

Gydag adnoddau ac arian yn brin, a cheir dogni ar sail oedran yn y

GIG?

Ema Meleri Roberts

Ym mhapur gwyn 1998 fe ddywedir “Y bydd y GIG yn parhau yn wasanaeth gwirioneddol wladol sydd ar gael i bawb ar sail angen.”¹ Datganiad sydd yn ymddangos yn gynhwysol i bawb ond mewn gwirionedd sydd ddim yn wir. Rhaid cydnabod bod y galw am adnoddau yn fwy na’r cyflenwad sydd ar gael. Oherwydd nifer o ffactorau megis y ffaith bod y boblogaeth yn heneiddio a’r amrywiaeth eang o driniaethau sydd bellach ar gael, mae’n anorfod i’r Llywodraeth ddogni darpariaeth gofal iechyd, oherwydd nad oes digon o arian ar gyfer popeth. Golyga hyn nad yw holl fanteision y gwasanaeth ar gael i bawb. Mae Erthygl 12 o’r Cyfamod Rhyngwladol ar Hawliau Economaidd, Cymdeithasol a Diwylliannol yn cydnabod bod gan bawb yr “Hawl i iechyd corfforol a meddyliol o’r safon gyraeddadwy uchaf”² ond yn amlwg mae dogni yn atal rhai rhag cyrraedd y safon yma. Bydd y traethawd hwn yn trafod yr heriau sydd yn wynebu’r GIG, gan ystyried enghreifftiau penodol o ddogni gofal iechyd i’r henoed.

Yn ôl Hunter gellir diffinio dogni mewn tair ffordd gwahanol. Fe all y GIG atal darparu math penodol o wasanaeth neu driniaeth, fe all symud adnoddau o un gwasanaeth i’r llall, neu gyfyngu’r mynediad at wasanaeth gan gyfeirio at nodweddion y darpar gleifion³ e.e. oedran.

¹ Papur Gwyn: GIG Rhoi Cleifion yn gyntaf, 1998, Par. 1.2

² Cyfamod Rhyngwladol ar Hawliau Economaidd, Cymdeithasol a Diwylliannol (1976), Erth. 12

³ Hunter yn cyfeirio at dystiolaeth Cymdeithas Cynghorau Iechyd Cymunedol Cymru a Lloegr i Bwyllgor Iechyd Tŷ'r Cyffredin yn ei lyfr: Hunter, D. J. (1977) *Desperately Seeking Solutions: Rationing Health Care*, Harlow: Addison Wesley Longman, Tud. 8

Yn wir mae'r henoed yn gweld effaith y cyfyngiadau yma. Dywed Hunter hefyd bod yna bum categori o fecanweithiau dogni sef ataliaeth, oedi, gwyrriad, gwanhad a nacâd.⁴

Mae'n ffaith bod datblygiadau mewn technoleg feddygol ac ati wedi cynyddu disgwyliad oes; erbyn hyn yng Nghymru mae merched yn byw tan yn tua 82 mlwydd oed ar gyfartaledd, a dynion tan yn tua 78⁵. Y broblem yw bod pobl hŷn yn fwy tebygol o ddiodef afiechydon cronig. Nid oes gwellhad i'r afiechydon hyn sydd yn golygu bod y cleifion angen gofal a thriniaeth tan ddiwedd eu hoes. Mae hyn yn gostus, ac yn sgil y rhagwelediad y bydd y nifer o bobl rhwng 60 a 74 mlwydd oed yn cynyddu 43% o 1991 i 2031, a'r boblogaeth rhwng 75 a 84 mlwydd oed yn cynyddu 138%,⁶ mae'r straen ar adnoddau'r GIG yn debygol o barhau a chynyddu.

Mae dogni ar sail oedran yn gydnabyddedig. Dadleuir yn berswadiol gan Klein, Day a Redmayne bod oedran "Yn gweithredu fel peilot awtomatig hwylus ar gyfer meddygon sydd yn symleiddio'u penbleth ac yn osgoi'r gwewyr o orfod dewis rhwng gwahanol fywydau."⁷ Mae oed yn gyfyngiad ar safon y gofal gall unigolyn ei dderbyn, gan fod meddygon yn llai parod i ddarparu gofal digonol i berson sydd dros oedran penodol. Mae'r fformiwlâu a ddefnyddir ar gyfer dogni yn profi hyn, megis QALY⁸. Dywed Newdick "The theory favours treatments which achieve the greatest in quality of life over the longest period for the least

