochr â risg oes yn CTM Nodwyd cyfyngiadau QRISK2 o ran nodi ffactorau risg y gellir eu haddasu mewn poblogaeth iau, ond gan fod QRISK2 yn cael ei ddefnyddio yng nghanllawiau NICE, ystyriwyd ei bod yn briodol parhau i'w defnyddio yn yr ARC.	Yn y dyfodol dylem ystyried ffyrdd o edrych ar amcangyfrifon o risg oes (yn hytrach na risg 10 mlynedd) neu oedran y galon gan y gallent fod yn well ar gyfer nodi risg ac ymgysylltu â phobl iau i fynd i'r afael â ffactorau risg y gellir eu haddasu. Fodd bynnag, rydym yn cadw amcangyfrifon QRISK2 ar hyn o bryd gan eu bod yn cael eu defnyddio gan ganllawiau NICE, a ddefnyddir wedyn i bennu'r ffordd y rheolir ffactorau risg y gellir eu haddasu.
Lleoliad	Canfu'r adolygiad o dystiolaeth pan ddefnyddiwyd lleoliadau cymunedol fel lleoliadau ar gyfer archwiliadau iechyd, fod rhai manteision, megis gwell adnoddau a chymorth ar gyfer rheolaeth barhaus. Fodd bynnag, roedd pryderon hefyd ynghylch mynediad	Ar hyn o bryd yn CTM, defnyddir meddygfeydd ar gyfer archwiliadau iechyd. Mae gan hyn rai manteision, yn enwedig o ran ymwybyddiaeth yn y practis, meddalwedd integredig, cofnodi data a rhwyddineb camau clinigol dilynol wedi'u cynllunio. Fodd bynnag, gall hefyd fod yn ffactor sy'n cyfrannu at y nifer is o oedolion o oedran gweithio o'i gymharu â'r	Bydd y lleoliadau'n amrywio yn dibynnu ar yr hyn sydd ar gael mewn gwahanol leoliadau. Yn ddelfrydol, byddid am integreiddio cymaint â phosibl â gofal sylfaenol, gan fod hyn yn gwneud echdynnu data a darpariaeth yn haws ac yn cynyddu'r tebygolrwydd y bydd cleifion yn mynd ar drywydd gofal sylfaenol os oedd angen hynny. Os yw'n bosibl cael clinigau mewn meddygfeydd neu

	gwael i leoliadau, anawsterau preifatrwydd, anawsterau cysylltu â'r rhyngwrwyd a rhywfaint o wrthwynebiad gan feddygon teulu i dderbyn atgyfeiriadau o ffynhonnell "allanol". Roedd archwiliad data SAIL yn gyfyngedig yn AB oherwydd diffyg data ar raeadrau clinigol a ffordd o fyw, yn rhannol oherwydd yr anhawster o drosglwyddo data archwiliadau iechyd i gofnod clinigol cleifion meddygon teulu pan gynhelir ARC mewn lleoliadau cymunedol. Nid oedd hyn yn broblem yn CT lle'n ymarferol roedd gweithgarwch a chanlyniadau ARC yn cael eu cofnodi'n uniongyrchol i gofnod cleifion. Roedd y nifer a oedd yn manteisio ar y Rhaglen ICL yn uwch yn AB, yn enwedig yn y grwpiau oedran iau. Nid oes unrhyw dystiolaeth pam fod y nifer sy'n manteisio yn AB yn uwch, ond gallai hyn fod oherwydd	model AB, sy'n defnyddio lleoliadau cymunedol ochr yn ochr â chynnig apwyntiadau mwy hyblyg. Bydd lleoliad y gwiriadau iechyd yn cael ei adolygu yn CTM, wrth adolygu cyfeiriad strategol a gweledigaeth y Rhaglen ICL. Gallai hyn olygu parhau i ddefnyddio gofal sylfaenol, tra'n archwilio'r opsiwn ar gyfer lleoliadau a gweithleoedd cymunedol fel lleoliadau ychwanegol h.y. model cymysg	ganolfannau gofal sylfaenol / llesiant, yna byddai'r rhain yn ddelfrydol. Os na, yna ystyriwch leoliadau'r GIG y tu allan i ofal sylfaenol ac yna ystyriwch leoliadau a gweithleoedd cymunedol eraill.
--	---	---	---

