



Hwb Gwyddorau Bywyd Cymru  
Life Sciences Hub Wales

# Sicrhau Arloesedd mewn lechyd a Gofal Cymdeithasol: adolygiad naratif

Alan Willson

Mehefin 2021



Noddir gan  
Lywodraeth Cymru  
Sponsored by  
Welsh Government

# Cynnwys

---

Rhagair.....	1
Crynodeb gweithredol.....	4
Natur ymyriadau .....	6
Arweinyddiaeth a diwylliant.....	8
Cyflwyniad.....	9
Beth yw arloesi? .....	11
Pam arloesi? .....	13
Pam y mae gwasanaethau iechyd yn gweld arloesi'n anodd? .....	14
Dull gweithredu sy'n seiliedig ar dystiolaeth.....	17
Natur 'y system' .....	18
Natur ymyriadau .....	19
Technoleg.....	21
Beth sy'n ysgogi arloesi? Gwerth a'r Nod Pedwarplyg .....	24
Lledaeniad a maint .....	25
Sicrhau newid ar raddfa fawr .....	27
Cyd-destun sefydliadol .....	28
Arweinyddiaeth a diwylliant.....	31
Rhwydweithiau a chydweithredu.....	33
Sut y byddwn yn gwybod pan fyddwn yn arloesol? Mesur a rheoleiddio .....	34
Cipolwg ar arloesi ym maes gofal cymdeithasol .....	36
Cyfeiriadau .....	39
Atodiad .....	46
Diagram llif.....	47
Am Hwb Gwyddorau Bywyd Cymru .....	48
Am yr awdur.....	48

## Rhagair

### Yr Athro Trisha Greenhalgh, Athro Gofal Sylfaenol ym Mhrifysgol Rhydychen

Mae'r adroddiad hwn yn cyflwyno achos pwerus dros arloesi, y gallem ei ddiffinio'n bragmataidd fel syniadau, arferion, technolegau neu ffyrdd o weithio (ac yn eithaf posibl, cyfuniadau o'r holl bethau hynny) sy'n newydd i'r bobl sy'n eu mabwysiadu. Mae ganddyn nhw hefyd y potensial i wella agweddau ar ddarparu gofal, effeithlonrwydd gwasanaeth, canlyniadau cleifion a lles staff.

A chymryd i ystyriaeth fy mlynnyddoedd ffurfiannol fel myfyriwr clinigol ac yn fwy diweddar fel ymchwilydd gwasanaethau iechyd amser llawn, rwyf wedi bod yn gweithio yn y GIG ers dros 40 mlynedd. A chyhyd ag y gallaf gofio, mae'r GIG wedi wynebu heriau gydag arloesi. *Nid* y broblem yw, ar y cyfan, nad oes neb yn arloesi. I'r gwrthwyneb, mae gan y GIG hanes cymeradwy o feddwl am ddyfeisiau arloesol. Y broblem yw nad yw'r datblygiadau hynny - hyd yn oed y rhai sy'n amlygu'i hunain yn gyflym fel rhai defnyddiol, fforddiadwy ac sy'n cael eu gwerthfawrogi'n fawr gan gleifion a staff - yn cydio yn y dychymyg. Nid ydynt yn cael eu mabwysiadu'n eang gan staff, neu fe gânt eu mabwysiadu ond yna'u diystyru'n fuan. Gallant hefyd gael eu defnyddio mewn rhan fach o'r gwasanaeth, fel un clinig neu ward (ac efallai cael eu mabwysiadu fel prosiect arddangos), ond nid ydynt yn ymledu ymhell, neu hyd yn oed o gwbl, y tu hwnt i'r safle cychwynnol. Efallai y bydd dyfeisiadau newydd hefyd yn cael eu defnyddio am gyfnod ond na ellir eu graddio ar draws y gwasanaeth na'u cynnal dros amser. Mae hyn oherwydd na all y seilwaith sylfaenol - boed yn lled band, cefnogaeth TG, gofod corfforol neu nifer y gweithwyr - eu cefnogi.

Mae'r problemau hyn: peidio â mabwysiadu a hepgor gan unigolion, a methiant i gynyddu, lledaenu a chynaliadwyedd ar lefel sefydliadol, mor dreiddiol ac anhydrin nes bod fy nhîm wedi datblygu fframwaith o'r enw'r NASSS i'w hastudio. Ymdrinnir â hyn yn fanylach ar dudalen 19. Gan fod yr adroddiad yn ganllaw cynhwysfawr ar sut i gefnogi arloesedd, roeddwn i'n meddwl y byddwn i'n defnyddio'r rhagair hwn i ddweud wrthyhych chi sut i *fygu* arloesedd. Dechreuais gyda'r 'rheolau ar gyfer mygu arloesedd' a wnaed yn enwog gan yr Athro Rosabeth Moss Kanter, academydd busnes a rheolaeth yn yr UD, ac ychwanegais ychydig o fy rhai fy hun.

### Rheolau ar gyfer mygu arloesedd

Wedi'i addasu a'i ymestyn o (Kanter, 2013):

1. Byddwch yn amheus o unrhyw syniad newydd oddi isod - oherwydd ei fod yn newydd, ac oherwydd ei fod oddi isod. Bydd pobl ar frig y sefydliad yn gwybod yn llawer gwell na staff rheng flaen beth sydd ei angen fwyaf ac a fydd syniadau'n gweithio ar lawr gwlad. Dyna pam maen nhw ar y brig.
2. I hyrwyddo diwylliant o lwyddiant, cosbwch fethiant. Darostyngwch bobl yn gyhoeddus os ydyn nhw'n rhoi cynnig ar rywbeth ac yna'n methu â chwrdd â disgwyliadau. Bydd hyn yn atal pobl rhag cymryd risgiau diangen (a allai gostio arian i chi).

3. Cadwch straeon am fethiant y gorffennol i gylchredeg. Os na weithiodd syniad y tro diwethaf iddo gael ei roi ar brawf, mae syniad tebyg yn sicr o fethu - ac mae angen i bobl wybod.
4. Beth bynnag yw'r broblem, mae'n debygol mai technoleg yw'r ateb. Dechreuwch gyda thechnoleg. Canolbwyntiwch ar dechnoleg. Neilltuwch y rhan fwyaf o'ch cyllid ar gyfer datblygu technoleg (nid oes angen llawer arnoch chi i newid prosesau gwaith i'w ddarparu neu hyfforddi pobl i'w ddefnyddio). Ychwanegwch gymaint o ychwanegolion i'r dechnoleg ag y gallwch chi feddwl amdany'n nhw. Os yw mor gyfredol ag sy'n bosib, bydd technoleg yn gyrru arloesedd unwaith y bydd yn barod.
5. Cynlluniwch bob agwedd ar brosiect yn fanwl, a dilyn y cynllun hwnnw'n slafaid. Cyfrwch bopeth y gellir ei gyfrif, mor aml â phosib. Nodwch fetrigau penodol o lwyddiant ar y cychwyn a chadw at y metrigau hynny beth bynnag sy'n digwydd. Anogwch pobl i beidio â rhagori ar eu targedau penodedig (dylent fod 'ar y trywydd iawn'). Mynnwch fod yr holl weithdrefnau'n cael eu dilyn.
6. Os ydych chi'n rheoli llinynnau'r pwrs ar gyfer arloesi, byddwch yn gybyddlyd. I gael cyllid ar gyfer eu syniad, dylai ymgeiswyr gyfiawnhau pob llinell gyllideb yn ofalus. Ysgubwch unrhyw wariant dros ben i'ch cyfrif canolog, a dileu unrhyw slac - fel arall bydd pobl yn wastraffus.
7. Cadwch pobl yn brysur. Mae'r diafol yn gwneud gwaith ar gyfer dwylo segur, felly mae angen i chi sicrhau nad oes gan staff amser i wneud drygau.
8. Peidiwch ag annog trafodaethau anffurfiol ymhlith staff am unrhyw arloesi: y cyfan sydd ei angen arnynt yw fersiwn y prif reolwyr o'r hyn sy'n digwydd, a pham.
9. Gwnewch yn siŵr nad yw data am gynnydd prosiect yn cael ei rannu heb gyfyngiadau (nid ydych chi am i'r data hynny syrthio i'r dwylo anghywir). Mynnwch fod yn rhaid cyfiawnhau ceisiadau am wybodaeth yn llawn, a hynny'n ysgrifenedig.
10. Pan fydd pethau'n mynd o chwith, beiwch staff yn is i lawr yr hierarchaeth. Mae'n debygol mai nhw oedd ar fai oherwydd sgiliau gwan a moeseg gwaith gwael. Cwynwch yn aml am dlodi'r gronfa dalent y dyddiau hyn. Bydd hyn yn sicrhau bod staff o'r fath yn gwybod eu lle ac nad ydyn nhw'n tramgwyddo.
11. Peidiwch â gadael i bobl gyflwyno syniadau gan sefydliadau eraill. Os yw aelod o staff yn awgrymu rhywbeth a weithiodd yn dda yn ei swydd flaenorol, atgoffwch ef mai yno oedd hynny ac mai yma y mae yn awr. Cofiwch, mae nen-syllu ar gyfer breuddwydwyr.
12. Sicrhewch mai dim ond cylch bach o gynghorwyr dibynadwy sy'n trafod strategaethau a chynlluniau. Ar ôl iddynt gael eu cymeradwyo, cyhoeddwch benderfyniadau mawr fel cynlluniau cyflawn. Bydd pobl yn ddiolchgar na wnaethoch chi eu poeni nes y foment yma.

Rheolau hurt yw'r rhain, wrth gwrs. Ond nid jôc yn unig ydyn nhw - maen nhw i gyd yn seiliedig ar dystiolaeth gadarn ar gyfer yr hyn *nad yw'n gweithio* wrth geisio cyflwyno a lledaenu arloesedd mewn sefydliadau gwasanaeth cymhleth.

Yn yr adroddiad hwn, mae'r awduron yn cynnig llawer o'r sylfaen dystiolaeth honno i chi. Maen nhw'n esbonio pam ei bod hi'n bwysig:

- Gwrando ar staff rheng flaen.



- Annog yn hytrach nag atal creadigrwydd unigol.
- Gwobrwyo yn hytrach na chosbi cymryd risg.
- Ymgynghori ag a chynnwys staff yn gynnar - a gwneud lle ac amser ar gyfer eu pryderon a'u trafodaethau.
- Creu amser ar gyfer arloesi ac ymddiried yn y staff i'w ddefnyddio.
- Cymryd agwedd systemig yn hytrach na phenderfyniaethol tuag at dechnoleg.
- Defnyddio dulliau cyd-ddylunio cyfranogol i siapio'r dechnoleg, ynghyd â'r arferion a'r prosesau sut mae'n cael ei defnyddio.
- Meithrin diwylliant o ddysgu yn hytrach na diwylliant o feio.
- Cymryd agwedd hyblyg ac addasol tuag at newid yn hytrach nag un anhyblyg a mecanistig.
- Gwerthuso prosiectau mewn ffyrdd sy'n dryloyw ac sy'n gallu cyfrannu at welliant pellach.
- Dysgu o enghreifftiau gweithredol o arfer da mewn mannau eraill.

Felly, oni bai eich bod chi wir eisiau mygu arloesedd yn eich sefydliad, darllenwch yr adroddiad pwysig hwn a dilynwch y *gwrthwyneb* i'r 12 rheol a awgrymais uchod.

## Crynodeb gweithredol

---

Mae'r ymgais ryngwladol am fwy o arloesi ym maes iechyd a gofal cymdeithasol wedi hen ennill ei phlwyf. Mae rhanddeiliaid allweddol yn cael eu herio'n barhaus gan syrthni a chymhlethdod y *status quo*, gofod cyfyngedig ar gyfer rhoi cynnig ar bethau newydd ac anawsterau wrth ledaenu syniadau da. Mae'r adolygiad naratif hwn o arloesi ym maes iechyd a gofal cymdeithasol yn archwilio'r problemau hyn er mwyn dod o hyd i atebion a datrysiadau seiliedig ar dystiolaeth sy'n briodol i gyd-destun cyfredol Cymru. Mae'r ddogfen sy'n deillio o hyn yn crynhoi ac yn symleiddio arferion gorau a chysyniadau allweddol o gyfoeth o lenyddiaeth berthnasol - gan gyflwyno dogfen hygyrch a threuliadwy i helpu i arwain rhanddeiliaid sy'n gweithio ar draws diwydiant ac iechyd a gofal cymdeithasol yng Nghymru.

Cyflwynir y wybodaeth mewn dilyniant rhesymegol ar draws 14 thema allweddol. Mae'n tynnu sylw yn gyntaf at sut mae cyflawni arloesedd llwyddiannus a goresgyn yr heriau hyn yn gofyn am ganolbwyntio ar y broses yn ogystal â'r cynhyrchion dan sylw. Mae'r adolygiad hefyd yn arddangos canlyniadau ymdrechion i wella gwerth deilliannau, yn enwedig y rhai a welir o safbwynt defnyddwyr gwasanaeth. Pwnc allweddol arall a drafodir yw'r mecanweithiau sy'n sail i sut mae arloesiadau yn lledaenu. Er bod rhai yn oddefol os yw'r arloesedd yn syml a chydag apêl amlwg, mae'n aml yn dwyllodrus o galed ac mae datrysiadau bwled hud yn brin. Mae hyn oherwydd bod ein systemau iechyd a gofal cymdeithasol yn amrywio o sefydliad i sefydliad; weithiau am ddim rheswm amlwg, ond yn aml oherwydd bod amgylchiadau'n wahanol. Felly mae ymdrechion i ledaenu gweithredu yn gofyn am symleiddio'r newid gofynnol i'w wneud yn llai penodol i'r cyd-destun, ynghyd ag ymdrech barhaus i addasu a mabwysiadu. Mae'r adolygiad hefyd yn tynnu sylw at y problemau o ddefnyddio dull llawdrwm heb addasu o'r fath, a sut y gall hyn fod yn wastraffus ac yn wrthgynhyrchiol.

Gall gweithredu ystod o arferion gorau helpu sefydliadau i wella eu galluoedd arloesi. Deellir yn dda'r nodweddion – rheoli, gwella ac arloesi effeithiol - sy'n galluogi sefydliadau llwyddiannus i gynnal a datblygu gwasanaethau rhagorol. Mae pob un o'r tair elfen hyn yn gynhwysion hanfodol o strategaeth sefydliad i sicrhau gafael rheolaethol, sylw i ansawdd yr hyn a ddarperir a'r gallu i ymateb i anghenion sy'n newid. Canfu'r adolygiad sawl disgrifiad clir o sut mae hyn yn edrych yn ymarferol, ac offeryn rhagorol sy'n seiliedig ar dystiolaeth sy'n caniatáu i sefydliadau asesu eu gallu i reoli ansawdd gwasanaeth a chynllunio strategaethau datblygu pwrpasol.

Yn olaf, er bod llawer o'r adolygiad yn canolbwyntio ar natur arloesi a'r sefydliadau gwasanaeth y maent wedi'u lleoli ynddynt, canfyddiad allweddol o'r papur oedd pwysigrwydd defnyddio rhwydweithiau wedi'u hadeiladu ar amcanion a rennir, ac uno pobl fel ysgogwyr arloesi pwerus. Ni ddylai'r rhwydweithiau hyn fod yn hierarchaidd ond dylent fod â sylfaen cymdeithasoli a dysgu. Nod y rhain yw caniatáu i bobl weld

gwahanol agweddau ar broblem, deall sgiliau a dulliau newydd, rhannu atebion a datblygu cynigion newydd. Y goblygiad i lunwyr polisi a'r rhai sy'n rheoli adnoddau yw bod ymdrechion i greu rhwydweithiau gwastad, amlasiantaethol o bobl yn fwy cynhyrchiol nag ymdrechion hierarchaidd i yrru lledaeniad.

