



**Blood
cancer
UK**



ADRODDIAD

Sicrhau Sylw i Ganser y Gwaed:

Cynllun i gynyddu nifer y bobl yn y
DU sy'n goroesi

Cynllun Gweithredu'r DU
ar Ganser y Gwaed 2024

Beth yw Canser y Gwaed?

Canser y gwaed
yw'r trydydd
canser sy'n lladd
y nifer mwyaf o
bobl yn y DU



Mae 40,000
o bobl yn y DU

yn cael diagnosis bob blwyddyn

Mae tua
280,000

o bobl yn y DU

yn byw gyda
chanser y gwaed
ar hyn o bryd

Mae dros
100
o wahanol
fathau o ganser
y gwaed

Pob blwyddyn,
mae dros **15,000**
o bobl yn marw o ganser y gwaed

Y mathau mwyaf
cyffredin o
ganser y gwaed
yw **lewchemia**,
lymfoma neu
myeloma

Canser
y gwaed
yw'r pumed
canser mwyaf
cyffredin
yn y DU

Y 5 math mwyaf cyffredin o ganser y gwaed yw:

Lewcemia
myeloid aciwt
(AML)

Lymffoma
celloedd B mawr
gwasgaredig
(DLBCL)

Neoplasmau
myeloprolifetarive
cronig
(MPN)

Lewcemia
lymffobig
cronig
(CLL)

Myeloma



Yn draddodiadol, rhennir canserau gwaed yn dri grŵp o lewcemia, lymffoma a myeloma, ond mae gan y dros 100 o is-deipiau symptomau, triniaethau a phrognochau gwahanol.

Cynnwys

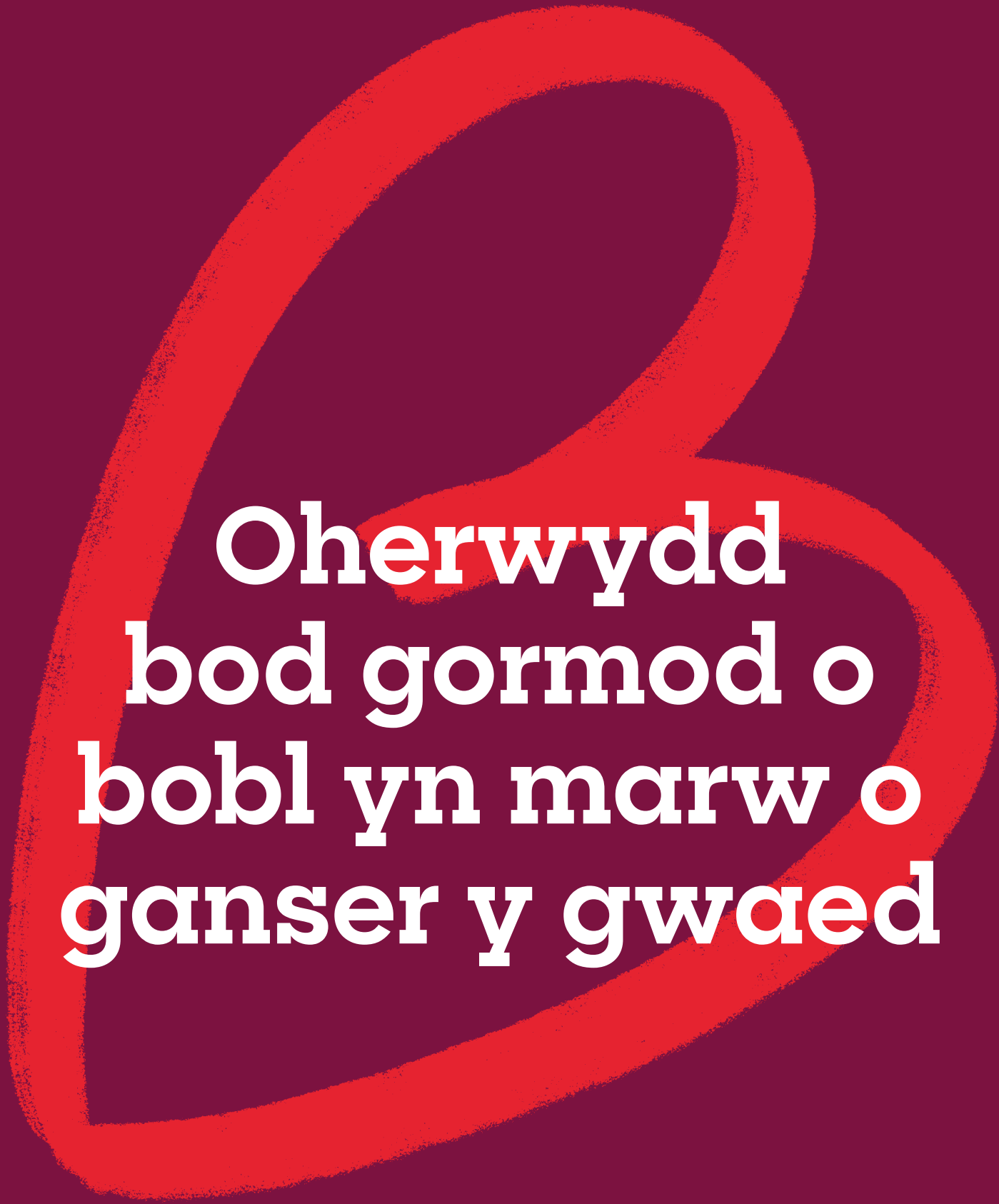
- 06 Rhagair
- 07 Neges gan gymuned canser y gwaed
- 08 Ein dull
- 09 Argymhellion y Cynllun Gweithredu**
- 12 Codi llais o ran goroesi canser y gwaed yn y DU
- 18 Y Gweithlu
- 27 Argymhellion o ran y gweithlu**
- 28 Diagnosis
- 35 Argymhellion o ran diagnosis**
- 36 Gofal
- 45 Argymhellion o ran gofal**
- 44 Treialon a thriniaethau
- 50 Argymhellion o ran treialon a thriniaethau**
- 52 Data
- 57 Argymhellion o ran data**
- 58 Tynnu sylw at anghydraddoldebau iechyd o ran canser y gwaed
- 61 Priodoliadau
- 63 Llyfryddiaeth

Diolchiadau

Bu'n bosibl gwneud y gwaith hwn yn sgil rhodd ariannol hael gan Bristol Myers Squibb, Gilead, Johnson & Johnson, Novartis, Tokeda a MSD. Hoffem ddiolch i'n holl noddwyr am eu cefnogaeth a'u brwdfrydedd ynghylch Cynllun Gweithredu ar Ganser y Gwaed. Nid yw'r sefydliadau hyn wedi cyfrannu mewn y modd golygyddol at y cynnwys.

Hoffem hefyd ddiolch i holl aelodau tasglu'r Cynllun Gweithredu ar Ganser y Gwaed, y gweithgorau, grwpiau ffocws, cynrychiolwyr o'r gymuned a'r holl weithwyr gofal iechyd proffesiynol eraill, ac yn wir bawb y mae canser y gwaed wedi effeithio arnynt a gyfrannodd at yr adroddiad hwn.

Gyda'ch cymorth chi byddwn yn curo canser y gwaed.



**Oherwydd
bod gormod o
bobl yn marw o
ganser y gwaed**

Rhagair

Mae'r buddsoddiad mewn ymchwil cancer y gwaed gan Blood Cancer UK ac eraill wedi trawsnewid y sefyllfa dros y 60 mlynedd diwethaf, gan sicrhau bod mwy o bobl yn byw'n hirach. Mae triniaethau arloesol yn cael eu datblygu a allai, os ydynt ar gael, chwyldroi gofal cancer y gwaed ymhellach. Fodd bynnag, y realiti amlwg yw bod **gormod o bobl yn marw o ganser y gwaed o hyd ac mae'r DU bellach ar ei hôl hi o'i chymharu â gwledydd tebyg o ran canlyniadau ymchwil a goroesiad**. Roedd awydd ymhlith pawb i ddeall pam y mae hyn yn digwydd a phrofiadau a blaenoriaethau pobl sy'n byw gyda chanser y gwaed a'r bobl sy'n gweithio yn y GIG sy'n darparu eu gofal a'u triniaeth.

Mae'r Cynllun Gweithredu hwn yn amlinellu'r heriau cymhleth y mae angen eu gorchfygu er mwyn cyflawni gwelliannau. Cytunir yn gyffredinol y gall fod yn anodd pennu diagnosis o ganser y gwaed, ond mae cyfres o heriau eraill cymhleth a rhyng-gysylltiedig hefyd yn effeithio ar gyfraddau goroesi. Ymhlith rhai o'r materion critigol sy'n atal cynnydd yw bylchau o fewn y gweithlu^{1, 2, 3} anghydraddoldebau iechyd,^{4, 5} ansicrwydd o ran cyllid,⁶ mynediad cyfyngedig at dreialon clinigol^{7, 8, 9} ac anghysondebau o ran data cenedlaethol.¹⁰

Mae wedi'i seilio ar ddata newydd, profiadau gwirioneddol pobl sy'n byw gyda chanser y gwaed, gweithwyr gofal iechyd proffesiynol ac ymchwilwyr.

Wedi ystyried y dystiolaeth, rydym wedi cynnig argymhellion **realistig ond uchelgeisiol ar gyfer Llywodraeth newydd San Steffan, y rhai yng Nghaeredin, Caerdydd a Belfast, a phawb sydd ynghlwm wrth ofal cancer y gwaed yn y DU**. Bydd angen i rai ohonynt fod yn destun ymchwil a meddwl pellach tra gallai eraill gael eu gweithredu ar unwaith. Mae'n anochel y bydd costau ynghlwm wrth rai ohonynt ond bydd eraill yn gofal am newid o ran ffordd o feddwl neu brosesau. Byddant, fodd bynnag, yn gwella'r canlyniadau ar gyfer y bobl sy'n byw gyda chanser y gwaed a'r rhai a fydd yn derbyn diagnosis yn y dyfodol.

Cyd-Gadeiryddion Tasglu'r Cynllun Gweithredu ar Ganser y Gwaed:

**Helen Rowntree,
Prif Weithredwr Blood Cancer UK**

**Yr Athro Adele Fielding
Athro Hematoleg,
Prifysgol Efrog.
Cyfarwyddwr Clinigol y Ganolfan ar gyfer
Ymchwil Gwaed a Phennaeth Meddygaeth
a Biofeddygaeth Arbrofol Ysgol Feddygol
Hull Efrog**

Neges gan gymuned canser y gwaed

Rydym yn grŵp o bobl sydd wedi eu heffeithio gan ganser y gwaed ac sydd wedi helpu i gyd-gynhyrchu'r adroddiad hwn.

Nid ein nod yw cyflwyno ystadegau moel ond yn hytrach gyflwyno profiadau gwirioneddol pobl yn y DU o ganser y gwaed. Fel aelodau o Dasglu'r Cynllun Gweithredu, rydym wedi cael y cyfle i rannu ein profiadau a'n heriau unigryw wrth wynebu canser er mwyn helpu i nodi meysydd i'w gwella ym maes gofal canser y gwaed.

Rydym yn cynrychioli'r gymuned o 280,000 o bobl yn y wlad hon sy'n byw gyda chanser y gwaed neu sydd wedi cael gollyngdod ohono. Mae rhai ohonom wrthi'n derbyn triniaeth; mae eraill yn cael eu monitro'n agos rhag ofn y gallai symptomau ddychwelyd ac mae rhai ohonom yn wynebu anawsterau beunyddiol i fyw bywydau llawn oherwydd effeithiau'r salwch. Rydym yn cyflwyno ein profiadau gwirioneddol o effaith diagnosis canser y gwaed ar fywyd o ddydd i ddydd, heriau dyrys triniaethau, a rôl hanfodol y gweithwyr gofal iechyd proffesiynol a'n cefnogodd.

Mae ein profiadau'n unigryw ac yn hynod bersonol, ond rydym yn rhannu'r un nod: sicrhau bod pawb sy'n cael diagnosis yn y DU nawr ac yn y dyfodol yn derbyn y gofal a'r driniaeth orau bosibl.

Am gyfnod rhy hir, rydym wedi cael ein llesteirio gan ddiffyg dealltwriaeth o ganser

y gwaed, hyd yn oed ymhlith gweithwyr gofal iechyd proffesiynol, ynghyd â lluo o faterion eraill sy'n effeithio ar ofal, sy'n golygu bod gormod o bobl yn marw o ganser y gwaed. Dyna pam rydym wedi defnyddio ein lleisiau i rannu ein profiadau a helpu i lunio'r argymhellion yn yr adroddiad hwn.

Rydym yn falch iawn o'r adroddiad yr ydym wedi'i gyd-gynhyrchu. Os caiff yr argymhellion hyn eu gweithredu nid oes rheswm pam na allai'r DU fod ar flaen y gad o ran gofal a thriniaeth canser y gwaed ar lefel fyd-eang, gan roi gobaith am ddyfodol gwell i bobl y mae'r clefyd hwn yn effeithio arnynt. Ond dim ond trwy ymdrechion cyfunol a phenderfyniad llawer o bobl y bydd hyn yn cael ei gyflawni. Gobeithiwn y bydd yr adroddiad hwn a'n profiadau yn eich argyhoeddi i ddod yn un o'r bobl hynny.

Rydym yn annog y rhai sy'n gwneud penderfyniadau a'r rhai sy'n llunio polisiâu i weithredu ar argymhellion y Cynllun Gweithredu ar gyfer Canser y Gwaed, gan sicrhau nad yw ble mae rhywun yn byw, neu eu cefndir yn llywio eu siawns o oroesi. Dyma'ch cyfle i wneud gwahaniaeth... oherwydd mae pobl sydd â chanser y gwaed yn haeddu gwell.

Cynrychiolwyr y gymuned David, Sue, Jacquie, George, Alastair a Scott

Ein dull

Roedd angen i ni ddeall profiadau a blaenoriaethau'r rhai sy'n darparu triniaeth a gofal am ganser y gwaed, y rhai sydd wedi profi'r driniaeth a'r gofal hwnnw, a'r rhai sy'n sbarduno cynnydd a gwelliant trwy ymchwil labordy, clinigol a data.

Er mwyn cyflawni hyn, daethom â thasglu ynghyd gyda chynrychiolaeth o bedair gwlad y DU, o wahanol leoliadau gofal iechyd a chyda phrofiad o drin neu gael triniaeth ar gyfer canser cronig ac aciwt yn y gwaed. Gan gyfarfod yn rheolaidd rhwng mis Ebrill 2023 a mis Mai 2024, archwiliodd a heriodd dystiolaeth, gan bennu cyfeiriad a mewnwediad a chytuno ar argymhellion ar gyfer llywodraethau, y GIG, elusennau, y diwydiant fferyllol ac eraill.

Trwy weithredu ar yr argymhellion yn yr adroddiad hwn, gallwn chwyldroi gofal canser y gwaed yn y DU. Trwy ddiffinio safon newydd ar gyfer gofal canser y gwaed, gallwn greu dyfodol lle gall pobl sy'n byw gyda'r clefyd fod yn gwbl hyderus bod ganddynt y siawns orau bosibl o oroesi oherwydd eu bod yn byw yma. Yr adroddiad hwn yw'r map Trywydd ar gyfer gwireddu'r dyfodol hwnnw.

Oherwydd mai curo canser y gwaed yw ein nod

Argymhellion y Cynllun Gweithredu

Creu gweithlu clinigol a diagnostig cadarn sy'n addas i'r dyfodol

Mae'n rhaid i gynlluniau'r dyfodol ar gyfer gweithlu'r GIG gynnwys yn ystyrllon:

- Modelu i bennu nifer a setiau sgiliau gweithwyr gofal iechyd proffesiynol sydd eu hangen ar draws pob agwedd ar ofal canser y gwaed, gan gynnwys diagnosis; a datblygu safonau cenedlaethol ar gyfer staffio a chyfleusterau (ar gyfer y GIG, Cymdeithas Hematoleg Prydain (BSH) a Blood Cancer UK).
- Cynnydd yn nifer y Nyrsys Clinigol Arbenigol (CNSs) ar gyfer canser y gwaed a rhaglen o gymorth parhaus ar gyfer CNS, gan gynnwys datblygu swydd gymorth newydd ar gyfer canser y gwaed. gyda swydd-ddisgrifiad wedi'i llunio gan Nyrsys Clinigol Arbenigol (ar gyfer y GIG).
- Gweithredu i wrthdroi'r dirywiad mewn academyddion clinigol sy'n canolbwyntio'n benodol ar ymchwil i ganser y gwaed trwy fynd i'r afael â'r diffyg swyddi addas a heriau o ran cadw. Darparu cefnogaeth bwrpasol ac amser gwarchodedig i academyddion clinigol ac ymchwilwyr clinigol gyda'r GIG yn sbarduno ymchwil (ar gyfer prifysgolion a sefydliadau sy'n ariannu swyddi academaidd clinigol).

Gwella atgyfeirio a diagnosis

- Mynd i'r afael â'r rhwystrau sy'n atal pobl o rai grwpiau, megis y rhai o leiafrifoedd ethnig neu gefndiroedd difreintiedig neu'r rhai sy'n byw mewn lleoliadau daearyddol anghysbell, rhag cael diagnosis amserol o ganser y gwaed (ar gyfer y GIG).
- Atgyfnerthu arferion rhwydo diogelwch mewn gofal sylfaenol a sicrhau bod llwybr yr ACF ar gyfer canserau nas amheuir ar gael ar draws y boblogaeth gyfan (ar gyfer y GIG).
- Gweithredu rhaglenni monitro wedi'u targedu ar gyfer pobl sydd â risg uwch o ddatblygu canser y gwaed (ar gyfer y GIG).
- Gweithredu a chynnal canllawiau NICE yn llawn ymhlith timau gwasanaeth diagnostig arbenigol presennol (SIHMDS), sefydlu modelau diagnostig tebyg yn y gwledydd datganoledig, a mynd i'r afael â bylchau neu newidiadau i wasanaethau ar gyfer gwneud diagnosis o ganser y gwaed ledled y DU (ar gyfer y GIG).

Lleihau rhwystrau sy'n atal mynediad at ofal

- Ymgymryd ag ymchwil pellach i'r rhwystrau ymarferol sy'n atal pobl â chanser y gwaed rhag cael mynediad at ofal a chynnig atebion (ar gyfer Blood Cancer UK).
- Grymuso cleifion gyda gwybodaeth hunan-fonitro, ymwybyddiaeth o'u tîm canser y gwaed ac adnoddau i annog eiriolaeth ymhlith cleifion, gan gynnwys tynnu sylw pobl at wasanaethau cymorth elusennol a'u hatgyfeirio ar eu cyfer (ar gyfer y GIG).
- Nodi a gwneud argymhellion i fynd i'r afael â bylchau critigol mewn rhannu a darparu gwybodaeth sy'n effeithio ar driniaeth a gofal pobl â chanser y gwaed (ar gyfer Blood Cancer UK).

Cynyddu mynediad at dreialon

- Cynnig cefnogaeth gynhwysfawr wedi'i thargedu ar gyfer treialon clinigol a arweinir gan ymchwilwyr ac a noddir yn fasnachol trwy brosesau rheoleiddio symlach, cyllid a mynediad at rwydweithiau ymchwil (ar gyfer prifysgolion, y GIG, adrannau'r llywodraeth ac asiantaethau yng ngwledydd y DU sy'n ariannu ymchwil glinigol fel UKRI ac NIHR, BSH ac elusennau canser y gwaed).
- Datblygu strategaethau i gynyddu cyfranogiad mewn treialon clinigol, yn enwedig ymhlith grwpiau heb gynrychiolaeth ddigonol, gan fynd i'r afael â'r rhwystrau diwylliannol, ariannol a'r rhwystrau o ran cyfathrebu sy'n atal pobl rhag manteisio ar gyfleoedd (ar gyfer arweinwyr treialon clinigol a chyllidwyr).

Cynyddu mynediad at gyffuriau a thriniaethau

- Rhaid i gyrff cymeradwyo yn y DU ar gyfer cyffuriau a thriniaethau symleiddio prosesau cymeradwyo, a dylent hwy a'r diwydiant fferyllol ganolbwyntio ar sicrhau bod cleifion yn y DU yn cael mynediad at driniaethau canser y gwaed blaengar. Bydd hyn yn golygu bod y ddwy ochr yn fwy hyblyg (ar gyfer Cynghrair Canser Gwaed, y GIG a'r diwydiant fferyllol).
- Asesu pa mor aml, ble, a pham nad yw cyffuriau a gymeradwywyd i'w defnyddio ar y GIG yn cael eu rhagnodi fel mater o drefn, ac yna gwneud cynigion i sicrhau bod gan bawb fynediad at y driniaeth a argymhellir gan eu tîm meddygol (ar gyfer Blood Cancer UK).
- Diffinio'r safon gofal sylfaenol sy'n cefnogi rhagoriaeth glinigol a mynediad cyfartal at driniaethau cymeradwy ym mhob lleoliad, gan gynnwys lleoliadau anghysbell a thriniaethau yn nes at adref (i'r GIG, elusennau canser y gwaed, cymdeithasau gan gynnwys BSH, colegau brenhinol a'r diwydiant fferyllol).

Sbarduno gwelliannau drwy ein data cenedlaethol

- Dylai data cenedlaethol ar gyfer canser y gwaed a gaiff ei gasglu, ei ddadansoddi a'i adrodd arno gan gofrestrfeydd canser cenedlaethol fod yn gyson ac ar ffurf y mae modd eu cymharu â data gwledydd eraill y DU. Dylai gynnwys data am driniaethau, diagnosteg a demograffeg a chynnwys ystadegau ystyrion yn seiliedig ar forffoleg ac ymddygiad celloedd (ar gyfer cofrestrfeydd canser cenedlaethol y DU).
- Dylid cynnwys canser y gwaed fel mater o drefn fel categori penodol ochr yn ochr â thiwmorau solet wrth adrodd ar fetrigau allweddol fel cyffredinrwydd, defnyddio gofal iechyd a meincnodau priodol eraill (ar gyfer y GIG).

O ran y GIG, ni'n golygu:

Cyrff comisiynu a darparwyr gwasanaethau iechyd gan gynnwys:

- GIG Lloegr gan gynnwys Health Education England a NHS Digital, Byrddau Gofal Integredig yn Lloegr, Gofal Sylfaenol, Ymddiriedolaethau'r GIG ac Ymddiriedolaethau Sefydledig, Cynghreiriau Canser y GIG.
- NHS Scotland – Byrddau Rhanbarthol y GIG, Byrddau GIG Arbennig gan gynnwys Public Health Scotland, NHS Education for Scotland, a NHS National Services Scotland gan gynnwys Rhwydwaith Canser yr Alban.
- GIG Cymru, Byrddau Iechyd ac Ymddiriedolaethau, Addysg a Gwella Iechyd Cymru, Iechyd Cyhoeddus Cymru, Iechyd a Gofal Digidol Cymru, Rhwydwaith Canser Cymru (rhan o Weithrediaeth GIG Cymru).
- Iechyd a Gofal Cymdeithasol Gogledd Iwerddon, Grwpiau Comisiynu Lleol, partneriaethau gofal integredig, Ymddiriedolaethau Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Asiantaeth Iechyd Cyhoeddus Gogledd Iwerddon a Rhwydwaith Canser Gogledd Iwerddon.

Codi llais o ran goroesi canser y gwaed yn y DU

Beth y mae'r data diweddaraf yn ei ddangos?

Diolch i ddatblygiadau ym maes ymchwil a datblygiad dilynol triniaethau newydd, mae'r rhagolygon ar gyfer rhai canserau'r gwaed wedi gwella'n syfrdanol dros y blynyddoedd diwethaf. Mae'r cyfraddau goroesi pum mlynedd ar gyfer lewcemia myeloid cronig (CML), lewcemia lymffocytig cronig (CLL) a lymffoma follicular dros 85%.¹¹

Fodd bynnag, Ar gyfer canserau gwaed eraill, fel lewcemia myeloid aciwt (AML) a myeloma, **mae llai na 50% yn goroesi am bum mlynedd**. Mae pobl sy'n marw o myeloma, er enghraifft, yn byw 12 mlynedd yn llai, ar gyfartaledd. O ran lymffoma nad yw'n Hodgkins, mae'n gyfartaledd o bron i 14 mlynedd yn llai ar gyfer pob person sy'n marw o'u clefyd. Mae lymffoma Hodgkins yn llai cyffredin ond mae'n cael effaith sylweddol, gyda phobl sy'n marw o'r cyflwr hwn yn colli 19 mlynedd o fywyd, ar gyfartaledd.*¹²

Mae gwahaniaethau mewn gofal yn cymhlethu'r sefyllfa ymhellach, gyda gwahaniaethau sylweddol ar draws y wlad o ran mynediad at driniaeth hanfodol ac arbenigwyr. Yn waeth na hynny, mae ein data newydd wedi datgelu bod statws economaidd-gymdeithasol hefyd yn effeithio ar y siawns o oroesi canser y gwaed.