	bod AB yn defnyddio lleoliadau cymunedol a allai fod yn agosach at adref / ddim yn meddygoli pobl / mwy o opsiynau ar gyfer apwyntiadau hyblyg gyda'r nos neu ar benwythnosau a fyddai'n addas i bobl o oedran gweithio.		
Cymwyseddau'r gweithlu	Ni nododd yr adolygiad o dystiolaeth a data SAIL unrhyw dystiolaeth ynghylch cymwyseddau gweithlu.	Yn flaenorol: Rhaglen Hyfforddi GCGI a chymwyseddau wedi eu datblygu; goruchwyliaeth gan nyrsys; tasgau a gyflawnid gan GCGI band 3 yn ymarferol gyda chymorth gweinyddol gan y practis ar gyfer apwyntiadau ac ati. Band 4 GCGI yn cael ei gyflogi i ddarparu gwasanaeth cynghori ffordd o fyw. Nid oedd unrhyw fyfyrddodau penodol gan CTM ar gymwyseddau gweithlu.	Dangos y gall ARC gael ei gyflawni gan weithwyr cymorth gofal iechyd sydd wedi derbyn hyfforddiant ar gymwyseddau allweddol. Mae angen diffinio'r cymwyseddau a'r hyfforddiant yma (cyflawnwyd ar gyfer y rhaglen). Bydd y rhaglen yn gofyn am rywfaint o fewnbwn clinigol ac arweiniad gan nyrsys. Mae angen ystyried y cymorth gweinyddol sydd ei angen i redeg y rhaglen, gan gynnwys nodi a gwahodd cleifion, rheoli apwyntiadau a chasglu data. Yn dibynnu ar strwythur llywodraethiant a lleoliad y gwiriadau iechyd, gallai hyn fod yn gymorth gweinyddol gan feddygfeydd neu'n allanol. Mae ganddo botensial i gael ei gyflwyno fel rhaglen hyfforddi i Gymru gyfan
Camau dilynol ffordd o fyw	Canfu'r adolygiad o dystiolaeth fod gweithwyr gofal iechyd proffesiynol a oedd yn gweithio ar yr NHSHC yn Lloegr wedi datgan bod y	Nododd CT fod diffyg argaeledd parhaus o ran cymorth ffordd o fyw yn y cymunedau yn broblem, yn enwedig rheoli pwysau lefel 1 a chyfleoedd	Mae angen sefydlu gwasanaethau cymorth ffordd o fyw a all gefnogi pobl anodwyd sydd â ffactorau risg y gellir eu haddasu. Dylai'r rhain gynnwys gwasanaethau ar gyfer:

	gwasanaethau cymorth ehangach yn y gymuned yn anghyson ac nad oes ganddynt sicrwydd ariannol nac adnoddau hirdymor. Canfu data SAIL mai lleiafrif o bobl y nodwyd bod ganddynt ffactor risg ffordd o fyw a oedd yn cael eu cyfeirio at gamau dilynol ffordd o fyw. Gallai hyn fod oherwydd llawer o resymau, ond gallai fod o ganlyniad i ddiffyg gwasanaethau ffordd o fyw neu drothwyon uchel ar gyfer atgyfeirio. Roedd y gwahaniaeth hwn rhwng nifer yr achosion o ffactor risg ffordd o fyw a'r gyfran a atgyfeiriwyd at wasanaeth ffordd o fyw yn arbennig o fawr ar gyfer gwasanaethau rheoli pwysau.	gweithgarwch corfforol ehangach. Atgyfeirio ysmygu optio allan yn hytrach nag optio i mewn (Ionawr 2019) Rôl Cynghorydd cymorth ffordd o fyw a nodwyd wedi dechrau fis Ionawr 2020. Rhaid i raglen yn y dyfodol weithio gyda rhanddeiliaid i fynd i'r afael â'r bwlch hwn mewn cymorth ffordd o fyw wedi'r ARC er mwyn manteisio i'r eithaf ar botensial ymyrraeth	• Rhoi'r Gorau i Ysmygu • Cyffuriau ac alcohol • Rheoli pwysau • Atgyfeiriad ymarfer corff Mae angen meini prawf atgyfeirio clir ar gyfer pob un o'r gwasanaethau hyn ac mae angen iddynt gael digon o gapasiti i gefnogi'r atgyfeiriadau iddynt o'r rhaglen Archwiliad Iechyd. Mae angen ystyried cymorth dilynol ar ffordd o fyw gan wasanaeth llesiant a all gefnogi cleifion risg uwch i wneud newidiadau i'w ffordd o fyw. Mae angen diffinio meini prawf atgyfeirio a strwythur y gwasanaethau cymorth ychwanegol hyn. Dylai GCGI barhau i archwilio'r broses o wneud penderfyniadau ar y cyd â chleifion, er mwyn galluogi cleifion i gymryd rhan weithredol yn eu cymorth ffordd o fyw.
Camau clinigol dilynol	Amlygodd yr adolygiad o dystiolaeth bwysigrwydd camau clinigol dilynol wedi archwiliad iechyd, gan ddweud y byddai'n cael effaith fawr ar effeithiolrwydd y rhaglen archwiliad iechyd drwy wella		Mae angen canllawiau a gweithdrefnau cadarn i sicrhau bod cleifion sy'n bodloni'r meini prawf ar gyfer camau clinigol/meddygon teulu dilynol, yn ei dderbyn.