Pwyntiau allweddol yr astudiaeth yw:

Rhif	Maes astudio
1.	<p><b>Beth yw arloesi?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Mae arloesedd mewn gofal iechyd wedi cael ei astudio a'i adolygu'n fawr. Mae tystiolaeth dda am yr hyn sy'n ei wneud a'r hyn nad yw'n gweithio i annog arloesedd.</li><li>Mae'n bwysig gwybod beth rydym yn ei olygu wrth sôn am arloesi. Nid oes sicrwydd y bydd cynhyrchion newydd yn gwella prosesau; nid yw prosesau gwell bob amser yn dibynnu ar gynhyrchion newydd.</li></ul>
2.	<p><b>Pam arloesi?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Daeth yr Adolygiad Seneddol i'r casgliad bod yn rhaid i wasanaethau iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru newid er mwyn bod yn addas ar gyfer y presennol a'r dyfodol.</li><li>Y system ar gyfer pennu canlyniadau iechyd a gofal cymdeithasol sy'n cael ei ffafrio gan yr Adolygiad Seneddol yw'r Nod Pedwarplyg. Dylid barnu datblygiadau arloesol ar sail eu cyfraniad i'r canlyniadau hyn.</li></ul>
3.	<p><b>Pam y mae gwasanaethau iechyd yn gweld arloesi'n anodd?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Mae gan y GIG broblem systematig ag arloesi.</li><li>Mae dulliau o arloesi yn gweithredu o'r brig i lawr ac yn canolbwyntio gormod ar gynnyrch.</li><li>Mae arloesi'n cael ei rwystro gan duedd i fod yn gyndyn o gymryd risg, pwyslais ar berfformiad a thargedau, canolbwyntio ar y tymor byr a diffyg dirprwyo.</li><li>Mae cynnydd yn ymwneud mwy â mynd i'r afael â newid systemau yn hytrach na chreu syniadau.</li></ul>

4.	<p><b>Dull gweithredu sy'n seiliedig ar dystiolaeth</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nid chwiw fyrhoedlog yw arloesi, ond gallai fod yn chwiw os nad yw pobl yn ei ddeall ac yn rhoi sylw iddo fel rhan annatod o faterion polisi a darparu gwasanaeth.</li> <li>Mae llawer o waith wedi'i wneud er mwyn astudio ac adolygu arloesi ym maes gofal iechyd. Mae tystiolaeth dda i gefnogi datblygu arloesi ym maes gofal iechyd, ynghyd â beth sy'n gweithio, a beth sydd ddim yn gweithio.</li> </ul>
5.	<p><b>Natur 'y system'</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mae systemau gofal yn gymhleth ac yn addasol.</li> <li>Mae eglurder ynglŷn â chyd-destun y system hon yn ein helpu i ddewis y dull o newid sydd ei angen a phenderfynu sut y byddwn yn gwerthuso ei effaith.</li> </ul>
6.	<p><b>Natur ymyriadau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mae'r cwestiwn: "Sut y gellir gwneud arloesiad yn haws i'w ledaenu, ac yn fwy cynaliadwy?" wedi'i astudio gan lawer yn ystod yr 20 mlynedd diwethaf.</li> <li>Yn syml iawn, rhaid i unrhyw bartïon cysylltiedig fod yn argyhoeddedig (h.y. mwy na bod rhywun wedi dweud wrthynt), ac mae angen i'r arloesiad fod mor syml ac addasadwy ag sy'n bosibl.</li> <li>Wrth gwrs, mae'n bosibl y gellir cael cyfaddawd rhwng symleiddio'r arloesiad a chyflawni budd go iawn.</li> </ul>
7.	<p><b>Technoleg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mae technoleg yn achos arbennig o arloesi, ac fel arfer, er mwyn ei weithredu mae angen i newidiadau i gynnyrch a phrosesau weithio law yn llaw. Mae atyniadau ymddangosiadol arloesi technolegol a chymhlethdod gwirioneddol ei weithredu wedi achosi llawer iawn o wastraffu adnoddau.</li> <li>Mae darnio a diffyg systemau sydd â'r gallu i ryngweithredu wedi cyfyngu ar ddatblygiad systemau e-iechyd yn y GIG.</li> </ul>



8.	<p><b>Beth sy'n ysgogi arloesi? Gwerth a'r Nod Pedwarplyg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mae mesur a defnyddio data system yn ganolog i'r broses o bennu blaenoriaethau a pherfformiad ym maes gofal iechyd. Dylai mesurau canlyniadau, yn enwedig y rhai hynny sy'n ymwneud â phrofiad cleifion, fod ar gael i dimau clinigol i'w helpu i ddeall gwerth gwasanaethau ac i brofi datblygiadau arloesol. Mae diffyg cymharol gwybodaeth o'r fath, ynghyd â'r pwyslais a roddir ar hyn o bryd ar fesurau perfformiad, yn golygu ein bod yn colli cyfle i ennyn diddordeb timau clinigol mewn ysgogi newid.</li> <li>• Mae gorgyffwrdd a chyfatebolrwydd rhwng y Nod Pedwarplyg sy'n cael ei hybu gan yr Adolygiad Seneddol a gofal iechyd sy'n seiliedig ar werth.</li> </ul>
9.	<p><b>Lledaeniad a maint</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gallai syniadau ynglŷn ag atebion syml a gweithredu cyflym fod yn atyniadol, ond maent yn naïf.</li> <li>• Mae'n bosibl na fydd syniad sy'n gweithio yn un lle yn sicrhau budd yn rhywle arall.</li> <li>• Nid oes un fformiwla ar gyfer cynllunio a rheoli ymdrechion i ledaenu.</li> </ul>
10.	<p><b>Sicrhau newid ar raddfa fawr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mae lledaenu ar raddfa fawr, yn enwedig newid cymhleth lle mae angen addasu lleol, yn galw am gefnogaeth soffistigedig, amlweddog. Gall y graddfeydd amser fod yn hir a gall gwerthuso fod yn anodd.</li> <li>• Mae model Breakthrough Collaborative wedi'i gymhwysu'n eang mewn gofal iechyd a phrofwyd bod modd ei addasu'n dda ar gyfer gwahanol bynciau a chyd-destunau.</li> </ul>
11.	<p><b>Cyd-destun sefydliadol</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mae cyd-destun sefydliadol cyn bwysiced o leiaf â chreu syniadau wrth ledaenu arloesiad.</li> <li>• Mae nifer o ganllawiau syml ac adolygiadau ar gael sy'n disgrifio nodweddion diwylliannau arloesol llwyddiannus. Mae blaenoriaeth i arweinyddiaeth, rhwydweithiau rhyngddisgyblaethol, dysgu, data a gwybodaeth ddefnyddiol, datganoli, ymddiriedaeth a chapasiti wrth gefn yn nodweddion cyffredin.</li> <li>• Mae QUASER yn adnodd seiliedig ar dystiolaeth soffistigedig i gynorthwyo sefydliadau gofal iechyd i asesu eu capasiti ar gyfer gwelliant (gwelir arloesi fel rhan o ymddygiad gwella) a chynllunio eu datblygiad.</li> </ul>

12.	<b>Arweinyddiaeth a diwylliant</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mae arweinyddiaeth a diwylliant yn cael effaith uniongyrchol ar ansawdd gwasanaethau a gofal.</li><li>• Mae nodweddion arweinyddiaeth llwyddiannus ar gyfer gwella ac arloesi wedi'u disgrifio'n dda ac wedi'u dangos drwy astudiaeth ymyriadol.</li><li>• Mae angen i ymdrechion i ledaenu a mabwysiadu ymyriadau mewn sefydliadau groesawu rolau cyflenwol rheolwyr a gweithwyr proffesiynol wrth reoli gwasanaethau a hybu newid.</li></ul>
13.	<b>Rhwydweithiau a chydweithredu</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mae llawer o gyfleoedd i rannu arbenigedd a gwersi a ddysgwyd drwy well rhwydweithio rhwng gwasanaethau, y byd academiaidd, y sector gwyddorau bywyd ac asiantaethau eraill.</li><li>• Mae dulliau gweithredu llwyddiannus yn rhai nad ydynt yn seiliedig ar hierarchaeth. Maent yn adeiladu capasiti/gallu ac yn datblygu cydnawsedd.</li></ul>
14.	<b>Sut y byddwn yn gwybod pan fyddwn yn arloesol? Mesur a rheoleiddio</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Data canlyniadau (y Nod Pedwarplyg) yw'r mesurau a ddylai lywio newid.</li><li>• Mae gan gyrff rheoleiddio rôl bwysig, ond dylai eu gwaith fod yn gymesur a dylai gefnogi trawsnewid. Mae hyn yn galw am fwy o bwyslais ar fesurau da o brofiad cleifion.</li></ul>

Mae'r adolygiad hefyd yn cynnig mewnwelediad pwysig i'r heriau a'r cyfleoedd sy'n benodol i arloesi mewn gofal cymdeithasol. Mae Dr Juliette Malley, Cymrawd Ymchwil Athro Cynorthwyol o'r Ganolfan Polisi a Gwerthuso Gofal (CPEC) yn Ysgol Economeg Llundain, wedi darparu arfarniad rhagorol o'r tebygrwydd a'r gwahaniaethau sydd gan yr ymchwil hwn i'r rhai sy'n dymuno arloesi yn benodol ym maes gofal cymdeithasol. Gellir gweld hwn ar dudalen 36.

## Cyflwyniad

### Cari-Anne Quinn, Prif Swyddog Gweithredol Hwb Gwyddorau Bywyd Cymru

Mae gan arloeswyr ar draws diwydiant ran hanfodol i'w chwarae wrth gefnogi'r gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol yng Nghymru i fod yn ffit ar gyfer y dyfodol trwy'r Nod Pedwarplyg (Llywodraeth Cymru 2018), a'r dirwedd strategol arloesi gref y mae Cyfarwyddiaeth Gyffredinol Iechyd a Gofal Cymdeithasol yn buddsoddi ynddi, yn Llywodraeth Cymru. Ar gyfer hyn, sbardun allweddol yw cynyddu gwerth ein hiechyd a'n gofal cymdeithasol i'r eithaf trwy arloesi, gyda thirwedd gysylltiedig, gwbl integredig ar gyfer yr holl brif randdeiliaid yn hanfodol. Mae cenhadaeth strategol Hwb Gwyddorau Bywyd Cymru yn cyd-fynd â'r nodau hyn. Ein nod yw cyflymu datblygiad a mabwysiadu atebion arloesol trwy hwyluso cydweithredu rhwng diwydiant ac iechyd a gofal cymdeithasol - gan roi mynediad i bartïon perthnasol at yr adnoddau gorau i ateb yr her hon.

Rydym am i hwn fod yn adnodd hygyrch i helpu i lywio a sbarduno ymgysylltiad rhwng yr holl bartïon trwy symleiddio a chrynhoi cysyniadau allweddol ac arferion gorau sy'n chwarae rhan annatod mewn arloesi. Ar ben hynny, mae wedi'i deilwra'n benodol i roi mewnwelediad i'r dirwedd arloesi iechyd a gofal cymdeithasol yng Nghymru, gan gynnig gwybodaeth berthnasol i randdeiliaid sy'n gweithredu yn y maes cyffrous hwn. Mae'n coladu meysydd diffiniad a phwrpas pwysig, gan ddisgrifio nodweddion arloesiadau llwyddiannus, crisialu'r materion sefydliadol a strwythurol allweddol sy'n pennu llwyddiant o'r fath, a chynyddu cyd-ddealltwriaeth rhwng iechyd a gofal cymdeithasol a diwydiant.

Mae buddsoddiad sylweddol yn y dirwedd arloesi gan Lywodraeth Cymru i ddarparu cyflawni'r nodau a nodwyd yn Cymru Iachach (2018), yn cynnwys sefydlu Hybiau Ymchwil, Arloesi a Gwella ym mhob un o ardaloedd y Bwrdd Cyhoeddus Rhanbarthol (RPBs), buddsoddiad parhaus i mewn i Fenter Ymchwil Busnesau Bach a Chomisiwn Bevan, a Hwb Gwyddorau Bywyd Cymru. Mae Byrddau Iechyd wedi buddsoddi mewn Arweinwyr Arloesi ac ystod eang o brosiectau trawsnewid. Mae'r dirwedd arloesi hon yn hanfodol i gefnogi'r newid gweithgaredd a diwylliant sy'n ofynnol i ysgogi arfer arloesol hanfodol.

Ein gobaith yw y bydd yr adnodd arloesi blaengar hwn yn llywio ac yn ysbrydoli gweithwyr proffesiynol iechyd a gofal cymdeithasol a diwydiant i ymgynnull a chydweithio ar yr heriau sy'n ein hwynebu nawr, ac yn y dyfodol. Bydd hyn yn ein helpu i ddatblygu a gweithredu datrysiadau arloesol o'r radd flaenaf, sy'n gwella bywydau, iechyd a lles dinasyddion Cymru.

Dewiswyd dull adolygu llenyddiaeth naratif i sicrhau mai dim ond gwaith perthnasol yn y maes hwn a amlygwyd, gan ddarparu pecyn cymorth cyfredol diweddar gyda chymwysiadau uniongyrchol. Rhwng misoedd Mawrth ac Awst 2020, chwiliwyd ac adolygwyd llenyddiaeth academiaidd a phroffesiynol

berthnasol, a disgrifir y dull chwilio yn yr Atodiad. Gwerthusodd yr astudiaeth ymchwil yn ymwneud ag arloesi mewn gofal iechyd yn y DU, Ewrop, Awstralia a Chanada (gwledydd sydd â systemau ac economïau sy'n fras debyg i Gymru). Cyfyngwyd y chwiliad i 2004 a thu hwnt (dyddiad yr adolygiad systematig o ledaeniad arloesiadau gan Greenhalgh et al) ac i gyhoeddiadau Saesneg. Roedd y termau chwilio'n canolbwyntio ar systemau gweithio, problemau a datrysiadau, ac offer yn seiliedig ar dystiolaeth a oedd ar gael i'w defnyddio: mewn geiriau eraill, arfer trosglwyddadwy. Ychwanegwyd nifer fach o bapurau allweddol y tu hwnt i'r chwiliad hwn (o'r Unol Daleithiau er enghraifft) o ddarllen ehangach. Y bwriad yw cynnal a diweddarau'r adnodd yn barhaus, er mwyn sicrhau ei fod yn parhau i fod yn ddefnyddiol ac yn berthnasol i bob darllenydd, a bydd yn gwbl hygyrch trwy wefan Hwb Gwyddorau Bywyd Cymru.

Roedd y cwestiynau sylfaenol a ysgogodd y telerau hyn o'r adolygiad llenyddiaeth yn canolbwyntio ar weithredu arloesedd ar sail tystiolaeth - sbardun allweddol ar gyfer gwneud Cymru yn lle dewis ar gyfer arloesi iechyd, gofal a lles. Roeddent yn canolbwyntio ar:

- Beth yw arloesi?
- Sut ydyn ni'n gwybod os ydyn ni'n bod yn arloesol?
- Beth sy'n rhwystro arloesedd?
- Pa atebion sy'n seiliedig ar dystiolaeth sydd yna?

Mae'r adroddiad yn dilyn dilyniant rhesymegol trwy ddiffinio arloesedd, deall pam ei fod yn bwysig a pham mae gwasanaethau iechyd yn arbennig wedi ei chael hi'n anodd. Mae'r adolygiad hefyd yn ymdrin â sut mae natur, arloesedd, y strategaeth ymledu a nodweddion y sefydliadau dan sylw yn effeithio ar gynhyrchu, lledaenu ac addasu arloesedd. Mae hefyd yn cynnwys rhwydweithiau, gan danlinellu pwysigrwydd rhyngweithio rhwng pobl wrth wneud iawn am raniadau busnes sy'n gweithredu'n annibynnol ac yn osgoi rhannu gwybodaeth, a chamosod rhwng sefydliadau. Mae'r sylfaen dystiolaeth berthnasol yn cynnig llawer o ddulliau sydd, o'u cymryd gyda'i gilydd, yn disgrifio sut y gall pobl a sefydliadau weithio i gyflymu datblygiad a mabwysiadu atebion arloesol ar gyfer gwell iechyd a lles.

Mae'r adroddiad sy'n deillio o hyn yn galonogol ac yn heriol. Mae'n galonogol oherwydd bod arloesedd wedi'i astudio ers degawdau lluosog ac mae yna lawer o ganllawiau ac atebion da ar gael. Daw'r her o gymhlethdod. Fel y mwyafrif o broblemau gofal iechyd, mae'r atebion yn gofyn am ddulliau cyson a chydlynu cryf.

## Narrative Review Key Themes

Rhif	Maes astudio
1.	<p><b>Beth yw arloesi?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mae'n bwysig gwybod beth rydym yn ei olygu wrth sôn am arloesi. Nid oes sicrwydd y bydd cynhyrchion newydd yn gwella prosesau; nid yw prosesau gwell bob amser yn dibynnu ar gynhyrchion newydd.</li> </ul>

Mae'n bwysig ffurfio cysyniad yn y lle cyntaf er mwyn cael dealltwriaeth lawn, a hefyd er mwyn sicrhau cysondeb rhwng diffiniadau pob un o'r rhanddeiliaid. Yn 2004, cyhoeddodd Greenhalgh et al. adolygiad llenyddiaeth awdurdodol ar ledaenu arloesi (Greenhalgh, Robert et al. 2004). Roeddent yn diffinio arloesi fel a ganlyn:

*Arloesi ym maes darparu a threfnu gwasanaeth iechyd yw set o ymddygiadau, gweithgareddau rheolaidd, a ffyrdd o weithio, ynghyd ag unrhyw systemau a thechnolegau gweinyddol cysylltiedig:*

- sy'n cael eu hystyried yn newydd gan gyfran o'r rhanddeiliaid allweddol,*
- sy'n gysylltiedig â darparu neu gefnogi gofal iechyd,*
- nad ydynt yn barhad o ymarfer blaenorol,*
- sy'n ceisio gwella canlyniadau iechyd, effeithlonrwydd gweinyddol, cost-effeithiolrwydd, neu brofiad defnyddwyr, ac*
- sy'n cael eu gweithredu drwy gamau wedi'u cynllunio a'u cydlynu gan unigolion, timau neu sefydliadau.*

*Gallai arloesi o'r fath fod yn gysylltiedig â thechnoleg newydd ym maes iechyd, ond nid o reidrwydd.*

Mae diffiniadau mwy cyffredinol i'w cael, ynghyd ag amrywiadau ar yr uchod (Bessant 2014, Shaver 2020). Fodd bynnag, o ystyried statws adolygiad 2004 a'i berthnasedd i faes iechyd a gofal cymdeithasol yn y DU, byddwn yn mabwysiadu'r diffiniad uchod yma.

I adeiladu ymhellach ar hyn, roedd Meeus ac Edquist (2006) yn gwahaniaethu rhwng gwahanol fathau o arloesi. Mae hyn yn bwysig iawn yng nghyswllt arloesi â chynnyrch ac arloesi â phrosesau.