⁴ Ibid, Tud. 9

⁵ Gwefan Llywodraeth Cymru- <<http://wales.gov.uk/statistics-and-research/life-expectancy/?lang=en>> [mynediad ar 17/07/14]

⁶ *The Health of the U.K's Elderly People* (Y Cyngor Ymchwil Meddygol, 1994), Tud. 17

⁷ Klein, Day a Redmayne (1996:87) a gyfeirir ato yn Hunter, D. J. (1997) *Desperately Seeking Solutions: Rationing Health Care*, Harlow: Addison Wesley Longman, Tud. 11

⁸ Quality Adjusted Life Years

cost.”⁹ Amlyga hyn y gwahaniaethu’n erbyn yr oedrannus. Yn ogystal mae fformiwla ‘Fair Innings’ hefyd yn hybu gwahaniaethu gan ei fod o’r farn y dylid cyfeirio adnoddau cyfyngedig at bobl ifanc yn unig, oherwydd wedi i unigolyn gyrraedd 70 mlwydd oed maent wedi cael byw bywyd digon hir ac mae unrhyw gyfnod tu hwnt i hynny yn fonws. Gwelir enghraifft o’r gwahaniaethu’n erbyn oedran mewn achosion o ACS¹⁰. Yn ôl y Myocardial Ischemia National Audit Project Registry for England and Wales, yr oedd cleifion 85 mlwydd oed a hŷn yn 75% llai tebygol o dderbyn triniaeth o’u cymharu â phobl iau na 55 mlwydd oed. Roeddynt hefyd yn llai tebygol o dderbyn meddygaeth atal eilraddol wrth gael eu rhyddhau o’r ysbyty.¹¹ Mae hyn yn esiampl amlwg o drydydd diffiniad Hunter sef cyfyngu’r mynediad at wasanaeth gan gyfeirio at nodweddion y darpar gleifion, ond nid dyma’r unig esiampl.

Gwelir esiampl arall wrth ystyried bod 150,000 o bobl yn cael strôc yng Nghymru a Lloegr bob blwyddyn¹². Mae’r risg o ddiodeff strôc yn cynyddu wedi i unigolyn gyrraedd 65 mlwydd oed¹³. Er hyn, fe welwn ddogni yn digwydd ar sail oedran. Yn ôl erthygl Rudd *et al*¹⁴ mae cleifion hŷn yn llai tebygol o gael eu trin mewn uned strôc na rhai iau. Dim ond 51% o gleifion dros 85 sydd yn derbyn sgan mewn 24 awr o gymharu â 71% o gleifion o dan 65. Mae gwahaniaeth amlwg i’w weld yma¹⁵. Felly y cleifion sydd fwyaf tebygol o ddiodeff sydd

⁹ Newdick, C. (1995) *Who Should We Treat?: law, patients and resources in the NHS*, Oxford: Clarendon Press, Tud. 22

¹⁰ Acute coronary syndromes

¹¹ Simms, A.D. *et al.* (2012) Review: Acute Coronary Syndromes; an old age problem, *Journal of Geriatric Cardiology* 9: 192-196

¹² NHS encyclopaedia <<http://www.nhsdirect.wales.nhs.uk/Encyclopaedia/s/article/stroke/>> [mynediad ar: 21/11/12]

¹³ Ibid

¹⁴ Rudd. A.G. *et al* (2007) Access to Stroke Care in England, Wales and Northern Ireland: The effect of age, gender and weekend admission, *Age and Ageing*, 36: 247-255

¹⁵ Ibid

lleiaf tebygol o dderbyn triniaeth. Y peth gwaethaf yw ni ellir mynnu triniaeth chwaith fel y penderfynwyd yn achos *Glass*.¹⁶

Esiampl arall sydd yn amlygu dogni yn y maes yma yw'r ffaith bod y GIG yn dogni triniaethau ataliol i'r oedrannus. Er enghraifft mae'r GIG yn gwahodd merched dros 50 i gael eu sgrinio am gancr y fron am ddim bob tair blynedd¹⁷. Ond erbyn i'r ddynes gyrraedd 70 mae'r gwahoddiadau hyn yn darfod. Nid yw hyn yn golygu bod merched dros yr oed yma yn cael eu gwrthod pe gofynnant am famogram, ond y broblem yma yw'r ffaith os nad yw merched sydd eisoes dros 70 mlwydd oed erioed wedi cael gwahoddiad, yna mae'n debygol nad ydynt yn ymwybodol y byddent yn gallu cael un pe byddent yn gofyn. Mae dogni yn digwydd yma drwy beidio hysbysu'r henoed am yr opsiynau sydd ar gael.