	camau clinigol dilynol.		
Mentrau eraill i alinio â nhw/dibyniaethau	Nid oedd yr adolygiad o dystiolaeth a data SAIL yn cynnwys unrhyw wybodaeth am fentrau eraill y dylai'r Rhaglen ICL alinio â nhw, na sut y dylent alinio.	Dylai'r Rhaglen ICL alinio â rhaglenni ehangach yn CTM - gan gynnwys gwiriadau cyn-ddiabetes a'r archwiliad iechyd ysgyfaint arfaethedig. Dylid canolbwyntio ar brofiad y claf, er mwyn sicrhau bod aliniad â'r rhaglenni eraill hyn, a bod cleifion yn gallu llywio archwiliadau iechyd a chamau dilynol yn hawdd heb ddyblygu ymdrechion. Ystyried defnyddio Mesurau Profiad yn ôl Claf (<i>PREMS</i>)	Dylai'r Rhaglen ICL alinio â rhaglenni ffordd o fyw a rheolaeth glinigol eraill sy'n cael eu cynnal gan Fwrdd Iechyd.
Gwerthusiad	Roedd gan yr adolygiad o dystiolaeth argymhellion ar werthuso economaidd gan gynnwys y dylai edrych yn eang ar gostau iechyd y rhaglen, a golwg hirdymor ar ganlyniadau'r rhaglen, gan gynnwys canlyniadau clefyd cardiofasgwlaidd caled a meddal. Dangosodd data SAIL gyfyngiadau'r gwerthusiad, gan groesgyfeirio data rhaglenni mewnol gyda data meddygon teulu yn SAIL. Roedd data SAIL yn werthusiad mor drylwyr â phosibl o ddata	Mae'r rhaglen ICL CTM leol wedi newid sawl gwaith ers ei chyflwyno yn 2015, gan gynnwys newidiadau i ffiniau meddygfeydd a ffiniau Byrddau Iechyd, y model a ddefnyddir mewn gwahanol ardaloedd, a rhaglenni dilynol. Mae hyn wedi gwneud gwerthusiad SAIL yn heriol, ac wedi effeithio ar gywirdeb y gwerthusiad. Mae gwerthusiad SAIL wedi dangos y diffyg cysondeb o ran codio gweithgarwch rhwng gwahanol raglenni archwiliad iechyd a meddygfeydd teulu sy'n ymgymryd â chamau dilynol. Mae hyn wedi golygu bod angen gwaith sylweddol i greu protocol cywir ar gyfer y gwerthusiad, sy'n dal yn	Mae'r rhaglen ICL Genedlaethol wedi bod yn dameidiog gyda gwahanol fodelau gweithredu ac esblygiad gwasanaeth dros amser yn gwneud gwerthuso cadarn yn anodd iawn. Mae angen cyfathrebu cadarn rhwng y timau sy'n goruchwylio'r rhaglen ICL a'r rhai sy'n ymgymryd â'r gwerthusiad ar gyfer ymyriad hydredol mor gymhleth. Dylai Byrddau Iechyd eraill sy'n ymgymryd â'r gwaith hwn gysoni eu gwerthusiadau â'r dulliau gwerthuso sefydledig a ddefnyddir yn y rhaglenni ICL. Dylent ddisgwyl ymuno â SAIL. Dylid meincnodi â byrddau iechyd eraill. Dylid ystyried y llif data ar gyfer gwerthuso wrth

	hanesyddol, ond mae cyfyngiadau o hyd gyda'r data a oedd yn golygu nad oedd hi'n bosibl cynnal gwerthusiad economaidd llawn ar hyn o bryd. Mae'r materion sy'n ymwneud â defnyddio codau READ anghywir ar gyfer HTN a ddefnyddir yn y dadansoddiad SAIL yn tynnu sylw at yr angen i gynnwys gofal sylfaenol a gwybodeg glinigol yn barhaus drwy gydol y gwerthusiad. Tynnodd data SAIL sylw at ddirywiad gweithredu'r Rhaglen ICL.	debygol o fod â rhai gwallau. Roedd cydweithio rhwng Tîm SAIL Prifysgol Abertawe, Iechyd y Cyhoedd, meddygon teulu a staff Rhaglen ICL yn bwysig ar gyfer galluogi'r gwerthusiad SAIL diweddaraf. Fodd bynnag, roedd angen cynnwys gofal sylfaenol a gwybodeg glinigol yn fwy cyson drwy gydol y broses werthuso. Mae'r systemau meddalwedd a ddefnyddir gan y rhaglen ICL yn CTM, sy'n eistedd ar blatfform Audit + system glinigol meddygon teulu, wedi galluogi i gronfa ddata SAIL gael ei defnyddio i'w gwerthuso. Mae hyn wedi osgoi'r angen i fewngludo setiau data allanol fel yn AB. Gallai dadansoddiadau yn y dyfodol archwilio galluoedd <i>Informatica</i> i gasglu'r wybodaeth angenrheidiol i werthuso'r Rhaglen ICL. Bydd <i>Informatica</i> yn gallu casglu data gofal sylfaenol, ond nid data allanol. Os oes angen dadansoddiad pellach o ddata allanol yna mae potensial i archwilio cyfranogiad pellach yn SAIL	benderfynu pa system gyfrifiadurol i'w dewis ar gyfer rhaglen archwiliad iechyd.
--	---	--	---

Tabl 57: Myfyrdodau ar raglen archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd ICL

Pennod 6: Prif Bwyntiau Dysgu

Mae nifer o Bwyntiau Dysgu Allweddol o'r "*Adroddiad Diweddaru Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal 2021*". Cafodd llawer o'r rhain (1-10) eu cofnodi gyntaf yn adroddiad diweddaru rhaglen 2019.