*Mae arloesi â chynnyrch yn ymwneud â chynhyrchion newydd neu well (neu amrywiaethau o gynnyrch) sy'n cael eu cynhyrchu a'u gwerthu; mae'n ymwneud â beth sy'n cael ei gynhyrchu. Mae'n cynnwys nwyddau materol newydd yn ogystal â gwasanaethau anniriaethol newydd.*

*Mae arloesi â phrosesau yn ymwneud â ffyrdd newydd o gynhyrchu nwyddau a gwasanaethau; mae'n ymwneud â sut y mae cynhyrchion sy'n bodoli'n barod yn cael eu cynhyrchu. Gallai fod yn dechnolegol neu'n sefydliadol.*

Mae argyfwng Covid-19 wedi dangos pwysigrwydd gwahaniaethu fel hyn. Ers dechrau'r pandemig, mae llawer o sefydliadau yn defnyddio offer i gynnal cynadleddau ar y we. Mae datblygu'r offer gwreiddiol ac yna'u gwella yn enghraifft o arloesi â chynnyrch. Mae defnyddio'r offer hyn, a hynny ar raddfa eang, wedi galw am arloesi â phrosesau. Mae hyn oherwydd bod cyfyngiadau symud a rheolau ynysu cymdeithasol wedi gorfodi pobl ym mhob cwr o'r byd i newid y ffordd y maent yn gweithio ac yn cyfathrebu. Mewn geiriau eraill, mae'r cyfyngiadau wedi sbarduno arloesi â phrosesau gan ein bod bellach yn cyfarfod ar-lein. Mae gwahaniaethu rhwng y ddau yn bwysig oherwydd nid yw datrys diffyg yn un ohonynt o reidrwydd yn arwain at newid yn y llall. Pe bai'r GIG yn ceisio datrys ei broblemau arloesi dim ond drwy greu rhagor o syniadau neu gynhyrchion newydd, ni fyddai'n cyflawni llawer. Yn bennaf oll, y systemau sy'n gorfod newid.

Mae categori arall, sef arloesi â dulliau rheoli, yn cyfeirio at arloesi ag arferion, prosesau, strwythurau neu dechnegau rheoli gyda'r bwriad o hybu nodau'r sefydliad (Colldén a Hellström 2018). Er nad yw'r adolygiad hwn yn ymdrin â hynny'n benodol, mae'n debyg y bydd ar sefydliadau iechyd a gofal cymdeithasol angen prosesau rheoli newydd os ydynt am newid eu hymateb i gynhyrchion newydd a ffyrdd newydd o ddarparu gwasanaethau.

Yn olaf, mae cysylltiad agos rhwng arloesi a gwella, ac mae angen amgylchiadau tebyg iddynt ffynnu (Horton, Illingworth et al. 2018). Roedd adroddiad gan y Sefydliad Iechyd yn gwahaniaethu rhwng y ddau fel a ganlyn:

*Yn aml iawn defnyddir gwella, gan gynnwys gwella ansawdd ffurfiol gan ddefnyddio dull strwythuredig, i ddisgrifio newid cynyddrannol mewn model gwasanaeth sy'n bodoli'n barod, tra gellir defnyddio arloesi i olygu newid tarfol sy'n creu model gwasanaeth newydd (Horton, Illingworth et al. 2018).*

Mae gwella ansawdd yn weithgaredd hanfodol er mwyn sicrhau bod gwybodaeth a gwersi a ddysgwyd yn cael eu cymhwyso'n barhaus, fel bod prosesau'n dod yn fwy a mwy rhagorol wrth gyflawni eu nod. Er hyn, roedd cefnogwyr gwreiddiol gwella ansawdd hyd yn oed yn derbyn bod adegau pan ddylai prosesau gael eu newid, a hynny gan nad y broses bresennol yw'r un orau sydd ar gael mwyach. Mae systemau nad ydynt yn gallu arloesi yn dyddio, ac ym myd masnach, yn colli mantais gystadleuol. O ganlyniad, mae darlun clir o'r gwahaniaeth rhwng y termau hyn a phwysigrwydd y naill a'r llall yn hanfodol er mwyn sicrhau rhagoriaeth.

Rhif	Maes astudio
2.	<p data-bbox="225 259 459 297"><b>Pam arloesi?</b></p> <ul data-bbox="272 309 1241 595" style="list-style-type: none"><li data-bbox="272 309 1241 443">• Daeth yr Adolygiad Seneddol i'r casgliad bod yn rhaid i wasanaethau Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru newid er mwyn bod yn addas ar gyfer y presennol a'r dyfodol.</li><li data-bbox="272 461 1241 595">• Y system ar gyfer pennu canlyniadau iechyd a gofal cymdeithasol sy'n cael ei ffafrio gan yr Adolygiad Seneddol yw'r Nod Pedwarplyg. Dylid barnu datblygiadau arloesol ar sail eu cyfraniad i'r canlyniadau hyn.</li></ul>

Mae'n bwysig deall y ffactorau sy'n sbarduno'r angen i arloesi ym maes iechyd a gofal cymdeithasol yng Nghymru. Amlinellwyd y sail resymegol ganolog yn Adolygiad Seneddol 2018 (Llywodraeth Cymru 2018). Nodir nad yw'r system bresennol yn addas ar gyfer y dyfodol, a bod angen modelau gofal di-dor newydd. Yn ôl yr adroddiad:

*Bydd hyn yn digwydd drwy bŵer defnyddwyr gwasanaethau a chymunedau i alw am newid, gallu'r gweithlu i brofi a dysgu beth sy'n gweithio a chyflymu newid, technoleg newydd ac arloesi a gallu arweinyr i wneud penderfyniadau beiddgar.*

Roedd yr adroddiad yn datgan bod sicrhau cymaint ag sy'n bosibl o fudd o ganlyniad i arloesi yn hollbwysig er mwyn cynyddu gwerth iechyd a gofal cymdeithasol yng Nghymru. Roedd hyn yn un o argymhellion canolog yr adolygiad:

*Argymhelliad 7: Arloesi a chyflymu datblygiadau mewn technoleg a seilwaith. Sicrhau cymaint ag sy'n bosibl o fudd o dechnoleg ac arloesi er mwyn cyflawni'r Nod Pedwarplyg a darparu gofal mwy effeithiol ac effeithlon. Er mwyn gwneud hyn mae angen y diwylliant, yr ymddygiadau a'r arweinyddiaeth briodol i groesawu arloesi, sefydlu cydweithrediad a chefnogi dulliau gochelgar o gymryd risg.*

Yn fyr, prif nod arloesi ym maes gofal iechyd yw gwella canlyniadau a lleihau anghysonderau, camgymeriadau a niwed – sydd i gyd yn nodweddion sy'n treiddio i mewn i ofal iechyd (American Health Consultants 2011).

Rhif	Maes astudio
3.	<p><b>Pam y mae gwasanaethau iechyd yn gweld arloesi'n anodd?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mae gan y GIG broblem systematig ag arloesi.</li> <li>• Mae dulliau o arloesi yn gweithredu o'r brig i lawr ac yn canolbwyntio gormod ar gynnyrch.</li> <li>• Mae arloesi'n cael ei rwystro gan duedd i fod yn gyndyn o gymryd risg, pwyslais ar berfformiad a thargedau, canolbwyntio ar y tymor byr a diffyg dirprwyo.</li> <li>• Mae cynnydd yn ymwneud mwy â mynd i'r afael â newid systemau yn hytrach na chreu syniadau.</li> </ul>

Rhodddwyd sylw i'r cwestiwn hwn mewn adroddiad gan Ymddiriedolaeth Nuffield yn 2017 (Castle-Clarke, Edwards et al. 2017). Rhestrodd yr awduron bum mater y maent hwy'n dweud eu bod yn cael eu hanwybyddu'n aml, sy'n canolbwyntio ar y gwahanol ddulliau o ymdrin ag arloesi, costau a'r rhanddeiliaid a'r unigolion perthnasol:

1. *Mae'r dull o ymdrin ag arloesi yn or-seiliedig ar gyflenwad a dull gweithredu o'r brig i lawr. Mae newid tuag at atebion sy'n cael eu cynhyrchu ar y cyd gan glinigwyr a'r diwydiant yn galonogol, ond nid yw mentrau fel y Tariff Arloesi a Thechnoleg (er eu bod yn ddefnyddiol i ryw raddau) yn gwneud llawer i symud y GIG oddi wrth ddull gweithredu sy'n seiliedig ar gyflenwad, sy'n dechrau â chynhyrchion yn gyntaf.*
2. *Yn anaml iawn y mae nodi'r problemau mwyaf dybryd a chwilio am atebion wedi'i gynnwys yn swydd rhywun – yn enwedig clinigwyr. Ar ben hyn mae diffyg eglurder ynglŷn â'r graddau y dylid cynnwys prif weithredwyr yn y gwaith o fabwysiadu arloesi. Gallai prif swyddogion arloesi, gyda'r bwrdd yn goruchwyllo'r broses arloesi, wneud gwahaniaeth mawr.*
3. *Yn aml iawn nid yw cynhyrchu tystiolaeth (a'r cyrff sy'n ei gefnogi, er enghraifft NIHR) yn arwain at asesu datblygiadau arloesol yn y byd go iawn mewn ffordd amserol – yn enwedig lle mae pwyslais ar gost-ffeithiolrwydd (yn hytrach na chost a budd).*
4. *Yn rhy aml o'r hanner mae adrannau caffael a sefydliadau yn eu cyfanrwydd yn disgwyl i arloesi gynhyrchu arbedion tymor byr sy'n rhyddhau arian parod, yn hytrach na nodi ble y gall arloesi drawsnewid llwybrau gofal ac arwain at wasanaethau mwy effeithlon. Mae hyn yn galw am arweinyddiaeth addasol a all weithio ar draws ffiniau.*
5. *Mae tensiwn rhwng yr ymwthiad mewn polisi tuag at sefydliadau mawr (er enghraifft systemau gofal atebol) a gallu busnesau bach a chanolig i gyflawni anghenion contractau mawr.*



Adroddwyd ar y pwnc hwn hefyd gan The Kings Fund yn 2018, a oedd yn edrych ar waith y Rhwydweithiau Gwyddor Iechyd Academaidd yn Lloegr (Collins 2018). Buont yn astudio wyth enghraifft o entrepreneuriaeth lwyddiannus a oedd yn aml yn wynebu anawsterau wrth geisio lledaenu arloesi. Yn dilyn eu hadroddiad gwnaethpwyd y sylw hwn ar-lein gan John Mortimer, ymgynghorydd â chwmni Impro Consulting (Mortimer 2018). Cyfeiriodd at yr anawsterau wrth geisio trawsnewid gwasanaethau yn y GIG mewn cymhariaeth ag awdurdodau lleol:

*Rwy'n cydymdeimlo'n fawr â'r awdur, mewn cysylltiad â phwnc na all fod yn un o'r rhai mwyaf cyffrous i'r GIG ar hyn o bryd ... Rwyf wedi bod yn gweithio'n llwyddiannus er mwyn trawsnewid gwasanaethau mewn awdurdodau lleol er 13 blynedd ac yn ceisio gwneud yr un peth yn y GIG. Rwy'n fodlon gwneud mwy mewn awdurdodau lleol, ond roedd y profiad yn y GIG bron yn amhosibl. A dyma pam.*

*Mewn unrhyw sefydliad, nid cael grŵp i feddwl am ddulliau arloesol yw'r allwedd i arloesi – mae hynny'n hawdd. Pan fydd y dulliau hynny'n cael eu rhoi ar waith, mae rhesymau da iawn yn y system sy'n gweithredu fel rhwystrau yn erbyn y fenter honno. Yr allwedd yw bod modd newid y rhesymau hynny mewn awdurdodau lleol, ond nid yn y GIG. Pam?*

- 1. Mae'r arferion gwael presennol yn deillio o'r ffordd y mae arweinwyr a rheolwyr wedi sefydlu'r system bresennol. Y peth cyntaf i'w wneud yw nodi, cydnabod a derbyn hyn.*
- 2. Rhaid i ddulliau arloesol fod yn seiliedig ar drawsnewid yr hyn sy'n bodoli'n barod. Felly, o ystyried pwynt 1, rhaid newid yr achosion sylfaenol hynny sy'n achosi i'r system weithio fel y mae. Enghreifftiau o hyn yw Dangosyddion Perfformiad Allweddol a'r adroddiad coch oren gwyrdd. Dyma un o rannau mwyaf cynhennus a niweidiol y system a'r ffordd y mae'n ymddwyn. Ac ni ellir eu newid os nad yw'r arweinwyr yn mynd drwy bwynt 1.*
- 3. Mae dyluniad y GIG yn seiliedig ar gyflawni swyddogaethau. Dyna sut y mae wedi'i strwythuro. Mae llawer o fentrau'n dangos y gallwn oresgyn rhwystrau drwy weithio gyda'n gilydd. Wel, pe na bai'r GIG yn rhoi cymaint o bwyslais ar gyflawni swyddogaethau, byddai'r arloesi'n dilyn y drefn arferol. Felly pan maent yn ceisio rhoi arloesi ar waith, mae cyfyngiadau'r gyllideb, a'r mentrau a'r adrodd ar dargedau yn rhwystro arloesi rhag llwyddo.*
- 4. Ar sail yr uchod, pan fydd arloesi yn cael ei roi ar waith, rhaid iddo eistedd mewn llif o ymddygiadau a nodweddion rheoli, sydd fel eistedd mewn cerrynt cryf ac ymladd yn erbyn y llif. Yna yn y pen draw, bydd y rhai hynny sy'n gweithio gyda'r arloesiad yn methu â gwthio mwy yn erbyn y cerrynt. Enghraifft o hyn yw atgyfeiriadau. Atgyfeiriadau ac asesiadau adrannol yw un o'r rhwystrau mwyaf sy'n atal cydweithio, yn enwedig o safbwynt gweithredol. Mae popeth amdanynt yn gorfodi oedi, gwastraff a meddylfryd sy'n gweithio yn erbyn dulliau gweithio integredig. Ac eto, wn i ddim am unrhyw fenter sy'n llwyddo i gymryd lle atgyfeiriadau ac asesiadau swyddogaethol.*

*Yr ateb yw caniatáu i'r system sylfaenol newid, gan edrych ar y system mewn ffordd systemig, fel bod modd gweithredu arloesiadau, ac maen nhw'n mynd gyda'r llif – fel petai. Mae hyn yn golygu rhyddhau cadwynau dylunio swyddogaethol, unedau gwaith, a mesuriadau, a chaniatáu i arweinwyr gynllunio llifau gwaith sy'n adlewyrchu'r ffordd y mae'r gwaith yn llifo .... Ac na, does dim byd dyrys amdano, ac nid yw'n beth cymhleth i'w wneud.*

Cyfeiriodd y Sefydliad Polisi at anhawster arall, gan nodi bod cyndynrwydd i gymryd risg a phwyslais mawr ar dargedau a chyllidebau ledled y GIG yn golygu nad oedd llawer o flaenoriaeth yn cael ei rhoi i ansawdd a gwella (Barlow 2008). Roedd arian newydd ar gael yn bennaf i weithredu mentrau o'r brig i lawr. Yn wir, ychydig iawn o arian a oedd yn cael ei fuddsoddi mewn lledaenu ac annog ymarfer da, ac roedd angen gormod o ganiatadau er mwyn newid buddsoddiadau. Er mwyn mynd i'r afael â hyn, roeddent yn argymhell mwy o ryddid i sefydliadau gofal iechyd unigol fynd ar drywydd newid ynghyd â systemau cenedlaethol o godio safonedig, diffiniadau a thryloywder. Byddai'r newidiadau hyn yn annog arloesi ac yn lleihau rhwystrau sy'n atal rhyngweithredu.

Mae gan wasanaethau iechyd hefyd broblemau yn ymwneud ag asesu cost a gwerth. Gallai cost dymor byr i gyllideb swyddogaethol arwain at arbedion i lwybr cyfan. Fodd bynnag, mae'n bosibl na fydd y rhain yn cyfateb i'r costau hirdymor a aseswyd (Adang a Wensing 2008).

Gyda'i gilydd, mae'r adroddiadau awdurdodol hyn yn cadarnhau bod arloesi yn digwydd yn y GIG, ond ei fod yn aml 'yn erbyn y llif'. Maent yn awgrymu bod angen gwneud mwy na dim ond creu syniadau newydd er mwyn sicrhau entrepreneuriaeth eang a mabwysiadu'r cysyniad o arloesi. Mae angen systemau newydd, a rhaid rhoi'r gorau i rai o'r systemau a'r dulliau gweithredu presennol oherwydd eu bod yn rhwystro arloesi.

Ar hyn o bryd, mae nifer o sefydliadau yn ymwneud â gwerthuso arloesi a gwella yng ngwasanaethau iechyd y DU. Mae hyn er mwyn cael gwell dealltwriaeth o sut i gynyddu, lledaenu a chynnal eu heffaith. Er enghraifft:

- Mae RSET a BRACE yn cael eu hariannu gan y Sefydliad Cenedlaethol dros Ymchwil Iechyd (NIHR) ac maent yn gweithio ym mhob rhan o'r DU er mwyn gwerthuso arloesiadau â gwasanaethau, deall sut mae arloesiadau yn ffynnu, a sut nad ydynt yn ffynnu, a rhannu gwersi a ddysgwyd.
- Mae THIS Institute ym Mhrifysgol Caergrawnt wedi cael ei ariannu gan y Sefydliad Iechyd i ddatblygu'r sail dystiolaeth ar gyfer gwelliant mewn gofal iechyd. Mae ei raglen waith yn cynnwys prosiectau ymchwil mawr i geisio deall "beth sy'n gweithio, beth sydd ddim yn gweithio a pham".