Goroesi yn y DU o'i gymharu â gwledydd incwm uchel eraill

Dangosodd dadansoddiad o ddata rhyngwladol o gofrestrfeydd canser sy'n seiliedig ar y boblogaeth mewn dros 60 o wledydd yn y rhaglen CONCORD fod

goroesi am bum mlynedd i bobl â chanser y gwaed yn y DU ar ei hôl hi o gymharu â chenhedloedd tebyg. Ar gyfer canserau gwaed o darddiad lymffoid, roedd cyfradd oroesi'r DU yn 64.9%, ymhell islaw'r gwledydd a berfformiodd orau gan gyflawni dros 70%. Ar gyfer canserau gwaed o darddiad myeloid, roedd goroesiad o 48.7% yn rhoi'r DU yn y drydedd braced y tu ôl i genhedloedd gan gyflawni cyfraddau goroesi o 50-54% a 55-60%.¹³

O fewn y grwpiau eang hyn, gall cyfraddau goroesi o bob is-deip canser y gwaed amrywio'n fawr. Felly, er mwyn archwilio beth sy'n gyfrifol am gyfraddau goroesi gwaeth yn y DU, comisiynwyd dadansoddiadau manwl o ddata rhyngwladol gan gofrestrfeydd canser yn seiliedig ar boblogaeth, yn ôl is-deip canser y gwaed, rhyw ac oedran.

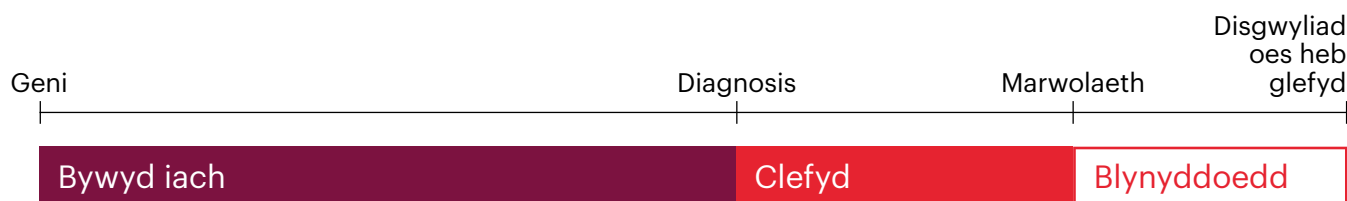
Roedd yn amlwg o'r dadansoddiadau hyn, **ar gyfer pob is-deip canser y gwaed, mae cyfraddau goroesi yn y DU yn waeth na'r hyn a welir mewn gwledydd â systemau iechyd a chyfoeth tebyg.** Ar gyfer rhai canserau'r gwaed, gellir gweld y gwahaniaeth mor gynnar â blwyddyn ar ôl diagnosis. Gan fod canser y gwaed yn fwy cyffredin ymhlith oedolion hŷn, mae'n destun pryder mawr gweld bod llai o oedolion dros 65 oed yn goroesi yn y DU nag mewn gwledydd eraill.

Mae angen deall yr hyn sy'n gyfrifol am gyfraddau goroesi gwell mewn gwledydd sy'n perfformio'n dda a rhoi'r newidiadau angenrheidiol ar waith er budd y pobl y mae canser y gwaed yn effeithio arnynt ar hyn o bryd yn y DU.

*Diwygiwyd y geiriad ym mis Mawrth 2026

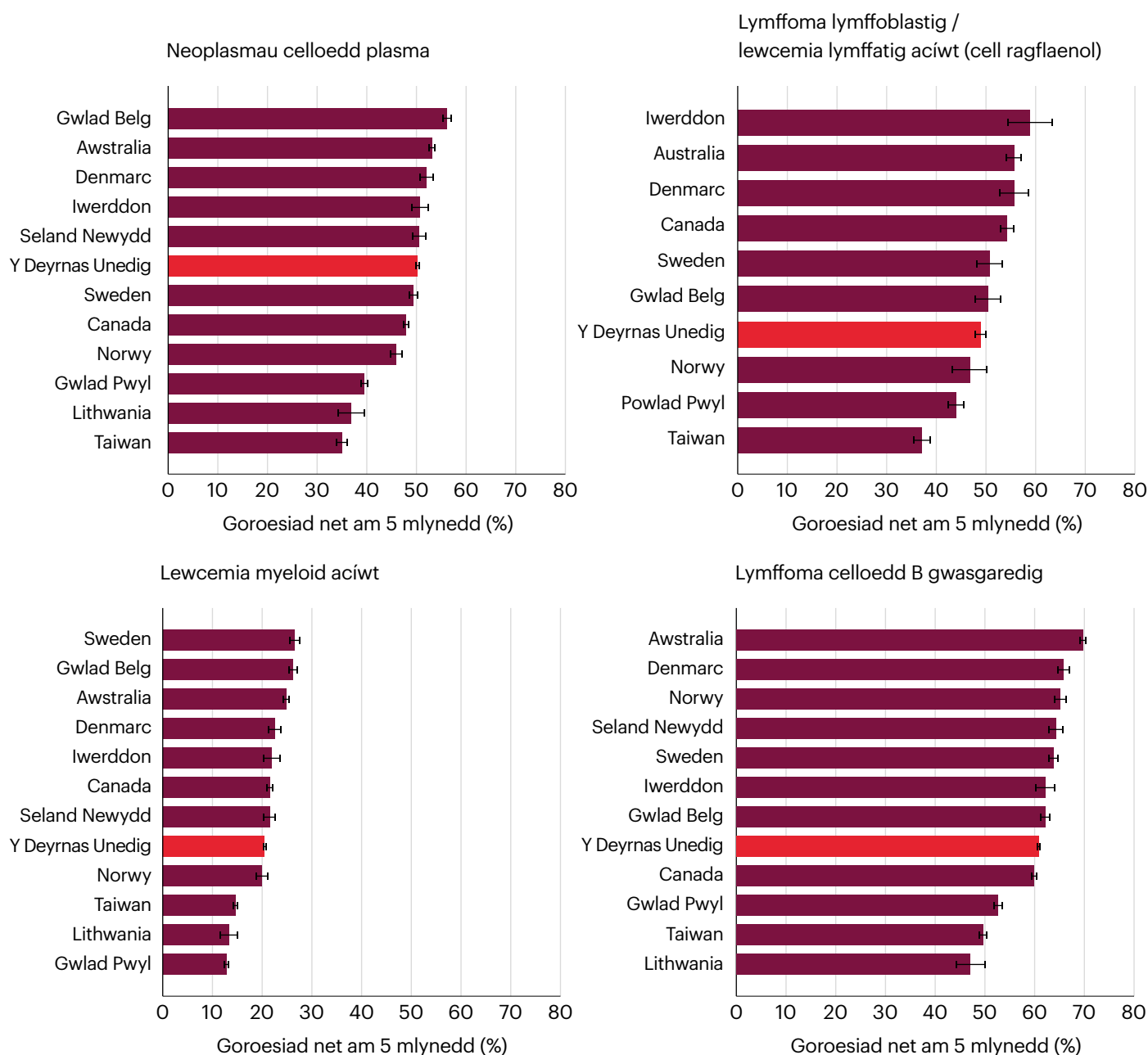
Mae dros filiwn o flynyddoedd posibl o fywyd yn cael eu colli gan bobl yn y DU sy'n cael diagnosis o ganser y gwaged dros gyfnod o 10 mlynedd.

Cyfanswm nifer y blynyddoedd a oedd yn weddill o ddisgwyliad oes pobl a fu farw o achos penodol. Yn wahanol i gyfraddau marwolaeth, yn rhoi pwysoliad mwy i farwolaethau sy'n digwydd ymhlith oedrannau ifanc.



Disgwyliad oes sy'n weddill o dablau bywyd cenedlaethol a ddarparwyd gan y Swyddfa Ystadegau Gwladol. Mae tablau bywyd yn adlewyrchu oedran, rhyw ac amser calendr. Yn Lloegr maent yn cael eu haddasu i adlewyrchu amddifadedd.

Goroesiad rhyngwladol



Cyfraddau goroesi yn y DU ar draws y pedair gwlad ddatganoledig

Yn ogystal â meincnodi cyfraddau goroesi cancer gwaed y DU yn erbyn gwledydd hyngwladol tebyg, roeddem am archwilio effaith y gwahaniaethau hyn o fewn ac ar draws y DU a'r hyn sy'n eu hachosi. Gwnaethom ddefnyddio data a gasglwyd gan gofrestrfeydd cancer ym mhob un o'r pedair gwlad ac asesu gwahanol grwpiau o is-deipiau cancer lle roedd nifer yr achosion yn caniatáu (o ystyried y gwahaniaethau sylweddol mewn poblogaethau a wasanaethir gan bob cofrestrfa).

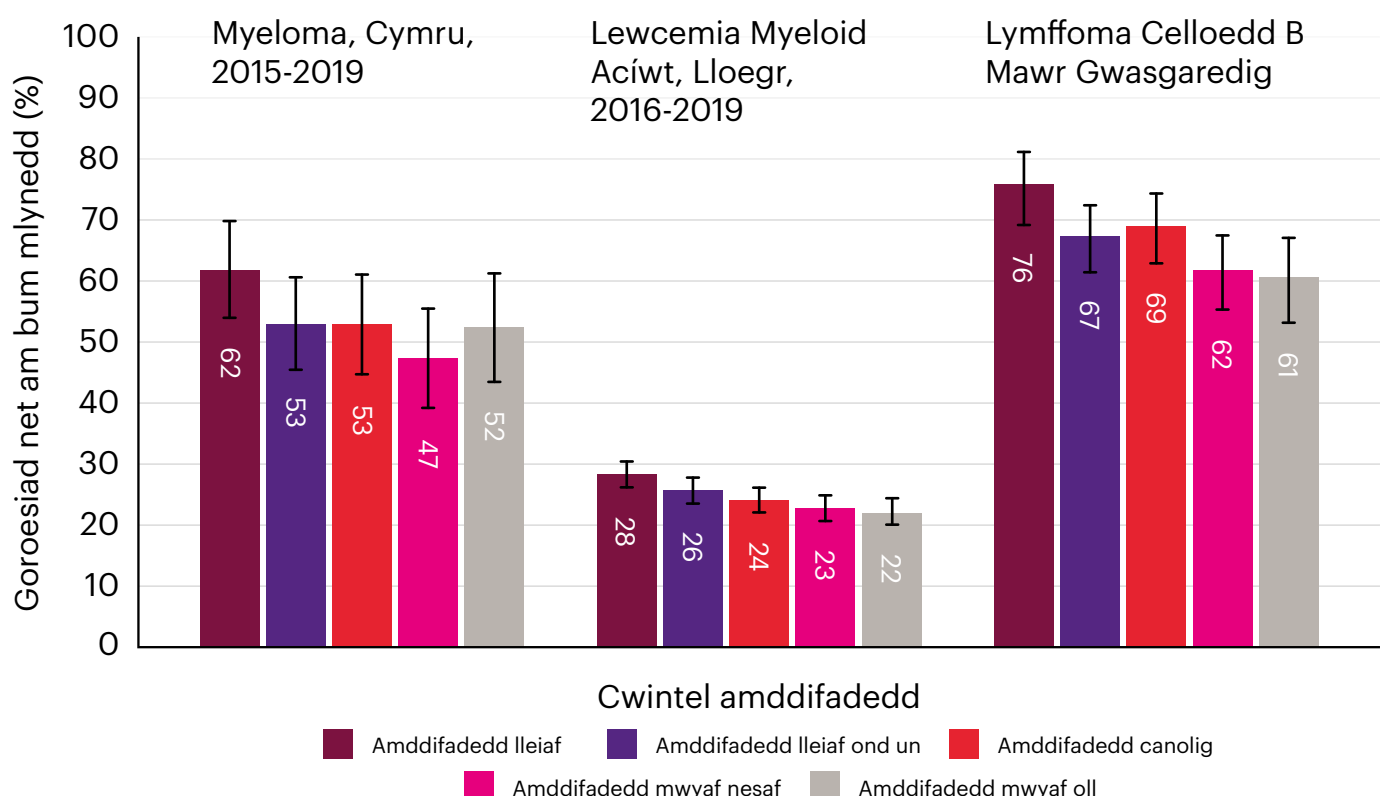
Mae'r data'n dangos bod **dros filiwn o flynyddoedd posibl o fywyd yn cael eu colli** gan bobl yn y DU sydd wedi cael diagnosis o ganser y gwaed dros gyfnod o 10 mlynedd; mae mwy na thraean o'r rhain ymhlith pobl o dan 65 oed. Er bod dros hanner y blynyddoedd posibl o fywyd a gollwyd wedi'u hachosi gan AML, DLBCL a myeloma, ni ddylid anwybyddu'r heriau o gael diagnosis amserol a'r opsiynau triniaeth gyfyngedig ar gyfer is-deipiau prinnach.

Mae'r data'n awgrymu, ar gyfer rhai canserau'r gwaed, bod statws economaidd-gymdeithasol yn effeithio ar gyfraddau

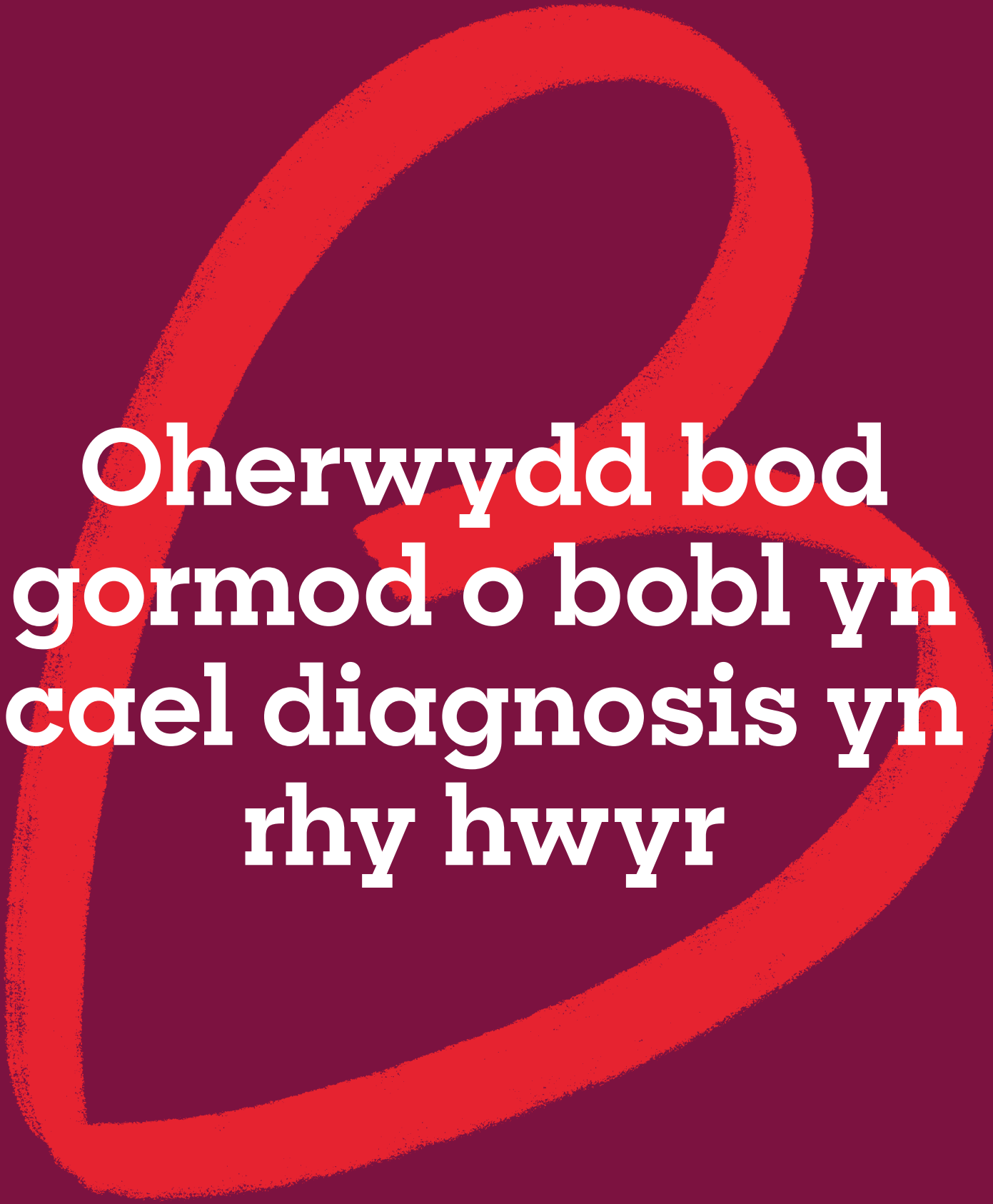
goroesi. Er enghraifft, yn yr Alban, mae'r cyfraddau goroesi pum mlynedd ar gyfer DLBCL oddeutu 15 pwynt canran yn uwch ymhlith pobl sy'n byw yn y cymdogaethau lleiaf difreintiedig o'i gymharu â'r rhai yn y cymdogaethau mwyaf difreintiedig, hyd yn oed ar ôl ystyried gwahaniaethau hysbys mewn disgwyliad oes. Nid oedd enghreifftiau eraill o wahaniaethau economaidd-gymdeithasol mewn cyfraddau goroesi net pum mlynedd ar lefel is-deipiau wedi'u hadrodd ar gyfer Gogledd Iwerddon oherwydd niferoedd bach.

Lle roedd niferoedd digonol o achosion i'w dadansoddi, mae'r data'n awgrymu bod statws economaidd-gymdeithasol yn cael effaith sylweddol ar gyfraddau goroesi. Er enghraifft roedd y gyfradd goroesi am bum mlynedd ar gyfer DLBCL oddeutu 15% yn uwch yn y cwintel lle mae'r amddifadedd lleiaf o'i gymharu â'r cwintel lle mae'r amddifadedd gwaethaf.

Os oedd gan bob person a gafodd ddiagnosis o ganser y gwaed yn Lloegr gyfraddau goroesi pum mlynedd y rhai yn y pumawd lleiaf difreintiedig, gellid osgoi oddeutu 1600 o farwolaethau ychwanegol y flwyddyn.



(Withrow et al. Prifysgol Rhydychen) Mae dulliau a ffynonellau data wedi'u nodi ar dudalen 60.



**Oherwydd bod
gormod o bobl yn
cael diagnosis yn
rhy hwyr**



**O obaith cyfyngedig i oroesi:
Astudiaeth achos o effaith
drawsnewidiol triniaethau newydd**

Jacquie, wedi cael gollyngdod o DLBCL

ASTUDIAETH ACHOS:

Jacquie, wedi cael gollyngdod o DLBCL

Mae Jacquie yn disgrifio effaith derbyn triniaethau cemotherapi anodd yn olynol ar gyfer trin lymffoma cell B mawr ymledol (DLBCL) sydd wedi dychwelyd, gan gyflawni gollyngdod hirdymor yn y pen draw ar ôl derbyn herapi celloedd CAR-T.

"Oherwydd y posibilrwydd y gallai fod yn fy system nerfol ganolog, cefais driniaethau anodd iawn ac yna radiotherapi drwy gydol 2019. Roeddwn i'n teimlo'n dda tan Ebrill 2021, ond ar ôl tair wythnos [gyda nodau lymff chwyddedig] dywedodd fy nyrs glinigol arbenigol, "Rwy'n credu bod angen i chi ddod i mewn."

Cafodd Jacquie driniaeth cemotherapi arall ar gyfer DLBCL a oedd wedi dychwelyd.

"Roedd hi'n gyfnod heriol, roedd angen tri thrallwysiad gwaed a thri thrwythiad platennau. Cefais sepsis niwtropenig. A dechreuais golli fy ngwallt eto, ac nid dim ond fy ngwallt, fy aeliau, fy amrannau – y cyfan.

Dangosodd fy sgan PET nesaf nad oedd yn cael fawr ddim effaith, felly cefais driniaeth arall nad oedd fy nghorff yn ei hoffi. Ar

ôl bron i ddwy flynedd o gemotherapi, dywedwyd wrthyf gan feddyg fy mod yn fregus. Roeddwn i'n ddynes 58 oed, doeddwn i ddim eisiau bod yn fregus. Fe roddon nhw dri mis i ffwrdd o'r driniaeth oedd yn gyfnod anodd i mi – roeddwn yn gwybod bod gen i ganser ffyrnig iawn sy'n gwaethygu.'

Unwaith roedd yn teimlo'n gryfach, cyfeiriwyd Jacquie yn y pen draw at dîm CAR-T yr ysbyty a derbyniodd y therapi ym mis Chwefror 2022. Roedd hyn dros 9 mis ar ôl iddi glywed am botensial y driniaeth ond roedd gofyn iddi ddiodef triniaeth safonol arall ac ailwaelu cyn iddi fod yn opsiwn iddi.

"Ro'n i'n teimlo'n flinedig iawn ac yn methu gwneud lot, ond yr unig beth yr oedd fy nghelloedd bach T buddugoliaethus yn effeithio arno oedd y celloedd B traferthus llawn canser]. Dangosodd fy sgan PET ar ôl 28 diwrnod nad oedd lymphoma yn bresennol. Ni allai fy ymgynghorydd aros i ddweud wrthyf.

"Roedd angen y driniaeth hon ar fy nghorff, ac roeddwn i'n teimlo'n freintiedig iawn ac yn ddiolchgar o fod yn y sefyllfa honno."





Y Gweithlu

**Adeiladu gweithlu clinigol
a diagnostig cadarn sy'n
addas i'r dyfodol**

Oherwydd bod angen gweithlu digonol
a gefnogir ar bobl sydd â chanser y
gwaed fel y gallant dderbyn diagnosis
prydlon a'r gofal gorau posibl.

Gormod o waith a dim digon o staff

Mae prinder staff hanfodol a thriniaethau cynyddol gymhleth wedi gadael pobl sy'n darparu gofal cancer y gwaed o fewn y GIG o dan bwysau mawr, tra bo cyflenwad sy'n prinhau o academyddion clinigol yn bygwth dyfodol ymchwil cancer y gwaed yn y DU.

- Yn y degawd nesaf, bydd 55% o ymgynghorwyr hematoleg parhaol ledled y DU yn cyrraedd 60 oed ac nid oes digon o hyfforddeion i gymryd eu lle; yng Nghymru, mae'r ffigur hwn yn codi i 74%.¹⁴
- Mae cyfraddau salwch staff ym maes hematoleg yn uwch na chyfartaledd y GIG ac maent dair gwaith yn uwch na chyfraddau cyfartalog gweithwyr yn y DU¹ a dim ond 3% o adrannau histopatholeg y GIG sydd â digon o staff i fodloni'r galw clinigol.¹⁵
- Mewn lleoliadau gwledig mae'r heriau o ran y gweithlu hyd yn oed yn fwy difrifol, gan effeithio'n ddramatig ar ofal cleifion cancer y gwaed. Er enghraifft, mae gwaredu gwasanaethau hematoleg ymgynghorol wyneb yn wyneb mewn un lleoliad yn yr Alban wedi gorfodi'r rhai sydd angen triniaeth arbenigol i wneud taith gron 200 milltir i Glasgow.²
- Mae dros draean (35%) o academyddion clinigol y DU dros 55 oed,³ ac mae nifer yr uwch academyddion clinigol sy'n arbenigo mewn patholeg wedi lleihau'n sylweddol sy'n golygu bod llai na hanner y nifer mewn swyddi yn 2022 o'i gymharu â 2004.³

Ochr yn ochr â'r data meintiol uchod, cawsom ein brawychu gan y neges lwm a roddwyd i ni gan weithwyr gofal iechyd

proffesiynol mewn grwpiau ffocws fel rhan o'r Cynllun Gweithredu hwn, ac **rydym o'r farn bod y gweithlu presennol ar gyfer cancer y gwaed yn gwneud gwaith eithriadol o dan amgylchiadau annerbyniol.** Mae hyn yn adlewyrchu safbwynt y Llywodraeth Lafur newydd a'r Adran Iechyd a Gofal Cymdeithasol a gyhoeddodd ar unwaith mai polisi'r adran hon yw fod y GIG wedi torri¹⁶ Mae'n rhaid i'r gweithlu ar gyfer cancer y gwaed gael eu cynnwys mewn modd amlwg o fewn cynllun 10 mlynedd y Llywodraeth er mwyn mynd ati mewn modd radical i drawsnewid y GIG.¹⁷

Rydw i wedi cyrraedd oedran lle mae'n anodd gweithio'n amser-llawn ac rydw i eisiau lleihau fy oriau er fy lles i. Ond alla i ddim gwneud hynny.

Hematolegydd Ymgynghorol

Mae problemau o ran prinder staff yn amlygu pryderon am ddiogelwch cleifion, yn effeithio ar allu cleifion i fanteisio ar feddyginiaethau newydd a hefyd yn dyfnhau'r ddibyniaeth ar ymgynghorwyr locwm costus. Gwnaeth ymgynghorwyr a nyrsys cancer y gwaed sydd ar fin ymddeol rannu gyda ni eu teimladau o euogrwydd am ymddeol, gan nodi eu bod yn poeni nad ydyn nhw'n gadael gwasanaethau mewn dwylo diogel.