Mae'r rhaglen wedi dangos:

1. Dichonoldeb a gwerth defnyddio adnodd gweithlu gofal sylfaenol fforddiadwy, sydd ar gael yn rhwydd ac sydd wedi'i hyfforddi'n briodol, i wella'r broses o nodi risg clefyd cardiofasgwlaidd nas adnabuwyd yn flaenorol a chyfeirio at ymyriadau ffyrdd o fyw a/neu ymyriadau clinigol sy'n bod eisoes gan anelu at addasu risg o'r fath.
2. Gall GCGlau (neu rolau tebyg eraill) sy'n gweithio o fewn fframwaith llywodraethiant, hyfforddi a rheoli darbodus a chadarn ymgymryd â llawer o weithgareddau ataliol a gyflawnir yn draddodiadol gan staff gofal sylfaenol cofrestredig. Byddai modd cymhwyso llwyddiant y dull hwn o bosibl i lawer o feysydd trawsnewid gofal sylfaenol eraill drwy'r rhaglen strategol gofal sylfaenol.
3. Cyflawnwyd y gwaith llwyddiannus o ddatblygu a chyflwyno model cymdeithasol o ARC a gyflwynwyd gan GCGlau sydd wedi'u hyfforddi'n briodol, gan ddarparu gallu a chapasiti i feddygfeydd teulu weithredu canllawiau cenedlaethol (NICE CG181) yn gyflym ac ar raddfa.
4. Y gallu i gysylltu â Llwybrau Clinigol â threfniadau llywodraethiant clinigol priodol.
5. Canfu adborth gan unigolion a fynychodd ARC, fel yr adroddwyd yn adroddiad blaenorol 2019, eu bod yn hoffi'r profiad, er nad yw 50.8% o'r rhai a wahoddwyd yn manteisio ar y cynnig, sy'n parhau i fod yn faes allweddol i'w archwilio ymhellach.
6. Dichonoldeb ymgymryd ag ARC gyda defnydd llawn o feddalwedd mewn safleoedd meddygfeydd teulu, lleoliadau gofal iechyd eraill a lleoliadau cymunedol heb fawr o wahaniaeth yn y nifer sy'n manteisio arnynt, ond sy'n ddigon i warantu archwiliad pellach.
7. Gellir addasu a gweithredu'r modelau hynny a ddatblygir mewn un bwrdd iechyd yn llwyddiannus mewn byrddau iechyd eraill. Fodd bynnag, roedd y rheidrwydd i gyflwyno'r rhaglen cyn cynnal gwerthusiad llawn yn golygu bod cyfleoedd wedi eu colli i gryfhau'r rhaglen yn ei sylfaen ac yn ei chysylltiadau â gwasanaethau/mentrau gyda'r nod o newid risg clefydau.
8. Datblygu amrywiaeth o gynhyrchion:
 - Rhaglenni hyfforddi a llawlyfrau gweithredol ar gyfer Gweithwyr Cymorth Gofal Iechyd sy'n ymgymryd ag ARC ar y cyd â Sefydliad Prydeinig y Galon (BHF).

- Meddalwedd ARC wedi'i deilwra ar gyfer Cymru – i'w ddefnyddio mewn Meddygfeydd a lleoliadau Cymunedol
 - Cyhoeddusrwydd a deunyddiau i gleifion
9. Gofal sylfaenol ac iechyd y cyhoedd yn cydweithio â phartneriaid ehangach gyda'r nod cyffredin o wella iechyd y boblogaeth; rhoi cyfle i feddygfeydd gysylltu â chleifion na fyddent fel arall yn mynychu'r feddygfa neu'n cymryd diddordeb yn eu hiechyd a'u lles; roedd darparu capasiti ychwanegol i feddygfeydd yn eu galluogi i gymryd diddordeb gweithredol i atal clefyd cardiofasgwlaidd ac atgyfeirio cymdeithasol.
10. Mae argaeledd gwasanaethau i gefnogi newid mewn ffordd o fyw yn allweddol – mae diffyg gwasanaeth cymorth rheoli pwysau lefel isel yn bryder difrifol. Gobeithio y bydd hyn yn gwella wrth symud ymlaen oherwydd y buddsoddiad cenedlaethol sylweddol yn Llwybr Rheoli Pwysau Cymru Gyfan a Llwybr Atal Diabetes Cymru Gyfan.