Rhif	Maes astudio
4.	<p data-bbox="225 259 1007 297"><b>Dull gweithredu sy'n seiliedig ar dystiolaeth</b></p> <ul data-bbox="272 309 1267 645" style="list-style-type: none"><li data-bbox="272 309 1267 443">• Nid chwiw fyrhoedlog yw arloesi, ond gallai fod yn chwiw os nad yw pobl yn ei ddeall ac yn rhoi sylw iddo fel rhan annatod o faterion polisi a darparu gwasanaeth.</li><li data-bbox="272 461 1267 645">• Mae llawer o waith wedi'i wneud er mwyn astudio ac adolygu arloesi ym maes gofal iechyd. Mae tystiolaeth dda i gefnogi datblygu arloesi ym maes gofal iechyd, ynghyd â beth sy'n gweithio, a beth sydd ddim yn gweithio.</li></ul>

Mae perygl y bydd arloesi yn cael ei weld fel chwiw: y ffasiwn ddiweddaraf mewn cyfres o syniadau a geiriau ffasiynol sy'n addo cymaint ac yn cyflawni fawr ddim yn y diwedd. Mae'r seicolegydd Rob Bryner yn disgrifio sut i adnabod chwiwiau a pham y mae pobl yn cael eu tynnu at syniadau syml, ffasiynol. Mae'n dweud ein bod wedi'n cyflyru i ffafrio meddylfryd System 1 fel y'i gelwir (cyflym, emosiynol, heb lawer o ymdrech â llwybrau byr gwybyddol), yn hytrach na System 2 (araf, mwy beirniadol, a mwy o ymdrech). Mae'r farn hon yn adlewyrchu gwaith Daniel Kahneman a'i lyfr "Thinking fast, thinking slow" (Kahneman). Mae Bryner yn dadlau o blaid dulliau rheoli sy'n seiliedig ar dystiolaeth er mwyn cefnogi penderfyniadau ynglŷn â beth sy'n broblemau neu gyfleoedd pwysig, yn ogystal â'r atebion mwyaf tebygol.

Mae'r model hwn o feddwl yn dangos gwerth deall pwysigwydd arloesi a chymhwysio cyfleoedd i arloesi mewn dull gweithredu sy'n seiliedig ar dystiolaeth. Nid yw dull System 1 (cyflym) yn debygol o arwain at y gwaith gofalus sydd ei angen er mwyn sicrhau newid. Ni fydd hyn yn arwain at ganlyniadau; yn hytrach, bydd yn gwastraffu ymdrech ac ewyllys da. Yn ffodus, mae sail dystiolaeth yn datblygu ar gyfer yr hyn sy'n gweithio yng nghyswllt arloesi. Rhaid gweithredu mewn ffordd drefnus (Cox 2016). Bydd gweddill yr adolygiad hwn yn edrych ar gyflwr presennol y dystiolaeth honno sy'n ymwneud ag iechyd a gofal cymdeithasol.

Mae tebygrwydd rhwng y dasg o sicrhau arloesi â phrosesau mewn gofal iechyd a'r angen am arloesi â dulliau rheoli yn y ffordd y mae'r GIG yn gweithio. Mae'r naill a'r llall yn galw am drosi gwybodaeth sydd wedi'i sefydlu er mwyn newid system, maent yn dueddol i wynebu gwrthwynebiad a rhwystrau ac maent yn agored i feddylfryd System 1.

Rhif	Maes astudio
5.	<b>Natur 'y system'</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mae systemau gofal yn gymhleth ac yn addasol.</li><li>• Mae eglurder ynglŷn â chyd-destun y system hon yn ein helpu i ddewis y dull o newid sydd ei angen a phenderfynu sut y byddwn yn gwerthuso ei effaith.</li></ul>

Mae'r gred bod dulliau arloesi llinol, o'r brig i lawr, yn llwyddiannus wedi'i disgrifio fel un naif (Braithwaite, Churruca et al. 2018). Mae systemau iechyd yn gymhleth, yn cynnwys llawer o fân wahaniaethau ac yn ymddwyn mewn modd na ellir ei ragweld, felly nid yw'n syndod mai'n anaml iawn y mae dulliau syml yn sicrhau'r canlyniadau a fwriadwyd. Mae'r papur hwn yn astudio dwy raglen ymyriadau ac yn dod i'r casgliad bod yn rhaid i ddulliau newid fod yn seiliedig ar weld sefydliadau gofal iechyd fel systemau addasol cymhleth. Mae angen mecanwaith sbarduno ar gyfer newid, ac er mwyn llwyddo rhaid i strategaethau newid ystyried y rhwydweithiau presennol, arferion cymdeithasol, strwythurau lleol a chyfleoedd.

Rhaid i ddewis deallus ynglŷn â'r ffordd orau o ymyrryd mewn system gael ei ddylanwadu gan ddealltwriaeth lawn o natur y system a'r newid arfaethedig. Mae'r damcaniaethau sy'n helpu i ddarparu dealltwriaeth o'r fath ac sy'n sail i raddfa a lledaeniad llwyddiannus yn cynnwys gwyddor gweithredu (a gwella ansawdd), gwyddor cymhlethdod a gwyddor gymdeithasol (Greenhalgh a Papoutsis, 2019). Mae'r papur hwn a gyhoeddwyd yn ddiweddar yn dangos rolau tri fframwaith cysyniadol gwahanol iawn a phwysigrwydd deall y berthynas rhwng yr ymyriad, y bobl, y sefydliad a'r cyd-destun ehangach.

Datblygodd Reed a'i gydweithwyr dair egwyddor strategol (a 12 o reolau syml cysylltiedig) ar gyfer rhoi tystiolaeth ar waith mewn systemau cymhleth (Reed, Howe et al. 2019), sef:

1. *'Gweithredu'n wyddonol ac yn bragmataidd' – mae angen cyfuno gwybodaeth am y dystiolaeth sy'n bodoli â gwybodaeth am amgylchiadau cychwynol unigryw system, ac mae angen i ymyriadau addasu wrth i'r system gymhleth ymateb ac wrth i wersi gael eu dysgu am effeithiau na ellir eu rhagweld.*
2. *'Bod yn barod i dderbyn cymhlethdod' – ni fydd ymyriadau sy'n seiliedig ar dystiolaeth yn gweithio oni bai fod arferion a phrosesau gofal cysylltiedig yn y system gymhleth yn cyflawni eu diben, ac mae angen i ymdrechion i drosi tystiolaeth adnabod a rhoi sylw i unrhyw broblemau â gofal arferol, gan gydnabod bod hyn fel arfer yn cynnwys ystod o rannau cyd-ddibynnol o'r system.*
3. *'Ymgysylltu a grymuso' – er mwyn trosi tystiolaeth a llywio o gwmpas system mae angen ymrwymiad a dealltwriaeth gan staff a chleifion sydd â phrofiad o'r system leol, ac mae angen i newidiadau fod yn gyson â'u cymhellion a'u pryderon.*

Yn yr un modd, mae angen i werthusiad o ymyriadau fod yn seiliedig ar gyd-destun penodol er mwyn adlewyrchu amgylchiadau a gofynion lleol (von Thiele Schwarz, Nielsen et al. 2020).

Tra mae von Thiele et al. yn edrych ar “ymyriadau sefydliadol”, mae papur Reed et al. yn canolbwyntio ar ymarfer clinigol sy’n seiliedig ar dystiolaeth. Mae ei gamau’n sicrhau bod pawb yn deall y cysylltiad rhwng yr arferion presennol a’r arferion newydd, bod canlyniadau systemau gwaith ehangach yn cael eu rhagweld a bod sylw’n cael ei roi i faterion yn ymwneud â phobl. Yn y cyfamser, mae Greenhalgh a Papoutsi wedi darparu canllaw ymarferol unigryw i dair damcaniaeth gweithredu. Maent yn dangos bod yn rhaid i’r ddamcaniaeth a ddewisir fod yn seiliedig ar y math o ddadansoddiad y siaredir o’i blaid gan Reed et al.

Rhif	Maes astudio
6.	<p><b>Natur ymyriadau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mae’r cwestiwn: “Sut y gellir gwneud arloesiad yn haws i’w ledaenu, ac yn fwy cynaliadwy?” wedi’i astudio gan lawer yn ystod yr 20 mlynedd diwethaf.</li> <li>• Yn syml iawn, rhaid i unrhyw bartïon cysylltiedig fod yn argyhoeddedig (h.y. mwy na bod rhywun wedi dweud wrthynt), ac mae angen i’r arloesiad fod mor syml ac addasadwy ag sy’n bosibl.</li> <li>• Wrth gwrs, mae’n bosibl y gellir cael cyfaddawd rhwng symleiddio’r arloesiad a chyflawni budd go iawn.</li> </ul>

Mae gan Everett Rogers ddisgrifiad campus o’r nodweddion hynny mewn arloesiad sydd fwyaf tebygol o arwain at ei ymlediad (Rogers 2003). Datblygwyd y rhestr honno yn ddiweddarach gan adolygiad Greenhalgh i’w chymhwyso i gyd-destun sefydliadau a systemau yn ogystal ag unigolion (Greenhalgh, Robert et al. 2004). Y nodweddion yw:

- *Mantais gymharol: mae’r arloesiad yn well neu’n fwy effeithlon na beth bynnag sy’n cael ei ddefnyddio ar hyn o bryd.*
- *Cymhlethdod isel: mae’r arloesiad yn syml i’w ddeall a’i ddefnyddio (neu, os yw’n gymhleth, gellir ei rannu’n gydrannau symlach).*
- *Cydnawsedd: mae’r arloesiad a’r defnydd ohono yn gydnaws â’r prif werthoedd a ffyrdd o weithio.*
- *Y gallu i arsylwi: mae’n hawdd arsylwi ar effeithiau’r arloesiad a’u mesur a gellir eu priodoli iddo’n ddiamwys.*
- *Y gallu i dreialu: gellir treialu’r arloesiad ar raddfa fach cyn i bobl ymrwymo iddo.*
- *Potensial i ailddyfeisio: gall defnyddwyr deilwra’r arloesiad ar gyfer eu hoffterau personol a/neu amgylchiadau lleol.*

- *Hawdd ei ddefnyddio (ar gyfer technolegau): mae'r arloesiad yn hawdd ei ddefnyddio a/neu mae digon o gefnogaeth dechnegol yn dod gydag ef.*

Mae'r nodweddion hyn, a gynigiwyd yn wreiddiol yn 1962, wedi sefyll prawf amser a gellir eu hadnabod o hyd mewn modelau diweddarach, mwy soffistigedig, fel y fframwaith NASSS (acronym o'r geiriau Saesneg *non-adoption, abandonment, scale-up, spread, sustainability*) (Greenhalgh 2018).

Mae ymlediad (*diffusion*) yn awgrymu proses oddefol tra mae termau eraill (lledaenu, gweithredu, trosi, mabwysiadu, addasu) yn cyfleu dull gweithredol, sydd wedi'i gynllunio. Boed yn defnyddio'r saith nodwedd neu'r fframwaith NASSS, fel cam cyntaf rhaid gweithio ar yr arloesiad er mwyn sicrhau bod ganddo'r siawns orau i lwyddo. Mae Greenhalgh yn rhoi pwyslais ar fantais gymharol fel y ffactor pwysicaf. Os nad yw clinigydd yn gallu gweld pwrpas newid, nid yw'n debygol o fod eisiau newid. Cadarnhawyd hyn yn astudiaeth arloesol 'Matching Michigan' a ganfu fod methiant i ddadlau o blaid newid yn golygu bod timau gofal dwys yn Lloegr wedi methu ag efelychu'r manteision o fwndeli clinigol a welwyd ym Michigan (Dixon-Woods, Leslie et al. 2013).

Mae'r nodweddion eraill yn y bôn yn ymwneud â pha mor hawdd yw hi i gymhathu arloesiad â'r trefniadau gweithio presennol. Adolygwyd y rhaglen 'See and Treat' gan yr Asiantaeth Foderneiddio fel yr oedd ar y pryd gan Fitzgerald, 2019 (Fitzgerald a McDermott). Roedd y llwyddiant ymddangosiadol wrth ledaenu'r dewis amgen hwn yn lle brysbennu mewn adrannau damweiniau ac achosion brys yn cael ei sbarduno gan reidrwydd gwleidyddol a symlrwydd y newid yr oedd ei angen. Roedd yn cael ei hyrwyddo gan glinigwyr lleol, a gellid ei gyflawni yn y rhan fwyaf o leoliadau, beth bynnag y cyd-destun lleol. Fodd bynnag, mae'n debyg bod 'See and Treat' wedi methu â chynhyrchu newidiadau ehangach, cynaliadwy angenrheidiol mewn systemau. Mae'r dadansoddiad yn cwestiynu ai lledaenu arloesiad o reidrwydd yw'r gwir nod o ran gwella.

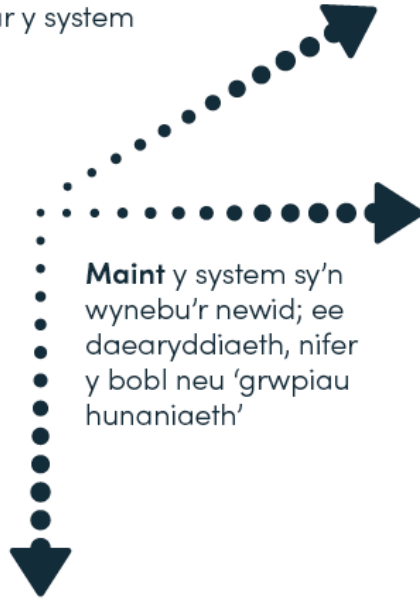
Yr ail strategaeth, ar ôl gwneud y gorau o'r nodweddion, yw deall faint o newid sydd ei angen a chynllunio yn unol â hynny. Mae dull gweithredu llwyddiannus yn cael ei briodoli i Mohrman (1989) ac wedi cael ei fabwysiadu gan y Tîm Newid ar Raddfa Fawr yn y GIG yn Lloegr (Sustainable Improvement Team and the Horizons Team 2018). Mae'r dull gweithredu'n mesur newid ar sail tri dimensiwn. Mae *Figur 1* yn dangos y dimensiynau hyn fel echelinau Hydreiddioldeb, Dyfnder a Maint. Mae'r dimensiynau'n annibynnol ar ei gilydd. Po bellaf ar hyd pob echelin, po fwyaf o newid sydd ei angen:

### Ffigur 1. Y tri dimensiwn ar gyfer newid ar raddfa fawr

**Maint** y newid; a yw'n effeithio ar y system gyfan neu ar gyfran ohoni?

**Dyfnder** y newid o ran ffyrdd o feddwl a gwneud pethau; a yw hyn yn newid mewn ymddygiad gwybyddol neu'n newid mewn patrwm?

**Maint** y system sy'n wynebu'r newid; ee daearyddiaeth, nifer y bobl neu 'grwpiau hunaniaeth'



*Tim Gwella Cynaliadwy a'r Tim Gorwelion (2018)*

Fel enghraifft, byddai 'See and Treat' yn cael sgôr isel ar o leiaf ddau o'r tri dimensiwn (hydreiddioldeb a dyfnder), oherwydd ei fod yn effeithio ar ben blaen yr adrannau achosion brys yn unig ac oherwydd ei fod yn syml yn y bôn. Roedd y ddaearyddiaeth (maint) yn uchelgeisiol, a llwyddwyd i oresgyn hyn ag adnodd newid cenedlaethol.

Rhif	Maes astudio
7.	<p><b>Technoleg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mae technoleg yn achos arbennig o arloesi, ac fel arfer, er mwyn ei weithredu mae angen i newidiadau i gynnyrch a phrosesau weithio law yn llaw. Mae atyniadau ymddangosiadol arloesi technolegol a chymhlethdod gwirioneddol ei weithredu wedi achosi llawer iawn o wastraffu adnoddau.</li> <li>Mae darnio a diffyg systemau sydd â'r gallu i ryngweithredu wedi cyfyngu ar ddatblygiad systemau e-iechyd yn y GIG.</li> </ul>

Mae arloesi drwy dechnoleg newydd yn faes astudio ar ei ben ei hun. Fel y mae Harold Thimbleby wedi dadlau, cymerir yn ganiataol yn aml bod cyflwyno technoleg i faes gofal iechyd yn mynd i arwain at fanteision (Thimbleby 2017). Mae teitl ei bapur 'Trust me, I'm a computer?' yn crynhoi'r ddadl hon. Hyd yn oed pan

mae ganddynt fanteision posibl, gall cyfrifiaduron fod yn annibynadwy ac yn anghydnaws â'r systemau y maent yn cael eu cyflwyno iddynt, ac mae'n bosibl na fydd eu hymgorffori'n cael yr effaith a fwriadwyd. Mae effeithiau na fwriadwyd hefyd yn gyffredin. Er bod llawer o enghreifftiau ar raddfa fach, disgrifiodd Wachter sut y mae llywodraethau'r DU a'r Unol Daleithiau wedi buddsoddi, a gwastraffu, llawer iawn o arian mewn ymdrechion i ddigido gofal iechyd (Wachter 2015). Roedd arbedion ac enillion effeithlonrwydd rhagamcanol yn seiliedig ar dybiaethau anghywir ynglŷn â symlrwydd y systemau technegol a chymdeithasol cysylltiedig a naifrwydd ynglŷn â pha mor hawdd y gellid goresgyn y rhain.