Rwy'n poeni y byddwn yn dechrau dibynnu'n llwyr ar weithwyr locwm. Maent yn derbyn cyflogau tipyn uwch ac nid oes yn rhaid iddynt weithio ar alwad, sy'n drist iawn

Hematolegydd Ymgynghorol

Mae pryder am yr amrywiaeth eang o gymarebau cleifion i nyrsys ar draws hematoleg yn y DU yn cynyddu.¹ Credwn y dylai'r BSH osod canllawiau a phrofion ar gyfer lefelau staffio diogel mewn wardiau cancer y gwaed aciwt er mwyn caniatáu gwell monitro ac i ddeall a mynd i'r afael â'r problemau gwirioneddol o ran prinder gweithlu cancer y gwaed.

Triniaethau cynyddol gymhleth ar gyfer pobl sydd ag anghenion cymhleth

Mae triniaethau newydd, fel therapi celloedd CAR-T, yn helpu pobl â chanser y gwaed i fyw'n hirach ond gallant hefyd fod yn fwy heriol i'w cyflawni, gan ofyn am driniaethau lluosog yn aml dros gyfnod hirach, gan roi'r gweithlu o dan hyd yn oed mwy o bwysau. Mae triniaethau cynyddol gymhleth a hirach yn golygu nad yw bellach yn gost-effeithiol nac yn ddiogel i ariannu gwasanaethau cancer y gwaed ar sail nifer yr achosion o'r cyflwr yn unig.



Dim ond hyn a hyn y gallwch chi ei wneud trwy effeithlonrwydd... Rydych chi'n cyrraedd y pwynt lle mai'r unig ffordd y gallwch chi symud pethau ymlaen yw drwy wella capasiti.

Hematolegydd Ymgynghorol mewn ysbyty athrofaol

Hyrwyddo gyrfaoedd boddhaus ym maes hematoleg

At District General Hospitals (DGHs), Mewn Ysbytai Cyffredinol Dosbarth (DGHs), sy'n aml yn gwasanaethu poblogaethau mwy gwledig neu faestrefol, mae denu a chadw staff yn her sylweddol. Gellir ystyried bod

gyrfaoedd mewn DGHs yn golygu llai o gyfleoedd i arbenigo a chymryd rhan mewn ymchwil, ac eto mae gweithwyr gofal iechyd proffesiynol sy'n gweithio yn y lleoliadau hyn yn chwarae rhan hanfodol wrth ddarparu gofal ar lefel fwy lleol, gan ehangu mynediad at dreialon clinigol a sicrhau gofal cydgysylltiedig trwy dîm lleol, clos.

Yn Ysbyty Prifysgol James Cook yn Middlesbrough a Grŵp Hematoleg Rhanbarth Gogledd Lloegr, mae buddsoddiad rhagweithiol mewn meithrin diwylliant tîm wedi gwella morâl, wedi helpu i gadw staff ac wedi gwella'r gofal i gleifion.

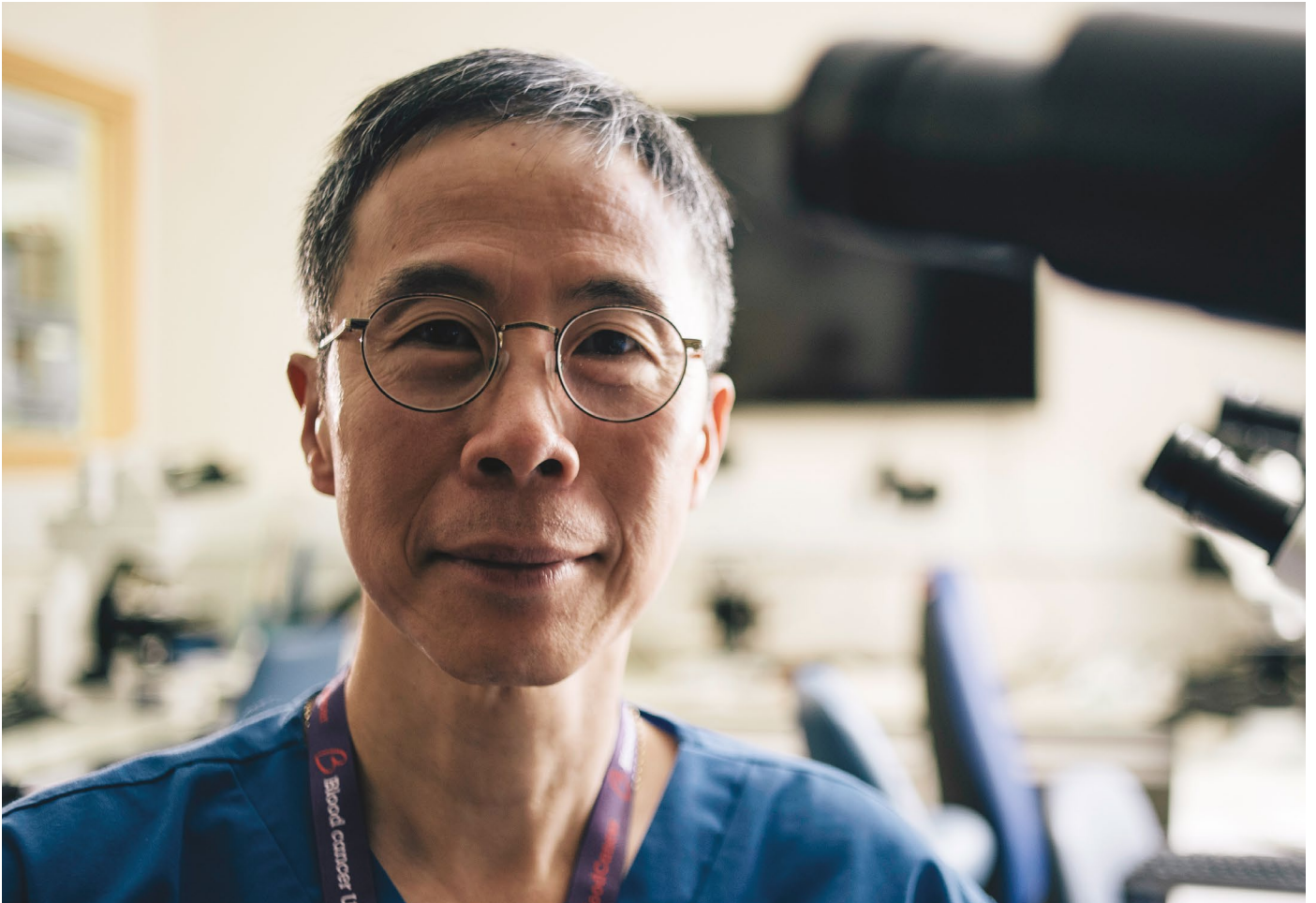
Ailystyried gweithlu cancer y gwaed

Heb seilwaith ymchwil sy'n bodoli eisoes, mae'n fwy heriol i Ysbytai Cyffredinol Dosbarth sefydlu safleoedd treialon clinigol i ddarparu triniaethau achub bywyd newydd. Dylai cyllidwyr ymchwil, gan gynnwys Blood Cancer UK, feithrin mwy o gyfleoedd ymchwil a threialon clinigol y gall ysbytai gymryd rhan yn haws ynddynt, gan gyflwyno triniaethau newydd i fwy o bobl a denu aelodau newydd i'r gweithlu ar gyfer ganser y gwaed a'r ardal.



Roedd gennym glinig [dan arweiniad fferylllydd], ond cafodd ei ddiddymu. Roedd yn glinig MPN gyda chymorth fferyllfa lle mae 95% o gleifion ar feddyginiaeth ailadroddus. Byddai'n paratoi'r presgripsiynau ymlaen llaw, yn rhagnodi ac yn mynd trwy'r cyffuriau yn fanwl. Roedd e'n ffantastig.

Hematolegydd Ymgynghorol



ASTUDIAETH ACHOS:

Dr Raymond Dang -
Hematolegydd Ymgynghorol yn
Ysbyty Prifysgol James Cook,
Middlesbrough

Mae gennym glinigau sy'n benodol i glefydau, gyda phob maes wedi'i staffio gan fwy nag un ymgynghorydd i ddarparu crynhoad o ddiddordeb arbenigol ac arbenigedd. Mae ymgynghorwyr ym mhob un o'r timau hyn yn cefnogi ei gilydd ac yn cymryd lle ei gilydd pan fydd rhywun i ffwrdd neu pan nad yw rhywun ar gael. Mae hyn yr un mor wir i adegau o absenoldebau annisgwyl ag ydyw i wyliau blynyddol neu absenoldeb ar gyfer astudio. Rydym yn falch iawn ein bod yn dod ymlaen yn dda iawn fel tîm ar lefel bersonol, sydd, yn fy marn i, yn agwedd allweddol ar dîm sy'n gweithio'n dda. Ac rwy'n credu bod gofal cleifion yn elwa ar hyn.

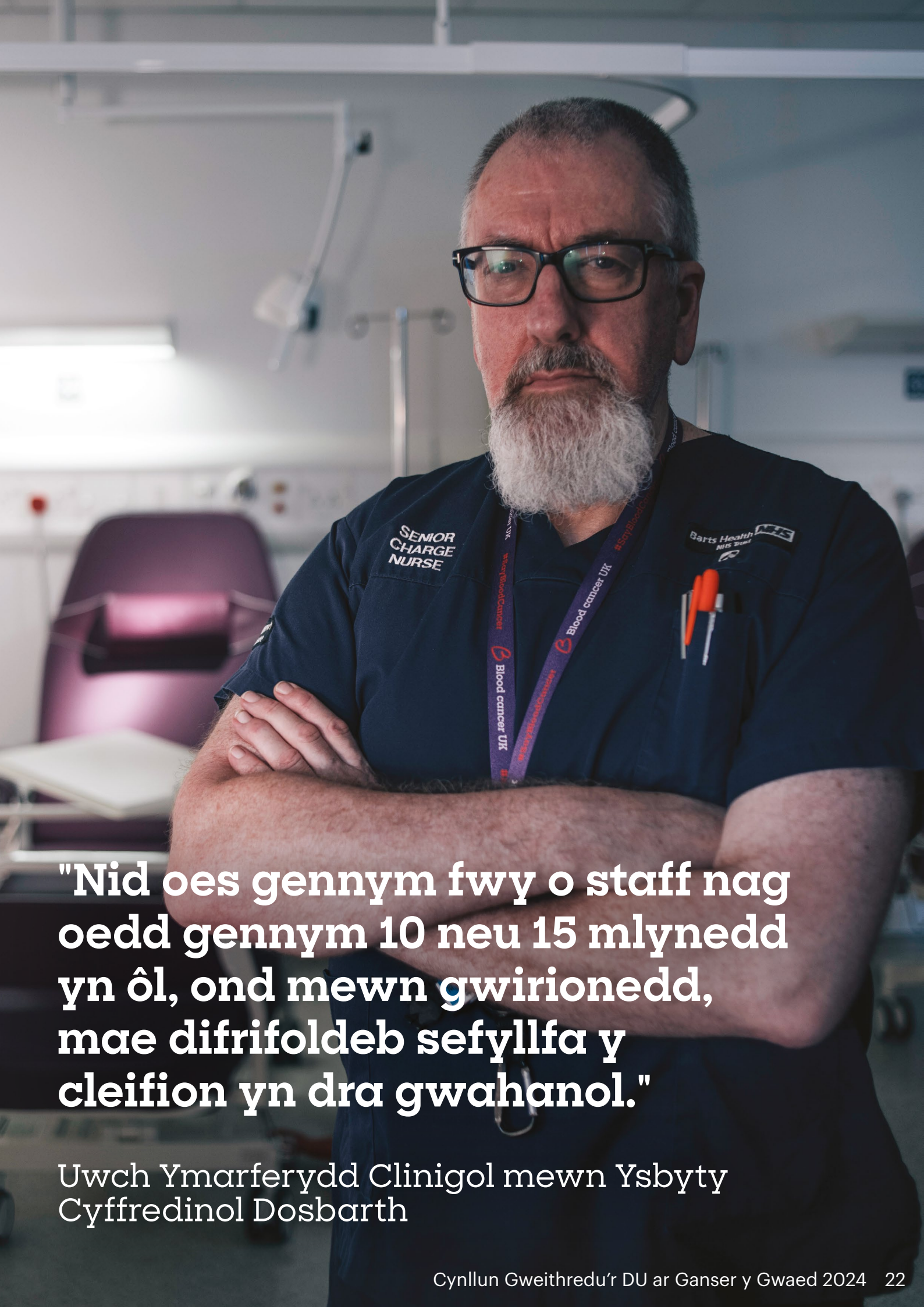
Mae'r agwedd hon o ofal cydfuddiannol yn rhaeadru i'r meddygon gradd ganol a graddau ymddiriedolaeth/staff eraill. Rwy'n credu bod yr ymdeimlad o werth a pherthnasedd yn hanfodol bwysig. **Mae ein hyfforddeion yn**

teimlo eu bod yn rhan o deulu yn hytrach na'u bod yna i gyflawni swydd.

Lle bo'n bosibl, cynigir addysgu anffurfiol, ac yn achos morffoleg gwaed a mêt esgyrn, cynhelir sesiynau wythnosol. Mae'r rhan fwyaf o'n meddygon gradd ymddiriedolaeth yn paratoi i symud ymlaen i hyfforddiant hematoleg arbenigol. Mae'r rhan fwyaf yn dewis, pan fo'n bosibl, aros yn Rhanbarth y Gogledd oherwydd ansawdd yr hyfforddiant a'r diwylliant cadarnhaol ym maes hematoleg.

Mae ein nyrsys hefyd yn hyrwyddo diwylliant tebyg o gydweithio, ac mae perthynas dda rhyngddynt a'r staff meddygol.

Dylai arweinwyr timau clinigol gael eu cefnogi a chael amser anghlinigol wedi'i ddyrannu i ddatblygu timau amlddisgyblaethol ymhellach sy'n ymrwymo i'w gilydd ac sy'n darparu'r gofal canser o'r safon uchaf.



"Nid oes gennym fwy o staff nag oedd gennym 10 neu 15 mlynedd yn ôl, ond mewn gwirionedd, mae difrifoldeb sefyllfa y cleifion yn dra gwahanol."

Uwch Ymarferydd Clinigol mewn Ysbyty
Cyffredinol Dosbarth

Mae angen i'r GIG ddod o hyd i ffyrdd doethach o drin mwy o gleifion canser y gwaed wrth leihau straen ar ei staff, gan arwain yn y pen draw at ganlyniadau gwell i gleifion.

Mae cynigion eraill yn cynnwys clinigau a arweinir gan fferylllydd neu nodi sut y gall Meddygon Cyswllt gefnogi gofal. Dylai gweithlu canser y gwaed, trwy BSH, gyfrannu at drafodaethau parhaus am rôl Meddygon Cyswllt wrth wella llwybrau gofal canser y gwaed. Byddai'r holl gynigion yn dibynnu ar fynd i'r afael â phrinder staff

Mae cyfraddau goroesi lawer yn is ymhlith cleifion canser nad oes ganddynt Nyrs Clinigol Arbenigol.¹⁸

Ffynhonnell: **Alessy SA, Davies E, Rawlinson J, et al**

ymhlith proffesiynau eraill, gan gynnwys fferyllwyr, a chefnogi pobl â chanser y gwaed i ddeall newidiadau i'w tîm trin.

All proposals would rely on addressing staff shortages among other professions, including pharmacists, and supporting people with blood cancer to understand changes to their treating team.

Diffyg lle mewn ysbytai

Gall tîm clos, wedi'i gydleoli ymgynghori'n gyflym â'i gilydd pan fo angen. Fodd bynnag, mae triniaethau arloesol newydd fel CAR-T

Pan fyddaf yn gadael y ward nid wyf yn hyderus y bydd bopeth yn iawn dros nos.

Hematolegydd Ymgynghorol mewn ysbyty athrofaol

yn creu anghenion gofal cymhleth sy'n herio cynllun adrannau canser y gwaed presennol. Mae pobl â chanser y gwaed yn agored iawn i haint ac mae angen ystafelloedd sengl arnynt. Fodd bynnag, mae prinder gofod critigol yn golygu bod cleifion yn aml yn gorfod aros ar wardiau gwahanol, fel wardiau bregusrwydd, gan eu gadael â gofal anarbenigol a pherthnasoedd heriol gyda'u tîm meddygol.

Nyrsys Clinigol Arbenigol: Conglfeini gofal

Mae Nyrsys Clinigol Arbenigol Canser y Gwaed (CNSs) yn hanfodol bwysig. Maent yn cysylltu â'r holl weithwyr proffesiynol sy'n ymwneud â phob agwedd ar ofal, yn ogystal â pherthnasoedd cymunedol, lliniarol a gofal ar y cyd.

Dywedodd pobl â chanser y gwaed wrthym fod Nyrsys Clinigol Arbenigol yn darparu ymateb ymarferol, yn trafod symptomau a sgil-ffeithiau a'u bod yn gyfryngwyr rhyngddynt hwy a'u hymgyngorydd. Yn fwy na dim, mae Nyrsys Clinigol Arbenigol yn darparu gwybodaeth a chymorth wrth wneud penderfyniadau am eu gofal a'u

Mae Nyrs Clinigol Arbenigol wedi bod yn bwynt cyswllt i mi o'r dechrau'n deg; mae hi wedi aros gyda mi er mwyn sicrhau cysondeb, rwy'n ei gweld bob mis. Mae hi wedi wynebu popeth gyda mi, gan gynnig cefnogaeth emosiynol a hefyd gymorth ymarferol.

Person sy'n byw gyda chanser y gwaed yn Swydd Amwythig

triniaeth ac mae hyn yn adlewyrchu'r ffaith eu bod yn aml wedi treulio eu gyrfaoedd cyfan yn gwneud hynny.

Er gwaethaf y manteision clir, nid yw rôl Nyrs Clinigol Arbenigol o fudd i bawb. Canfu ein harolwg yn 2024 nad yw 31% o'r ymatebwyr yn gwybod pwy yw eu Nyrs Clinigol Arbenigol, ac nid yw 22% yn gwybod sut i gysylltu â'u Nyrs Clinigol Arbenigol. Mae hyn er gwaethaf ymrwymiad Cynllun Tymor Hir y GIG 2019 i bob claf cancer gael mynediad at arbenigedd a chefnogaeth Nyrs Clinigol Arbenigol neu weithiwr cymorth arall erbyn 2021.¹⁹

Mae gweithwyr gofal iechyd proffesiynol o bob rhan o'r gweithlu cancer y gwaed wedi dweud wrthym nad yw lefelau nyrsio wedi addasu i aciwtedd uwch cleifion ar y ward nac ar gyfer cemotherapi i gleifion allanol. At hynny, nid yw mesurau gweithgarwch Nyrsys Clinigol Arbenigol yn adlewyrchu'r cannoedd o ryngweithio a gânt â chleifion bob dydd.



Mae'n golygu llawer o waith gweinyddol ac felly nid ydym yn cyflawni'r tasgau arbenigol y dylem fod yn canolbwyntio arnynt.

Nyrs Clinigol Arbenigol mewn Ysbyty Cyffredinol Dosbarth

Nid oes angen i Nyrsys Clinigol Arbenigol weithio'n galetach, yn gyflymach, a mwy – mae angen mwy o Nyrsys Clinigol Arbenigol ar gyfer cancer y gwaed arnom.

Rhaid i lywodraethau y DU a llywodraethau datganoledig gynnwys cyllid i gynyddu nifer y Nyrsys Clinigol Arbenigol ar gyfer cancer y gwaed yng nghyllidebau'r dyfodol, a dylai byrddau iechyd a gofal ailwerthuso

sut y gellir mesur allbynnau nyrsio yn fwy effeithiol.

Creu lle i ddysgu

Ni fydd cynyddu nifer y Nyrsys Clinigol Arbenigol ynddo'i hun yn mynd i'r afael â heriau cadw, heriau llesiant na heriau o ran datblygu gyrfa. Yn ein grwpiau ffocws, amlygwyd cynadleddau fel cyfle dysgu gwerthfawr, ond roedd diffyg cyllid ac amser yn atal Nyrsys Clinigol Arbenigol rhag mynychu'r rhain. Roedd Nyrsys Clinigol Arbenigol hefyd yn awyddus i weld mwy o gyfleoedd ar gyfer dysgu ar y cyd a rhannu arferion. Dylai elusennau gan gynnwys



Alla i ddim cymryd hanner diwrnod yr wythnos ar gyfer dysgu, mae hynny'n gadael bwlch enfawr a byddai'n anodd ar weddill y tîm.

Nyrs Clinigol Arbenigol ar gyfer Cancer y Gwaed

Blood Cancer UK ymdrechu i lenwi'r bwlch hwn trwy grwpiau cymunedol ar-lein, gweminarau a datblygu adnoddau newydd.

Galluogi Nyrsys Clinigol Arbenigol i ganolbwyntio ar ofal cancer y gwaed, dylid dyrannu rhai tasgau gweinyddol fel mynd ar drywydd profion gwaed i gydweithwyr eraill. Clywsom hefyd am wahanol rolau cymorth Nyrsys Clinigol Arbenigol, megis Llywyrwyr Cleifion a Chydlynwyr Llwybrau, ond clywsom hefyd rwystredigaeth Nyrsys Clinigol Arbenigol gan fod yn rhaid iddynt oruchwylio tasgau dirprwyedig.

Mae Llywodraeth yr Alban wedi ariannu 12 prosiect peilot ar gyfer Pwyntiau Cyswllt Sengl (SPOC) sydd wedi'u cynllunio i ddarparu cymorth sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn i helpu cleifion i lywio'r llwybr cancer, ac effeithio'n gadarnhaol ar y

gweithlu cancer trwy ryddhau capasiti staff.²⁰ Mae hwn yn ddatblygiad i'w groesawu, ac edrychwn ymlaen at weld canlyniadau gwerthusiad cenedlaethol.

Rydym am weld datblygiad rôl cymorth gweinyddol newydd ar gyfer cancer y gwaed, gyda disgrifiad swydd sy'n seiliedig ar Nyrsys Clinigol Arbenigol cancer y gwaed. Dylai rheolwyr, ymddiriedolaethau a byrddau iechyd a gofal fuddsoddi amser ac arian i ddatblygu a threalu rôl o'r fath, cyn rhoi adborth ar eu profiad a datblygu os yn llwyddiannus.

Mynd i'r afael â'r lleihad yn nifer yr academyddion clinigol

Mae academyddion clinigol o fewn y GIG yn allweddol i sicrhau bod darganfyddiadau gwyddonol yn dod yn rhan o ymarfer clinigol er budd cleifion. Mae eu gyrfaedd yn cydbwyso rolau clinigol, ymchwil ac addysgu. Mewn swyddi arweinyddiaeth uwch, maent yn gyrru gwelliannau yn eu hymddiriedolaethau ysbyty trwy ymchwil arloesol sydd ar flaen y gad o ran trin cancer, sicrhau cyllid a buddsoddiad ac ymgorffori cyfranogiad cymunedol.

Fodd bynnag, mae dros draean (35%) o academyddion clinigol y DU dros 55 oed³ gyda llai ar gael i gymryd lle'r rhai sy'n ymddeol yn y degawd nesaf. Bu gostyngiad amlwg hefyd yn nifer yr uwch academyddion clinigol sy'n arbenigo mewn patholeg, gyda llai na hanner y nifer yn y swydd yn 2022 o'i gymharu â 2004.³ Mae'r diffyg rolau uwch addas yn arwain at golli talent ymchwil â chymwysterau PhD, ac mae hyn yn golygu bod hyfforddeion yn penderfynu peidio ag arbenigo mewn hematoleg o gwbl.

Mae diffyg amser a chefnogaeth warchoddedig gan reolwyr canol ac uwch reolwyr yn rhwystro ymchwil drwy dreialon clinigol yn y GIG¹¹ yn gwaethygu'r heriau o ran trosiant staff uchel, recriwtio annigonol a diffyg fferyllwyr arbenigol. Mae angen buddsoddi incwm o ymchwil a ariennir

gan ddiwydiant yn ôl mewn staff ymchwil a seilwaith, gan dorri'r cylch dieflig sy'n rhwystro cynnydd mewn gofal iechyd.

Dim ond 3% o adrannau histopatholeg y GIG sydd â digon o staff i fodloni'r galw clinigol.¹⁵

Ffynhonnell: **The Royal College of Pathologists**

Gyda strwythur gyrfa â chefnogaeth a diogel ac amser penodedig ar gyfer ymchwil yn eu hamserlenni, gallai academyddion clinigol gynnal mwy o ymchwil sy'n arwain at ddarganfyddiadau gwyddonol, cyflwyno triniaethau newydd mewn ymarfer clinigol arferol a meithrin y genhedlaeth nesaf o glinigwyr ac ymchwilwyr cancer y gwaed.