Gwerthusiad

Dangosodd yr adolygiad o lenyddiaeth, a oedd yn seiliedig yn bennaf ar astudiaethau o'r NHSHC yn Lloegr:

11. Yn gyffredinol, nid yw'r dystiolaeth a gyhoeddwyd yn glir ynghylch yr effeithiau na'r model gorau posibl ar gyfer rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd.
12. Nid yw'n glir a oes gan raglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd fanteision iechyd i bobl sy'n eu mynychu, gyda chanlyniadau cymysg ar eu buddion clinigol gan gynnwys diagnosis o ffactorau risg clefyd cardiofasgwlaidd, trin ffactorau risg clefyd cardiofasgwlaidd, diagnosis o glefyd cardiofasgwlaidd a marwolaethau.
13. Nid yw'n glir ychwaith a ydynt yn cael effaith gadarnhaol ar iechyd, er ei bod yn debygol bod rhaglenni sy'n targedu grwpiau risg uwch neu grwpiau o amddifadedd uwch yn fwy cost-ffeithiol. Fodd bynnag, efallai na fyddant yn gost-ffeithiol o hyd wrth ystyried cost cyfle rhedeg rhaglen sgrinio clefyd cardiofasgwlaidd ar draul gweithgareddau meddygol neu ofal cymdeithasol eraill.
14. Ni chanfu'r adolygiad o lenyddiaeth unrhyw dystiolaeth ar effaith rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd ar anghydraddoldebau iechyd.
15. Ceir dystiolaeth gymysg hefyd ynghylch model optimwm ar gyfer rhaglen sgrinio clefyd cardiofasgwlaidd, gan gynnwys y boblogaeth gymwys, lleoliad, camau clinigol a ffordd o fyw dilynol.
16. Ceir dadl ynghylch y meini prawf cymhwysedd, gyda rhai astudiaethau'n datgan na ddylai rhaglenni sgrinio dargedu pobl hŷn yn unig gan nad yw oedran yn ffactor risg y gellir ei addasu, gydag eraill yn dangos bod rhaglenni â throthwy oedran uwch, neu sydd â meini

prawf cymhwysedd i gynnwys pobl â chyflyrau sy'n bodoli eisoes megis gorbwysedd, yn sicrhau'r enillion iechyd poblogaeth mwyaf oherwydd bod ffactorau risg a chyflyrau clinigol yn cael eu nodi a'u trin yn well.

17. Mae astudiaethau i gamau clinigol a ffordd o fyw dilynol yn amlygu'r angen am gamau dilynol cyson ar ôl archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd er mwyn gwella effeithiau iechyd y rhaglen archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd ar iechyd. Mae hyn yn cynnwys camau dilynol meddygol ar ffactorau risg clinigol i ddechrau meddyginiaeth fel y bo'n briodol, a rhaglenni rheoli ffordd o fyw cyson sy'n cael eu hariannu'n ddigonol. Fodd bynnag, hyd yn oed gyda chamau clinigol a ffordd o fyw dilynol priodol, nid oes tystiolaeth bendant ar fanteision iechyd y boblogaeth ac effaith economaidd rhaglenni archwiliad iechyd clefyd cardiofasgwlaidd.
18. Mae angen ymchwil pellach i wahanol fodelau sgrinio clefyd cardiofasgwlaidd i asesu eu heffeithiau iechyd ac economaidd.

Dadansoddiadau SAIL y rhaglen ICL:

19. Darparu profiad unigryw o ddefnyddio SAIL i werthuso ymyriad cymhleth lle:
 - e. Roedd monitro data lleol cyfochrog yn cynnig cymhariaeth rhwng SAIL a data lleol.
 - f. Roedd cytundeb llywodraethiant data gydag arferion a throsglwyddo data yn creu heriau, a waethygyd gan staff yn cael eu hadleoli yn ystod pandemig COVID.
 - g. Roedd gweithrediad rhaglen archwiliad iechyd ICL yn amrywio rhwng byrddau iechyd ac wedi datblygu dros amser, gan ychwanegu at gymhlethdod gwerthuso'r rhaglen
 - h. Arweiniwyd y gwerthusiad gan dîm SAIL Iechyd y Cyhoedd a Phrifysgol Abertawe, gyda mewnbwn gan feddygon teulu a thimau archwiliad iechyd ICL. Mae hyn wedi caniatáu mwy o ddealltwriaeth o'r hyn sy'n digwydd yn ystod ac yn dilyn archwiliad iechyd, ac mae wedi gwneud gwaith o echdynnu a dadansoddi data ar sail gwybodaeth. Fodd bynnag, cydnabyddir y gallai'r dadansoddiadau SAIL fod wedi elwa ymhellach o fewnbwn Gwybodeg Glinigol drwy gydol y cyfnod.
20. Cyflwynodd y rhaglen ICL dros 23,000 o asesiadau risg cardiofasgwlaidd rhwng mis Chwefror 2015 a mis Rhagfyr 2019.
21. Llwyddodd y rhaglen ICL i dargedu gofal gwrthgyfartal drwy gyrraedd poblogaethau o amddifadedd uwch, roedd 74.9% o gleifion yn mynychu ARC ar draws AB, CT a PAO yn byw yng nghwintel 1 (â'r amddifadedd mwyaf) a 2 (â'r amddifadedd ail fwyaf).
22. Roedd y nifer yn manteisio yn ystadegol sylweddol uwch ar gyfer pobl 45-54 oed yn AB, sy'n defnyddio lleoliadau cymunedol gydag oriau agor estynedig ar gyfer ARC, o'i gymharu â CT sy'n defnyddio lleoliadau meddygon teulu. Mae hyn yn dangos y gallai lleoliadau cymunedol sydd ag apwyntiadau mwy hyblyg fod yn well gam bobl mewn grwpiau oedran iau.