Cymru sydd â'r canran uchaf o hen bobl yn y DU, erbyn 2015 bydd 8.8% o'n poblogaeth ni dros 75 mlwydd oed (14% yn uwch na Lloegr)¹⁸. Mae hyn yn rhoi straen ar ein GIG. Ym mhapur Gwyn 1998¹⁹ penderfynwyd y dylid darparu gofal ar bedwar lefel²⁰. Mae'r pedwerydd lefel, sef gofal yn y gymuned yn dangos sut mae dogni yn digwydd. Y syniad yw y dylai'r henoed dderbyn gofal yn y gymuned yn hytrach na defnyddio gwelyau ysbytai am dymor hir. Gellir gweld hyn fel rhywbeth positif, maent yn cael aros mewn awyrgylch gartrefol ac mae'r GIG yn arbed arian. Er hyn, rhoddodd Ddeddf 1990²¹ ddiwedd ar nawdd

¹⁶ *R v Portsmouth Hospital NHS Trust (a.k.a.Glass)* [1999] Lloyds Law Rep Med 367

¹⁷ NHS Cancer Screening Programs <<http://cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/screening-programme.html>> [Mynediad ar:21/11/12]

¹⁸ Papur Gwyn: GIG Cymru Rhoi Cleifion yn Gyntaf, 1998, Par. 1.2

¹⁹ Ibid

²⁰ Gofal sylfaenol, gofal eilaidd, gofal trydyddol a gofal yn y gymuned

²¹ Deddf GIG a Gofal yn y Gymuned 1990

gwladwriaethol i breswylwyr cartrefi preifat a gwirfoddol, felly'r awdurdodau lleol neu'r cleifion eu hunain sydd yn gorfod talu, yn ddibynol ar brawf modd. Mae'r GIG yn manteisio fel hyn ond nid yw'r claf. Mae twf wedi bod mewn lleoedd cartrefi preswyl tra bod nifer o welyau arhosiad hir y GIG wedi lleihau²². Yn ôl erthygl yn y British Medical Journal (BMJ) mae yna debygolrwydd o 1/5 y bydd dynion dros 65 angen gofal breswyl tra bod yna debygolrwydd o 1/3 i ferched. Rhaid i bobol â chynilion dalu am eu gofal eu hunain, sydd yn aml yn swm enfawr. Dywed yr erthygl y byddai angen i bâr priod gynilo £85,000 yr un i gwrdd â chost cyfartalog y gofal hyn²³. Roedd hyn yn digwydd yn Lloegr hefyd, gwelwn achos o Leeds²⁴ ble y gwnaethpwyd cwyn i'r ombwdsman ar ran dyn oedrannus a gafodd ei ryddhau o ysbyty i ofal cartref preswyl a gorfod talu'r costau ei hun. Y gwahaniaeth yw bod adran 49 o Ddeddf Iechyd a Gofal Cymdeithasol²⁵, sydd yn dweud dylai gofal nyrsio/personol fod yn rhad ac am ddim, yn gymwys i Loegr, heb ei fabwysiadu yn Nghymru. Dangosa hyn bod yr henoed yn dioddef mwy yng Nghymru nac yn Lloegr.

Mae dogni cudd megis pellter a thrwy gymhlethdod hefyd yn effeithio ar yr henoed mwy na neb arall. Maent yn fwy tebygol o beidio allu gyrru, ac os ydynt yn byw yn y wlad mae hyn yn creu hyd yn oed mwy o broblem oherwydd y byddai'n anoddach iddynt gyrraedd meddygfa. Yn ogystal â hyn, byddai llenwi ffurflenni cymhleth yn broblem i'r rhai sydd wedi colli hyder

²² Erthyglau Golygyddol, Heath, I. (2000) Esgeuluso Dyletswydd Mewn Cymdeithas Oedraniaethol, *BMJ* 320:1422 (27 Mai)

²³ Ibid

²⁴ Comisiynydd y Gwasanaeth Iechyd, Failure to provide long term NHS care for a brain-damaged patient (Leeds case)-second report for session 1993/94/ Llundain: Llyfrau Ei Mawrhydi, 1994, sydd yn cael ei drafod yn: Harrison, A. a Dixon, J. (2000) *The NHS: facing the future*. Cavendish Square, Llundain: King's Fund Publishing. Pennod 3, Gwasanaeth Sy'n Newid, Tud. 7

²⁵ Adran 49 Deddf Iechyd a Gofal Cymdeithasol 2001

yn eu hunain. Gall hyn olygu y byddent yn llai parod i ofyn am ofal a bod y GIG yn arbed arian.