Oedi wrth roi diagnosis o ganser y gwaed

Mae'r rhan fwyaf o hematolegwyr ymgynghorol yn cyfuno gwaith clinigol â gweithgarwch diagnostig hanfodol yn y labordy, sy'n llywio triniaethau ac yn ysgogi arloesedd. O'r herwydd, bydd gostyngiad yn nifer y hyfforddeion hematoleg¹ hefyd yn effeithio'n ddifrifol ar weithlu diagnosteg y dyfodol. Mae colli patholegwyr, radiograffwyr, radiolegwyr, meddygon teulu a gwyddonwyr genomeg yn gwaethygu'r broblem.

Ers 2015 nid yw nifer cyffredinol y Meddygon Teulu (gan gynnwys rhai dan hyfforddiant) wedi cynyddu llawer, ac mae nifer y Meddygon Teulu sy'n bartneriaid hefyd wedi lleihau'n sylweddol yn ystod y cyfnod hwn.²¹ Heb gamau a buddsoddiad penodol, mae disgwyl i nifer y histopatholegwyr leihau o'r diffyg presennol 2% yn ychwanegol erbyn 2029.²²

Mae mwy o alw a swyddi gwag parhaus gan staff wedi cynyddu cymhlethdod a baich gwaith y gweithlu patholeg.¹⁵ Nid yw'n

syndod bod y prinder hyn wedi cynyddu'r ddibyniaeth ar ddarparwyr gwasanaethau y tu allan i'r GIG, ac mae adolygiad annibynnol o wasanaethau diagnostig ar gyfer GIG Lloegr wedi argymhell ymgyrch fawr i ehangu'r gweithlu patholeg.²³ Ar gyfer cleifion â chanser y gwaed, mae'r diffyg sy'n cyd-fynd â 4000 o radiograffwyr diagnostig a 2000 o radiolegwyr yn peryglu oedi diagnostig ôl-atgyfeirio ymhellach.

Mae ehangu'r gweithlu genomeg arbenigol yn dod yn fwyfwy hanfodol ar gyfer diagnosis a thriniaeth canser y gwaedt.²³

Er y gall deallusrwydd artiffisial (AI), dysgu drwy beiriannau a dysgu dwfn hwyluso'r broses sgrinio canser gyda dadansoddi data, delweddu, asesu risg a haenu, hyd yn oed pan gaiff ei weithredu, dim ond trwy'r broses ddiagnostig y bydd yn cefnogi clinigwyr yn hytrach na'u disodli'n gyfan gwbl.²⁴

Gyda digon o haematopatholegwyr, histopatholegwyr, radiolegwyr a gwyddonwyr genomeg, gallwn atal oedi pellach ar ôl i gleifion gael eu hatgyfeirio o o ofal sylfaenol.

"Cafodd 80% o'r amser a neilltuwyd ar gyfer ein cyfarfod ward heddiw ei dreulio yn trafod a allem eu derbyn ai peidio. Am ffordd aneffeithlon o redeg gwasanaeth, dim ond oherwydd prinder gwelyau."

Hematolegydd
Ymgynghorol

"Gwnaeth fy Nyrs Clinigol Arbenigol fy helpu i wynebu'r sefyllfaoedd gwaethaf posibl."

Person sy'n byw gyda chanser y gwaed ym Manceinion

Argymhellion ar Weithlu Cancer Gwaed y GIG

Y camau y mae angen eu cymryd:

Modelu i bennu nifer a setiau sgiliau gweithwyr gofal iechyd proffesiynol sydd eu hangen ar draws pob agwedd ar ofal cancer y gwaed, gan gynnwys diagnosis; a datblygu safonau cenedlaethol ar gyfer staffio a chyfleusterau (ar gyfer y GIG, BSH a Blood Cancer UK).

Cynnydd yn nifer y nyrsys clinigol arbenigol ar gyfer cancer y gwaed a rhaglen o gymorth parhaus ar gyfer Nyrsys Clinigol Arbenigol presennol gan gynnwys datblygu swydd newydd sef swyddog cymorth ar gyfer cancer y gwaed, gyda swydd-ddisgrifiad a luniwyd gan Nyrsys Clinigol Arbenigol (ar gyfer y GIG)

Gweithredu i wrthdroi'r dirywiad mewn academyddion clinigol sy'n ymroddedig i ymchwil cancer y gwaed trwy fynd i'r afael â'r diffyg swyddi addas a heriau cadw. Darparu cefnogaeth bwrpasol ac amser gwarchoddedig i academyddion clinigol ac ymchwilwyr clinigol yn y GIG i yrru ymchwil (ar gyfer prifysgolion a sefydliadau sy'n ariannu swyddi academaidd clinigol).

Canlyniad:

Bydd hyn yn sicrhau bod triniaethau a gofal cymeradwy ar gyfer cancer y gwaed yn cael eu darparu'n ddiogel ac effeithiol ledled y DU.



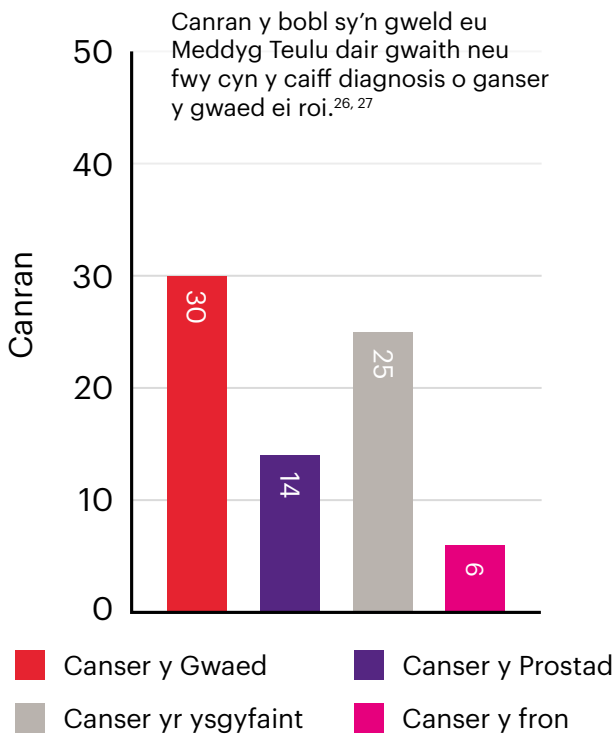
Diagnosis

Gwella atgyfeirio a diagnosis

Oherwydd bod rhoi diagnosis cyflym a chywir o ganser y gwaed yn creu gwell cyfle i fyw'n hirach

Mae dros ¼ o bob diagnosis newydd o ganser y gwaed yn digwydd pan fydd yn cyrraedd pwynt argyfwng.²⁵

Ffynhonnell: NHS



Mae canser y gwaed yn glefyd sydd â myrdd o symptomau - rhai yn amlwg a rhai yn anoddach eu hadnabod gan yr unigolion eu hunain a chan feddygon teulu. Er bod canfod canser y gwaed yn amserol yn hanfodol ar gyfer triniaeth lwyddiannus, mae symptomau annelwig fel blinder, colli pwysau, neu heintiau aml yn debyg i symptomau afiechydon eraill a gallant ei gwneud hi'n fwy anodd i feddygon teulu allu rhoi diagnosis cywir.

O ganlyniad, mae gormod o achosion o ganser y gwaed yn destun oedi hir sy'n amharu ar opsiynau triniaeth, llesiant cleifion a chyfraddau goroesi. Mae ymchwil newydd yn creu darlun pryderus o oedi

wrth roi diagnosis o ganser y gwaed. Mae'r argyfwng hwn yn amlwg yng nghyfradd frwydus cyflwyniadau brys - mae 27% o achosion newydd o ganser y gwaed yn cael diagnosis drwy lwybrau brys.²⁵ O'i gymharu â dim ond 3% ar gyfer canser y fron a 7% ar gyfer canser y prostad.²⁸ Er y byddai rhai o'r achosion brys hyn wedi bod yn rhai anodd iawn gwneud diagnosis ohonynt flaen llaw roedd cyfleoedd wedi'u colli gyda rhai achosion eraill. Mae ymchwil newydd yn creu darlun pryderus o oedi wrth wneud diagnosis o ganser y gwaed.

Gall oedi cyn cael diagnosis arwain at ganlyniadau trychinebus i bobl â chanser y gwaed, gan gynnwys:

- **Llai o opsiynau triniaeth:** Mae diagnosis brys, yn aml o ganlyniad i oedi, yn cyfyngu ar y triniaethau sydd ar gael i gleifion.
- **Ansawdd bywyd gwaeth:** Mae astudiaeth ddiweddar gan Myeloma UK wedi dangos bod cleifion sy'n wynebu oedi cyn cael diagnosis yn wynebu effaith fwy sylweddol ar eu bywydau bob dydd.⁷⁹
- **Disgwyliad oes byrrach o bosibl:** Mae ymyrraeth gynnar yn hanfodol ar gyfer canserau gwaed, a gall oedi arwain at ganlyniadau difrifol.

Gall grymuso meddygon teulu gyda thechnegau ar gyfer darganfod achosion wella'n sylweddol nifer yr achosion o ganser y gwaed a gaiff eu darganfod yn gynnar. Mae'r technegau hyn, fel apwyntiadau dilynol wedi'u trefnu, profion wedi'u targedu a chanllawiau clir ar gyfer ceisio gofal brys, yn sicrhau nad yw rhybuddion cynnar posibl yn cael eu colli. Gall buddsoddi mewn hyfforddiant ar gyfer meddygon teulu a darparu gwybodaeth hygyrch helpu i ddal canser y gwaed yn gynharach, pan fydd triniaeth ar ei fwyaf effeithiol - dull rhagweithiol sy'n golygu gwell canlyniadau ac a allai achub bywydau.

Efallai y bydd meddygon teulu yn amau y gallai fod gan eu claf ganser, ond nid yw

eu symptomau'n cyd-fynd ag un llwybr atgyfeirio cancer brys megis yr un ar gyfer cancer y fron neu ganser y colon. Mae'r cleifion hyn, sy'n cynnwys y rhai sydd â chanser y gwaed, yn aml yn profi oedi diagnostig difrifol. Mae'r GIG wedi datblygu llwybr ar gyfer symptomau amhenodol (NSS) sy'n anelu at gynnwys pobl nad un llwybr atgyfeirio 'cancer brys' yn gweddu iddynt, ond a allai gael diagnosis o ganser. Mae symptomau 'amhenodol' yn cynnwys colli pwysau anesboniadwy, blinder, poen yn yr abdomen neu gyfog; a/neu os yw meddyg teulu yn amau bod cancer.

Yr amser cyfartalog ar gyfer rhoi diagnosis neu gadarnhau nad oes cancer drwy Ganolfannau Diagnostig Cynnar yn yr Alban oedd 16 diwrnod yn unig; roedd gan 13.5% o'r cleifion a gafodd ddiagnosis o ganser drwy'r llwybr hwn ganser y gwaed.⁶

Ffynhonnell: **Prifysgol Strathclyde**

O werthuso'r rhaglen hon yn Lloegr gwelwyd mai cancer y gwaed oedd un o'r pedwar math mwyaf tebygol o ganser i gael diagnosis drwy lwybr yr NSS,³⁰ gan gyfrif am oddeutu 20% o bob math o ganser y cafwyd diagnosis ohonynt drwy'r llwybr.

Er bod y llwybr hwn yn ysgogi arloesedd mewn ymarfer diagnostig, nid oes gan bawb yn y DU fynediad at y gwasanaethau hyn ledled y DU. Yng Ngogledd Iwerddon, mae'r broses o gyflwyno gwasanaethau ar ei hôl hi o'i gymharu â gweddill y DU, tra yn yr Alban, nid oes ffrwd cyllid parhaus a chynaliadwy wedi'i chymeradwyo hyd yma,

gan greu ansicrwydd ynghylch dyfodol y gwasanaethau hyn.⁶

Yn Lloegr mae'r Safon Diagnosis Cyflymach (FDS) yn anelu at roi diagnosis neu gadarnhau nad oes cancer o fewn hyd at 28 diwrnod i'r dyddiad atgyfeirio³¹ tra bo'r Alban, Cymru a Gogledd Iwerddon yn asesu perfformiad yn ôl safon 62 diwrnod rhwng y dyddiad atgyfeirio a'r driniaeth.³² Mae'n rhaid mynd i'r afael â'r amrywiadau rhanbarthol a bennwyd mewn gwerthusiad a gynhaliwyd yn Lloegr yn 2022.³⁰ Nid oes llwybrau ag iddynt linellau amser penodedig sy'n cefnogi gwell ymdrechion i fyrhau llwybrau diagnostig wedi'u datblygu eto ar gyfer unrhyw is-deip o ganser y gwaed.³³

Nid oedd yn glir beth allai'r cancer fod, nac yn wir ar y cam hwnnw ai cancer ydoedd mewn gwirionedd. Yna digwyddodd yr atgyfeiriad at lwybr yr NSS, ac fe gysylltodd nyrs o'r ysbyty - roedd hi'n hollol wych, gan esbonio beth oedd yn digwydd a pham. Cynghorodd fi am bob canlyniad a'r cam nesaf a chychwynnodd gamau gweithredu yn gyflym iawn. Darparwyd gwybodaeth ganddi mewn ffordd addas iawn, roedd yr holl broses yn drefnus ac yn ystyriol ohonof.

Person sy'n byw gyda chanser y gwaed, a gafodd ddiagnosis drwy lwybr NSS

Mae ymchwil wedi dangos bod llwybr yr NSS fwyaf effeithiol pan fydd ganddo dîm

amlddisgyblaethol effeithiol, mewnbwn gan glinigwyr cyffredinol ac arbenigol, a'r defnydd o lywyr cleifion.³⁴ **Rydym yn pwysu am gyllid parhaus, mynediad effeithiol at arbenigedd hematoleg mewn Canolfannau Diagnostig Cyflym, a gweithredu parhaus er mwyn sicrhau mynediad cyfartal i wella canlyniadau cleifion.**

Cau'r Bwlch o ran Rhoi Diagnosis o Ganser y Gwaed

Mae data yn datgelu gwahaniaethau ethnig sylweddol o ran rhoi diagnosis o ganser y gwaed sy'n destun cryn bryder. Mae pobl o gefndir lleiafrifol ethnig bedair gwaith yn fwy tebygol o wynebu oedi cyn cael eu hatgyfeirio ar gyfer diagnosis o ganser y gwaed⁴ ac maent yn llai tebygol o gyrraedd y trothwy ar gyfer y Safon Diagnostig Cyflymach 28 diwrnod.²²

Er bod y data hwn yn tynnu sylw at agwedd hanfodol ar y broblem, erbyn hyn mae angen brys am ddata cyflawn ynghylch ethnigrwydd er mwyn deall a mynd i'r afael ag amrywiadau yn well, gan ystyried croestoriadoldeb ar draws lefelau amddifadedd, hil/ethnigrwydd, rhyw, anabledau a cyfeiriadedd rhywiol.³⁵

Mae gwahaniaethau sylweddol yn bodoli o ran diagnosis o ganser y gwaed ymhlith grwpiau ethnig, gyda 45% o ymatebwyr canser y gwaed o gymunedau lleiafrifoedd ethnig yn dweud eu bod wedi gorfod ymweld â'u meddyg teulu dair gwaith neu fwy cyn cael eu hatgyfeirio am brofion.³⁶ Mae ymwybyddiaeth o ganser y gwaed ac ymwybyddiaeth o symptomau ymhlith y grwpiau hyn hefyd yn isel. Mewn arolwg, nid oedd 77% o bobl o grwpiau ethnig du wedi clywed am myeloma, er bod ethnigrwydd yn ffactor risg³⁷ ac o'r erwydd dylent fod â llwybr diagnostig cyflymach.

Mae sicrhau y gall mwy o bobl dderbyn gwybodaeth yn gam pwysig tuag at leihau anghydraddoldebau a grymuso pobl y mae canser y gwaed yn effeithio arnynt. Mae darparu gwybodaeth mewn ieithoedd

gwahanol neu wybodaeth wedi'i theilwra i godi ymwybyddiaeth a darparu cefnogaeth i gymuned benodol, fel gwybodaeth Blood Cancer UK ar gyfer cymuned Affricanaidd y Caribî,³⁸ yn ffordd syml ond effeithiol o geisio cyflawni'r uchelgais yma.

Gallai cymhwyso'r hyn a ddysgwyd o fentrau llwyddiannus eraill ym maes anghydraddoldeb i ddiagnosis canser y gwaed gyfrannu'n sylweddol at gau'r bwlch mewn anghydraddoldebau iechyd. Mae targedu poblogaethau risg uchel, fel pobl mewn ardaloedd â'r cyfraddau amddifadedd uchaf, wedi bod yn llwyddiannus ar gyfer canserau eraill, er enghraifft, y Rhaglen Gwiriadau Iechyd yr Ysgyfaint wedi'u Targedu.³⁹

Gallai buddsoddiad o £22 miliwn gan y llywodraeth yn Genomics England i fynd i'r afael ag anghydraddoldebau iechyd mewn meddygaeth genomig effeithio'n gadarnhaol ar gyfraddau diagnosis ar gyfer canser y gwaed. Mae hyn yn cynnwys dilyniannu wedi'i deilwra o 15,000 i 25,000 o gyfranogwyr o gefndiroedd amrywiol erbyn 2025 yn ogystal â gwaith ymgysylltu cymunedol helaeth â grwpiau ymylol.⁴⁰

Mae monitro effeithlon yn achub bywydau

Mae monitro canser y gwaed yn hanfodol i unigolion risg uchel a'r rhai sy'n cael diagnosis heb fod angen triniaeth arnynt ar unwaith. Er enghraifft, mae gan bobl sydd â gammopathi monoclonal o arwyddocâd anhysbys (MGUS) risg uwch o myeloma neu lymffoma nad yw'n Hodgkin. Mae pobl sydd wedi cael cemotherapi ar gyfer canser y fron yn fwy tebygol o ddatblygu syndrom myelodysplastig (MDS) a AML. Mae canfod newidiadau drwy fonitro yn gynnar yn hanfodol ar gyfer gwella cyfraddau goroesi ond mae angen safoni hyn a sicrhau bod hyn yn digwydd yn y lleoliad mwyaf priodol a'i ddatblygu gyda mewnbwn gan feddygon teulu, ysbytai a chleifion.

Mae'r System Dracio lwyddiannus MGUS yn Ysbyty Torbay yn enghraifft wych o hyn. Mae cleifion â MGUS canolradd neu risg uchel yn derbyn ceisiadau amserol am brofion gwaed, y gallant eu cael trwy eu meddyg teulu. Caiff canlyniadau profion eu hadolygu gan ymarferydd clinigol datblygedig a all drafod ar unwaith unrhyw bryderon gyda'r tîm a arweinir gan feddygon ymgynghorol a threfnu adolygiad clinig os oes angen.

Mae ariannu ymchwil yn gam hanfodol yn y genhadaeth i drechu pob math o ganser y gwaed. Dyna pam mae Blood Cancer UK wedi ariannu prosiect uchelgeisiol i sefydlu rhwydwaith clinigol arbenigol. Bydd cleifion sydd â risg uchel o ddatblygu canserau gwaed myeloid yn cael ymweliad wyneb yn wyneb, ac yna ymweliadau dilynol o bell neu rithwir.⁴¹

Cyfleoedd a gollwyd: Gwir effaith diagnosis gohiriedig

Nod gwasanaethau atgyfeirio yw osgoi ymweliadau diangen ag ysbytai, **ond mae angen sefydlu llwybr clir ar gyfer nodi achosion posibl o ganser y gwaed o fewn y GIG, yn enwedig pan gaiff claf ei atgyfeirio allan o arbenigedd arall.** Roedd gan gleifion â myeloma a gafodd eu hasesu i ddechrau gan arbenigedd arall amser canolrifol o gael diagnosis a oedd ddwywaith yn fwy nag amser y rhai a gafodd ddiagnosis drwy atgyfeiriad uniongyrchol gan eu meddyg teulu neu drwy wasanaethau aciwt.⁴²

Glasbrint wedi torri

Mae rhoi diagnosis o ganser y gwaed yn broses gymhleth ac yn golygu profion labordy arbenigol niferus. Mae'r gwahanol arbenigwyr yn gweithio gyda'i gilydd fel Gwasanaeth Diagnostig Anghydfurfiaeth Hematoleg Integredig Arbenigol (SIHMDS) i



Ar 18 Medi 2019, am 1pm dywedwyd wrthyf fod gen i myeloma ac y byddai angen biopsi môr esgyrn am 2pm. Dair wythnos yn ddiweddarach, roeddwn i ar gemotherapi. Roedd y cyfan yn digwydd mor gyflym, roedd apwyntiadau'n cael eu gwneud, roedd cynlluniau'n cael eu haddasu.

Cymerodd dair blynedd i gael y diagnosis yma ar ôl i mi fynd at fy meddyg teulu lleol gyda, yr hyn rwy'n ei wybod bellach sy'n symptomau amlwg, a allai fod arwain at gael diagnosis cyflymach.

Cefais haint ar y glust am ddwy flynedd. Doeddwn i ddim yn gallu cael gwared ar ferwca syml am bedair blynedd. Mae fy nghefn wedi achosi problemau i mi ers blynedd ond gwnes i dynnu sylw at fy arenau a dweud wrth fy meddyg teulu, 'Rwy'n teimlo nad yw fy arenau yn gweithio'n iawn.' Cefais fy anwybyddu i bob pwrpas. Dangosodd brawf gwaed syml wrthym fod fy arenau yn methu. Ac ar ôl ymweld ag arbenigwyr arenau, cyrhaeddodd fy ngwaed yr adran gywir, a chefais fy rhoi ar driniaeth ar unwaith.

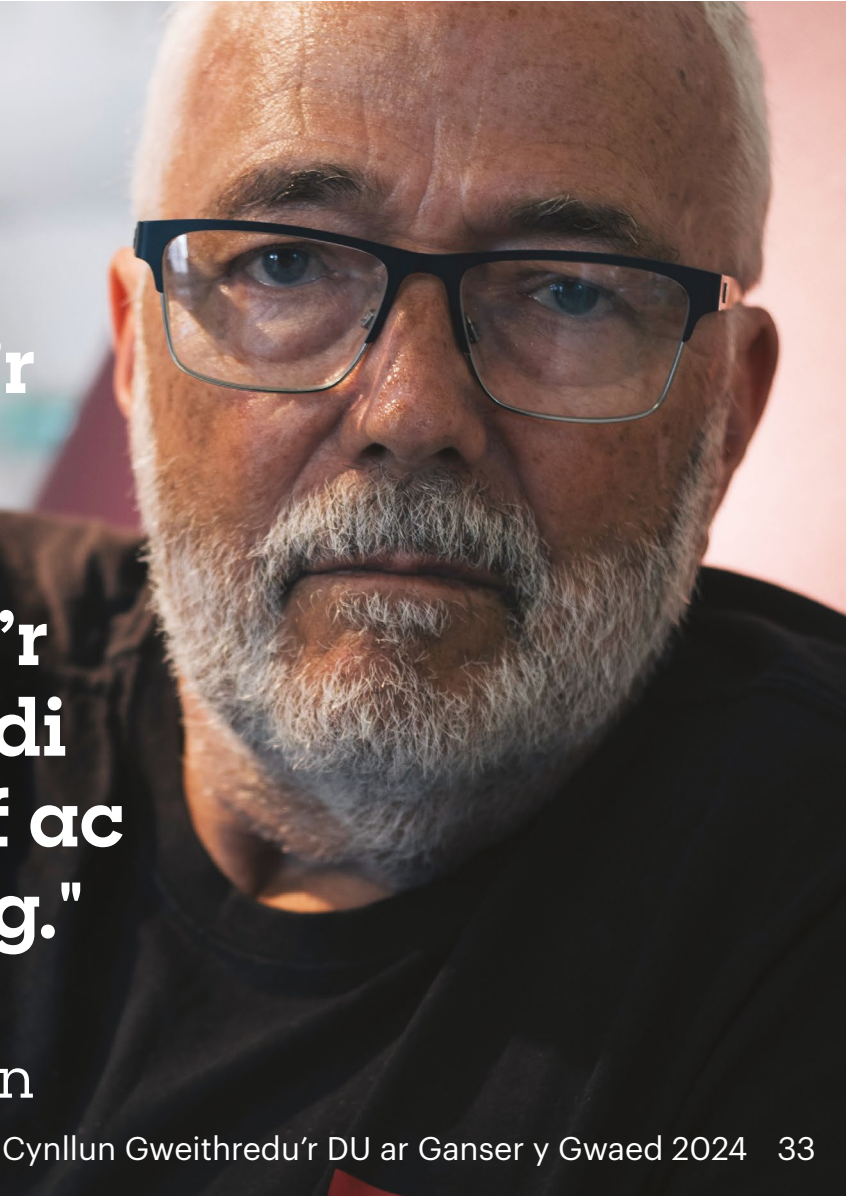
Person sy'n byw gyda myeloma

greu darlun o ganser y gwaed claf sy'n cael ei drafod gan dîm amlddisgyblaethol (MDT).