23. Roedd dros hanner y bobl a fynychodd ARC â risg uwch o glefyd cardiofasgwlaidd fel y'i mesurwyd gan eu sgôr QRISK2. Mae hyn yn dangos bod y Rhaglen ICL yn targedu poblogaeth risg uwch ar gyfer risg clefyd cardiofasgwlaidd, a phwysigrwydd sicrhau bod data priodol a chyfredol yn cael ei gadw i asesu risg clefyd cardiofasgwlaidd yn gywir yn y boblogaeth.
24. Nododd yr ARC ICL ffactorau risg ffordd o fyw a chlinigol a darparodd y Gweithiwr Cymorth Gofal Iechyd gyngor ar ffordd o fyw, gan gyfeirio cleifion at gamau clinigol neu ffordd o fyw dilynol pellach yn unol â hynny. Fodd bynnag, tynnodd dadansoddiadau SAIL sylw at anghysondeb yn y ffactorau risg clinigol a ffordd o fyw dilynol, a dirywiad gweithredu'r Rhaglen ICL. Ni chofnodwyd bod y rhan fwyaf o bobl y nodwyd bod ffactor risg ffordd o fyw ganddynt, fel a bennwyd gan yr offer asesu risg a ddefnyddiwyd yn yr ARC, yn cael eu cyfeirio at wasanaeth ffordd o fyw ar adeg yr ARC. Gallai fod sawl rheswm am hyn.
- d. nad oedd y ffactor risg neu'r atgyfeiriad yn cael ei gofnodi'n briodol yn ystod yr ARC
 - e. bod y person yn gwrthod cael ei atgyfeirio i'r gwasanaeth ffordd o fyw.
 - f. nad oedd y person yn gymwys i gael gwasanaethau ffordd o fyw (h.y. ddim yn bodloni meini prawf atgyfeirio). Hefyd, gallai fod darpariaeth annigonol ar gyfer cymorth ffordd o fyw ar gael, a chanfuwyd bod hyn yn wir am gymorth rheoli pwysau yn ystod cyfnod yr astudiaeth.
25. Ar hyn o bryd, ni allwn gasglu'r canlyniadau /neu'r canlyniadau wedi addasu risg o atgyfeiriadau ffordd o fyw a gweithgarwch yn SAIL gan gynnwys;
- d. Colli pwysau ar ôl atgyfeiriad at raglen rheoli pwysau a chymryd rhan ynddi
 - e. Nifer y bobl sy'n rhoi'r gorau i ysmegu ar ôl cael eu hatgyfeirio at *Helpa fi i Stopio* neu raglenni eraill gan gynnwys Fferylliaeth Gymunedol a hunangymorth
 - f. Er bod data o gronfa ddata NERS yn gallu adrodd am ymgysylltu â rhaglen NERS a'i chwblhau, nid oeddem yn gallu casglu tystiolaeth am fwy o weithgarwch corfforol/colli pwysau ar ôl atgyfeirio a chymryd rhan yn y rhaglen NERS neu raglen leol arall.
- Rhwystrowyd y cysylltiad data â'r ffynonellau data hyn a ddelir gan Iechyd Cyhoeddus Cymru gan faterion llywodraethiant na ellid eu datrys o fewn yr amserlen angenrheidiol ar gyfer dadansoddi data.
26. Yn y pen draw, nid oedd gan y gwerthusiad ddigon o ddata hydredol i ddangos a oedd y rhaglen ICL wedi llwyddo i addasu risg neu wedi effeithio ar anghydraddoldebau iechyd sy'n deillio o farwolaethau clefyd cardiofasgwlaidd ar lefel poblogaeth. Mae achos dros barhau â'r rhaglen ICL gyda gwerthusiad estynedig. Byddai'n ofynnol archwilio data canlyniadau hydredol ar lefel cleifion a phoblogaeth unigol gan ddefnyddio SAIL a chyhoeddi data fel mater o drefn i weld a yw'r rhaglen wedi addasu'r risg o glefyd cardiofasgwlaidd yn llwyddiannus ac wedi arwain at lai o afiachusrwydd a marwolaethau clefyd cardiofasgwlaidd (a phob achos).