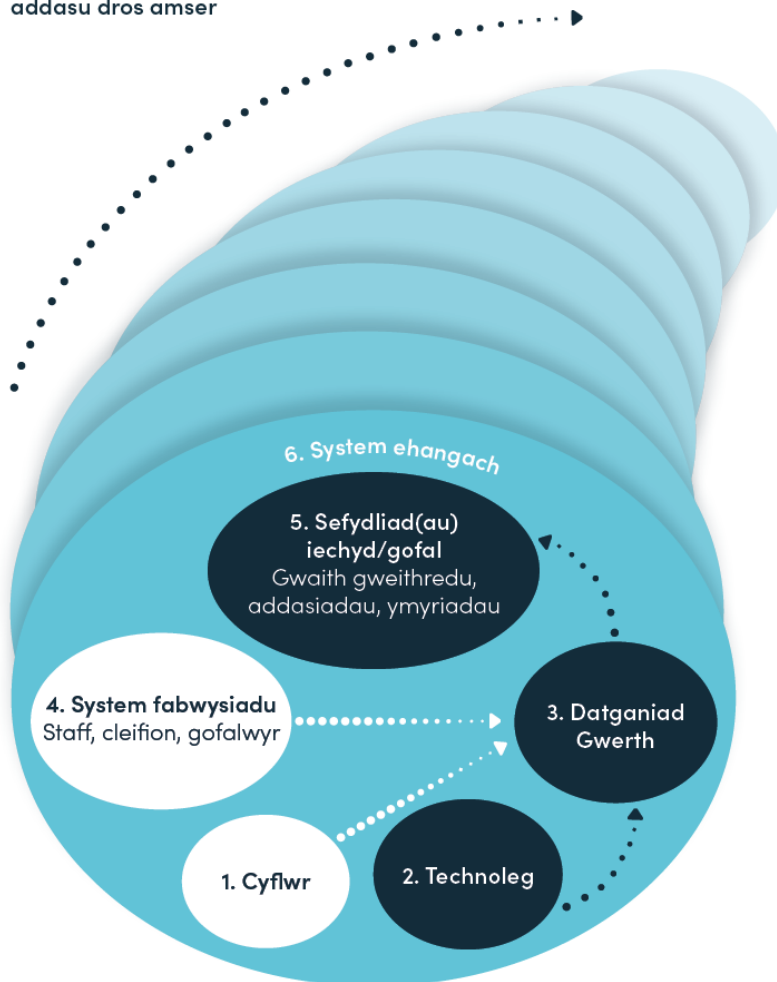
Mae llawer o awduron wedi cyfeirio at arafwch y GIG wrth weithredu e-lechyd a digido, er gwaethaf arloesi lleol eang. Priodolir y methiant hwn i ddarnio a diffyg gallu i ryngweithredu (Asthana, Jones et al. 2019). Mae darnio'n cyfeirio at y terfyn rhwng sectorau: mae systemau gofal sylfaenol yn ddatblygedig iawn, ond yn gyffredinol nid ydynt yn cysylltu â gwasanaethau cymdeithasol na gofal eilaidd. Mae diffyg gallu i ryngweithredu yn cyfeirio at ieithoedd a chodau cyffredin sy'n galluogi systemau i siarad â'i gilydd. Ar ben hynny, mae'r gwahanu hwn hefyd yn golygu bod ymdrechion i ddigido yn rhoi sylw i systemau gwaith sy'n bodoli'n barod yn hytrach nag edrych ar ffyrdd newydd o weithio.

I aros â phwnc gwerthuso, mae'r fframwaith NASSS y cyfeiriwyd ato'n gynharach yn dod â thystiolaeth ymchwil at ei gilydd i gynnig dull o gynllunio ac arloesi sy'n seiliedig ar dechnoleg i wasanaethau iechyd a'u partneriaid (Greenhalgh 2018). Mae'n cyflwyno saith maes rhyngweithiol a allai effeithio ar lwyddiant prosiect technoleg: peidio â'i fabwysiadu, rhoi'r gorau iddo, a rhwystrau sy'n atal lledaeniad, gweithredu ar raddfa fwy a chynaliadwyedd. Maent yn rhyngweithiol yn yr ystyr eu bod yn adlewyrchu system gymhleth a rhaid eu rheoli'n barhaus yn hytrach na rhoi tic wrth eu hochr fel rhestr wirio. Maent yn cael eu cynrychioli mewn diagram yn *Ffigur 2*.



**Ffigur 2. Fframwaith NASSS: parhau rhyngweithiol sy'n effeithio ar y broses o fabwysiadu, peidio â mabwysiadu a pheidio â defnyddio technolegau iechyd yn ogystal â'r rhwystrau o ran uwchraddio, lleadaenu a sicrhau technolegau iechyd cynaliadwy**

7. Parhau i wreiddio ac addasu dros amser



**Nodyn:** wedi'i addasu o Greenhalgh et al. Y tu hwnt i fabwysiadu, fframwaith newydd ar gyfer damcaniaethu a gwerthuso di-mabwysiadu, cefnu, a heriau i gynyddu, lleadaenu a chynaliadwyedd iechyd a thechnolegau gofal.

#### 1. Cyflwr

- Natur y cyflwr neu'r salwch
- Cydafiachedd
- Ffactorau cymdeithasol-ddiwylliannol

#### 2. Technoleg

- Priodweddau materol
- Gwybod sut mae ei defnyddio
- Gwybodaeth a gynhyrchir ohoni
- Model cyflenwi
- Pwy sy'n berchen ar yr eiddo deallusol?

#### 3. Datganiad Gwerth

- Gwerth yr ochr gyflenwi (i'r datblygwr)
- Gwerth ar ochr y galw (i'r claf)

#### 4. Y Sawl sy'n ei Mabwysiadu

- Staff (rôl, hunaniaeth)
- Claf (mewnbyn goddefol yn erbyn mewnbwn gweithredol)
- Gofalwyr (ar gael, math o fewnbwn)

#### 5. Sefydliad(au)

- Y gallu i arloesi yn gyffredinol
- Parodrwydd ar gyfer y dechnoleg hon
- Natur y penderfyniad i fabwysiadu a/neu gyllido
- Faint o newid sydd ei angen yn nhrefniadau'r sefydliad
- Gwaith sydd ei angen i gynllunio, gweithredu a monitro newid

#### 6. System ehangach

- Cyd-destun gwleidyddol/polisi
- Materion rheoleiddiol/cyfreithiol
- Cyrff proffesiynol
- Cyd-destun cymdeithasol-ddiwylliannol
- Rhwydweithio rhwng sefydliadau

#### 7. Gwreiddio ac addasu dros amser

- Cyfle i addasu dros amser
- Cadernid sefydliadol

Greenhalgh (2018)

Rhif	Maes astudio
8.	<p><b>Beth sy'n ysgogi arloesi? Gwerth a'r Nod Pedwarplyg</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mae mesur a defnyddio data system yn ganolog i'r broses o bennu blaenoriaethau a pherfformiad ym maes gofal iechyd. Dylai mesurau canlyniadau, yn enwedig y rhai hynny sy'n ymwneud â phrofiad cleifion, fod ar gael i dimau clinigol i'w helpu i ddeall gwerth gwasanaethau ac i brofi datblygiadau arloesol. Mae diffyg cymharol gwybodaeth o'r fath, ynghyd â'r pwyslais a roddir ar hyn o bryd ar fesurau perfformiad, yn golygu ein bod yn colli cyfle i ennyn diddordeb timau clinigol mewn ysgogi newid.</li><li>• Mae gorgyffwrdd a chyfatebolrwydd rhwng y Nod Pedwarplyg sy'n cael ei hybu gan yr Adolygiad Seneddol a gofal iechyd sy'n seiliedig ar werth.</li></ul>

Mae Adolygiad Seneddol Cymru yn cadarnhau y dylid defnyddio'r Nod Pedwarplyg i ddiffinio a mesur canlyniadau ar gyfer Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru (Llywodraeth Cymru 2018). Fel y mae'r enw'n awgrymu, mae'r Nod Pedwarplyg yn defnyddio pedwar dimensiwn i fesur canlyniadau (Sikka, Morath et al. 2015), sef:

1. *Gwella profiad unigolion o ofal*
2. *Gwella iechyd poblogaethau*
3. *Lleihau cost gofal fesul pen o'r boblogaeth*
4. *Gwella'r profiad o ddarparu gofal*

Y nod yw canolbwyntio ar yr hyn sy'n bwysig: cynyddu gwerth gofal, newid i bwyslais ataliol sy'n canolbwyntio ar boblogaeth a sicrhau bod y system yn seiliedig ar anghenion pobl. Mae pob un o'r pedwar dimensiwn yn galw am newid dramatig oddi wrth systemau traddodiadol o fesur, ond mae'n debyg mai'r her fwyaf yw'r pwyslais ar bobl yn hytrach na swyddogaethau. Pwysleisiodd Battaglia fod angen newid meddylfryd a systemau os yw cleifion a gofalwyr yn mynd i ddod yn bartneriaid go iawn yn y broses o ddylunio gofal iechyd (Battaglia, Furlong et al. 2019). Maent yn rhestru nifer o rwystrau sy'n atal y dull gweithredu hwn ar hyn o bryd ac yn cynnig strategaethau er mwyn trawsnewid cleifion o ddefnyddwyr terfynol i gydweithredwyr yr ymgysylltir â hwy. Er enghraifft, ym maes oncoleg, mae tystiolaeth bod clinigwyr yn aml yn methu â dehongli a chymhwyso dymuniadau cleifion at ddewisiadau o ran triniaethau (Blayney 2015). Yn fwy cyffredinol, mae'n bosibl y bydd angen cyfaddawdu rhwng safoni a theilwra (Davies 2017).

Disgrifiwyd y newid sydd ei angen fel meddygaeth ragfynegol, ataliol, gyfranogol wedi'i phersonoli (P4 yn Saesneg: *predictive, preventive, personalized, participatory*) (Flores, Glusman et al. 2013). I'r perwyl hwnnw, mae'r diwydiant technoleg feddygol wedi datblygu menter ESTHER, sydd yn ei thro'n adlewyrchu

gwaith ar y Fenter Meddyginiaethau Arloesol gan y diwydiant fferyllo (Coentro, De Pieri et al. 2019). Mae'r ddwy'n cadarnhau bwriad i newid meddylfryd a sicrhau bod arloesi yn y dyfodol yn seiliedig ar anghenion cleifion.

Mae nifer o systemau gofal iechyd ledled y byd wedi cydweithio i ddatblygu Gofal Iechyd sy'n seiliedig ar Werth (Porter a Teisberg 2004). Ei nodau yw:

1. *Trefnu gofal yn unedau ymarfer integredig,*
2. *Mesur canlyniadau a chostau i bob claf,*
3. *Ad-dalu drwy daliadau bwndel ar gyfer cylchoedd gofal llawn (o'r cychwyn i'r camau terfynol),*
4. *Integreiddio gofal ar draws gwahanol gyfleusterau,*
5. *Ehangu gwasanaethau â'r canlyniadau gorau ar draws daearyddiaeth,*
6. *Creu llwyfannau technoleg gwybodaeth galluogol.*

Er eu bod wedi'u cynnig yn wreiddiol fel dewis arall yn lle system gofal iechyd yr Unol Daleithiau, mae'r cysyniadau'n cael eu datblygu mewn llawer o wledydd sydd â systemau gofal iechyd gwladol a rhai sy'n cael eu hariannu drwy yswiriant.

Yn olaf, mae manteision dyluniad sy'n canolbwyntio ar y cleifion (a llyfryddiaeth ddefnyddiol) wedi'u cynnwys yn adroddiad yr Academi Frenhinol Peirianeg ar beirianeg systemau mewn gofal iechyd (Clarkson, Bogle et al. 2017).

Rhif	Maes astudio
9.	<b>Lledaeniad a maint</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gallai syniadau ynglŷn ag atebion syml a gweithredu cyflym fod yn atyniadol, ond maent yn naïf.</li><li>• Mae'n bosibl na fydd syniad sy'n gweithio yn un lle yn sicrhau budd yn rhywle arall.</li><li>• Nid oes un fformiwla ar gyfer cynllunio a rheoli ymdrechion i ledaenu.</li></ul>

Er nad yw'r GIG yn buddsoddi mewn arloesi, mae'r gwariant yn gogwyddo tuag at gynhyrchu syniadau a bach iawn yw'r gwariant ar ledaenu (Barlow 2008). Roedd papur pwysig gan Dixon Woods yn adolygu hanes gwella ansawdd mewn gofal iechyd (Dixon-Woods a Martin 2016). Mae'r papur yn ffurfio pedwar casgliad, gan gynnwys: "rhoi'r gorau i chwilio am atebion syml – canolbwyntio ar gryfhau sefydliadau a dysgu gwersi o wyriadau cadarnhaol". Mae'r awduron yn rhoi nifer o enghreifftiau lle mae ymyriad yn rhyngweithio â'i gyd-destun. Mae'r cyd-destun yn cyfrannu tuag at briodoldeb a llwyddiant y newid. O ganlyniad, yn anaml iawn y gellir cynhyrchu ymyriadau fel atebion cyffredinol "plygio i mewn a chwarae".

Er hyn, mae'r termau lledaeniad a maint wedi dod yn gyffredin iawn. Byddai'n braf meddwl bod syniad sy'n gweithio yn un lle yn mynd i ddarparu'r un manteision ym mhobman. Mae'n bwysig graddnodi'r hyn a olygir wrth sôn am ledaeniad neu faint ar gyfer unrhyw ymarfer gweithredu (Shiell-Davis, Wright et al. 2015). Efallai na fydd yn golygu gwneud rhywbeth yr un fath yn union, yn enwedig ar gyfer arloesiadau cymhleth, a rhaid canolbwyntio ar y ffordd y mae newid yn cael ei sefydlu mewn systemau sy'n bodoli'n barod. Mae dylanwad ac eiriolaeth yn ysgogyddion gwell ar gyfer lledaenu na phŵer ac awdurdod. Ni ellir cymryd yn ganiataol bod gan arloesiad y potensial i ddarparu'r un budd mewn lleoliad newydd ag yr oedd yn y cyd-destun gwreiddiol (Aarons, Sklar et al. 2018). Rhaid dangos hyn.

Mae hefyd yn reddfodol (ac yn aml yn gamarweiniol) i ragdybio y dylai gwybodaeth arwain at newid, yn enwedig pan fydd budd posibl wedi'i ddangos. Os yw pobl mewn rhan o'r system yn deall gwerth arloesiad, yna gallai rhywun dybio bod hyn yn ddigon i alluogi eraill i gael yr un budd. Fodd bynnag, mae bwlch enfawr rhwng canfyddiadau ymchwil ac ymarfer clinigol. Mae llawer o strategaethau ar gael i bontio'r bwlch hwnnw, er nad yw'r dull gweithredu gorau yn amlwg bob amser (Bucknall a Fossum 2015). Er enghraifft, mae chwarae rhan weithredol mewn ymchwil glinigol yn cynnig cyfle i ledaenu. Mae Beckett *et al.* (2011) yn awgrymu y gallai sefydliadau gofal iechyd ddefnyddio nifer o strategaethau er mwyn cynyddu cyfranogiad clinigwyr drwy leihau rhwystrau a darparu mwy o gefnogaeth (Beckett, Quiter et al. 2011). Roedd adolygiad o'r dystiolaeth yn cadarnhau'r ddadl hon, gan ddod i'r casgliad bod strategaethau unigol megis archwilio ac adborth yn llai tebygol o lwyddo na dulliau gweithredu amlweddol (Boaz, Baeza et al. 2011).

Mae'r angen am gywirdeb (yr angen i fod yn driw i'r gwreiddiol), neu i'r gwrthwyneb, y gallu i drosi (a ddisgrifiwyd gan Rogers fel y gallu i ailddyfeisio), yn ffactorau pwysig sy'n dylanwadu ar ledaeniad a budd posibl (Kemp 2016). Mae'n bosibl na fydd gweithredu anhyblyg a chydymffurfiad ymddangosiadol ag ymyriadau y mae tystiolaeth dda i'w cefnogi, megis y rhestr wirio lawfeddygol neu fwndeli sepsis, yn sicrhau budd y gellir ei fesur ym maes gofal cleifion (Gillespie, Harbeck et al. 2018, Green, Smith et al. 2019). Gallai trosi mwy hyblyg fod yn fwy effeithiol, yn enwedig ar gyfer ymyriadau ar raddfa fawr neu rai sydd â diffiniad llac. Mae hyn yn debygol o fod yn wir yn achos arloesi â dulliau rheoli megis gofal iechyd sy'n seiliedig ar werth (Colldén a Hellström 2018). Neu, mae angen mapio prosesau'n ofalus ac ailstrwythuro systemau os oes angen dull gweithredu penodol (Hagg, Workman-Germann et al. 2008).

Pan fydd arloesiadau sy'n aml yn dwyllodrus o gymhleth yn cwrdd â sefydliadau cymhleth, rhaid i naill ai'r arloesiad neu'r sefydliad newid er mwyn darparu ar gyfer y llall. Rhaid i strategaethau gweithredu ystyried natur y newid, y cyd-destun a'r bobl sy'n gysylltiedig (Harvey a Kitson 2015).

Mae nifer o strategaethau lledaenu cyhoeddedig sy'n seiliedig ar ymchwil empirig (Damschroder, Aron et al. 2009, Bradley, Curry et al. 2012, Yano, Green et al. 2012, Bousquet, Farrell et al. 2016, Laur, Bell et al. 2018, Wolak, Overman et al. 2019). Er hyn, cydnabyddir yn eang nad yw gwyddor dylunio gweithredu yn

ddatblygedig iawn, yn enwedig o safbwynt cynnwys cleifion (Dixon-Woods 2019, Wensing a Grol 2019). Nid yw'n debygol y bydd un ymarfer gorau byth. Mae angen i ymyriad lledaenu ystyried yr amgylchiadau, fel yr eglurir yn 'Horses for Courses' gan Wilkinson a Frost (2015).

Rhif	Maes astudio
10.	<p><b>Sicrhau newid ar raddfa fawr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mae lledaenu ar raddfa fawr, yn enwedig newid cymhleth lle mae angen addasu lleol, yn galw am gefnogaeth soffistigedig, amlweddog. Gall y graddfeydd amser fod yn hir a gall gwerthuso fod yn anodd.</li> <li>• Mae model Breakthrough Collaborative wedi'i gymhwyso'n eang mewn gofal iechyd a phrofwyd bod modd ei addasu'n dda ar gyfer gwahanol bynciau a chyd-destunau.</li> </ul>

Defnyddir rhaglenni newid ar raddfa fawr yn aml i ledaenu arloesiadau niferus a chymhleth sy'n seiliedig ar dystiolaeth. Mae newidiadau sy'n cael sgôr uchel ar y model tri dimensiwn yn galw am ymdrechion lledaenu soffistigedig ac amlweddog. Mae addasu yn aml yn hanfodol ond mae angen lle, amser, a dealltwriaeth dda o gyd-destun lleol. Mae gwerthuso'n anodd hefyd: mae'r graddfeydd amser yn hir (o leiaf ddwy flynedd) ac mae'n anodd diffinio'r diwedd (Clay-Williams, Nosrati et al. 2014).