Mae canllawiau NICE (NG47) yn diffinio sut y dylai SIHMDS weithredu ond mae amrywiaeth o ran pa mor dda y mae'r rhain wedi'u gweithredu. Dangosodd ymatebion i arolwg dienw na allai pob SIHMDS yn Lloegr gyhoeddi adroddiad yn cynnwys holl ganlyniadau profion a gwybodaeth am reoli clefydau. Ar ben hynny, ni chafodd pob adroddiad eu hadolygu gan y Tîm Amlddisgyblaethol. Mae'r gwahaniaethau hyn yn dangos mynediad anghyfartal ac amrywiaeth o ran ansawdd gwasanaethau diagnosteg canser y gwaed - realiti sy'n effeithio ar ofal cleifion.⁴³

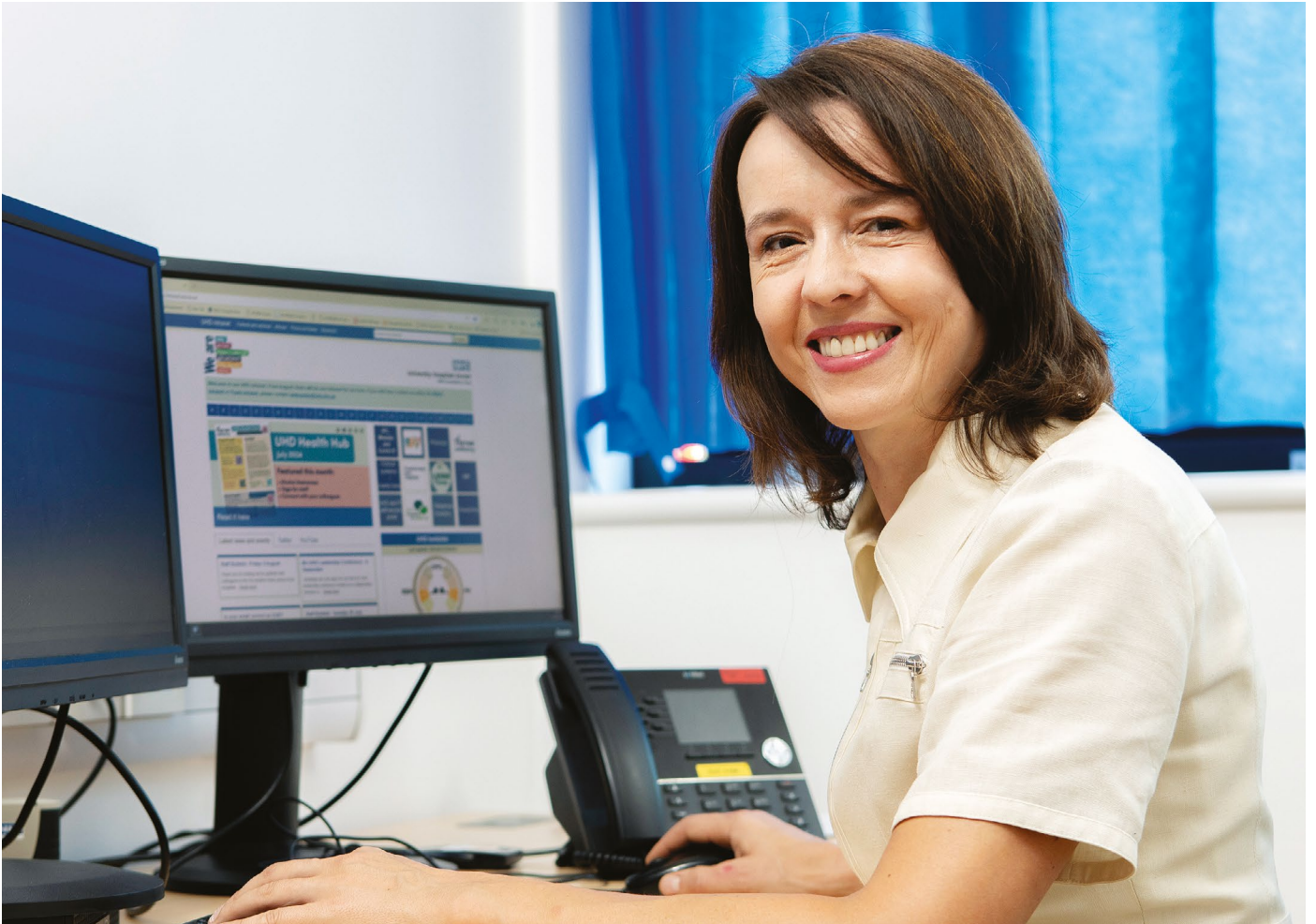
Mae'r profion hyn yn fwyfwy hanfodol ar gyfer sicrhau diagnosis cywir a dewis y driniaeth fwyaf effeithiol. Gall profion

edrych ar un genyn neu gynnwys DNA cyfan celloedd canser (genom). Fodd bynnag, mae rhai profion genetig a genomig bellach yn cael eu cynnal trwy rwydwaith o **GHybiau Lanordy Genomig**.⁴³ Yn yr Alban, yn lle SIHMDS, mae gwasanaethau profi genetig ar gyfer pobl â chanser y gwaed yn cael eu darparu trwy bedwar labordy rhanbarthol trwy Rwydwaith Strategol yr Alban ar gyfer Meddygaeth Genomig.⁴⁴ Er bod hyn yn effeithlon, mae cyflwyno'r 'model rhwydweithiol' hwn yn ehangach a dileu'r profion hyn o'r model SIHMDS llwyddiannus yn peri pryder, ac mae angen adolygu effaith y newidiadau hyn ar y gallu i gyflwyno canlyniadau profion hanfodol yn brydlon.



"O safbwynt Meddyg Teulu, rwy'n croesawu'r llwybr ar gyfer symptomau amhenodol. Mae'r gwasanaeth wedi bod yn un positif ac yn ased arbennig."

Meddyg Teulu, Yr Alban



ASTUDIAETH ACHOS:

Dr Renata Walewska,
Ysbyty Athrofaol Dorset

Gall cleifion sydd â nodau lymff mwy arddangos cyflyrau sylfaenol o anhwylderau hunanmiwn i ganserau; dim ond traean ohonynt fydd â lymffoma. Fodd bynnag, heb lwybr atgyfeirio effeithlon o ofal sylfaenol neu arbenigedd arall, efallai y byddant yn profi oedi diagnostig hir. Mae prosiect llwybr Lymff Node yn Ysbytai Prifysgol Dorset yn darparu gwasanaeth effeithlon dan arweiniad nyrsys gyda goruchwyliaeth ymgynghorol i dynnu lluniau, adolygu a chynnal biopsi o nodau lymff a allai gynnwys cancer. Roedd hyn yn lleihau'r amser i gael diagnosis mewn gofal eilaidd o 31 i 17 diwrnod, ac mewn gofal sylfaenol o 66 i 26 diwrnod. Gyda Nyrs Clinigol Arbenigol ar y tîm, derbyniodd cleifion gefnogaeth

bwrpasol trwy gydol y broses ddiagnostig. Y cynllun ar gyfer y dyfodol o ran y gwasanaeth hwn yw ei ymgorffori yn y tîm Oncoleg Aciwt.

”

Mae cleifion sydd ar ddechrau eu taith cancer yn derbyn cefnogaeth ac ymchwiliadau trefnus ac effeithlon, yn hytrach na wynebu atgyfeiriadau niferus o un arbenigedd i'r llall nes bod rhywun yn pennu diagnosis.

**Dr Renata Walewska,
Ysbyty Athrofaol Dorset**

Argymhellion ar gyfer gwella diagnosis o ganser y gwaed

Y camau y mae angen eu cymryd:

Mynd i'r afael â'r rhwystrau sy'n atal pobl o rai grwpiau, megis y rhai o leiafrifoedd ethnig neu gefndiroedd difreintiedig neu'r rhai sy'n byw mewn lleoliadau daearyddol anghysbell, rhag cael diagnosis amserol o ganser y gwaed.

Atgyfnerthu arferion pennu symptomau mewn gofal sylfaenol a sicrhau bod y llwybr symptomau amhenodol ar gyfer canserau tybiedig ar gael ar draws y boblogaeth gyfan.

Gweithredu rhaglenni monitro wedi'u targedu ar gyfer pobl sydd â risg uwch o ddatblygu cancer y gwaed.

Gweithredu a chynnal canllawiau NICE yn llawn ymhlith timau gwasanaeth diagnostig arbenigol presennol (SIHMDS), sefydlu modelau diagnostig tebyg yn y gwledydd datganoledig, a mynd i'r afael â bylchau neu newidiadau i wasanaethau ar gyfer gwneud diagnosis o ganser y gwaed ledled y DU (ar gyfer y GIG).

Canlyniad:

Mae atgyfeiriadau a monitro prydlon yn arwain at ganfod canserau'r gwaed yn gynharach, gan wella yn sylweddol ganlyniadau cleifion.



Gofal

Lleihau rhwystrau sy'n atal mynediad at ofal

Oherwydd dylai pob person sydd â chanser y gwaged allu derbyn y gofal sydd ei angen arno, a dylai pob tîm clinigol allu derbyn yr holl wybodaeth berthnasol a diweddaraf sydd ar gael.

Mynediad anghyfartal: Deall y rhwystrau i ofal heb ei ail ar gyfer canser y gwaed

Heriau ariannu, methiannau o ran cyfathrebu, systemau data anghydnaws â'i gilydd ac amddifadedd yw rhai o'r rhesymau pam nad yw pobl sy'n byw gyda chanser y gwaed yn cael y gofal gorau posibl.

Canfu astudiaeth o Gymru yn 2024 fod amddifadedd cymdeithasol yn effeithio ar gyfraddau goroesi pobl â CLL. Ymhlith y ffactorau sy'n cyfrannu a awgrymwyd roedd mwy o ofn o ganser, yr angen i gymryd amser i ffwrdd o'r gwaith; anghydraddoldebau wrth gael mynediad at ofal iechyd, cydafiacheddau, cydymffurfiaeth cleifion ac ymwybyddiaeth staff meddygol o amddifadedd a rhagfarn.⁵

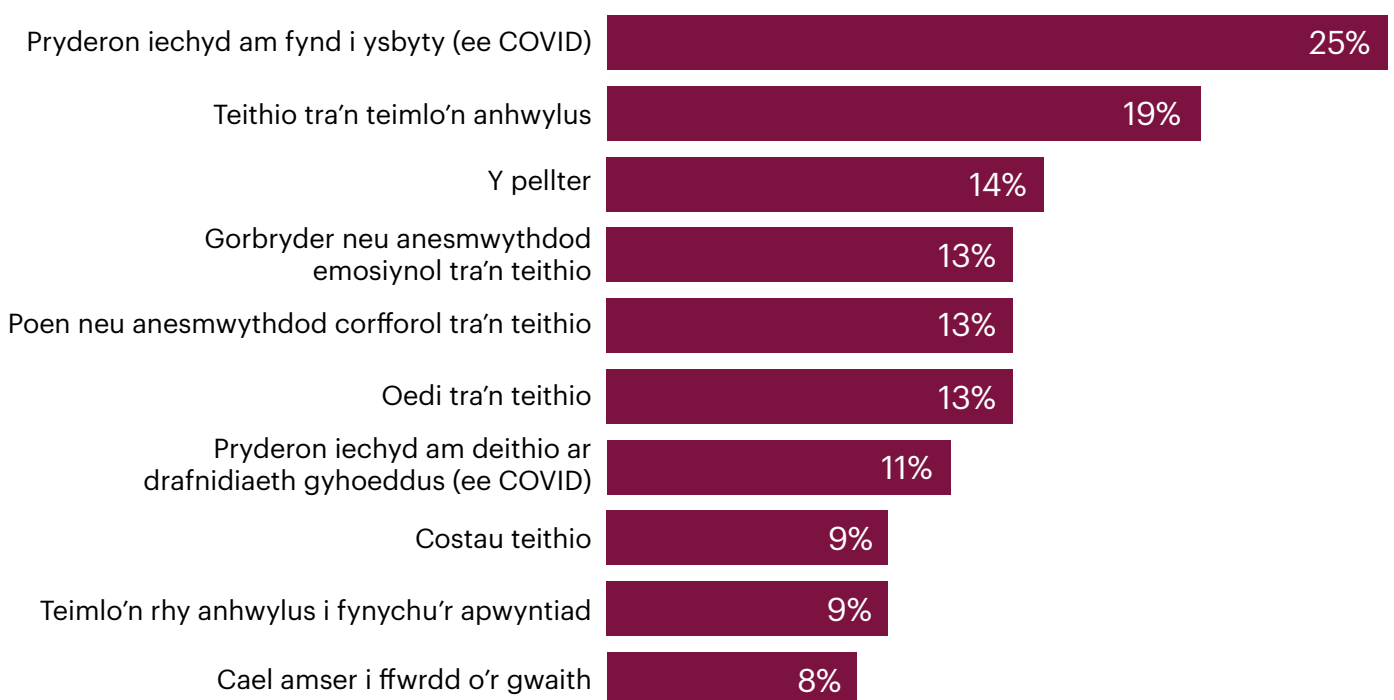
Yn ein harolwg yn 2024 o oedolion yn y DU a gafodd ddiagnosis o ganser y gwaed yn ystod y pum mlynedd diwethaf, dewisodd 60% o'r ymatebwyr o leiaf un her yr oeddent wedi'i phrofi wrth fynychu apwyntiadau wyneb yn wyneb.⁴⁵

Er bod cymorth mwy cyffredinol yn cael ei ddarparu'n lleol yn aml, mae mwy o ganoli o ran gwasanaethau arbenigol yn golygu bod pobl â chanser y gwaed mewn ardaloedd gwledig yn aml yn wynebu pellteroedd teithio sylweddol ar gyfer gofal arbenigol.

Datgelodd ein harolwg hefyd fod rhai grwpiau wedi cael eu herio fwy gan rai ffactorau nag eraill. Er bod 27% yn disgrifio poen neu anghysur wrth deithio, mae hyn yn fwy o bryder i fenywod (29%) na dynion (22%). Dim ond i rai dan 45 oed y mae ofn ysbytai yn amlwg, grŵp sydd hefyd yn cynnwys cleifion mwy aciwt na chronig o'i gymharu â grwpiau eraill. Yn yr Alban, dywedodd 23% o bobl â chanser y gwaed fod pellter yn broblem, o'i gymharu â 14% o gyfanswm y sampl.

Roedd pobl ag incwm o dan £30,000 (sy'n is na'r cyfartaledd cenedlaethol) yn fwy tebygol o ddweud eu bod yn dioddef gorbryder neu anghysur emosiynol wrth deithio (19% o'i gymharu â 10%). Dangosodd y rhai o dan 55 oed fwy o bryderon ynghylch cost mynychu apwyntiadau a heriau cael amser i ffwrdd o'r gwaith.

Heriau wrth fynychu apwyntiadau canser y gwaed



Mae hyn yn adleisio'r hyn yr ydym wedi'i glywed mewn grwpiau ffocws â phobl â chanser y gwaed a gall cyfrifoldebau gofalu waethygu'r sefyllfa. Un enghraifft oedd cyflwyno system archebu ganolog, a oedd yn llai parod i gyd-fynd ag anghenion gofal plant unigolyn wrth archebu apwyntiadau cemotherapi.

Gall cynnig apwyntiadau rhithwir, dros y ffôn neu drwy alwad fideo, helpu cleifion i fynychu apwyntiadau. O blith y 72% o ymatebwyr ein harolwg sydd wedi profi apwyntiadau rhithwir, mae 71% wedi gwneud hynny dros y ffôn a dim ond 6% trwy alwad fideo. Gall diffyg cysylltedd Wi-Fi mewn ysbytai gyfrannu at fwy o ddibyniaeth ar alwadau ffôn. Mae argraffiadau o apwyntiadau rhithwir hefyd yn gymysg. Roedd pobl yn yr Alban dros dair gwaith yn fwy tebygol o fod wedi profi galwadau fideo ond roeddent hefyd yn fwy tebygol o ddweud ei bod yn anodd gwrando/deall/cymryd pethau i mewn ac wedi profi problemau cysylltedd.



Dydw i ddim yn hoffi apwyntiadau ffôn rhyw lawer; mae nhw'n gwneud i mi deimlo'n anghyfforddus. Rwy'n ei chael hi'n anoddach egluro sut rydw i'n teimlo ac rwy'n fwy tueddol o beidio â datgelu'r gwir o ran fy symptomau. Rwy'n teimlo bod galwadau fideo yn well; Mae'n helpu i weld wyneb person a theimlo bod cysylltiad.

Person sy'n byw gyda chanser y gwaed

Dylai byrddau ac ymddiriedolaethau iechyd a gofal, a rheolwyr adrannau

hematoleg sy'n gwasanaethu cymunedau gwledig, ddeall y cyfyngiadau ffisegol a digidol sy'n effeithio ar bresenoldeb fel y gall cleifion fod yn bresennol, gael eu clywed a'u gweld yn ystod apwyntiadau. Rhaid iddynt hefyd sicrhau nad yw cyflwyno datrysiadau technolegol yn gwaethygu allgáu digidol.



Roedd dryswch ynghylch y sgîl-ffeithiau hirdymor yn effeithio ar lefelau testosteron, ac roedd bron â bod diffyg cydnabyddiaeth o hyn, er ei fod yn effeithio'n aruthrol ar fy mywyd.

Person sy'n byw gyda chanser y gwaed yn Llundain

Mae pobl â chanser y gwaed yn agored iawn i haint. Mae ein mewnwelediad yn awgrymu bod ofn cleifion o ddod i gysylltiad â firysau tymhorol, gan gynnwys COVID-19, yn rhwystr rhag mynychu apwyntiadau wyneb yn wyneb. Mae'n rhaid i dimau atal a rheoli heintiau ar draws ysbytai ystyried sut y gall pobl â chanser y gwaed gael mynediad diogel a hyderus at bob man mewn ysbyty.

Gydag amser cyfyngedig o fewn apwyntiadau, mae'n bwysig bod cleifion yn cael eu grymuso i godi pryderon a gofyn cwestiynau.

Bydd mentrau fel Prosiect Trawsnewid Gwasanaeth Blood Cancer UK yn helpu gyda'r heriau niferus hyn. Bydd y prosiect yn trawsnewid mynediad at wasanaethau o ddiagnosis, gan ddechrau gyda chyd-ddylunio mecanwaith lle gall gweithwyr gofal iechyd proffesiynol atgyfeirio eu cleifion yn gyflym ac yn hawdd at Blood Cancer UK, a fydd yn ei dro yn cysylltu

ac yn arwain cleifion yn rhagweithiol trwy'r gwasanaethau sydd ar gael. **Mae angen camau pellach, megis llythyrau ac apwyntiadau a gyflwynir mewn iaith leyg ac amser gyda Nyrs Clinigol Arbenigol i drafod gwybodaeth.**

Mae'n destun pryder fod apwyntiadau'n aml yn cael eu gohirio oherwydd bod y profion gwaed monitro i'w trafod yn cael eu canslo neu eu gohirio. Mae'n ymddangos bod hon yn broblem benodol i bobl hŷn a bregus sydd â chanser gwaed cronig ac sy'n cael profion gwaed yn y cartref. Mae Nyrsys Clinigol Arbenigol wedi disgrifio'r teimlad bod gwasanaethau gweinyddol yn ystyried y rhain yn rhai blaenoriaeth isel a chan fod Gwasanaethau o dan ormod o bwysau sy'n golygu bod profion yn cael eu canslo, gall penderfyniadau clinigol gael eu diystyrru.

Er mwyn gwella gwaith monitro canser y gwaed, dylai byrddau iechyd a gofal ac ymddiriedolaethau flaenoriaethu monitro profion gwaed yn amserol ac addysgu staff am eu rôl hanfodol wrth nodi newidiadau.

Beth yw ystyr data yma?

Mae'n rhaid i bobl â chanser y gwaed lywio system gofal iechyd cymhleth. Efallai y bydd ganddynt gyflyrau ychwanegol sy'n cael eu rheoli drwy eu meddyg teulu neu ysbyty lleol. Mae pob cysylltiad â'r GIG yn cael ei gofnodi'n electronig.

Prif bwrpas casglu data yw darparu gofal. Dros y ddau ddegawd diwethaf, mae atebion lleol ar gyfer rheoli a diogelu'r wybodaeth hon wedi creu clytwaith o systemau TG datgysylltiedig sy'n cyflwyno heriau i bobl â chanser y gwaed a'r tîm sy'n gofalu amdanynt.

Data datgysylltiedig: Effaith systemau anghydlynol ar ofal ar gyfer pobl sydd â chanser y gwaed

Dylai pawb sydd â chanser y gwaed allu cael gafael ar y gofal sydd ei angen arnynt yn

ddidrafferth. Fodd bynnag, mae cymhlethdod sylfaenol canser y gwaed yn effeithio ar sawl agwedd ar ddiagnosis, gofal a datblygu a darparu triniaethau. Er mwyn gwneud y penderfyniad clinigol gorau ar gyfer pob claf, mae angen i glinigwyr weld yr holl wybodaeth sydd ei hangen arnynt adeg yr ymgynghoriad ac ym mha bynnag leoliad y bydd hyn yn digwydd.

”

Pan gyrhaeddais y clinig bore ma roedd yn rhaid i mi agor ryw chwech o wahanol raglenni.

Hematolegydd Ymgynghorol mewn ysbyty athrofaol

Heb hyn, gallai cleifion wynebu oedi neu ddiwygiadau niweidiol yn eu cynlluniau triniaeth, y baich o orfod ailgynnal profion a'r rhwystredigaeth o ailadrodd gwybodaeth a ddylai fod ar gael. Yn anffodus, oherwydd heriau data a methiannau yn y system, nid yw hyn yn wir - gan arwain at wastraff enfawr o amser gweithwyr gofal iechyd proffesiynol, cwestiynau heb eu hateb i bobl â chanser y gwaed ac oedi mewn gofal. Gan fod popeth yn cael ei gofnodi'n electronig, mae'n aml yn syndod i gleifion nad yw'r wybodaeth hon ar gael yn rhwydd.⁴⁶

Gall y defnydd diogel o ddata a gesglir yn rheolaidd ddweud llawer wrthym am sut mae triniaethau'n gweithio ar gyfer canser y gwaed, helpu i sicrhau bod triniaethau yn cael eu cymeradwyo i'w defnyddio ar y GIG, a nodi meysydd i'w gwella o ran mynediad.

Yn ôl adolygiad a gomisiynwyd gan y llywodraeth yn 2022 roedd y prosesau presennol ar gyfer casglu, curadu a chael mynediad at ymchwil yn amharu ar ymchwil a nodwyd bod 'ymchwil sydd â budd sylweddol i gleifion yn cael ei lesteirio gan gymhlethdodau, dyblygiadau, oedi a

gwrthddywediadau cyfyngiadau cyfreithiol, rheoleiddiol, proffesiynol a moesegol lluosog.⁴⁷

Cynnydd ar waith

Mae enghreifftiau o lwyddiant digidol yn y gwledydd datganoledig yn cynnwys datrysiad data HaemBase Cymru yng Nghymru, sy'n profi ei bod hi'n bosibl integreiddio data am ganser y gwaed. Mae'r prosiect hwn yn casglu ac yn integreiddio data am gleifion myeloma sy'n gleifion allanol, sy'n golygu bod y data ar gael ar unwaith i'r tîm clinigol cyfan trwy Borth Clinigol Cymru.⁴⁸

Mae pob un o'r pedair gwlad wedi nodi gweledigaeth o fynediad diogel at yr wybodaeth gywir am ofal cleifion gan y person cywir ar yr adeg gywir ac i sicrhau bod yr wybodaeth hon yn cael ei defnyddio'n ddiogel ar lefel poblogaeth i wella gwasanaethau iechyd a sbarduno ymchwil.

Mae'n anochel bod cymhlethdod triniaeth canser y gwaed yn arwain at gymysgedd o ofal gan ganolfannau lleol ac arbenigol, ac mae'n hanfodol bod gwybodaeth yn cael ei rhannu'n ddi-dor rhwng canolfannau lleol ac arbenigol, a allai fod o fewn rhanbarth gwahanol neu o dan fwrdd iechyd a gofal neu ymddiriedolaeth wahanol.

Rydym yn clywed am aneffeithlonrwydd digidol yn creu oedi wrth ddarparu canlyniadau profion gwaed brys, gan effeithio'n uniongyrchol ar driniaeth a gofal. Mae gweithwyr gofal iechyd proffesiynol yn cael eu rhoi mewn sefyllfaoedd amhosibl, gan orfod pwysu a mesur a yw'n fwy diogel aros i ganlyniad prawf gael ei drosglwyddo'n ddigidol yn araf bach neu i nodi'r canlyniad â llaw dros y ffôn, gan gynyddu posibilrwydd camgymeriadau gan bobl.