Pennod 7: Casgliadau

Mynd i'r afael ag argymhellion blaenorol

Canfu adroddiad diweddarau blaenorol y rhaglen (2019):

"cafwyd dysgu gwerthfawr o ymgymryd â'r rhaglen hyd yma. Mae wedi dangos gallu i gyrraedd poblogaethau o amddifadedd uwch, mewn ymdrech i liniaru effeithiau tlodi ar iechyd a chau'r bwlch anghydraddoldeb. Er gwaethaf y niferoedd da ac allbynnau cynnar addawol, mae mwy o waith i'w wneud i annog ymgysylltiad ehangach â'r boblogaeth â'r rhaglen hon. Yn ogystal, mae angen mwy o ffocws ar argaeledd a chynaliadwyedd gwasanaethau cymorth yn ogystal â mireinio'r dull o werthuso effaith y dull hwn dros amser."

Gwnaeth dri argymhelliad sydd wedi bod yn ganolbwynt i'r rhaglen ac sy'n cael sylw yn yr adroddiad hwn.

Sefydlu cam nesaf y Rhaglen Cyfraith Gofal Gwrthgyfartal genedlaethol yng Nghymru (Argymhelliad 1):

Effeithiwyd yn andwyol ar gynnydd ar hyn gan yr adleoli ar dimau rhaglenni i gefnogi'r ymateb i bandemig COVID-19. Fodd bynnag, cyflwynwyd y dystiolaeth a gyflwynir yn yr adroddiad hwn o adolygiad o lenyddiaeth gyhoeddedig ar wiriadau iechyd a dadansoddiadau o ddata rhaglenni yng nghronfa ddata SAIL i banel o arbenigwyr gofal sylfaenol ac iechyd cyhoeddus a wnaeth argymhellion ar gyfer CTM a Chymru.

Archwilio'r heriau a ddaw yn sgil gwerthuso'r rhaglen gan ganolbwyntio'n benodol ar fynd i'r afael â'r gwendidau yn y bensaernïaeth ddata sy'n sail i'r rhaglen (Argymhelliad 2):

Sefydlwyd grŵp rheoli prosiect gwerthuso SAIL i ddeall llifiau data yn well ac ailysgrifennu protocol gwerthuso SAIL. Roedd hyn yn rhoi data mwy cadarn ar gyfer gwerthuso. Ystyriwyd hefyd y posibilrwydd o ddefnyddio meddalwedd rhaglen ar gyfer gwerthuso ffurfiannol a monitro'r Rhaglen ICL yn lleol wrth symud ymlaen.

Cyfleoedd ar gyfer gwerthusiad economaidd iechyd o'r rhaglen ac ymchwil hydredol gan ddefnyddio cryfder cronfa ddata SAIL (Argymhelliad 3):

Cafodd y cyfleoedd eu harchwilio a'u hoedi nes i ddata canlyniadau gael ei ddilysu.

Anghydraddoldebau Iechyd a Dyluniad Rhaglenni

- Dylai pob rhaglen Ffordd o Fyw ac ymyrraeth glinigol ystyried eu heffaith ar anghydraddoldebau iechyd.
- Wrth gynllunio a datblygu model darparu ymyriadau teg, byddai hyn yn cynnwys ystyried:
 - Targedu'r ymyriad at y rhai sydd â mwy o angen yn hytrach na chynnig cyffredinol;
 - Gwneud yr ymyriad yn fwy hygyrch i'r grwpiau targed drwy fynd i'r afael â rhwystrau i'r nifer sy'n manteisio arnynt e.e. drwy gynnig apwyntiadau hyblyg mewn lleoliadau addas sy'n galluogi oriau gweithredu estynedig, nodi a diwallu anghenion penodol poblogaethau lleol
- Mae'r ARC ar ei ffurf bresennol yn darparu model canfod achosion profedig ar gyfer ystod o gyflyrau cardiofasgwlaidd a'u ffactorau risg. Dylid archwilio'n llawn sut y gallai'r model ARC a ddatblygwyd yn y rhaglen ICL ddarparu dull integredig a chydgyssylltiedig o ganfod achosion ar gyfer rhaglenni sy'n targedu atal diabetes (RhADCG) ac atal strôc (drwy nodi a rheoli ffibriliad atrïaidd a gorbwysedd).
- Gellid ymestyn y broses o gymhwyso'r model i fasged ehangach o gyflyrau cronig a'u ffactorau risg. Mae hyn yn haeddu cael ei archwilio ymhellach.
- Lle mae rhaglenni'n parhau i ddefnyddio model ARC neu ddull tebyg o ganfod achosion, dylid casglu a rhannu'r dysgu.
- Wrth gynllunio ymyriadau ffordd o fyw ac ymyriadau clinigol, dylid rhoi sylw i argaeledd gwasanaethau i gefnogi anghenion penodol unigolion