Mae'n debyg mai'r model mwyaf cyfarwydd yw un Breakthrough Collaborative (Berwick 2015). Mae'r term yn cyfeirio at ddull o gefnogi timau i gymhwyso newid sy'n seiliedig ar dystiolaeth mewn lleoliadau gofal go iawn. Mae'r dull yn wahanol i weithredu syml oherwydd mae'n golygu bod modd lledaenu gwella ac arloesi drwy ddysgu gwarsi a theilwra ar gyfer amgylchiadau lleol. Un o'r enghreifftiau mwyaf yn y DU oedd y Fenter Cleifion Mwy Diogel. Nod y fenter a oedd yn cael ei hariannu gan y Sefydliad Iechyd oedd gwella perfformiad diogelwch mewn pedwar ysbyty yn y DU. Daeth y gwerthusiad o'r don gyntaf i'r casgliad ei bod wedi cael effeithiau buddiol ar rai agweddau ar ddiwylliant (Benn, Burnett et al. 2009) ond nid oedd yn glir a oedd gwelliant arwyddocaol mewn gofal wrth gymharu â deg ysbyty rheolydd (Benning, Ghaleb et al. 2011).

Rhif	Maes astudio
11.	<p><b>Cyd-destun sefydliadol</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mae cyd-destun sefydliadol cyn bwysiced o leiaf â chreu syniadau wrth ledaenu arloesiad.</li> <li>• Mae nifer o ganllawiau syml ac adolygiadau ar gael sy'n disgrifio nodweddion diwylliannau arloesol llwyddiannus. Mae blaenoriaeth i arweinyddiaeth, rhwydweithiau rhyngddisgyblaethol, dysgu, data a gwybodaeth ddefnyddiol, datganoli, ymddiriedaeth a chapasiti wrth gefn yn nodweddion cyffredin.</li> <li>• Mae QUASER yn adnodd seiliedig ar dystiolaeth soffistigedig i gynorthwyo sefydliadau gofal iechyd i asesu eu capasiti ar gyfer gwelliant (gwelir arloesi fel rhan o ymddygiad gwella) a chynllunio eu datblygiad.</li> </ul>

Mae Øvretveit yn dadlau bod gwelliannau ac arloesiadau fel arfer, i ryw raddau, yn gymdeithasol. Yn wahanol i gyffuriau sy'n cael eu marchnata ar sail arbrofion sydd (i bob pwrpas) yn gwarantu y gellir eu hatgynhyrchu, gan olygu bod modd rhagfynegi'r effaith pan fydd claf newydd yn eu cymryd, bydd y cyd-destun y cyflwynir arloesiad ynddo yn effeithio ar y gallu i'w weithredu ac ar ei lwyddiant (Øvretveit 2011). O ganlyniad, mae angen i ni ddeall pa elfennau o gyd-destun sy'n bwysig os ydym yn ceisio sicrhau newid a'i ledaenu. Darparwyd crynodeb defnyddiol o'r modd y gall natur sefydliadau ddylanwadu ar ofal cleifion gan Fulop a Ramsey (Fulop a Ramsay 2019).

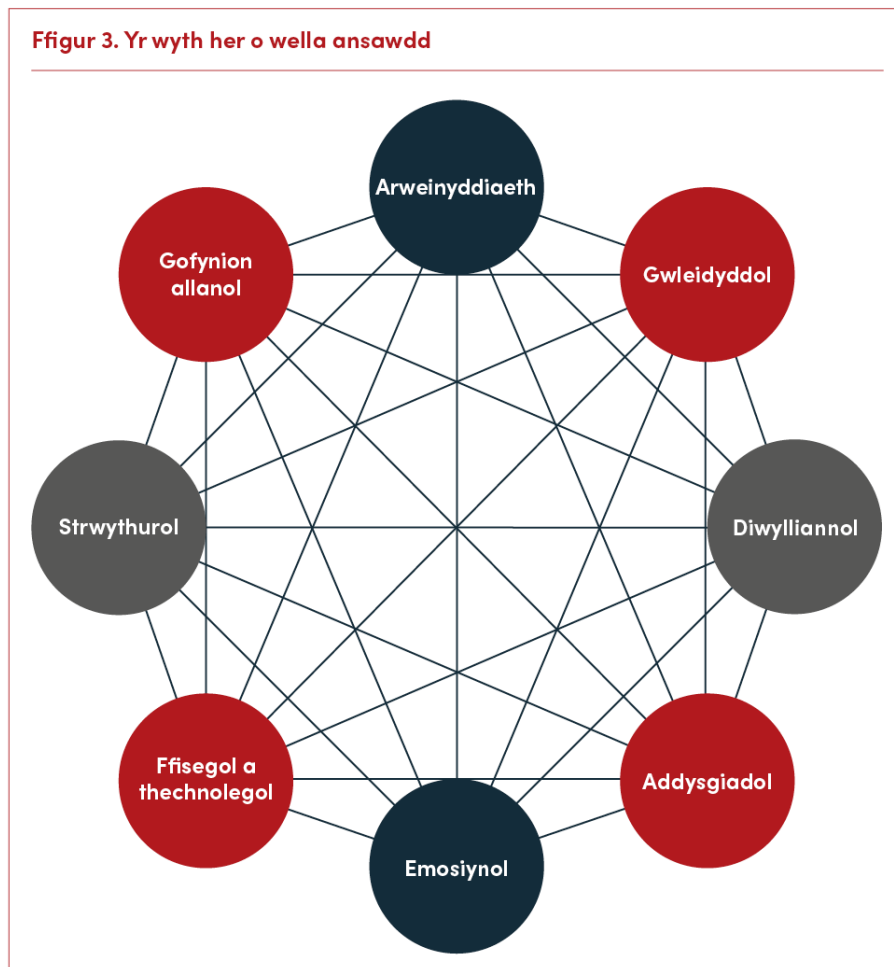
Mae sefydliadau a byrddau sy'n aeddfed o ran gwella ansawdd ac annog arloesi yn meddu ar y nodweddion a ganlyn: rhoi blaenoriaeth benodol i wella ansawdd; cydbwysu blaenoriaethau byrdymor (allanol) â buddsoddiad hirdymor (mewnol) mewn gwella ansawdd; defnyddio data ar gyfer gwella ansawdd, yn ogystal â sicrhau ansawdd; ennyn diddordeb staff a chleifion mewn gwella ansawdd; ac annog diwylliant o welliant parhaus. Mae'r nodweddion hyn i bob golwg yn cael eu galluogi a'u hwyluso gan arweinwyr clinigol ar lefel bwrdd yn fwyaf arbennig (Jones, Pomeroy et al. 2017).

Mae Greenhalgh yn cynnig 10 awgrym er mwyn hybu arloesi sefydliadol (Greenhalgh). Mae'r rhain yn seiliedig ar lenyddiaeth a barn bersonol. Maent yn grynodedd lefel uchel defnyddiol iawn o lenyddiaeth ar sail gyrfa yn y maes hwn. Mae'r pum awgrym cyntaf yn ymwneud â chyd-destun sefydliadol:

1. *Gwneud cymaint ag y gallwch i lefelu a datganoli'r strwythur rheoli. Mae hyn yn cynnwys sicrhau bod timau'n cael eu grymuso i wneud penderfyniadau heb orfod cael cymeradwyaeth gan hierarchaeth gymhleth. "Fy nghyngor: os ydych yn ymddiried yn eich staff, gadewch lonydd iddynt wneud eu gwaith (ac os nad ydych yn ymddiried ynddynt, a ddylent fod yn gyfrifol?)".*

2. *Creu a dosbarthu adnoddau ystwyth. Mae angen i dimau gael rhywfaint o hyblygrwydd os ydynt am fynd ar drywydd syniadau.*
3. *Meithrin hinsawdd cymryd risg.*
4. *Meithrin perthnasoedd. Mae hyn yn golygu adeiladu rhwydweithiau ac osgoi iaith 'ni a nhw'.*
5. *Adeiladu capasiti amsugol. Mae hyn yn ymwneud yn y bôn â sut y mae gwybodaeth yn cael ei gwerthfawrogi, ei rhannu a'i chymhwyso.*

Ymchwiliodd y tîm QUASER i'r llenyddiaeth bresennol a bu'n gweithio gydag ystod eang o randdeiliaid i lunio canllaw adfyfyriol i sefydliadau (Anderson, Robert et al. 2019). Y nod yw galluogi timau arweinyddiaeth gofal iechyd i asesu gallu a dylunio cynlluniau gweithredu sy'n seiliedig ar dystiolaeth ar gyfer yr wyth her a nodwyd yn wreiddiol gan Bates yn 2007 (a gyhoeddwyd flwyddyn yn ddiweddarach yn y DU) (Bates, Mendel et al. 2008). Mae amlinelliad wedi'i addasu o hyn gan Anderson et al (2019) i'w weld yn *Ffigur 3*.



Anderson et al. (2019)

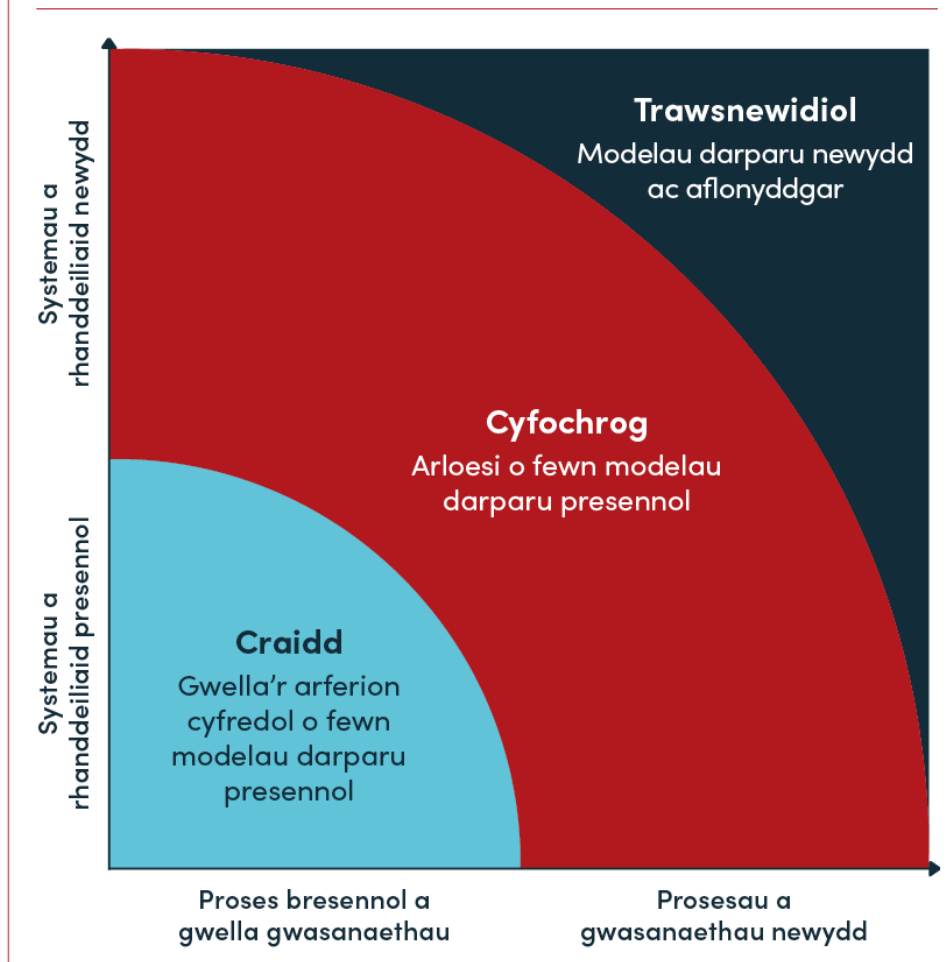
Mae offeryn QUASER ar gael fel adnodd di-dâl yn: [https://www.eur.nl/sites/corporate/files/QUASER-GuideForHospitals\\_0](https://www.eur.nl/sites/corporate/files/QUASER-GuideForHospitals_0).

Er bod nifer o adroddiadau wedi awgrymu y dylai uwch swyddog gweithredol mewn sefydliad fod yn gyfrifol am strategaeth arloesi, mae gwaith yng Nghlning Mayo ac yn Awstralia yn awgrymu bod angen seilwaith soffistigedig hefyd er mwyn annog mabwysiadu ac addasu mewn sefydliad (Wutzke, Benton et al. 2016, Anderson, Chung et al. 2019). Yn yr un modd, edrychodd astudiaeth o ofal iechyd yn Adran Materion Cyn-filwyr yr Unol Daleithiau ar ymdrechion i drawsnewid y sefydliad yn un â phwyslais ar arloesi yn cael ei arwain gan gleifion (Bokhour, Fix et al. 2018). Canfu'r awduron fod yn rhaid i'r strategaeth newid fod yn un amlweddog. Hyd yn oed pan oedd arweinyddiaeth ac ymgysylltiad wedi newid, roedd blaenoriaethau sefydliadol a rheoliadau yn dal i feddu ar y potensial i atgyfnerthu'r *status quo*, ac o ganlyniad roedd angen eu gwneud yn gydnaws unwaith eto.

Yn olaf, roedd dau bapur o ffynonellau gwahanol iawn yn disgrifio sut y mae strategaeth neu ddiwylliant o wella ac arloesi yn edrych yn ymarferol. Roedd y cyntaf, a oedd wedi'i leoli mewn sefydliad gofal sylfaenol llwyddiannus yng Nghnada yn cynnig 10 awgrym ynglŷn â sut i sicrhau diwylliant o wella (Kiran, Ramji et al. 2019). Roedd yr ail yn rhoi darlun mwy cyffredinol o'r modd y gall sefydliadau ddatblygu strategaeth sy'n sicrhau cydbwysedd rhwng tri math o weithgaredd: rheoli prosesau craidd, gwella ac arloesi (Nagfi a Tuff 2012). Roedd yn egluro bod gan bob un swyddogaeth bwysig, ond na all arloesi ddigwydd heb waith effeithiol yn y ddau faes arall. Mae ar arloesi angen deg y cant o gapasiti rheoli, gwella ugain y cant a rheoli prosesau craidd saith deg y cant. Disgrifiwyd sut y cymhwysir y model hwn ym maes gofal iechyd a rôl gwahanol ddulliau er mwyn sicrhau gwasanaethau sy'n canolbwyntio ar gleifion gan (Bhattacharyya, Blumenthal et al. 2019), ac mae i'w weld yn *Ffigur 4*.



**Ffigur 4. Deall sut i sicrhau dull gofal iechyd sy'n canolbwyntio ar y claf.**



Bhattacharyya et al. (2019)

Rhif	Maes astudio
12.	<p><b>Arweinyddiaeth a diwylliant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mae arweinyddiaeth a diwylliant yn cael effaith uniongyrchol ar ansawdd gwasanaethau a gofal.</li> <li>Mae nodweddion arweinyddiaeth lwyddiannus ar gyfer gwella ac arloesi wedi'u disgrifio'n dda ac wedi'u dangos drwy astudiaeth ymyriadol.</li> <li>Mae angen i ymdrechion i ledaenu a mabwysiadu ymyriadau mewn sefydliadau groesawu rolau cyflenwol rheolwyr a gweithwyr proffesiynol wrth reoli gwasanaethau a hybu newid.</li> </ul>

Mae nifer o astudiaethau wedi defnyddio ymchwil empirig i ddatblygu mesurau arweinyddiaeth sy'n gysylltiedig â pharodrwydd sefydliadau ar gyfer newid, a rhoddir sylw i bedair yma. Yn gyntaf, fe wnaeth

astudiaeth yn yr Unol Daleithiau ddatblygu a dilysu graddfa i fesur arweinyddiaeth gweithredu fel rhagfynegydd un elfen o gyd-destun ar gyfer gweithredu newid sy'n seiliedig ar dystiolaeth (Aarons, Ehrhart et al. 2014). Yn yr un modd, roedd y raddfa SCORE yn cynnig mesur i asesu parodrwydd sefydliadau ar gyfer gwella, ac yn canolbwyntio ar y gweithlu yn yr achos hwn (Adair, Quow et al. 2018). Canfu papur arall yn yr Unol Daleithiau fod ysbytai a oedd â chyfraddau uwch ar gyfer ymgysylltiad staff mewn gweithgareddau gwella yn fwy tebygol o gael sgôr uchel ar raddfa ansawdd gofal gyfansawdd (Foster, Kenward et al. 2017). Yn olaf, datblygwyd 'Damcaniaeth Ysgogi Newid' o gyfweiliadau gyda staff mewn sefydliadau newid 'llwyddiannus' (Breckenridge, Gray et al. 2019). Roedd yn pwysleisio bod angen cysoni'r ffactorau sy'n ysgogi staff a sefydliadau a gwaith cyson i ddatblygu ymddiriedaeth ac osgoi agweddau negyddol.