Yn yr un modd, mae cleifion, yn enwedig y rhai sy'n cael eu monitro (a elwir hefyd yn gwylio ac aros) nad oes angen triniaeth arnynt ar unwaith, wedi mynegi eu rhwystredigaethau na ellir cynnal profion

gwaed yn lleol a'u trosglwyddo i dimau trin. Mae data a gwybodaeth anghyson o'r fath rhwng byrddau iechyd a gofal cyfagos yn golygu bod canlyniadau'n mynd ar goll yn rhy aml neu fod gymaint o oedi nes bod apwyntiadau'n cael eu gohirio.

”

Mae'n daith ddwyffordd o 34 milltir i'r ysbyty. Os buaswn i'n dibynnu ar drafnidiaeth gyhoeddus mi fuaswn i'n teithio gydol y dydd. Nid wyf yn deal pam na allant ddefnyddio mwy o adnoddau lleol i gymryd y gwaed ac yna ei gludo oddi yno.

Person sy'n byw gyda chanser y gwaed yn Angus

Nid yw bywydau pobl â chanser y gwaed yn ffitio'n daclus i'r ffiniau a osodir gan fyrddau iechyd a gofal neu ymddiriedolaethau neu o fewn un wlad yn y DU. Er enghraifft, mewn trefi cyfagos fel Henffordd, mae pobl â chanser y gwaed yn cael eu hatgyfeirio at arbenigwyr yng Nghaerdydd neu Birmingham. Mae'r rhai sydd â chydafiacheddau yn dibynnu ar gyfathrebu cyflym rhwng gwahanol adrannau. Mae hyn yn aml yn methu, gyda thriniaethau'n cael eu gohirio oherwydd gall llythyr rhwng un ymgynghorydd ac un arall gymryd wythnosau i gyrraedd. **Mae'n rhaid i fyrddau iechyd a gofal ac ymddiriedolaethau ledled y DU, y GIG a Llywodraeth y DU a'r llywodraethau datganoledig gydweithio i ddod o hyd i ateb ar gyfer rhannu data am iechyd mewn modd cyflym ac effeithiol.** Calonogol iawn yw'r ffaith bod y Llywodraeth Lafur newydd yn ymrwymo yn ei manifesto i ddatblygu strategaeth newydd ar arloesedd a mabwysiadu o fewn y GIG yn Lloegr mewn ymateb i'r heriau o fewn y GIG o ran data a gwyddorau bywyd.⁴⁹

Mae hefyd yn wir bod llawer o ddulliau lleol ar gyfer rhannu gwybodaeth leol a'r llwyfan cenedlaethol GP Connect yn Lloegr eisoes ar waith. Fodd bynnag, mae ymwybyddiaeth o'r dulliau hyn a sut maent yn cysylltu ar draws cofnodion gofal a rennir yn isel ymhlith timau cancer y gwaed. **Dylai adrannau hematoleg ofyn i'w bwrdd gofal neu ymddiriedolaeth beth sydd ar gael a gofyn am hyfforddiant ar gyfer gweithwyr gofal iechyd proffesiynol cancer y gwaed fel y gallant elwa i'r eithaf ar y systemau presennol.**



Rwy'n credu mai fy mhryder mwyaf yw pan fyddwn yn sôn am fferyllydd, rwy'n meddwl yn awtomatig am y fferyllydd mewn archfarchnad lle rwy'n casglu meddyginiaeth arall ac mae hyn wir yn fy nychryn - gorfod cael sgysiau gyda dieithriaid nad oes ganddynt y ddealltwriaeth lawn o ganser y gwaed.

Person sy'n byw gyda chanser y gwaed yn Swydd Amwythig

Mae sicrhau cyfranogiad clinigol, cleifion a'r cyhoedd wrth ddylunio a chyflwyno systemau digidol newydd yn hanfodol. Yn rhy aml rydym wedi clywed gan weithwyr gofal iechyd proffesiynol nad yw'r gwaith o gyflwyno systemau digidol wedi cael ei arwain gan glinigwyr, sydd wedi arwain at systemau nad ydynt yn addas i'r diben. **Wrth gyflwyno data, gwybodaeth a TG newydd, rhaid i fyrddau iechyd a gofal ac ymddiriedolaethau sicrhau bod clinigwyr cancer y gwaed yn cael eu galluogi i lunio'r gwaith o'u creu a'u sefydlu.**

Gwell gofal drwy well gwybodaeth

Yn y GIG, mae timau amlddisgyblaethol (MDTs) yn dod â grŵp o weithwyr iechyd proffesiynol ynghyd, gan gynnwys hematolegwyr, nyrsys, fferyllwyr, radiolegwyr a seicolegwyr, sy'n cyfuno eu harbenigedd i ddarparu gofal cydgysylltiedig. Drwy'r dull cydweithredol hwn, mae Timau Amlddisgyblaethol yn teilwra cynlluniau triniaeth i anghenion pob claf ac yn sicrhau parhad gofal.



Fe ges i alwad ffôn yn annisgwyl wrth gael cinio i ddweud, 'mae hematolegydd yn mynd i'ch ffonio chi'n fuan.' Ac yna cefais wybod 10 munud yn ddiweddarach, ychydig cyn ro'n i ar fin codi fy mhlentyn o'r ysgol, bod gen i ganser y gwaed na ellir ei wella mae'n debyg, a oedd yn eithaf brawychus.

Person sy'n byw gyda chanser y gwaed yn Hampshire

Er gwaethaf hyn, dywedodd 55% o bobl yr effeithiwyd arnynt gan ganser y gwaed nad oedd rôl y Tim Amlddisgyblaethol yn glir iddynt ar ddechrau eu taith gofal, gydag un o bob pedwar yn dweud nad yw'r rôl yn glir o hyd. Mae fferyllwyr yn cyfrannu'n fawr at ddarparu triniaeth cancer y gwaed, ond pan ofynnion ni i bobl â chanser y gwaed sut fydden nhw'n teimlo am fferyllwyr yn chwarae rhan fwy arwyddocaol yn eu gofal, mynegwyd teimladau o bryder, rhwystredigaeth ac ofn weithiau.

Dylai Timau Amlddisgyblaethol fod yn dimau hysbys sy' hwyluso gwell gofal a gwell

canlyniadau. **Dylai arweinwyr systemau clinigol yn y GIG oruchwyllo proses o drawsnewid y ddealltwriaeth o fewn timau amlddisgyblaethol canser y gwaed, gan greu cyfleoedd ar gyfer dysgu rhwng cymheiriaid ar gyfer yr holl weithwyr gofal proffesiynol sy'n rhan ohonynt.**

Bydd cynyddu ymwybyddiaeth o'r nifer o weithwyr gofal iechyd proffesiynol medrus sy'n ymwneud â darparu gofal canser y gwaed yn hwyluso'r broses o gyflwyno ffyrdd newydd o ddarparu gofal fel clinigau a arweinir gan fferyllwyr.

Mae angen ymwybyddiaeth ehangach a chyfathrebu cliriach y tu hwnt i bobl sydd eisoes wedi'u heffeithio gan ganser y gwaed. Dywedodd nyrsys wrthym mai un rheswm cyffredin dros beidio â mynychu atgyfeiriadau pythefnos ar gyfer hematoleg yw diffyg dealltwriaeth o natur frys yr apwyntiad. Disgrifiodd aelodau ein grwpiau ffocws sut y byddent yn derbyn llythyrau atgyfeirio at hematoleg heb ddeall beth yw hematoleg.

Mae pobl sydd â chanserau gwaed cronig a phrin wedi dweud wrthym fod meddygon teulu yn aml yn agored am cyn lleied maen nhw'n ei wybod am eu math nhw o ganser y gwaed ond yn dangos parodrwydd i ddysgu. Mae adnoddau'n bodoli ar gyfer galluogi Meddygon Teulu i'w cefnogi, er enghraifft, canllaw gwybodaeth a luniwyd gan Ymddiriedolaeth GIG Maidstone a Tunbridge Wells ar gyfer atgyfeirio gan feddygon teulu ac ymchwilio ymhellach i bobl â cham A CLL.⁵⁰

Dywedodd cyfranogwyr grŵp ffocws a oedd â chanser y gwaed cronig dro ar ôl tro wrthym eu bod yn ei chael hi'n anodd deall beth yn union sy'n ddrwg' tra'u bod yn cael eu monitro (gwyllo ac aros) ac roedd angen iddynt gysylltu â'u Nyrs Clinigol Arbenigol i ddeall symptomau neu sgîl-ffeithiau. Hoffem weld adnoddau a gwybodaeth newydd yn cael eu rhannu i dywys pobl â chanser cronig y gwaed a'u meddygon teulu drwy'r broses o hunan-fonitro.

"Mae gen i ddau o blant, ac nid oes gen i unrhyw un agos i'm helpu felly rwyf ar fy mhen fy hun heb hyd yn oed ychydig o gymorth ar gyfer o bosib newid amseroedd yr apwyntiadau cemotherapi."

Person sy'n byw gyda chanser y gwaed yn Hampshire

"Mae'n anodd oherwydd eich bod chi eisiau grymuso'r claf a'u cefnogi yn eu llwybr Gwyllo ac Aros, ond dydyn nhw ddim yn cael y profion gwaed angenrheidiol."

Nyrs canser y gwaed

Argymhellion i sicrhau gofal a thriniaeth o ansawdd uchel

Y camau y mae angen eu cymryd:

Cynnal ymchwil pellach i'r rhwystrau ymarferol sy'n atal pobl â chanser y gwaed rhag cael mynediad at ofal a chynnig atebion (Ar gyfer Blood Cancer UK).

Grymuso cleifion gyda gwybodaeth am hunan-fonitro, ymwybyddiaeth o'u tîm canser y gwaed ac adnoddau i annog cleifion i godi eu llais, gan gynnwys cyfeirio ac atgyfeirio at wasanaethau cymorth elusennol (ar gyfer y GIG).

Nodi a gwneud argymhellion i fynd i'r afael â bylchau sylfaenol mewn prosesau rhannu a darparu gwybodaeth sy'n effeithio ar driniaeth a gofal pobl â chanser y gwaed (Blood Cancer UK).

Canlyniad:

Gall mwy o bobl â chanser y gwaed gael gafaél ar y gofal, y gefnogaeth a'r wybodaeth glinigol o ansawdd uchel sydd eu hangen arnynt i fyw'n dda gyda chanser y gwaed a'i driniaethau.



Treialon a thriniaethau

Cynyddu mynediad at dreialon a thriniaethau

Oherwydd bod gan bob person sydd â chanser y gwaed yr hawl i dderbyn cyffuriau a thriniaethau sydd wedi'u cymeradwyo i'w defnyddio ar y GIG ac a argymhellwyd gan eu tîm meddygol.

Mae 1,500 yn fwy o bobl yn Lloegr yn goroesi cancer y gwaed yn sgil datblygiadau mewn triniaethau.⁵¹

Ffynhonnell: **Blood Cancer UK**

Rhwystrau i ddatblygiadau

Anaml iawn y defnyddir radiotherapi a llawdriniaethau wrth drin cancer y gwaed, sy'n golygu mai triniaethau gwrth-ganser, fel cemotherapi, trawsblaniadau bôn-gelloedd ac imiwnotherapiau yw'r prif opsiwn yn aml. Felly, gall cael eich derbyn ar dreial clinigol weithiau gynnig mynediad hanfodol at gyffuriau newydd. Er y gall treialon clinigol gynnig opsiynau triniaeth addawol i gleifion cancer y gwaed, mae rhwystrau sylweddol yn bodoli; o argaeledd cyfyngedig a meini prawf cymhwysra i rwystrau ymarferol, ariannol a chymdeithasol sy'n atal cleifion rhag bod yn rhan ohonynt.

Gostyngodd nifer y cleifion a gafodd eu derbyn ar dreialon cancer y gwaed 78% yn 2020/2021⁷ ac mae'r adferiad ar ôl y pandemig wedi wynebu heriau o ran oedi a gweithlu difrifol o brin. Mae gweithwyr gofal iechyd proffesiynol yn teimlo nad yw treialon yn flaenoriaeth i ymddiriedolaethau'r GIG ac yn pwysleisio ei bod bellach yn dipyn mwy heriol i gyflwyno treialon a arweinir gan ymchwilyr a derbyn cyfleoedd ar gyfer treialon masnachol.¹¹

Mae treialon masnachol ar gyfer cleifion camau hwyr yn darparu cyffuriau newydd i'r

nifer fwyaf o gleifion, ond eto mae'r DU wedi gostwng o'r 4ydd i'r 10fed safle yn y rancio byd-eang ar gyfer y rhain.⁸ Cadarnhaodd tystiolaeth a ddaeth i law gan y diwydiant fferyllol fod angen hyder arnynt y gall ysbytai'r DU gyflawni'r treialon a recriwtio cleifion yn llwyddiannus.

Er mwyn cynyddu cyfleoedd i gleifion ac er mwyn adfer enw da'r DU fel gwlad flaengar ym maes gwyddoniaeth, mae angen gweithredu ar yr argymhellion a amlinellir yn yr adolygiad annibynnol dilynol gan yr Arglwydd O'Shaughnessy.^{52,53} **Mae angen ailfuddsoddi incwm o dreialon masnachol mewn ymchwil glinigol i ailadeiladu ac ehangu seilwaith y DU ar gyfer treialon cancer y gwaed.**

Mae diffyg ymwybyddiaeth o dreialon yn llesteirio mynediad

Mae pobl â chanser y gwaed wedi dweud wrthym fod ymwybyddiaeth amrywiol o dreialon ymhlith eu timau clinigol. Gan nad oes cronfa ddata chwiliadwy, wedi'i threfnu'n dda o dreialon agored, mae sefydliadau cleifion wedi camu i'r bwlch, er enghraifft, **Gwasanaeth Cymorth Treialon Clinigol Blood Cancer UK.**⁵⁴

Dylai trafod cyfleoedd ar gyfer treialon fod yn rhan annatod o ymgynghoriadau cleifion, ond mae arolygon cenedlaethol ynghylch profiadau cleifion cancer yn dweud wrthym mai dim ond 38% o'r ymatebwyr â chanser y gwaed yn Lloegr ac 26% yng Nghymru oedd wedi trafod cyfleoedd ymchwil.^{26,55} Heb drafodaeth brydlon, efallai y bydd cyfleoedd ar gyfer treialon yn cael eu colli wrth i glefydau ledus, gan olygu bod y cleifion sydd eu hangen fwyaf yn colli'r cyfle.

”

Mae'n rhaid i mi barhau i atgoffa fy hun na fuaswn i yma heddiw oni bai am y CAR-T [therapi] a gefais.

Person wedi cael gollyngdod o DLBCL ar ôl derbyn therapi CAR-T

Gohirio gobaith: Yr heriau ymarferol, ariannol a chymdeithasol sy'n atal mynediad at dreialon clinigol

Pwysleisiodd gweithwyr gofal iechyd proffesiynol fod cleifion sy'n cymryd rhan mewn treialon yn fwy tebygol o fod â rhwydwaith o deulu a ffrindiau sy'n cefnogi apwyntiadau, ac maent yn sylwi ar rwystrau sy'n deillio o ffactorau economaidd-gymdeithasol a daearyddiaeth.⁹

Mewn arolwg a gomisiynwyd gan y Gynghrair Canser Gwaed, dywedodd llai na thraean (32%) o'r rhai o gymunedau lleiafrifoedd ethnig eu bod wedi cael cynnig y cyfle i gymryd rhan mewn treial clinigol.⁴ Yn yr un modd, dangoswyd bod cleifion du yn cael eu tangynrychioli'n sylweddol mewn treialon clinigol ar gyfer camau cynnar myeloma.⁵⁶ Er y gall diagnosis hwyr neu cydafiacheddau gyfrannu at fynediad anghyfartal at dreialon, dylid ystyried rhuglder yn y Saesneg yn ogystal â rhagfarnau, camsyniadau a stereoteipiau hefyd. **Mae angen mynd ati ar frys i ddarparu gwybodaeth hygyrch i gleifion, gwella amrywiaeth o ran y mewnbyn gan gleifion a'r cyhoedd a chyfranogiad mewn ymchwil glinigol i fynd i'r afael ag anghydraddoldebau iechyd.**⁵⁷

Er mwyn datblygu dealltwriaeth ddofn o'r rhwystrau ymarferol, diwylliannol ac economaidd-gymdeithasol i ymwybyddiaeth o dreialon clinigol a mynediad atynt, mae Blood Cancer UK wedi cychwyn rhaglen waith 18 mis gyda chymuned leol sydd wedi'i heffeithio'n arbennig gan ganser y gwaed. Bydd y fenter hon yn mynd i'r afael ag anghydraddoldebau a nodwyd drwy'r rhaglen hon trwy gyd-ddylunio a threialu ymgyrchoedd neu wasanaethau ymwybyddiaeth lleol i gynyddu cyfranogiad mewn treialon clinigol. Yn ogystal â darparu dulliau ymarferol i gefnogi mwy o ymwybyddiaeth a mynediad, rhaid i brosiectau fel yr un hwn ystyried modelau hirdymor a all gael eu hehangu ar gyfer

sbarduno mentrau llwyddiannus yn y dyfodol.

Cymeradwyaethau yn y DU ar ei hôl hi o'i gymharu â gwledydd Ewropeaidd cyfatebol

Mae'r **GIG yn gwario oddeutu £20 billiwn**⁵⁸ ar driniaethau a meddyginiaethau a ragnodir bob blwyddyn yn Lloegr. Ac eto, mae prosesau cymeradwyo biwrocraidaidd, cyfyngiadau ariannu ac anghyfartaleddau daearyddol yn golygu bod mynediad at driniaethau yn parhau'n fater allweddol i lawer o bobl sy'n derbyn gofal gan y GIG.

Mae pryderon ynghylch a yw pobl yn y DU yn manteisio ar y triniaethau mwyaf effeithiol ac arloesol yn arbennig o bwysig i bobl â chanser y gwaed, oherwydd nid yw radiotherapi na llawdriniaethau yn debygol o fod yn opsiynau. Felly, gall penderfyniadau ynghylch cymeradwyo cyffuriau arwain at ganlyniadau o ran byw neu farw.

Mae llawer iawn wedi'i gyflawni, ac mae tua 20 o gyffuriau newyd wedi'u cymeradwyo rhwng 2010 a 2016 i'w defnyddio gan y GIG. Ers hynny mae argymhellion cadarnhaol pellach gan SMC a NICE, gan gynnwys trwy'r Gronfa Cyffuriau Canser yn Lloegr, wedi cynyddu opsiynau triniaeth. Ers mis Gorffennaf 2016, roedd 76 triniaeth o blith y 257 sydd ar gael drwy'r Gronfa Cyffuriau Canser ar gyfer canser y gwaed.

Yn amlwg roedd Blood Cancer UK wrth ei fodd pan mai oedolion yn Lloegr yn 2018 oedd y cyntaf yn Ewrop i dderbyn therapi CAR-T arloesol; ac yna cafodd y driniaeth ei chymeradwyo yn yr Alban yn 2019. Yn anffodus, ers hynny mae cymeradwyaeth i'w defnyddio yn gynharach yn llwybr triniaeth lymffoma wedi amrywio rhwng cenhedloedd, gan gynyddu anghydraddoldeb o ran mynediad o fewn y DU.

Mae penderfyniadau diweddar a wnaed gan gwmnïau fferyllol i beidio â cheisio cymeradwyaeth y DU ar gyfer therapiâu CAR-T a thriniaethau eraill⁶⁰ tra bo gwledydd



“Mae'r ffaith bod y nifer sy'n derbyn meddyginiaethau arloesol yn cynyddu'n araf ac yn anghyfartal yn cyfrannu yn anochel at ganlyniadau iechyd gwaeth i'r DU, gan gynnwys y poblogaethau hynny y mae clefydau effeithio'n anghymesur arnynt ar hyn o bryd. Er enghraifft, mae cyfraddau goroesi cancer y DU yn disgyn y tu ôl i'r cyfartaledd Ewropeaidd ar gyfer naw o bob deg cancer, gyda mynediad at feddyginiaethau cancer yn gyson is na'r rhan fwyaf o wledydd Ewrop.”⁵⁹

Adroddiad Cydffederasiwn y GIG

eraill yn cymeradwyo'r un triniaethau yn destun pryder.

Mae rhwystredigaeth amlwg ymhlith y diwydiant fferyllol ynghylch y broses gymeradwyo, cynlluniau talu a'r tebygolrwydd o gael ad-daliadau, yn enwedig yn Lloegr. Yn bennaf, clywsom fod y dyfarniad o ran cost-ffeithiolrwydd yn rhy anhyblyg i gwrdd â natur gymhleth y broses o drin canser y gwaed. Mae yna gyfrifoldeb hefyd ar y diwydiant i beidio â dad-flaenoriaethu pobl â chanser y gwaed yn y DU. Dylent weithio'n adeiladol gyda'r GIG, yn gyffredinol ar y prosesau cymeradwyo, ac yn benodol ar gyffuriau unigol i ddod i ddatrysiaid sy'n golygu nad yw cleifion Prydain dan anfantais o'u cymharu â chymheiriaid mewn gwledydd eraill.

Testun pryder yn ogystal yw'r ffaith pan fydd NICE a SMC yn cymeradwyo triniaeth ganser newydd, mae'r gymeradwyaeth hefyd yn diffinio ei lle yn nhrefn y triniaethau y mae claf yn eu derbyn wrth i'w ganser ddatblygu (a elwir yn 'linellau therapi'). Gall hyn olygu y gallai claf fod yn derbyn triniaeth nad yw o reidrwydd er ei les pennaf ond yn hytrach, i gyflawni'r 'llinell' honno o driniaeth oherwydd bod y driniaeth sydd ei hangen arnynt ond yn cael ei chymeradwyo yn y 'llinell' nesaf.

Pan na fydd canser y gwaed bellach yn ymateb i gyffur canser ac wrth i'r canser ddatblygu, ni fydd yn ymateb i unrhyw gyffur arall o'r un 'dosbarth' (cyffuriau sy'n defnyddio'r un fecanwaith i ladd y celloedd canser), waeth ble mae'r rhain wedi'u cymeradwyo yn y llwybr. Gelwir hyn yn anhydrinedd dosbarth cyffuriau, a byddai'n fwy perthnasol yn glinigol ystyried hyn wrth gymeradwyo triniaethau canser y gwaed yn hytrach na llinellau therapi.

Mae'n ymddangos yn glir nad yw'r sefyllfa bresennol yn opsiwn er mwyn sicrhau bod pobl â chanser y gwaed yn y DU yn derbyn y triniaethau mwyaf effeithiol ac felly yn cael y cyfle gorau i fyw am fwy o amser.

Gofynnais am CAR-T, a gwnaethant egluro bod yn rhaid i mi dderbyn y driniaeth arferol eto ac yna brofi gollyngdod cyn y gallaf gael CAR-T.

Person mewn gollyngdod o DLBCL ar ôl derbyn therapi CAR-T

Pam nad yw cymeradwyaeth gan y GIG yn gwarantu triniaeth ar gyfer canser y gwaed

Mae gweithwyr gofal iechyd proffesiynol a chwmnïau fferyllol wedi mynegi pryderon, er bod rhai cyffuriau yn cael eu cymeradwyo i'w defnyddio ar y GIG, mae penderfyniadau ariannu lleol yn golygu mai dim ond ar ôl pwysau sylweddol gan eu tîm meddygol y mae gan bobl â chanser y gwaed fynediad iddynt. Gall heriau daearyddol, sy'n cael eu gwaethygu gan anghydraddoldebau iechyd, atal cleifion rhag cael cynnig neu allu derbyn y triniaethau gorau sydd ar gael.

Gwahaniaethau daearyddol

Er bod canolfannau arbenigol yn cwrdd â gofynion darparu triniaethau cymhleth ar gyfer canser y gwaed, mae eu lleoliadau'n aml yn creu baich teithio sylweddol i gleifion, gyda llawer yn dweud wrthym nad oeddent yn teimlo eu bod yn gallu ymgymryd â theithiau o'r fath. Er enghraifft, mae therapi CAR-T yn golygu aros yn yr ysbyty am fis man lleiaf, ond nid oes ond dwy ganolfan yn yr Alban a all gynnig y driniaeth hon ar hyn o bryd, dim ond un yng Nghymru a dim un yng Nogledd Iwerddon.⁶¹

Ochr yn ochr â chostau, mae teithio afresymol yn effeithio ar deuluoedd, gwaith ac incwm, ac yn cynyddu'r bregusrwydd i haint, sy'n tystio i'r ffaith bod amddifadedd yn gwaethygu mynediad anghyfartal at driniaethau.

O ganlyniad, bydd cleifion weithiau'n dewis neu'n cael cynnig triniaeth nad yw o bosibl yr un gorau.⁶²

Mae darparu triniaethau ar gyfer canser y gwaed yn lleol yn golygu monitro a rheoli'n ofalus sgîl-ffeithiau posibl, ac efallai na fydd yn bosibl mewn rhai lleoliadau.