Asesiad Risg Cardiofasgwlaidd

- Er mwyn cyflwyno model ARC fel dull o ganfod achosion, ar raddfa ledled Cymru, dylid rhoi sylw dyledus i'r hyn a ddysgwyd o'r rhaglen hon a thystiolaeth orau barhaus o fodelau eraill. Rhaid i hyn gynnwys yr ystyriaethau canlynol o ran y system:
 - Argaeledd ffordd o fyw a chymorth clinigol i unigolion a nodwyd â risg cardiofasgwlaidd yn ARC. Mae'n hanfodol mapio'n gynnar y gwasanaethau addasu risg ffordd o fyw sydd ar gael ar ôl ARC a mynd i'r afael ag unrhyw fylchau critigol yn y ddarpariaeth, yn enwedig rheoli pwysau
 - Llwybrau clir ar gyfer cael gafael ar gymorth anfeddygol a chysylltu â chymunedau drwy ragnodi cymdeithasol
 - Fframwaith ariannol cynhwysfawr i gefnogi'r gwaith o gyflwyno'r rhaglen mewn gwahanol leoliadau gan gynnwys gofal sylfaenol
 - Dylunio, ymarferoldeb ac argaeledd Meddalwedd ARC sy'n gallu rhyngweithio'n llawn/cael ei integreiddio â'r cofnod cleifion a gaiff eu cadw mewn Systemau Clinigol Gofal Sylfaenol
 - Hyfforddi Staff GCGI
 - Monitro canlyniadau a gwerthuso yn gadarn
 - Cyfle i fyfyrion ar y model heriau iechyd poblogaeth ychwanegol ar ôl COVID-19 gan gynnwys capasiti mewn gofal sylfaenol

Gwerthusiad o'r Rhaglen

- Dylai gwerthusiadau o ymyriadau cymhleth fod â strwythur goruchwyllo clir ar lefel rhaglen er mwyn sicrhau ffyddlondeb i'r cynllun gwreiddiol a chaniatáu ar gyfer cysylltiadau cyfathrebu ac adborth cyson rhwng timau sy'n arwain ar gyflwyno a gwerthuso rhaglenni
- Dylai cynlluniau ar gyfer gwerthuso rhaglenni gael eu diffinio'n glir o'r cychwyn gan roi ystyriaeth briodol i'r canlyniadau sydd i'w mesur, y data sydd ei angen a chymhlethdod y model. Rhaid rhoi sylw arbennig i ymyriadau cymhleth, lle mae modelau lluosog yn cael eu gwerthuso neu lle mae'r model yn debygol o newid dros amser.
- Dylid ymgysylltu'n gadarn ac yn gyson â rhanddeiliaid er mwyn sicrhau eu mewnbwn i'r gwaith o gynllunio, cyflwyno, monitro a gwerthuso rhaglen o'r fath.

Cyfeiriadaeth

Alageel a Gulliford. 2019. Health checks and cardiovascular risk factor values over six years' follow-up: Matched cohort study using electronic health records in England. *PLoS Medicine* 2021.

Bernstorff et al. 2019. Health checks and cardiovascular risk factor values over six years' follow-up: Matched cohort study using electronic health records in England. *BMJ Open*.

Coghill et al. 2018. NHS health checks: a cross-sectional observational study on equity of uptake and outcomes. *BMC Health Services Research*.

Collins et al. 2020. Universal or targeted cardiovascular screening? Modelling study using a sector-specific distributional cost effectiveness analysis. *Preventative Medicine*.

Epstein et al. 2015. Modelling the costs and long-term health benefits of screening the general population for risks of cardiovascular disease: a review of methods used in the literature. *The European Journal of Health Economics*.

Kennedy et al. 2019. Evaluating the effectiveness of the NHS Health Check programme in South England: a quasi-randomised controlled trial. *BMJ Open*.

Krypidemos et al. 2018. Future cost-effectiveness and equity of the NHS Health Check cardiovascular disease prevention programme: Microsimulation modelling using data from Liverpool, UK. *PLoS Medicine* 2021.

Livingston a Callinan. 2015. Underreporting in alcohol surveys: whose drinking is underestimated? *The Journal of Studies on Alcohol and Drugs*.

Marmot et al. 2020. Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. Ar gael yn: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review>

Martin et al. 2018. Delivery and impact of the NHS Health Check in the first 8 years: a systematic review. *The British Journal of General Practice*.

Mills et al. 2017 Views of commissioners, managers and healthcare professionals on the NHS Health Check programme: a systematic review. *BMJ Open*.

Mytton et al 2018. The current and potential health benefits of the National Health Service Health Check cardiovascular disease prevention programme in England: A microsimulation study. *PLoS Medicine* 2021.

NICE. 2020. CVD risk assessment and management. Ar gael yn: <https://cks.nice.org.uk/topics/cvd-risk-assessment-management/>

Prince et al. 2020. A comparison of self-reported and device measured sedentary behaviour in adults: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*.

QOF database. 2019. *Data'r Fframwaith Ansawdd a Chanlyniadau 2019*. Ar gael yn: <https://www.gpcontract.co.uk/browse/WAL/19>

Robson et al. 2016. NHS Health Check comorbidity and management: an observational matched study in primary care. *The British Journal of General Practice*.

Santos. 2020. The Role of Cardiovascular Risk Assessment in Preventive Medicine: A Perspective from Portugal Primary Health-Care Cardiovascular Risk Assessment. *Journal of Environmental and Public Health*.

Usher-Smith et al. 2017 NHS Health Check Programme rapid evidence synthesis. *The Primary Care Unit, University of Cambridge and RAND Europe*.