Defnyddiodd tîm ymchwil yn Ysgol Iechyd Cyhoeddus Yale astudiaeth empirig i ddangos bod nifer o agweddau ar ddiwylliant arweinyddiaeth mewn sefydliadau gofal iechyd yn gysylltiedig â gofal iechyd o ansawdd gwell, ac yn fwy penodol, lefelau is o farwolaethau (Curry, Linnander et al, 2015). Yna defnyddiodd papur dilynol ddyluniad ymyriadol i newid diwylliant. Cofnodwyd graddau'r newid diwylliant a'r effaith ar ansawdd gwasanaethau. (Brewster et al. 2018, Curry, Brault et al. 2018). Credir mai'r astudiaeth hon yn 2018 yw'r enghraifft gyntaf sy'n dangos bod ymyriad sy'n seiliedig ar ddiwylliant yn gysylltiedig â newid mewn canlyniadau clinigol. Mae eu gwaith wedi'i ymgorffori yn yr adolygiad o sefydliadau y cyfeiriwyd ato'n gynharach (Fulop a Ramsay 2019). Canfuwyd mai pum maes diwylliant arweinyddiaeth llwyddiannus oedd:

1. *Amgylchedd dysgu.*
2. *Cefnogaeth gan uwch reolwyr.*
3. *Diogelwch seicolegol.*
4. *Ymrwymiad i'r sefydliad.*
5. *Amser i wella.*

Defnyddir arweinyddiaeth weithiau fel term cyffredinol, nad yw o reidrwydd mewn lleoliadau cymhleth gofal iechyd yn gydnaws â'r rolau a'r arddulliau arweinyddiaeth gwrthgyferbyniol sydd eu hangen yn ymarferol. Mae angen sgiliau arweinyddiaeth ar lawfeddyg sy'n arwain llawdriniaeth ac ar uwch archwiliwr, ond nid yr un sgiliau. Os nad yw sefydliadau'n hierarchaethau syml, mae arnom angen darlun mwy soffistigedig o'r modd y caiff arweinyddiaeth ei defnyddio'n llwyddiannus yn ymarferol. Roedd astudiaeth a wnaethpwyd yn ddiweddar o rôl arweinyddiaeth mewn arloesi yn defnyddio astudiaethau achos hydredol er mwyn deall rôl arweinwyr wrth fabwysiadu arloesiadau cymhleth mewn nifer o leoliadau gofal iechyd (Currie a Spyridonidis 2019). Roedd yn dangos rolau penodol ar gyfer rheolwyr, meddygon a nyrsys dros linell amser bedair blynedd. Mae *Ffigur 6* yn disgrifio'r canfyddiadau ac yn dangos rheolwyr yn arwain mewn camau cychwynnol gan ddarparu'r mandad a'r gofod sefydliadol ar gyfer arloesi. Roedd arweinwyr meddygol yn cael eu cyfoedion proffesiynol i gymryd rhan drwy gyflwyno'r dystiolaeth a chael consensws. Roedd arweinwyr

nyrsio yn sicrhau bod cynlluniau'n cael eu mabwysiadu a'u cefnogi'n lleol. Mae'r rolau ar wahân, yn gyd-ddibynnol ac yn ategu ei gilydd. Maent hefyd yn ddilyniannol, ond â llawer iawn o orgyffwrdd.

Rhif	Maes astudio
13.	<p><b>Rhwydweithiau a chydweithredu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mae llawer o gyfleoedd i rannu arbenigedd a gwersi a ddysgwyd drwy well rhwydweithio rhwng gwasanaethau, y byd academiaidd, y sector gwyddorau bywyd ac asiantaethau eraill.</li> <li>• Mae dulliau gweithredu llwyddiannus yn rhai nad ydynt yn seiliedig ar hierarchaeth. Maent yn adeiladu capasiti/gallu ac yn datblygu cydnawsedd.</li> </ul>

Mae gwaith arloesi a gwella yn elwa o rwydweithiau o bobl. Mae'r rhwydwaith Q, a sefydlwyd gan y Sefydliad Iechyd wedi dod yn gyfrwng llwyddiannus i ddod â gweithwyr proffesiynol at ei gilydd ar gyfer dysgu, cefnogi a rhannu (Bray ac O'Malley 2017). Mae diwydiannau a'r byd academiaidd fel ei gilydd yn datblygu cysylltiadau cryf er mwyn manteisio ar arbenigedd (Coentro, De Pieri et al. 2019). Mae ar rwydweithiau a chydweithrediadau sy'n pontio diwydiant, y byd academiaidd a gwasanaethau iechyd angen ymddiriedaeth a pharodrwydd ar gyfer newid tarfol (Germann, Schuhmacher et al. 2013).

Roedd sefydlu Cydweithrediadau Arweinyddiaeth mewn Ymchwil Iechyd Cymhwysol a Gofal (CLAHRC) yn Lloegr yn dangos gwerth y byd academiaidd fel partner gwerthuso i wasanaethau iechyd (Harvey, Fitzgerald et al. 2011). Gellir lliniaru risg sy'n gysylltiedig â gweithredu newid ar raddfa fawr drwy werthuso integredig, hyblyg. Mae manteision tebyg yn bresennol pan fydd ymchwilwyr corfforedig yn cefnogi gweithredu ar gyfer trosi (Wolfenden, Yoong et al. 2017).

Mae cwestiynau ehangach yn codi pan fydd y byd academiaidd, diwydiant, llunwyr polisïau a gwasanaethau'n ceisio gweithio gyda'i gilydd. Er bod y nod o sicrhau gwasanaethau â mwy o werth drwy arloesi yn syml ac yn atyniadol, mae'r realiti'n fwy cymhleth ac yn agored i werthoedd gwahanol pob sector (Greenhalgh, Fahy et al. 2018). Mae enghreifftiau da o gyflawni, ond mae'r camgymparu'n achosi gwastraff y gellid ei osgoi. Mae angen ymdrech barhaus ar fwy nag un haen er mwyn adnabod y gwahaniaethau hyn a gweithio drwyddynt. Yn ffodus, mae modelau wedi'u sefydlu y gellir dysgu gwersi ohonynt. Fel CLAHRC (Cydweithrediadau Ymchwil Cymhwysol (ARCs) erbyn hyn), mae'r Canolfannau Ymchwil Biomeddygol (BRCs) yn Lloegr yn fecanweithiau defnyddiol er mwyn cytuno ar flaenoriaethau traws-sectoraidd ac efelychu ystod o weithgareddau sy'n helpu i ffurfio rhwydweithiau a chefnogi timau i roi sylw i broblemau mewn bywyd go iawn. Maent yn bartneriaethau rhwng gofal iechyd a'r byd academiaidd, ond maent yn meithrin partneriaethau llawer ehangach â sefydliadau eraill. Mae adolygiad o dros 10 mlynedd o waith gan

BRC Rhydychen yn edrych ar adeiladu capasiti, cysoni arloesi â blaenoriaethau cleifion a sut y bydd y gwaith hwn yn datblygu yn y dyfodol (Greenhalgh, Ovseiko et al. 2017).

Arweiniodd adolygiad defnyddiol o lenyddiaeth at nodi pum rhagflaenydd ar gyfer cydweithrediad effeithiol rhwng gofal iechyd a'r sector gwyddorau bywyd er mwyn sicrhau newid sefydliadol: roedd yr adolygiad yn canolbwyntio ar ofal iechyd sy'n seiliedig ar werth. Y pum rhagflaenydd yw: gweithredu amlddisgyblaethol (pobl, disgyblaethau a sefydliadau'n gweithio gyda'i gilydd ar draws y ffiniau presennol); defnyddio seilwaith technolegol priodol (manteisio ar dechnoleg sy'n gweithio); cipio metrigau ystyrlon (gweithio'n galed er mwyn casglu a defnyddio gwybodaeth, yn ymwneud yn fwyaf arbennig â chanlyniadau); deall y cylch gofal yn ei gyfanrwydd (canolbwyntio ar bobl a'u bywydau, nid cyfnodau gofal, cyfrifoldebau a drosglwyddir ac adeiladau); a hyblygrwydd ariannol (rheolau a chymhellion sy'n annog defnyddio adnoddau mewn ffyrdd newydd) (Rees, Bates et al. 2020).

Sylwer mai ni sy'n gyfrifol am yr esboniadau mewn cromfachau, ac nad ydynt yn deillio o'r astudiaeth. Mae'r papur yn cydnabod nad oes llawer o enghreifftiau o gydweithrediad helaeth rhwng gwasanaethau/sectorau ar hyn o bryd. Er hyn, mae'r rhagflaenyddion yn adleisio agweddau blaenorol ar yr adolygiad hwn. Mae'r angen dybryd i newid gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol yn galw am fodelau gwasanaeth newydd arloesol sy'n canolbwyntio ar well canlyniadau. Y strategaeth orau er mwyn sicrhau newid yw cymhwyso egwyddorion newydd (rhagflaenyddion) i'n systemau gwaith a sefydliadau.

Rhif	Maes astudio
14.	<b>Sut y byddwn yn gwybod pan fyddwn yn arloesol? Mesur a rheoleiddio</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Data canlyniadau (y Nod Pedwarplyg) yw'r mesurau a ddylai lywio newid.</li><li>• Mae gan gyrff rheoleiddio rôl bwysig, ond dylai eu gwaith fod yn gymesur a dylai gefnogi trawsnewid. Mae hyn yn galw am fwy o bwyslais ar fesurau da o brofiad cleifion.</li></ul>

Cyn belled yn ôl â 2007, dadleuodd y Sefydliad Polisi fod llywodraethau'r DU, ar gam, wedi ffafrio data prosesau yn hytrach na gwybodaeth am ganlyniadau ac ansawdd gofal fel offerynnau i hybu gwelliant (Hamblin 2007). Roeddent yn dadlau bod sefydliadau fel Gweinyddiaeth Iechyd y Cyn-filwyr yn yr Unol Daleithiau wedi llwyddo i wella ansawdd drwy ganolbwyntio ar fesurau canlyniadau a chynnwys timau rheng flaen yn y gwaith o ddatrys problemau. Ar y llaw arall, roedd dull gweithredu'r DU yn cau clinigwyr a chleifion allan o'r broses o ganolbwyntio ar ansawdd. Gwneir yr un ddadl gan yr OECD yn ei adolygiad o ansawdd gofal iechyd ledled Ewrop (Busse, Klazinga et al. 2019). Mae mesurau canlyniadau'n annog arloesi a newid: mae mesurau prosesau'n gwneud y gwrthwyneb.

Os yw'r mesurau'n cael eu newid mae angen newid cyflenwol hefyd yn nisgwyliadau staff. Dangosodd astudiaeth yn seiliedig ar gyfweiliadau a oedd yn edrych ar y defnydd o thermomedr diogelwch (yn mesur gweithrediad pedair strategaeth lleihau niwed) fod gwerth y data canlyniadau'n cael ei roi yn y fantol gan ofn staff y GIG y byddai gwybodaeth yn cael ei defnyddio i weld bai (Armstrong, Brewster et al. 2018). Yr ensyniad oedd bod diwylliant perfformiad wedi gwreiddio'n ddwfn, a bod angen strategaethau parhaus er mwyn sicrhau pwyslais ar welliant.

Yn Lloegr, mae arweinwyr sefydliadau'r GIG wedi erfyn am drefniadau rheoleiddio ac arolygu sy'n ystyried yr angen i drawsnewid gwasanaethau (NHS Providers 2018). Mae'n hollbwysig bod hyn yn gymesur o ran maint a baich, ond ar yr un pryd yn hyblyg yn lleol er mwyn adlewyrchu anghenion.

Mae un awdur, Joy Furnival, wedi gwneud adolygiad helaeth o rôl cyrff rheoleiddio wrth asesu gallu sefydliadau i wella (Furnival, Boaden et al. 2017, Furnival, Boaden et al. 2018). Allan o wyth dimensiwn o bwyslais sefydliadol, roedd cyrff rheoleiddio'n tueddu i ganolbwyntio ar ddau (gwella prosesau a dysgu gwersi, a strategaeth a llywodraethu) ac nid oeddent yn rhoi llawer o sylw i ymgysylltu â chleifion. Mae'n bosibl bod y pwyslais hwn o ganlyniad i'r math o dystiolaeth a oedd ar gael.

Yn olaf, mae'n bwysig trafod mesur bodlonrwydd cleifion, a allai efallai helpu i egluro anawsterau cyrff rheoleiddio. Mae arolygon o'r fath yn cael eu defnyddio'n eang a gallent fod yn rhan o newid dymunol tuag at fwy o bwyslais ar gleifion. Er hyn, maent yn aml yn or-symbl a gallent achosi newid di-fudd os ydynt yn ystumio ymddygiad tuag at newid poblogaidd ond diwerth (Junewicz a Youngner 2015).

## Cipolwg ar arloesi ym maes gofal cymdeithasol

**Dr Juliette Malley, Cymrawd Ymchwil Athro Cynorthwyol yn y Ganolfan Polisi a Gwerthuso Gofal (CPEC), Ysgol Economeg Llundain**

Mae arloesi mewn gofal cymdeithasol oedolion fel arloesi mewn gofal iechyd: yn aml mae'n methu â chyflawni. Mae yna lawer o syniadau ac arloesiadau sydd â photensial mawr, ond gall fod anawsterau yn eu lledaeniad cenedlaethol. Pan fyddant yn ymledu, gall problemau gweithredu effeithio ar y graddau y mae arloesiadau ar draws gwahanol dirweddau yn cyflawni graddfa ac yn dod yn drefn arferol. Mae llawer yn cael eu hamddifadu pan fydd yr arian yn dod i ben neu pan fydd yr amodau'n mynd yn llai tyner. Efallai y bydd eraill yn cyflawni lledaeniad rhesymol, ond yn parhau i fod yn ddewisiadau amgen bach, arbenigol wedi'u lleoli ar gyrion y system gofal cymdeithasol i oedolion; byth yn newid arferion prif ffrwd yn llwyr ac yn cyflawni'r newid system radical a addawyd.

A allwn ni felly ddisgwyl bod gwersi'r adolygiad naratif hwn yr un mor berthnasol i gyd-destun gofal cymdeithasol oedolion? Ein hateb yn bennaf yw gallwn. Mae'r adolygiad hwn yn crynhoi'n ddefnyddiol lawer o offer a fframweithiau sy'n darparu gwersi cyffredinol am ffactorau i'w hystyried wrth arloesi. Pan gânt eu defnyddio'n ddoeth, fe all ac fe ddylai'r offer hyn helpu pobl sy'n arloesi ym maes gofal cymdeithasol oedolion i wella cyfraddau llwyddiant.

Fodd bynnag, mae cael eich arfogi â'r wybodaeth hon yn dra gwahanol i'w ddefnyddio. Cwestiwn pwysig ar gyfer ymchwil arloesi yw er gwaethaf y wybodaeth bresennol, pam mae pobl a sefydliadau yn parhau i ddilyn strategaethau y gwyddom sy'n anymarferol? Mae rhai astudiaethau wedi datblygu strategaethau ac atebion i helpu i'w gwneud hi'n haws ac yn fwy tebygol y bydd pobl yn dilyn y gwersi i gynyddu'r siawns o lwyddo. Mae'r gwaith hwn yn bwysig, byddem yn annog pwyll yma wrth gymhwyso gwersi o'r adolygiad hwn. Er yr hoffai'r ddau sector newid radical, yn aml ar hyd llinellau tebyg iawn, credwn ei bod yn annhebygol y bydd strategaethau ac atebion a ddyluniwyd ar gyfer y sector iechyd yn trosglwyddo'n hawdd i gyd-destun gofal cymdeithasol oedolion. Mae'n cychwyn o sefyllfa wahanol iawn i'r system gofal iechyd a dylai ddilyn llwybr gwahanol.

Yng ngham cyntaf y prosiect Cefnogi Arloesi Gofal Cymdeithasol i Oedolion (SASCI), gwnaethom osod cwestiwn i'n hunain fel yr un ym maes astudiaeth tri'r adolygiad hwn: deall pam mae gwasanaethau gofal cymdeithasol oedolion yn aml yn ei chael yn anodd arloesi. Gwnaethom adolygu'r dystiolaeth a oedd ar gael a siarad â chroestoriad o arloeswyr a rhanddeiliaid gofal cymdeithasol oedolion i ddeall eu profiadau arloesi. Ein nod oedd nodi meysydd a oedd angen y sylw mwyaf yng nghyd-destun gofal cymdeithasol oedolion i arwain y rhaglen waith ddiweddarach. Efallai nad yw'n syndod i'r rhai sy'n gyfarwydd â gofal cymdeithasol i oedolion nad yw ein dadansoddiad o pam mae tyfu a lledaenu arloesiadau gofal cymdeithasol oedolion yn anodd ond â thebygrwydd cymedrol â'r rhesymau a nodwyd dros ofal iechyd.

Mae'r adolygiad hwn yn disgrifio'r anawsterau o weithredu newid o fewn sefydliadau mawr, dan berchnogaeth gyhoeddus; wedi'i strwythuro o amgylch gwahanol swyddogaethau sy'n rhwystro cyfathrebu a chydweithio. Mae hyn yn disgrifio ysbytai, ond nid oes gan ofal cymdeithasol oedolion yr hyn sy'n cyfateb i ysbyty. Mae darpariaeth gwasanaethau gofal cymdeithasol i oedolion yn dameidiog oherwydd bod gwasanaethau gofal cymdeithasol yn cael eu darparu gan amlaf gan glytwaith o sefydliadau bach â pherchnogaeth annibynnol yn bennaf, yn lle rhaniadau o fewn sefydliadau. Mae'r sefydliadau hyn yn aml yn cystadlu i ennill contractau gydag awdurdodau lleol ar gyfer cleientiaid a ariennir yn gyhoeddus a/neu gwsmeriaeth o rai sy'n gofalu'n hunangyllidol oherwydd nad ydynt yn gymwys i gael gwasanaethau a ariennir yn gyhoeddus. Mae hwn yn fyd gwahanol sydd â gogwydd mwy masnachol i'r mwyafrif o systemau gofal iechyd. Er bod awdurdodau lleol yn darparu llawer iawn o'r cyllid ar gyfer gofal cymdeithasol i oedolion, mae ganddynt rôl ymylol yn bennaf wrth ei ddarparu - siapio a goruchwyllo'r farchnad ac ymyrryd lle bo angen.