Fel rhan o safon gofal sylfaenol newydd, dylai BSH ystyried datblygu proses safonedig ar gyfer Timau Amlddisgyblaethol Hematoleg (MDT) mewn Ysbytai Cyffredinol Dosbarth (DGHs) i atgyfeirio cleifion ar gyfer gofal arbenigol. Mae'r prosesau presennol yn effeithiol ond maent yn dibynnu ar berthnasoedd sefydledig rhwng Ysbytai Cyffredinol Dosbarth a chanolfannau trydyddol, sy'n aml yn seiliedig ar gysylltiadau personol a allai olygu na all rhai cleifion dderbyn gofal arbenigol. Fodd bynnag, ni ddylai unrhyw broses newydd ohirio mynediad at driniaethau lle mae partneriaethau presennol yn gweithio'n dda.

Mae'r Llywodraeth Lafur newydd wedi ymrwymo yn ei maniffesto i ddatblygu 'llwybr mwy clir' i sicrhau bod technolegau a meddyginiaethau newydd yn cael eu cymeradwyo a'u caffael yn y GIG fel rhan o'i gynllun gwyddorau bywyd, gan gynnwys drwy 'strwythurau cymhelliant diwygiedig'.⁴⁹ Mae'n rhaid i'r gymuned canser y gwaed gael ei chynnwys wrth i'r mentrau hyn gael eu datblygu.

Mae arnom angen darlun llawn o ran pryd nad yw'r triniaethau cymeradwy yn cael eu rhagnod di o gwbl, beth yw'r rheswm am hyn a beth yw'r effaith ar gleifion.

Doeddwn i ddim wir yn cael cyfle i drafod opsiynau triniaeth. Roedd yn fater o "Rydych chi ar y cyffur hwn a dyma'r un y byddwch chi'n ei gymryd am weddill eich bywyd"...Dyna'r drefn.

Person sy'n byw gyda chanser y gwaed ym Manceinion

Gwella gofal drwy ddysgu ar y cyd

Er mwyn darparu gofal sy'n bodloni'r safon ofynnol, mae angen creu cysylltiadau rhwng gweithluoedd canser gwaed ledled y DU, gan greu cyfleoedd i ddysgu oddi wrth ei gilydd a chynyddu arferion a phrotocolau llwyddiannus. Clywsom am ansicrwydd ymhlith gweithwyr gofal iechyd proffesiynol am y ffordd orau o roi hyn ar waith, yn enwedig ar gyfer triniaethau newydd.

Mae'n gwbl amlwg fod llawer o enghreifftiau o arfer rhagorol yn bodoli, ond nid oes digon o gyfleoedd i'w rhannu â'u cydweithwyr, nac i rannu'r gwersi sydd yr un mor werthfawr sy'n deillio o gynlluniau peilot/mentrau aflwyddiannus. Mae cyfyngiadau amser a chyfyngiadau daearyddol yn golygu nad oes llawer o amser i fynychu cynadleddau **ac mae angen i reolwyr roi cyfleoedd i'r rhai sy'n eu mynychu gyflwyno'r hyn y maent yn ei ddysgu i i weddill y tîm canser y gwaed a'r bwrdd iechyd a gofal a rheolwyr ymddiriedolaeth.** Amlygwyd y Tim Amlddisgyblaethol fel gofod wythnosol pwysig i siarad am gyffuriau newydd a ffordd o safoni gofal i gleifion cymhleth, yn yr un modd â llwybrau mwy anffurfiol, fel grwpiau Facebook sy'n cynnig cymorth i gymheiriaid.

Mae angen mwy o gyfleoedd i ddysgu ar y cyd y tu allan i gynadleddau presennol sy'n gysylltiedig â chanser y gwaed. **Dylai elusennau, cymdeithasau a cholegau brenhinol nodi a chyflwyno llwyfannau heblaw am gynadleddau ar gyfer rhannu arferion ar draws y gweithlu canser y gwaed.**

”

Argymhellion o ran treialon clinigol, mynediad at gyffuriau a thriniaethau

Y camau y mae angen eu cymryd ynghylch treialon clinigol:

Cynnig cefnogaeth gynhwysfawr wedi'i thargedu ar gyfer treialon clinigol a arweinir gan ymchwilyr ac a noddir yn fasnachol trwy brosesau rheoleiddio symlach, cyllid a mynediad at rwydweithiau ymchwil (ar gyfer prifysgolion, y GIG, adrannau'r Llywodraeth ac asiantaethau o fewn gwledydd y DU sy'n cyllido ymchwil clinigol fel UKRI a NIHR, BSH ac elusennau cancer y gwaed).

Datblygu strategaethau i gynyddu cyfranogiad mewn treialon clinigol, yn enwedig ymhlith grwpiau heb gynrychiolaeth ddigonol, gan fynd i'r afael â'r rhwystrau diwylliannol, ariannol a chyfathrebu sy'n atal cyfranogiad (ar gyfer arweinwyr treialon clinigol a chyllidwyr).

Canlyniad:

Bydd cynyddu nifer ac effeithlonrwydd treialon clinigol a chynnwys cyfranogwyr mwy cynrychioliadol yn creu maes ymchwil glinigol sy'n fwy cadarn, cynhwysol ac effeithiol ar gyfer cancer y gwaed.

Mae angen gweithredu ynghylch mynediad at gyffuriau a thriniaethau:

Rhaid i gyrff cymeradwyo cyffuriau a thriniaethau yn y DU symleiddio prosesau cymeradwyo, a dylent hwy a'r diwydiant fferyllol ganolbwyntio ar sicrhau bod cleifion yn y DU yn cael mynediad at driniaethau blaengar ym maes canser y gwaed. Bydd hyn yn golygu bod y ddwy ochr yn fwy hyblyg (i'r GIG a'r diwydiant fferyllol).

Asesu pa mor aml, ble, a pham nad yw cyffuriau a gymeradwywyd i'w defnyddio ar y GIG yn cael eu rhagnodi fel mater o drefn, ac yna gwneud cynigion i sicrhau bod gan bawb fynediad at y driniaeth a argymhellir gan eu tîm meddygol. (Ailgyfeiriad oddi wrth Blood Cancer UK).

Diffinio'r safon gofal sylfaenol sy'n cefnogi rhagoriaeth glinigol a mynediad cyfartal at driniaethau cymeradwy ym mhob lleoliad, gan gynnwys lleoliadau anghysbell a thriniaeth yn nes at adref (ar gyfer y GIG, elusennau canser y gwaed, cymdeithasau (gan gynnwys BSH, colegau brenhinol a'r diwydiant fferyllol).

Canlyniad:

Bydd hyn yn galluogi pawb ar draws y DU i dderbyn y cyffuriau a'r triniaethau sydd eu hangen arnynt.



Data

Sbarduno gwelliannau drwy ein data cenedlaethol

Oherwydd bod yn rhaid i ni oresgyn y cymhlethdodau sydd ynghlwm wrth ddata am ganser y gwaed er mwyn darparu data cenedlaethol cyson, ystyrlon a chymaradwy sy'n sbarduno gwelliannau ac sy'n sicrhau bod canser y gwaed yn cael ei gynnwys fel mater o drefn mewn cynlluniau a mentrau canser cenedlaethol.

Creu cysylltiadau: data safonedig yn arwain at lwyddiant ym maes ymchwil

Mae data o ansawdd uchel yn hanfodol i ymchwilwyr sy'n datblygu cyffuriau newydd, gwell diagnosteg a delweddu, triniaethau wedi'u personoli, a gwelliannau i wasanaethau iechyd. Ac eto, mae lleoli a chysylltu data o fewn llu o ffynonellau digswllt sy'n cynnwys data anstrwythuredig i raddau helaeth yn her fawr.

Gallai datblygiadau fel deallusrwyddartiffisial wella cyfraddau goroesi, er enghraifft, drwy nodi'r rhai sydd mewn perygl o ddatblygu clefydau neu ragweld pwy all ymateb orau i driniaeth. Eisoed, mae data am ganser y gwaed wedi bod o fudd i gleifion myeloma, wrth i bob un ohonynt gael triniaeth weithredol ar treial llwyddiannus OPTIMUM (MUK9) oherwydd bod y system reoli wedi defnyddio data a oedd yn cyfateb yn glinigol o dreial blaenorol.⁶³ Fodd bynnag, nid yw'r wybodaeth sydd ei hangen i lywio'r datblygiadau hyn, fel canlyniadau profion genetig neu genomig, wedi'i chofnodi eto mewn ffordd safonol, y gellir ei defnyddio.⁶⁴

Yn ogystal, mae casgliadau wedi'u trefnu o samplau hylif a meinwe yn hanfodol ar gyfer datblygiadau mewn ymchwil a datblygu triniaethau newydd. Bydd samplau cyfresol a gymerir ar ôl trin cleifion yn gwella ein dealltwriaeth o hanes naturiol canserau'r gwaed a newidiadau sy'n digwydd ar ôl triniaeth. Bydd hyn yn amhrisiadwy wrth ddatblygu strategaethau newydd i oresgyn ymwrthedd ac atal canserau'r gwaed rhag dychwelyd.

Mae'r data mwyaf cynhwysfawr o fewn cofrestrfeydd arbenigol rhanbarthol fel y Rhwydwaith Ymchwil Anghydfurfiaeth Hematolegol (HMRN) a gyllidir mewn partneriaeth rhwng Blood Cancer UK a Cancer Research UK.⁶⁵ Mae HMRN yn casglu data am ganser y gwaed gan boblogaeth o bedair miliwn o bobl ar draws Swydd Efrog

a'r Humber. Mae'n enghraifft wych o sut mae rhannu gwybodaeth am is-deipiau cancer y gwaed unigol gydag ymchwilwyr, clinigwyr, cleifion a chomisynwyr, yn rhoi'r darlun gorau o faich cancer y gwaed ar draws poblogaeth ac effeithiolrwydd ymarfer clinigol yn unol â chanllawiau cenedlaethol.

Fodd bynnag, mae efelychu llwyddiant yr enghraifft ranbarthol hon yn dibynnu ar wella data ledled y DU ar gyfer cancer y gwaed, datblygu gweithlu cadarn a chynaliadwy gydag arbenigedd ymchwil clinigol a data a meithrin cymuned o ymchwilwyr data ym maes cancer y gwaed sydd â diddordeb penodol yn y maes ac sy'n awyddus i gydweithio. Y tu hwnt i'r DU, mae cynnydd i gleifion ag is-deipiau prin yn dibynnu ar y gallu i rannu data rhyngwladol diogel fel sy'n digwydd o fewn cynghrair HARMONY.⁶⁶

Cofrestrfeydd cancer cenedlaethol: deall y sefyllfa bresennol

Mae gan bedair gwlad y DU gofrestrfeydd cancer ar wahân sy'n casglu ac yn storio gwybodaeth am bob cancer yn ddiogel. Defnyddir hyn i gynllunio gwasanaethau, sbarduno gwelliannau o ran ansawdd, a gwella canlyniadau trwy ymchwil, meincnodi yn erbyn cenhedloedd eraill a nodi anghydraddoldebau. **Po fwyaf cywir a chyflawn yw'r wybodaeth, y mwyaf syml ydyw i ddangos lle mae angen cymryd camau neu ddarparu tystiolaeth i gefnogi mynediad at driniaethau newydd.**

Mae hyn yn golygu defnyddio dosbarthiadau cyson, cyfnodau diagnostig a dilynol. Mae'r anghysondeb parhaus wrth gofnodi ac adrodd ar syndromau myelodysplastic (MDS) ac anhwylderau myeloproliferative (MPNs) yn aml yn cael ei nodi fel enghraifft wych o'r afreoleidd-dra hwn.

Mae sicrhau cydraddoldeb o ran gofal cancer trwy ddata cymharol yn dibynnu ar gydweithredu rhwng y pedair gwlad, ac ymdrech a buddsoddiad mewn pedwar maes allweddol:

1. Adrodd cymaradwy ar draws y DU

Mae cymhlethdod y 150 o is-deipiau o ganser y gwaed yn gofyn am gategoreiddio mwy manwl gywir. Gall adrodd ar ganserau gwaed nad ydynt yn gysylltiedig â'i gilydd fod yn ddiystyr ac, yn waeth na hynny gall fod yn gamarweiniol. Er enghraifft, mae adrodd ar y cyd am oroesi ar gyfer pob math o lewcemia yn cuddio'r cyfraddau goroesi isel iawn o fathau penodol, fel AML.⁶⁷ Mae mabwysiadu'r system ICD-O-3 ledled y wlad sy'n diffinio canserau gwaed yn ôl tarddiad ac ymddygiad celloedd yn hanfodol ac mae'r Gwasanaeth Cofrestru Clefydau Cenedlaethol (NDRS) wedi dangos bod hyn yn bosibl.

Cynnydd ar waith

Mae'r rhaglen Get Data Out gan NDRS yn cyhoeddi ystadegau manwl o gofrestrïadau canser yn Lloegr, gan ddarparu data mewn grwpiau a fydd yn darparu atebion ystyrlon ond yn diogelu anhysbysrwydd. Mae'r rhaglen wedi mireinio canser y gwaed yn llwyddiannus i 42 grŵp a ddiffinnir gan godau ICD-O-3.

2. Seilwaith digonol a gweithlu ag arbenigedd

Mae gweithlu sefydlog a phrofiadol yn hanfodol i gofrestru canser y gwaed yn gywir. Ni ddylai heriau fel newidiadau sefydliadol a chynyddu tasgau gorfodol ac adrodd arwain at ddatblygu data am ganser y gwaed nad yw'n cymharu'n ffafriol â data am diwmorau solet na golygu nad oes data o gwbl. **Mae hyfforddiant parhaus ym maes canser y gwaed a datblygu seilwaith technegol cadarn sy'n gallu trin data cynyddol fanwl yn bwysicach nag erioed.**

3. Creu darlun holistaidd o driniaethau cyffuriau

Mae gwybodaeth am driniaethau canser, a elwir yn Therapi Gwrth-Ganser Systemig (SACT), yn cael ei chasglu gan gofrestrfeydd

canser yn Lloegr a'r Alban yn unig lle defnyddir systemau rhagnodi electronig. Mae data SACT yn darparu gwybodaeth bwerus am effeithiolrwydd triniaethau mewn ymarfer arferol, y tu allan i dreialon clinigol.

Cynnydd ar waith

Yn Lloegr, mae data SACT wedi cyfrannu at gymeradwyaeth gan NICE ar gyfer defnyddio saith cyffur newydd yn y GIG ar gyfer canser y gwaed a oedd ond ar gael trwy'r Gronfa Cyffuriau Canser yn y GIG.

Mae data SACT ar gyfer canser y gwaed yn hynod gymhleth gan fod triniaethau'n cael eu rhoi dros gyfnodau hir lle gallai fod angen addasu dosau ar gyfer cleifion unigol. Mae mwy a mwy o driniaethau belach yn cael eu cymryd trwy'r geg neu gartref. Fel prif gynheiliad triniaeth canser y gwaed, mae'n hanfodol bod y darlun cenedlaethol yn gyflawn, a chefnogir ymchwilwyr i gyrchu, datblygu a defnyddio data SACT i wella canlyniadau.

4. Angen cynyddol am ddata moleciwlaidd a phroffion labordy

Mae profion labordy cymhleth yn chwarae rhan hanfodol wrth roi diagnosis, dewis triniaeth, a monitro canser y gwaed. Mae triniaethau bellach ar gael sy'n targedu newidiadau genetig penodol, ond eto nid oes modd asesu eu perfformiad ar lefel poblogaeth. Er enghraifft, effeithiolrwydd triniaeth ar gyfer pobl â AML sydd â mwtaniad FLT3.

Gwnaed cynnydd sylweddol yn NDRS i ddatblygu'r drefn o dderbyn gwybodaeth am broffion genetig a genomig ar gyfer tiwmorau solet. Er mwyn atal anghydraddoldebau iechyd pellach, mae'n hanfodol bod canser y gwaed yn cael ei gynnwys wrth i'r gwaith hwn ddatblygu, gydag adnoddau ac arbenigedd yn cael eu buddsoddi i ymestyn hyn i bob un o gofrestrfeydd y DU. Mae hyn yn gofyn am drosglwyddo gwybodaeth mewn modd diogel a di-dor o labordai²³, a datblygu

fframweithiau labordy fel y cynlluniwyd ynn **Yr Alban**.⁶⁸

Mynediad Cyfartal at Ddiagnosteg Uwch yn arwain at well canlyniadau

Yr uchelgais i'r GIG yn Lloegr, fel y nodir yng Nghynllun Hirdymor y GIG, yw y bydd '75% o bobl â chanser erbyn 2028 yn cael diagnosis yn gynnar (cam un neu ddau)'. Mae'r weledigaeth 10 mlynedd ar gyfer yr Alban, sef lleihau nifer y bobl a gaiff ddiagnosis hwyr o ganser o 42% i 24% yn cydnabod 'ni all cam gael ei bennu ar gyfer pob canser yn y modd confensiynol'.⁶⁹

Mae canser y gwaed yn perthyn i'r categori hwn.

Nid yw'r gwaith o bennu cam canser y gwaed yn cyd-fynd â'r confensiwn ar gyfer tiwmorau maint solet, y sefyllfa o ran nodau lymff, a metastasis (lledaeniad). Pan fydd yn bosibl pennu cam, bydd y profion a ddefnyddir yn benodol iawn i is-deip unigol.

Mae 73% o weithwyr gofal iechyd proffesiynol o blaid camau i gydnabod canser y gwaed fel categori yng Nghofrestrfa Ganser y GIG.⁷⁰

Ffynhonnell: **Blood Cancer UK**

Felly, mae **cynnwys canserau gwaed y gellir pennu camau ar eu cyfer mewn amcanion cenedlaethol yn gofyn am fynediad cyfartal ac effeithlon i'r holl ddulliau diagnostig angenrheidiol ledled y DU.**

Amrywiadau rhwng data ymddiriedolaethau yn golygu nad yw'r darlun cenedlaethol yn eglur

Mae mentrau gwella yn dibynnu ar ddata

cenedlaethol sy'n rhoi'r darlun cywir. Yn Lloegr, mae'r dangosfwrdd Cyflawnrwydd Camau Canser yn cynnwys myeloma a lymffoma, ond mae cyflawnrwydd yn 35% a 50%, yn y drefn honno, gydag amrywiad mawr rhwng Ymddiriedolaethau.¹⁰ Gall hyn adlewyrchu aeddfedrwydd digidol, ond mae gweithwyr gofal iechyd proffesiynol yn pwysleisio na ellir yn aml ohirio triniaeth er mwyn cwblhau pob prawf ar gyfer pennu cam.

Mesurau procsi ar gyfer canserau'r gwaed nad oes modd pennu camau ar eu cyfer

Rydym yn cefnogi argymhelliad y Gynghrair Canser Gwaed y dylai nifer y cyflwyniadau brys yn yr ysbyty gan gleifion gael eu defnyddio fel mesur ar gyfer canserau gwaed na ellir pennu camau ar eu cyfer a chymhwyso'r targed cenedlaethol cyfatebol ar gyfer lleihau diagnosis hwyr.

Dywed 76% o bobl sydd â chanser y gwaed na chawsont wybod adeg cael eu diagnosis fod eu cyflwr yn fath o ganser y gwaed.⁷⁰

Ffynhonnell: **Blood Cancer UK**

O'r golwg yng ngolwg pawb: Codi'r proffil, lleihau'r niwed

Yn sicr nid yw canser y gwaed ymhlith y canserau mwyaf cyffredin, ac mae'r diffyg ymwybyddiaeth hwn yn achosi niwed parhaus i bobl y mae'n effeithio arnynt. Mae'n hollbwysig sicrhau nad yw canser y gwaed yn cael ei anwybyddu wrth gynllunio a sefydlu mentrau canser cenedlaethol. Mewn gwirionedd, mae 62% o bobl sydd â diagnosis canser y gwaed yn credu bod diffyg ymwybyddiaeth yn golygu bod cymuned canser y gwaed ar ei cholled,

ac mae 91% o bobl sy'n cael eu heffeithio gan ganser y gwaed yn credu y byddai'r gymuned yn elwa pe bai canser y gwaed mor adnabyddus â chanserau eraill.⁷⁰ I bobl y mae canser y gwaed yn effeithio arnynt, byddai mwy o ymwybyddiaeth a ffocws gwleidyddol yn golygu eu bod yn fwy tebygol o gael diagnosis amserol, o elwa ar ddealltwriaeth eang bod ganddynt ganser a bydd yn sicrhau y gallant dderbyn y gefnogaeth, y gwasanaethau a'r gymuned sydd eu hangen arnynt.

Yn sicr mae cynyddu ymwybyddiaeth y cyhoedd o ganser y gwaed yn bwysicach nag erioed. Yn rhy aml rydym yn clywed nad yw pobl yn cael gwybod bod ganddynt fath o ganser y gwaed wrth gael diagnosis, dim ond i ddarganfod yn ddiweddarach, ar eu pennau eu hunain. Rydym hefyd yn clywed gan y rhai sy'n cael gwybod bod ganddynt ganser y gwaed wrth gael diagnosis, ond nid yw eu meddygon teulu yn ei gydnabod felly, gan olygu nad ydynt yn derbyn y gefnogaeth hanfodol sydd ei hangen arnynt, fel tystysgrifau eithrio meddygol ar gyfer presgripsiynau am ddim.



**Oherwydd bod
pawb yn haeddu
mynediad at y
gofal gorau posibl**

Argymhellion o ran y data

Y camau y mae angen eu cymryd:

Dylai data cenedlaethol am ganser y gwaed a gafodd ei gasglu, ei ddadansoddi a'i adrodd arno gan gofrestrfeydd cancer cenedlaethol fod yn gyson ac ar ffurf y mae modd eu cymharu â data holl wledydd y DU. Dylai gynnwys data am driniaethau, diagnosteg a data demograffeg a chreu ystadegau ystyrlon yn seiliedig ar morffoleg ac ymddygiad celloedd (ar gyfer cofrestrfeydd cancer cenedlaethol y DU).

Dylid cynnwys cancer y gwaed fel mater o drefn fel categori penodol ochr yn ochr â thiwmorau solet wrth adrodd ar fetrigau allweddol fel cyffredinrwydd, y defnydd ym maes gofal iechyd a meincnodau priodol eraill. (Ar gyfer y GIG).

Canlyniad:

Mae data safonol a chymaradwy yn creu ystadegau ystyrlon a fydd yn gwella cyfraddau goroesi cancer y gwaed ledled y DU ac yn adlewyrchu'r defnydd cynyddol o driniaethau wedi'u targedu.

Tynnu sylw at anghydraddoldebau iechyd o ran canser y gwaed

Nid yw canserau'r gwaed yn gwahaniaethu, fodd bynnag mae tystiolaeth yn dangos y gall y profiad o gael diagnosis, derbyn triniaeth a chlywed canlyniadau amrywio'n ddramatig yn seiliedig ar ffactorau fel ethnigrwydd, statws economaidd-gymdeithasol a daearyddiaeth.

Wrth greu'r Cynllun Gweithredu hwn, daeth yr anghydraddoldebau iechyd hyn yn thema barhaus trwy ymchwil a'n hymgysylltiad â gweithwyr gofal iechyd proffesiynol a phobl â chanser y gwaed. Er ein bod wedi cynnwys enghreifftiau o'r anghydraddoldebau hyn drwy gydol yr adroddiad hwn, roeddem hefyd eisiau cyflwyno cipolwg o'r hyn yr ydym wedi'i ddatgelu i dynnu sylw at gwmpas yr her a'r angen brys i weithredu.