Yn 2006 crëwyd y swydd o Gomisiynydd ar gyfer pobl hŷn yng Nghymru²⁶. Ei swydd, yn ogystal â phethau eraill yw, hyrwyddo dileu gwahaniaethu yn erbyn pobl hŷn a dylanwadu ar bolisi. Mae'r ffaith bod angen Comisiynydd i gael gwared ar wahaniaethu ar sail oed, yn profi bod y Llywodraeth yn sylweddoli ar y dogni annheg o ofal i'r henoed, a hynny oherwydd gwahaniaethu oedran.

Ni chredaf ei fod yn iawn bod gofal iechyd yn cael ei ddogni yn y maes yma. Mae rhai yn trio cyfiawnhau yr annhegwch drwy ddweud ei fod "o fudd i bob dinesydd trwy gydol eu hoes pe bai'r cyllid a ddefnyddir yn awr i ymestyn bywydau ar eu diwedd yn cael ei ailgyfeirio i gyfnodau bywyd cynharach."²⁷ Anghytunaf, mae fel petaent yn dweud bod y bobl hyn wedi cyrraedd oedran teg ac y dylent nawr aberthu eu bywydau fel bod pobl ieuengach yn cael eu cyfran nhw o adnoddau. Golyga hyn bod pobl oedrannus yn gorfod dibynnu ar eu cynilion neu ar deulu i'w helpu yn y cyfnod o'u bywydau pan maent angen y mwyaf o ofal gan y GIG. Sut all gwahaniaethu oherwydd oed ddigwydd yn y GIG pan mae'n anghyfreithlon yn ôl Deddf Cydraddoldeb 2010²⁸?

²⁶ Cafodd y swydd ei greu gan Ddeddf Comisiynydd ar Gyfer Pobl Hŷn (Cymru) 2006

²⁷ Hunter, D. J. (1977) *Desperately Seeking Solutions: Rationing Health Care*, Harlow: Addison Wesley Longman, Tud. 8

²⁸ Mae oedran yn un o'r nodweddion gwarchoddedig yn ôl Adran 4 Deddf Cydraddoldeb 2010

Yn ôl 'Gwasanaeth Sy'n Newid' amcan y GIG erioed yw yr "Hyn a ddylai benderfynu ar fynediad iddo yw angen, ac nid y gallu i dalu, ynghyd ag yr ymrwymiad i gydraddoldeb ac i wasanaeth o safon."²⁹ Fel sydd eisoes wedi'i brofi yn y traethawd hwn, nid angen sydd yn penderfynu, ond oedran. Yn ôl Wenger, pobl sâl nid hen bobl sydd yn dreth ar adnoddau³⁰. Cytunaf, fe all rhai hen bobl fod wedi byw bywydau iach ond eu bod angen rhywfaint o ofal erbyn diwedd eu hoes, tra ar y llaw arall, gall rhai pobl ifanc ddioddef iechyd gwael, gan ddibynnu ar dderbyn triniaeth trwy gydol eu hoes. Ymhellach, rydym ni erbyn hyn yn fwy tebygol o gwyno a hawlio triniaeth am unrhyw beth (yn enwedig ers i Ddeddf Hawliau Dynol³¹ ddod i rym), mae cymdeithas wedi newid oherwydd ni ddigwyddai hyn ers talwm, byddai hen bobl wedi bod yn fwy amharod i ymweld â doctor yn eu ieuenctid, ond nawr pan y maent wirioneddol angen gofal, maent yn cael eu gwrthod neu'n derbyn gofal o safon is.

Deallaf nad oes hawl absoliwt i driniaeth o dan Erthygl 2 o'r Confensiwn Ewropeaidd ar lawnderau Dynol 1950.³² Mae llawer o achosion wedi profi hyn e.e. fe benderfynwyd i beidio a rhoi triniaeth i ferch a oedd yn marw o gancr³³, fe aeth ei thad i'r llys ond fe fethodd y ddadl bod hyn yn erbyn Erthygl 2, oherwydd ni all llysoedd roi barn ar benderfyniadau awdurdodau iechyd. Yn ogystal, nid oes hawl absoliwt o dan Erthyglau 3 nac 8 chwaith³⁴ fel y gwelwyd yn achos *A, D & G*³⁵ lle penderfynwyd nad oedd Erthygl 8 yn gosod

²⁹ Harrison, A. a Dixon, J. (2000) *The NHS: facing the future*. Cavendish Square, Llundain: King's Fund Publishing, Pennod 3, Gwasanaeth Sy'n Newid, Tud. 1

³⁰ Wenger, C. "Successful ageing" AGENDA Hydref 2001, Tud. 16

³¹ Deddf Hawliau Dynol 1998

³² Fel sydd yn weithredol drwy Ddeddf Hawliau Dynol 1998

³³ *R v Cambridge District Health Authority ex parte B (A minor)* [1995] 1 FLR 1055

³⁴ Erthygl 3- gwahardd arteithio, ac Erthygl 8- hawl i fywyd teuluol

³⁵ *North West Lancashire Health Authority v. A, D, & G* [1999] Lloyd's Rep. Med. 399

rhwymedigaeth pendant i driniaeth³⁶. Deallaf hefyd mai dyletswydd yr Ysgrifennydd Gwladol dros iechyd “yw parhau’r hyrwyddo yn Lloegr a Chymru o blaid gwasanaeth iechyd cynhwysfawr a luniwyd i sicrhau gwelliant–

(a) yn iechyd corfforol a meddyliol y bobl yn y gwledydd hynny, ac

(b) o ran atal, diagnosio a thrin afiechyd ...”³⁷

Ac y dylai ddarparu “i’r fath raddau ag y tŷb ef sydd yn angenrheidiol i gwrdd â phob gofyniad rhesymol.”³⁸ Golyga hyn felly nad oes ganddo dyletswydd absoliwt i ddarparu gofal iechyd cynhwysfawr, ac felly fe all gyfiawnhau dogni. Ond mae achos *Coughlan*³⁹ yn dangos ei bod yn bosib i’r llys newid penderfyniad os ydyw wedi mynd yn erbyn disgwyliad cyfreithlon e.e. drwy dorri addewid.

Y ddadl pwysicaf i’w phwysleisio yw nad yw’n deg mai hen bobl yw prif ddiodefwr y dogni yma. Ymddengys mai’r oedrannus yw un o’r carfannau sydd angen y mwyaf o ofal ac ni ddylid eu cosbi oherwydd hyn. Gan ystyried newidiadau cymdeithasol trawiadol, dadleuir eu bod angen hyd yn oed mwy o ofal gan y GIG, oherwydd mae’r traddodiad o ferched y teulu yn gofalu ar ôl yr oedrannus yn diflannu, a hynny oherwydd eu bod yn gweithio eu hunain a bod teuluoedd yn symud i ffwrdd. Problem arall yw’r ffaith bod y rhai sydd yn gofalu am aelodau hŷn eu teuluoedd yn heneiddio eu hunain, golyga hyn bod pobl a ddylai

³⁶ Roedd y cleifion yn dadlau bod gwrthod ariannu triniaeth newid rhyw yn ymyrraeth ar yr hawl i fywyd teuluol

³⁷ Adran 1 Deddf GIG 1977

³⁸ Adran 3 Deddf GIG 1977

³⁹ *R v North and East Devon Health Authority, ex parte Coughlan (Secretary of State for Health and another intervening)* [2000] 3 All ER 850

fod wedi cyrraedd rhan o’u bywydau lle gallent ymlacio yn dal i orfod gwneud y gwaith caled o ofalu ar ôl rhieni sydd yn dirywio.

I gloi, cydnabyddir bod dogni yn anochel a hynny oherwydd nid oes digon o arian i wneud y cyfan. Er hyn, dadleuir nad yw hi’n deg gwahaniaethu’n erbyn yr oedrannus. Mae’r dystiolaeth a gyflwynwyd yn y traethawd hwn yn profi mai nhw yw’r garfan o bobl sydd yn dioddef fwyaf o rhai afiechydon ond sydd yn derbyn y lleiaf o ofal. Yn y mwyafrif o achosion nhw sydd hefyd yn gorfod talu am eu gofal eu hunain, neu mae’r baich yn disgyn ar eu teuluoedd. Nid yw hyn yn cyd-fynd â’r cysyniad gwreiddiol tu ôl i’r GIG, felly mae angen gweithredu i sicrhau nad yw hen bobl yn dioddef mwy o ddogni na phobl eraill yn y gymuned.

**Aberystwyth University Law and Criminology Student Journal (AULCSJ), 1st Edition
published online by the Department of Law and Criminology, Aberystwyth University on
behalf of the AULCSJ. August 2014. Article downloaded from
[http://www.aber.ac.uk/en/law-
criminology/informationforcurrentstudents/studentactivities/auslcj/](http://www.aber.ac.uk/en/law-criminology/informationforcurrentstudents/studentactivities/auslcj/)**