Hil ac ethnigrwydd:

- Mae lleiafrifoedd ethnig **bedair gwaith** yn fwy tebygol o wynebu oedi o safbwynt atgyfeirio am ddiagnosis canser y gwaed.⁴
- Gallai gweithwyr gofal iechyd proffesiynol osgoi defnyddio'r term 'canser y gwaed' wrth roi diagnosis er mwyn osgoi codi ofn arnynt. Fodd bynnag, mae ymchwil yn dangos bod y dull hwn wedi golygu bod **13%** o bobl â chanser y gwaed wedi darganfod bod ganddynt ganser trwy'r rhyngwydd neu lyfrynnau gwybodaeth. Mae'r diffyg tryloywder hwn yn gryn destun pryder ymhlith leiafrifoedd ethnig, sydd bron **ddwywaith yn fwy** tebygol o ddysgu am eu diagnosis o ganser y gwaed fel hyn.⁷⁰

- Mae gan gleifion canser y gwaed du neu hil gymysg â lewcemia **37%** o siawns o ddod o hyd i'r rhoddwr bôn-gelloedd perffaith nad ydynt yn perthyn iddynt o'u cymharu â **72%** ar gyfer cleifion gwyn.⁷¹
- Gwelwyd amrywiad ethnig ar gyfer cleifion sy'n bodloni'r Safon Diagnosis Cyflymach 28 diwrnod ar gyfer Llwybrau'r ACF y mis yn ôl grŵp ethnig: **73.5% o gleifion gwyn o'i gymharu â 46.8% o bobl Ddu neu ddu Prydeinig a 48.3%** o gleifion Asiaidd neu Asiaidd Prydeinig.³⁰
- Mae nifer yr achosion o rai mathau o ganser y gwaed bron i deirgwaith yn uwch ymhlith pobl o leiafrifoedd ethnig penodol⁷² Eto i gyd, **dywedodd llai na thraean (32%)** o'r rhai o gymunedau lleiafrifoedd ethnig eu bod wedi cael cynnig y cyfle i gymryd rhan mewn treial clinigol, ac roedd **llai na hanner (43%)** yn teimlo eu bod yn deall yr wybodaeth a roddwyd iddynt am y treial clinigol.³⁶
- Cofnodwyd ethnigrwydd mewn **54.7%** yn unig o gofrestrïadau canser yng Nghymru, Tra yng Ngogledd Iwerddon, nid yw ethnigrwydd yn cael ei gofnodi yn y ffynonellau data sylfaenol a gyflwynwyd i'r gofrestrfa ganser.^{73,74}

Amddifadedd:

- Cleifion o'r cefndiroedd mwyaf difreintiedig sydd fwyaf tebygol o golli apwyntïadau ar gyfer cleifion allanol.^{*75}
- Mae mwy o farwolaethau canser ymhlith poblogaethau mwy difreintiedig nag

*Diwygiwyd y geiriad ym mis Mawrth 2026

ymlith poblogaethau llai difreintiedig. Yn yr Alban, mae cyfraddau marwolaethau cancer sy'n cynnwys cyfnod COVID-19 **74%** yn uwch ymlith y poblogaethau mwyaf difreintiedig o'u cymharu â'r rhai lleiaf difreintiedig.⁷⁶

- Er gwaethaf triniaeth yn unol â chanllawiau cenedlaethol/rhyngwladol, roedd cyfraddau goroesi cleifion â CLL o'r cefndiroedd lleiaf difreintiedig yng Nghaerdydd a'r Fro yn sylweddol well o'u cymharu â'r rhai o'r cymunedau mwyaf difreintiedig **o ran**.⁵ Roedd amddifadedd yn gysylltiedig â cham mwy datblygedig o CLL adeg cyflwyno a chyfraddau goroesi llawer gwaeth ar ôl derbyn y driniaeth gyntaf.
- Rhwng 2011 a 2019, bu farw **890,000** o bobl yn Lloegr yn gynharach nag y byddent wedi'i wneud pe baent ymlith y pumed lleiaf difreintiedig o'r boblogaeth. Cynyddodd y nifer hwn bob blwyddyn a chododd 24,000 yn fwy yn 2020.⁷⁷

Lleoliad daearyddol:

- Mae gan Ogledd yr Alban **4.9 oncolegydd** (ymgyngorwyr meddygol sy'n trin pob cancer) fesul 100,000 o bobl hŷn, o'i gymharu â **9.1** yn rhanbarth trefol De-ddwyrain Lloegr.⁷⁸
- Dim ond tair canolfan a all ddarparu triniaeth CAR-T ar draws y gwledydd datganoledig. Golyga hyn na all pobl yn yr Alban,⁶¹ Cymru a Gogledd Iwerddom sydd â chanser y gwaed bob amser dderbyn triniaeth yn agos at eu cartrefi. Mae costau teithio afresymol yn effeithio ar deuluoedd, gwaith ac incwm, ac yn pwysleisio'r ffaith bod amddifadedd yn gyfystyr â mynediad anghyfartal at driniaethau.
- O ganlyniad i heriau logistaidd, bydd cleifion weithiau'n dewis neu'n cael cynnig triniaeth nad yw o bosibl y driniaeth orau bosibl,⁶² canlyniad a gadarnhawyd gan **ddwy ran o dair** o ganolfannau sy'n darparu neu'n cyfeirio cleifion ar gyfer CAR-T, sy'n dweud y gallai fod anghydraddoldebau mewn atgyfeiriadau, gan gynnwys y rhai sy'n byw yn bell o ganolfan arbenigol.⁷⁹

Un rhwystr hanfodol i fynd i'r afael â'r anghydraddoldebau hyn yw annigonolrwydd y data sydd ar gael. Yn aml nid yw'r dulliau casglu data presennol yn golygu bod manylion a fyddai'n datgelu croestoriadedd ar draws y ffactorau cymdeithasol hyn yn dod i'r amlwg, Golyga hyn ei bod yn anodd cyflwyno darlun clir o sut mae'r ffactorau hyn yn cyfrannu'n benodol at wahaniaethau mewn gofal cancer y gwaed.

Heb ddata cadarn, ni allwn ddechrau mynd i'r afael ag achosion sylfaenol anghydraddoldebau presennol na monitro effeithiolrwydd mentrau sydd sy'n anelu at eu lleihau.

Trwy wella dulliau casglu data, ymgysylltu â chymunedau, a sicrhau mynediad teg at wasanaethau gofal iechyd i bobl â chanser y gwaed, gallwn greu sefyllfa sy'n fwy teg lle gall pawb, waeth beth fo'u cefndir, dderbyn y gofal gorau posibl.

Priodoliadau

Arolygon, cyfweliadau a grwpiau ffocws

adroddiad hwn o arolwg a gynhaliwyd yn 2024 a gomisiynwyd gan Blood Cancer UK ac a drefnwyd gan Supernova. Gwnaeth 535 o bobl o bedair gwlad y DU ymateb i'r arolwg. Roedd 475 o'r rhain â chanser ygwaed yn y DU a gafodd ddiagnosis yn y pum mlynedd diwethaf ac roedd 60 ohonynt yn bobl a oedd yn gofal am rywun 18 oed neu drosodd â chanser y gwaed a oedd wedi derbyn diagnosis o fewn y pum mlynedd diwethaf. Cafodd yr ymatebwyr eu recriwtio i; r arolwg ar-lein drwy gronfa ddata Blood Cancer UK a thrwy waith rhannu dolenni.

Gwnaeth Supernova hefyd gynnal 24 o gyfweliadau gydag ymgynghorwyr a nyrsys ym maes cancer y gwaed er mwyn dysgu mwy am eu profiadau o ddarparu gofal cancer y gwaed ar draws y DU.

Gwnaeth gwaith pedwar grŵp a gynhaliwyd gan Blood Cancer UK rhwng mis Tachwedd 2023 a mis Chwefror 2024 yn cynnwys gweithwyr gofal iechyd proffesiynol ym maes cancer y gwaed a phobl sy'n byw â chanser y gwaed, a oedd wedi cael diagnosis yn y pedair blynedd blaenorol, hefyd ychwanegu at y gwaith hwn.

Data gan Dîm Epidemioleg Gofal Sylfaenol Rhydychen

*Ffynonellau data a dulliau (ar gyfer y graff amddifadedd cymdeithasol ar dudalen 14).
This content is in English only in accordance with agreed wording.*

Welsh cancer survival rates by deprivation were retrieved from published estimates available here, where methodology is also provided: <https://phw.nhs.wales/services-and-teams/welsh-cancer-intelligence-and-surveillance-unit-wcisu/cancer-reporting-tool-official-statistics/cancer-survival/cancer-survival-documents/cancersurvivalwales-datatables-2002-2020-xlsx/> All other estimates were from data extracted from the cancer registry.

In Wales, myeloma was defined by ICD-10 C90. For other nations, cancer types were classified according to the HAEMACARE-25 classification scheme.

Cases diagnosed from 1 Jan 2016 to 31 Dec 2019 for all except Wales, where diagnoses were from 1 Jan 2015. Cases were followed up for death until 31/12/2022 (Scotland, England), 31/03/2023 (Wales).

Survival estimates were age-standardised according to International Cancer Survival Standards (ICSS). Error bars represent 95% Confidence Intervals.

We discourage comparison of deprivation gradients between nations because (i) each nation uses a different deprivation index and quintiles of these are not comparable; (ii) different types of life tables were used for each analysis. All life tables were age, sex, and calendar-time specific. Life tables in Scotland and England were additionally stratified by deprivation quintiles.

Attributions

This study has received research ethics approval under the Central University Research Ethics Committee (CUREC) with reference R90783/RE001.

This project involves data derived from patient-level information collected by the NHS, as part of the care and support of cancer patients.

The English hospital, cancer and mortality data are collated, maintained and quality assured by the National Disease Registration Service which is part of NHS England. Access to the data was facilitated by the QResearch Trusted Research Environment and the NHS England Data Access Request service. The QResearch ethics approval is by the East Midlands-Derby Research Ethics Committee [reference 18/EM/0400]. NHS England bears no responsibility for the analysis or interpretation of the data.

The authors would like to acknowledge the eDRIS team (Public Health Scotland) for their support in obtaining approvals, the provisioning and linking of data and facilitating access to the National Safe Haven. Approval to access data from Scotland was granted by the Public Benefit and Privacy Panel for Health and Social Care (PBPP), project number 2324-0146.

Statistics from Wales were produced by the Welsh Cancer Intelligence and Surveillance Unit, Data, Knowledge and Research Directorate and Public Health Wales.

CONCORD

For further information about data quality control, methodology and survival estimates for the countries shown in the graphics and other countries, please see the **CONCORD-3 summary article**.¹³ An extensive set of additional tables, maps and graphics is available in a **270-page web-appendix**.



I gael mwy o ddata gan y tîm CONCORD
sganiwch y cod QR yma.

Llyfryddiaeth

1. British Society for Haematology. British Society of Haematology Workforce Report 2019. 15 <https://b-s-h.org.uk/media/18082/bsh-report-0520.pdf> (2020).
2. BBC. Concern over 200-mile trips to access cancer care. BBC News (2023).
3. Medical Schools Council. Medical schools voice concerns over the drop in the clinical academic workforce. <https://www.medschools.ac.uk/news/medical-schools-voice-concerns-over-the-drop-in-the-clinical-academic-workforce> (2023).
4. Clearview Research. Blood Cancer Patient Experience for Black, Asian and Ethnic Minority Patients. <https://static1.squarespace.com/static/5b98cdc612b13fdd2982129d/t/6387561da2a03105934f1bad/1669813794902/Blood+Cancer+Patient+Experience+for+Black%2C+Asian+and+Ethnic+Minority+Patients+%281%29+%281%29+%281%29+%281%29.pdf> (2022).
5. Fegan, G. et al. Social deprivation independently impacts clinical outcomes in patients with chronic lymphocytic leukemia. *Haematologica* (2024) doi:10.3324/haematol.2023.283527.
6. Maguire, R., van der Meer, R., Egan, K., Thompson, N. & Connaghan, J. Final Report of the Evaluation of Rapid Cancer Diagnostic Services. <https://strathprints.strath.ac.uk/id/eprint/88280> (2023).
7. Institute for Cancer Research. Clinical Trials in Cancer - Barriers in Access to Clinical Trials, Especially in Light of the COVID-19 Pandemic. https://www.icr.ac.uk/media/docs/default-source/corporate-docs-accounts-and-annual-reports/policy-statements/clinical-trials-in-cancer.pdf?sfvrsn=d2a92b69_8 (2021).
8. ABPI. Rescuing patient access to industry clinical trials in the UK. <https://www.abpi.org.uk/publications/rescuing-the-uk-industry-clinical-trials/> (2022).
9. Blood Cancer UK. Patient Access to Blood Cancer Clinical Trials Report. (2024).
10. NHS England. Staging completeness dashboard. NDRS <https://digital.nhs.uk/ndrs/data/data-outputs/staging-completeness-dashboard>.
11. Blood Cancer UK. Facts and information about blood cancer. Blood Cancer UK <https://bloodcancer.org.uk/news/blood-cancer-facts/>.
12. Ahmad, A. S. et al. Years of life lost due to cancer in the United Kingdom from 1988 to 2017. *Br. J. Cancer* (2023) doi:10.1038/s41416-023-02422-8.
13. Allemani, C. et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet Lond. Engl.* 391, 1023–1075 (2018).
14. Royal College of Physicians. The UK 2022 census of consultant physicians. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/uk-2022-census-consultant-physicians>.
15. Royal College of Pathologists. The Pathology Workforce. <https://www.rcpath.org/discover-pathology/public-affairs/the-pathology-workforce.html>.
16. Streeting, W. & Department of Health and Social Care. The NHS is broken: Health and Social Care Secretary statement. GOV.UK <https://www.gov.uk/government/speeches/statement-from-the-secretary-of-state-for-health-and-social-care> (2024).
17. Department of Health and Social Care & Streeting, W. Independent investigation ordered into state of NHS. GOV.UK <https://www.gov.uk/government/news/independent-investigation-ordered-into-state-of-nhs> (2024).
18. Alessy, S. A., Davies, E., Rawlinson, J., Baker, M. & Lüchtenborg, M. Clinical nurse specialists and survival in patients with cancer: the UK National Cancer Experience Survey. *BMJ Support. Palliat. Care* (2022) doi:10.1136/bmjspcare-2021-003445.

19. NHS. The NHS Long Term Plan 2019. <https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>.
20. Cancer action plan 2023 to 2026. <http://www.gov.scot/publications/cancer-action-plan-scotland-2023-2026/>.
21. British Medical Association. Pressures in general practice data analysis. <https://www.england.nhs.uk/outpatient-transformation-programme/did-not-attends-dnas/>.
22. Cancer Research UK. Estimating the Cost of Growing the NHS Cancer Workforce in England by 2029. https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/estimating_the_cost_of_growing_the_nhs_cancer_workforce_in_england_by_2029_october_2020_-_full_report.pdf (2020).
23. NHS England. Diagnostics: Recovery and Renewal – Report of the Independent Review of Diagnostic Services for NHS England. <https://www.england.nhs.uk/publication/diagnostics-recovery-and-renewal-report-of-the-independent-review-of-diagnostic-services-for-nhs-england/> (2020).
24. Science Advice for Policy by European Academies (SAPEA). Improving Cancer Screening in the European Union. (Science Advice for Policy by European Academies (SAPEA), DE, 2022).
25. NHS Digital. Welcome to CancerData. <https://www.cancerdata.nhs.uk/>.
26. NHS. National Cancer Patient Experience Survey. National Cancer Patient Experience Survey <https://www.ncpes.co.uk/latest-national-results/>.
27. Blood Cancer UK. Understand the survey behind the statistics. <https://bloodcancer.org.uk/about-us/current-projects-and-campaigns/raising-the-profile-of-blood-cancer/understand-the-survey-behind-the-statistics/>.
28. Blood Cancer UK. Because people are less likely to be diagnosed quickly. <https://bloodcancer.org.uk/about-us/what-we-do/raising-the-profile-of-blood-cancer/because-people-are-less-likely-to-be-diagnosed-quickly/>.
29. Myeloma UK. A Life Worth Living: The Impact of a Delayed Diagnosis on Myeloma Patients' Quality of Life. <https://www.myeloma.org.uk/library/a-life-worth-living/> (2023).
30. NHS England and Improvement. Faster Diagnosis Programme Evaluation Progress Report. (2022).
31. NHS England. Faster Diagnosis Framework and the Faster Diagnostic Standard. <https://www.england.nhs.uk/cancer/faster-diagnosis/#fds>.
32. Cancer Research UK. Cancer waiting times. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/worried-about-cancer/cancer-waiting-times>.
33. NHS England. Rapid cancer diagnostic and assessment pathways. <https://www.england.nhs.uk/publication/rapid-cancer-diagnostic-and-assessment-pathways/> (2018).
34. Black, G. Improving Patient Experience in Non-Specific Symptoms Pathways. (2024).
35. Blood Cancer UK. Ethnic Disparities in Blood Cancer Report. (2023).
36. Blood Cancer Alliance. Unmet needs of minority ethnic people with blood cancer. <https://www.bloodcanceralliance.org/unmet-needs> (2023).
37. Sanofi. The Unequal Burden of Multiple Myeloma. https://www.sanofi.co.uk/dam/jcr:ec1f6c55-d539-474f-a901-9ea854be134c/Multiple%20Myeloma%20in%20Black%20Communities%20Parliamentary%20Infographic_APPROVED.pdf (2022).
38. Blood Cancer UK. Let's Talk about Blood Cancer. <https://shop.bloodcancer.org.uk/collections/booklets/products/african-caribbean-support-flyer>.
39. NHS. Lung health checks. <https://www.nhs.uk/conditions/lung-health-checks/> (2023).
40. Department of Health and Social Care. Genome UK: 2022 to 2025 implementation plan for England. GOV.UK <https://www.gov.uk/government/publications/genome-uk-2022-to-2025-implementation-plan-for-england/genome-uk-2022-to-2025-implementation-plan-for-england> (2022).

41. Blood Cancer UK. Ambitious £4 million project to develop clinical platform for blood cancer prevention. <https://bloodcancer.org.uk/news/ambitious-4-million-blood-cancer-project-to-develop-clinical-platform-for-prevention/>.
42. Atkin, C. et al. Diagnostic pathways in multiple myeloma and their relationship to end organ damage: an analysis from the Tackling Early Morbidity and Mortality in Myeloma (TEAMM) trial. *Br. J. Haematol.* 192, 997–1005 (2021).
43. Cartwright, A., Snowden, J. A., Whitehouse, H., Scott, S. & Whitby, L. Implementation of the updated NICE haematological cancers (NG47) improving outcomes guidelines across Specialist Integrated Haematological Malignancy Diagnostic Services (SIHMDS) in England: a UK NEQAS LI survey. *J. Clin. Pathol.* jclinpath-2021-208075 (2022) doi:10.1136/jclinpath-2021-208075.
44. NHS National Services Scotland. Genetic and molecular pathology laboratories. <https://www.nss.nhs.scot/specialist-healthcare/specialist-services/genetic-and-molecular-pathology-laboratories/> (2024).
45. Blood Cancer UK. Blood Cancer UK Survey for People Affected by Blood Cancer March 2024. (2024).
46. DEMOS. I Love the NHS, but...Preventing Needless Harms Caused by Poor Communication in the NHS. <https://demos.co.uk/wp-content/uploads/2023/11/Preventing-needless-harms-caused-by-poor-comms-in-the-NHS-1.pdf> (2023).
47. Goldacre, B. Better, broader, safer: using health data for research and analysis. <https://www.gov.uk/government/publications/better-broader-safer-using-health-data-for-research-and-analysis> (2022).
48. Digital Health and Care Wales. HaemBase Cymru. Digital Health and Care Wales <https://dhcw.nhs.wales/product-directory/our-digital-services/haembase-cymru/>.
49. Labour. Change: Labour Party Manifesto 2024. (2024).
50. Wykes, C. & Grist, C. Guidelines for Managing Patients with CLL in Primary Care. (2017).
51. Blood Cancer UK. Blood cancer survival rising faster than other common cancers. <https://bloodcancer.org.uk/news/blood-cancer-survival-rising-faster-other-common-cancers/>.
52. Department of Health and Social Care, Department for Science, Innovation and Technology & Office for Life Sciences. Commercial Clinical Trials in the UK: The Lord O’Shaughnessy Review. <https://www.gov.uk/government/publications/commercial-clinical-trials-in-the-uk-the-lord-oshaghnessy-review> (2023).
53. Blood Cancer UK. Reinvigorating commercial clinical trials in the UK will help us beat blood cancer. <https://bloodcancer.org.uk/news/reinvigorating-commercial-clinical-trials-in-the-uk-will-help-us-beat-blood-cancer/>.
54. Blood Cancer UK. Clinical Trials Support Service. <https://bloodcancer.org.uk/support-for-you/clinical-trials/>.
55. WCPES Survey - Home. <https://wcpes.co.uk/home>.
56. Asher, S. et al. Under-representation of ethnic minorities in early phase clinical trials for multiple myeloma. *Haematologica* 107, 2961–2965 (2022).
57. Blood Cancer UK. Engaging Patients from Minority Ethnic Groups with Clinical Trials for Blood Cancer. https://bcuk.cdn.ngo/documents/Clinical_Trials_in_Ethnic_Minorities_Report.pdf (2021).
58. NHS Business Services Authority. Prescribing Costs in Hospitals and the Community - England 2018/19 to 2022/23. <https://www.nhsbsa.nhs.uk/statistical-collections/prescribing-costs-hospitals-and-community-england/prescribing-costs-hospitals-and-community-england-201819-202223> (2023).
59. NHS Confederation & ABPI. Transforming Lives, Improving Health Outcomes. <https://www.nhsconfed.org/system/files/2023-02/Transforming-lives-improving-health-outcomes-web.pdf> (2023).

60. National Institute for Health and Care Excellence. Technology appraisal data: appraisal recommendations. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-technology-appraisal-guidance/data/appraisal-recommendations> (2024).
61. Scottish Parliament. Chambers and Committees, question reference: S6W-22612. <https://www.parliament.scot/chamber-and-committees/questions-and-answers/question?ref=S6W-22612>.
62. Cancer Research UK. Where next for Cancer Services in Scotland? An Evaluation of Priorities to Improve Cancer Outcomes. https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/where_next_for_cancer_services_in_scotland_june_2017_-_exec_summary.pdf (2016).
63. Kaiser, M. F. et al. Daratumumab, Cyclophosphamide, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone as Induction and Extended Consolidation Improves Outcome in Ultra-High-Risk Multiple Myeloma. *J. Clin. Oncol.* 41, 3945–3955 (2023).
64. Warner, J. L., Jain, S. K. & Levy, M. A. Integrating cancer genomic data into electronic health records. *Genome Med.* 8, 113 (2016).
65. Haematological Malignancy Research Network (HMRN). HMRN - About. <https://hmrn.org/about>.
66. Harmony Alliance. HARMONY Healthcare Alliance. <https://www.harmony-alliance.eu/>.
67. Haematological Malignancy Research Network (HMRN). Factsheets: Acute myeloid leukaemia 2022. https://hmrn.org/factsheets#acute_myeloid_leukaemia.
68. Health Tech Newspaper. NHS Scotland awards £40m national laboratory system framework. <https://htn.co.uk/2022/07/06/nhs-scotland-awards-40m-national-laboratory-system-framework/> (2022).
69. Scottish Government. Cancer Strategy for Scotland 2023-2033. <https://www.gov.scot/publications/cancer-strategy-scotland-2023-2033/> (2023).
70. Blood Cancer UK. Raise the Profile Reduce the Harm. <https://bloodcancer.org.uk/about-us/current-projects-and-campaigns/raising-the-profile-of-blood-cancer/> (2023).
71. APPG. Where Are Our Nation's Donors? All Party Parliamentary Group: Ethnicity, Transplantation and Transfusion. https://raceequalityfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2023/12/APPG-Report-Where-are-our-nations-donors_.pdf (2023).
72. Delon, C. et al. Differences in cancer incidence by broad ethnic group in England, 2013–2017. *Br. J. Cancer* 126, 1765–1773 (2022).
73. United Kingdom and Ireland Association of Cancer Registries. UKIACR Performance Indicators. <https://www.ukiacr.org/kpis>.
74. Bignall, T. & Phillips, J. Improving the Recording of Ethnicity in Health Datasets. 57 https://raceequalityfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2023/01/CC165_REF_Wellcome_Trust_Report_FINAL.pdf (2022).
75. NHS England. Reducing did not attend (DNAs) in outpatient services. <https://www.england.nhs.uk/long-read/reducing-did-not-attends-dnas-in-outpatient-services/>.
76. Cancer Research UK. Deprivation and Cancer Inequalities in Scotland. https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/cancer_in_the_uk_-_deprivation_and_cancer_inequalities_in_scotland.pdf (2022).
77. Goldblatt, P. Health Inequalities, Lives Cut Short. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/health-inequalities-lives-cut-short/read-the-report.pdf> (2024).
78. Royal College of Radiologists. Clinical Oncology Workforce Census 2022. https://www.rcr.ac.uk/media/hplj0uth/rcr-census-clinical-oncology-workforce-census_2022.pdf (2022).
79. Advanced Therapy Treatment Centre network & Cell and Gene Therapy Catapult. Future-Proofing the UK CAR-T Patient Pathway. White Paper. <https://attc-143fd.kxcdn.com/wp-content/uploads/2023/11/FINAL-Catapult-Collaborative-working-Project-final-report-1.pdf> (2023).

Oherwydd gallwn guro canser y gwaed gyda'n gilydd



I drafod yr adroddiad hwn a'i gasgliadau, cysylltwch â policy@bloodcancer.org.uk

Rydym yma i gefnogi unrhyw un y mae canser y gwaed wedi effeithio arnynt yn bersonol. Cysylltwch â ni os oes gennych gwestiwn penodol, neu os hoffech drafod eich teimladau.



0808 2080 888



support@bloodcancer.org.uk

Y clawr blaen: Trish, yn byw gyda myeloma lluosog, math o ganser y gwaed



**Blood
cancer
UK**



Registered with
**FUNDRAISING
REGULATOR**

Blood Cancer UK yw enw masnachu Blood Cancer UK Research. Cwmni cyfyngedig dan warrant 738089 (wedi cofrestru yng Nghymru a Lloegr). Elusen gofrestredig rhif 216032 (Cymru a Lloegr) SCO37529 (Yr Alban) © 2024 24006/0824