Mae llawer yn dadlau y dylai'r pwysau cystadleuol hwn yrru arloesedd, felly pam mae hyn yn aml yn methu mewn gofal cymdeithasol oedolion? Mae'r bobl sy'n gweithio yn y maes hwn yn dweud wrthym fod ei ddarnio sylweddol a'i adnoddau cyfyngedig yn ei gwneud hi'n anodd lleadaenu arloesedd. I roi syniad: roedd 673 o gartrefi gofal yng Nghymru ym mis Ebrill 2015, gyda thua hanner y lleoedd mewn cartrefi gofal yn cael eu rhedeg gan ddarparwyr un safle. Dim ond 18 safle oedd yn berchen gan y darparwr mwyaf ym mis Ebrill 2015 (Moultrie and Rattle 2015). At hynny, mae gan lawer o'r sefydliadau darparu gofal cymdeithasol hyn strwythurau rheoli tenau. Efallai mai dim ond un perchennog a rheolwr fydd gan fusnesau un safle, a bydd gan fusnesau mwy â sawl safle dimau rheoli bach - efallai'n cynnwys rheolwyr rhanbarthol a grŵp canolog bach. Nid oes llawer o slac ar ôl dros ddegawd o gyni, ac mae prinder staff ar draws y sector hefyd yn golygu bod rheolwyr yn aml yn gweithio yn y rheng flaen i gwmpasu absenoldebau neu reoli recriwtio. Mae'n heriol dod o hyd i amser ar gyfer arloesi pan nad oes gan staff lawer o allu i feddwl y tu hwnt i faterion bobdydd, a lle mae cystadleuaeth yn gwneud cydweithrediad rhwng darparwyr neu gomisiynwyr gofal awdurdodau lleol yn anodd.

Mae hefyd yn aneglur i ba raddau y mae gofal cymdeithasol oedolion yn dioddef o arloesiadau sy'n cael eu gyrru gan gyflenwad - cwyn sy'n gysylltiedig yn nodweddiadol ag arloesiadau technoleg gofal iechyd. Nid yw gofal cymdeithasol oedolion wedi gweld lefel y buddsoddiad mewn datrysiadau uwch-dechnoleg a geir mewn gofal iechyd (er bod sawl cwmni technoleg mawr bellach yn dechrau buddsoddi mewn cynhyrchion i gefnogi bywyd hwyrach egnïol ac annibynnol). Yn mynd yn groes i'r naratif sy'n cael ei yrru gan gyflenwad mae llawer o enghreifftiau o ddyfeisiau arloesol, yn enwedig modelau ymarfer a gwasanaeth, a ddatblygwyd o'r gwaelod i fyny gan sefydliadau sydd wedi'u hymgorffori mewn cymunedau lleol neu bobl sydd â phrofiad byw o ofal (e.e., Bywydau a Rennir, Taliadau Uniongyrchol). Felly, er efallai na fydd rhai datblygiadau arloesol yn helpu i sicrhau newid sydd ei angen ar y sector oherwydd eu bod yn cael eu gyrru gan bryderon ochr gyflenwi yn hytrach na phryderon ochr y galw, yn sicr mae yna nifer dda nad ydyn nhw'n cyd-fynd â'r



disgrifiad hwn. Yn wir, byddai llawer sy'n gweithio ym maes gofal cymdeithasol oedolion yn dadlau bod ganddo hanes da o weithio gyda phobl sydd â phrofiad byw o ofal, er bod lle i wella bob amser.

Gall arloesi mewn gofal cymdeithasol oedolion wynebu gwahanol anawsterau i'r rhai sy'n effeithio ar ofal iechyd. Mae angen i ni greu llwybr ar gyfer newid sy'n gweithio i ofal cymdeithasol oedolion, gyda strategaethau ac atebion sector-benodol. Dyma nod prosiect SASCI. Ein nod yw adeiladu tystiolaeth ar sut i gefnogi'r sector gofal cymdeithasol i oedolion i ddatblygu, tyfu a lledaenu arloesedd perthnasol. Bydd y prosiect yn archwilio gallu arloesi o fewn sefydliadau a'r system ehangach, gan geisio deall sut y gall sefydliadau a'r seilwaith ehangach ddylanwadu ar y broses arloesi. Nod y prosiect yw helpu llunwyr polisi, rheolwyr ac ymarferwyr i ddatblygu polisiâu a gwneud penderfyniadau a fydd yn meithrin arloesedd ym maes gofal cymdeithasol oedolion a'i helpu i ffynnu a gwella bywydau pobl. Dysgwch fwy ar [wefan prosiect SASCI](#).

Dr Juliette Malley, ar ran y tîm SASCI

12/4/2021

### **Cydnabyddiaethau**

Cefnogwyd y gwaith hwn gan y Cyngor Ymchwil Economaidd a Chymdeithasol [ES/T001364/1].



## Cyfeiriadau

---

Aarons, G., M. Sklar, B. Mustanski, N. Benbow a C. H. Brown (2018). "Scaling-out evidence-based interventions to new populations and/or health care delivery systems: improving efficiency in implementation process." Implementation Science **13**.

 [DOI](#)

Aarons, G. A., M. G. Ehrhart ac L. R. Farahnak (2014). "The Implementation Leadership Scale (ILS): development of a brief measure of unit level implementation leadership." Implementation science : IS **9**(1): 45.

 [DOI](#)

Adair, K. C., K. Quow, A. Frankel, P. J. Mosca, J. Profit, A. Hadley, M. Leonard a J. Bryan Sexton (2018). "The Improvement Readiness scale of the SCORE survey: a metric to assess capacity for quality improvement in healthcare." BMC health services research **18**(1): 975.

 [DOI](#)

Adang, E. M. M. ac M. Wensing (2008). "Economic barriers to implementation of innovations in health care: Is the long run-short run efficiency discrepancy a paradox?" Health Policy **88**(2-3): 236-242.

 [DOI](#)

AmericanHealthConsultants (2011). "'Spread' remains challenge in patient safety improvement." Healthcare benchmarks and quality improvement **18**(5): 49-52.

 [DOI](#)

Anderson, J. E., G. Robert, F. Nunes, R. Bal, S. Burnett, A. Karlton, J. Sanne, K. Aase, S. Wiig ac N. J. Fulop (2019). "Translating research on quality improvement in five European countries into a reflective guide for hospital leaders: the 'QUASER Hospital Guide'." International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care **31**(8): G87-G96.

 [DOI](#)

Anderson, J. R., T. D. Y. Chung, L. Clark, J. A. Weis, A. J. Danielsen, S. Khosla, G. J. Gores ac A. D. Badley (2019). "Translation to Practice: Accelerating the Cycle of Innovation to Impact." Mayo Clinic proceedings **94**(3): 490-499.

 [DOI](#)

Armstrong, N., L. Brewster, C. Tarrant, R. Dixon, J. Willars, M. Power ac M. Dixon-Woods (2018). "Taking the heat or taking the temperature? A qualitative study of a large-scale exercise in seeking to measure for improvement, not blame." Social science & medicine (1982) **198**: 157-164.

 [DOI](#)

Asthana, S., R. Jones ac R. Sheaff (2019). "Why does the NHS struggle to adopt eHealth innovations? A review of macro, meso and micro factors." BMC Health Serv Res **19**(1): 984.

 [DOI](#)

Barlow, J. B., J. (2008). "All change please : putting the best new healthcare ideas into practice." Policy Exchange.

 [DOI](#)

Bates, P. A., P. Mendel a G. Robert (2008). Organizing for quality: the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States. Abingdon, Radcliffe Publishing Ltd.

 [DOI](#)

Battaglia, M., P. Furlong, N. M. Wulffraat ac F. Bellutti Enders (2019). "Improving the Translational Medicine Process: Moving Patients From "End-Users" to "Engaged Collaborators"." Frontiers in medicine **6**: 110.

 [DOI](#)

Beckett, M., E. Quiter, G. Ryan, C. Berrebi, S. Taylor, M. Cho, H. Pincus a K. Kahn (2011). "Bridging the gap between basic science and clinical practice : the role of organizations in addressing clinician barriers." Springer.

 [DOI](#)

Benn, J., S. Burnett, A. Parand, A. Pinto, S. Iskander a C. Vincent (2009). "Perceptions of the impact of a large-scale collaborative improvement programme: experience in the UK Safer Patients Initiative." Journal of evaluation in clinical practice **15**(3): 524-540.

 [DOI](#)

Benning, A., M. Ghaleb, A. Suokas, M. Dixon-Woods, J. Dawson, N. Barber, B. D. Franklin, A. Girling, K. Hemming, M. Carmalt, G. Rudge, T. Naicker, U. Nwulu, S. Choudhury ac R. Lilford (2011). "Large scale organisational intervention to improve patient safety in four UK hospitals: mixed method evaluation." BMJ (Clinical research ed.) **342**: d195.



Berwick, D. (2015). The origin and evolution of the breakthrough series collaborative. All in. Using healthcare collaboratives to save lives and improve care. B. W. Spulock a P. A. Teske. Roseville, California, Cynosure health: 32-46.



Bessant, J. R. (2014). Innovation - what it is and why it matters. Managing innovation. J. Tidd a J. R. Bessant, Wiley: 3-58.



Bhattacharyya, O., D. Blumenthal, R. Stoddard, L. Mansell, K. Mossman ac E. C. Schneider (2019). "Redesigning care: adapting new improvement methods to achieve person-centred care." BMJ Qual Saf **28**(3): 242-248.



Blayney, D. W. (2015). "Do Wise Choices Translate Into Cost Savings and Improved Outcomes?" Journal of oncology practice **11**(4): 344-345.



Boaz, A., J. Baeza ac A. Fraser (2011). "Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature." BMC research notes **4**: 212.



Bokhour, B. G., G. M. Fix, N. M. Mueller, A. M. Barker, S. L. Lavela, J. N. Hill, J. L. Solomon a C. V. Lukas (2018). "How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation." Bmc Health Services Research **18**.



Bousquet, J., J. Farrell, G. Crooks, P. Hellings, E. H. Bel, M. Bewick, N. H. Chavannes, J. C. de Sousa, A. A. Cruz, T. Haahtela, G. Joos, N. Khaltaev, J. Malva, A. Muraro, M. Nogues, S. Palkonen, S. Pedersen, C. Robalo-Cordeiro, B. Samolinski, T. Strandberg, A. Valiulis, A. Yorgancioglu, T. Zuberbier, A. Bedbrook, W. Aberer, M. Adachi, A. Agusti, C. A. Akdis, M. Akdis, J. Ankri, A. Alonso, I. Annesi-Maesano, I. J. Ansotegui, J. M. Anto, S. Arnavielhe, H. Arshad, C. Bai, I. Baiardini, C. Bachert, A. K. Baigenzhin, C. Barbara, E. D. Bateman, B. Begh , A. B. Kheder, K. S. Bennoor, M. Benson, K. C. Bergmann, T. Bieber, C. Bindeslev-Jensen, L. Bjermer, H. Blain, F. Blasi, A. L. Boner, M. Bonini, S. Bonini, S. Bosnic-Anticevitch, L. P. Boulet, R. Bourret, P. J. Bousquet, F. Braido, A. H. Briggs, C. E. Brightling, J. Brozek, R. Buhl, P. G. Burney, A. Bush, F. Caballero-Fonseca, D. Caimmi, M. A. Calderon, P. M. Calverley, P. A. M. Camargos, G. W. Canonica, T. Camuzat, K. H. Carlsen, W. Carr, A. Carriazo, T. Casale, A. M. Cepeda Sarabia, L. Chatzi, Y. Z. Chen, R. Chiron, E. Chkhartishvili, A. G. Chuchalin, K. F. Chung, G. Ciprandi, I. Cirule, L. Cox, D. J. Costa, A. Custovic, R. Dahl, S. E. Dahlen, U. Darsow, G. De Carlo, F. De Blay, T. Dedeu, D. Deleanu, E. De Manuel Keenoy, P. Demoly, J. A. Denburg, P. Devillier, A. Didier, A. T. Dinh-Xuan, R. Djukanovic, D. Dokic, H. Douagui, G. Dray, R. Dubakiene, S. R. Durham, M. S. Dykewicz, Y. El-Gamal, R. Emuzyte, L. M. Fabbri, M. Fletcher, A. Fiocchi, A. Fink Wagner, J. Fonseca, W. J. Fokkens, F. Forastiere, P. Frith, M. Gaga, A. Gamkrelidze, J. Garces, J. Garcia-Aymerich, B. Gemicio lu, J. E. Gereda, S. Gonz lez Diaz, M. Gotua, I. Grisle, L. Grouse, Z. Gutter, M. A. Guzm n, L. G. Heaney, B. Hellquist-Dahl, D. Henderson, A. Hendry, J. Heinrich, D. Heve, F. Horak, J. O. B. Hourihane, P. Howarth, M. Humbert, M. E. Hyland, M. Illario, J. C. Ivancevich, J. R. Jardim, E. J. Jares, C. Jeandel, C. Jenkins, S. L. Johnston, O. Jonquet, K. Julge, K. S. Jung, J. Just, I. Kaidashev, M. R. Kaitov, O. Kalayci, A. F. Kalyoncu, T. Keil, P. K. Keith, L. Klimek, B. Koffi N'Goran, V. Kolek, G. H. Koppelman, M. L. Kowalski, I. Kull, P. Kuna, V. Kvedariene, B. Lambrecht, S. Lau, D. Larenas-Linnemann, D. Laune, L. T. T. Le, P. Lieberman, B. Lipworth, J. Li, K. Lodrup Carlsen, R. Louis, W. MacNee, Y. Magard, A. Magnan, B. Mahboub, A. Mair, I. Majer, M. J. Makela, P. Manning, S. Mara, G. D. Marshall, M. R. Masjedi, P. Matignon, M. Maurer, S. Mavale-Manuel, E. Mel n, E. Melo-Gomes, E. O. Meltzer, A. Menzies-Gow, H. Merk, J. P. Michel, N. Miculinic, F. Mihaltan, B. Milenkovic, G. M. Y. Mohammad, M. Molimard, I. Momas, A. Montilla-Santana, M. Morais-Almeida, M. Morgan, R. M soges, J. Mullol, S. Nafti, L. Namazova-Baranova, R. Naclerio, A. Neou, H. Neffen, K. Nekam, B. Niggemann, G. Ninot, T. D. Nyembue, R. E. O'Hehir, K. Ohta, Y. Okamoto, K. Okubo, S. Ouedraogo, P. Paggiaro, I. Pali-Sch ll, P. Panzner, N. Papadopoulos, A. Papi, H. S. Park, G. Passalacqua, I. Pavord, R. Pawankar, R. Pengelly, O. Pfaar, R. Picard, B. Pigearias, I. Pin, D. Plavec,

D. Poethig, W. Pohl, T. A. Popov, F. Portejoie, P. Potter, D. Postma, D. Price, K. F. Rabe, F. Raciborski, F. Radier Pontal, S. Repka-Ramirez, S. Reitamo, S. Rennard, F. Rodenas, J. Roberts, J. Roca, L. Rodriguez Mañas, C. Rolland, M. Roman Rodriguez, A. Romano, J. Rosado-Pinto, N. Rosario, L. Rosenwasser, M. Rottem, D. Ryan, M. Sanchez-Borges, G. K. Scadding, H. J. Schunemann, E. Serrano, P. Schmid-Grendelmeier, H. Schulz, A. Sheikh, M. Shields, N. Siafakas, Y. Sibille, T. Similowski, F. E. R. Simons, J. C. Sisul, I. Skrindo, H. A. Smit, D. Solé, T. Sooronbaev, O. Spranger, R. Stelmach, P. J. Sterk, J. Sunyer, C. Thijs, T. To, A. Todo-Bom, M. Triggiani, R. Valenta, A. L. Valero, E. Valia, E. Valovirta, E. Van Ganse, M. van Hage, O. Vandenplas, T. Vasankari, B. Vellas, J. Vestbo, G. Vezzani, P. Vichyanond, G. Viegi, C. Vogelmeier, T. Vontetsianos, M. Wagenmann, B. Wallaert, S. Walker, D. Y. Wang, U. Wahn, M. Wickman, D. M. Williams, S. Williams, J. Wright, B. P. Yawn, P. K. Yiallourous, O. M. Yusuf, A. Zaidi, H. J. Zar, M. E. Zernotti, L. Zhang, N. Zhong, M. Zidarn a J. Mercier (2016). "Scaling up strategies of the chronic respiratory disease programme of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (Action Plan B3: Area 5)." Clinical and translational allergy **6**: 29.



Bradley, E. H., A. L. Brewster, Z. McNatt, E. L. Linnander, E. Cherlin, H. Fosburgh, H. H. Ting ac L. A. Curry (2018). "How guiding coalitions promote positive culture change in hospitals: a longitudinal mixed methods interventional study." BMJ Qual Saf **27**(3): 218-225.



Bradley, E. H., L. A. Curry, L. A. Taylor, S. W. Pallas, K. Talbert-Slagle, C. Yuan, A. Fox, D. Minhas, D. K. Ciccone, D. Berg ac R. Perez-Escamilla (2012). "A model for scale up of family health innovations in low-income and middle-income settings: a mixed methods study." British Medical Journal Open **2**: e000987.



Braithwaite, J., K. Churruca, J. C. Long, L. A. Ellis a J. Herkes (2018). "When complexity science meets implementation science: a theoretical and empirical analysis of systems change." Bmc Medicine **16**.



Bray, B. a H. O'Malley (2017). "The Q initiative: learning, connecting and collaborating at scale to improve health and care." Future healthcare journal **4**(Suppl 2): s17.



Breckenridge, J. P., N. Gray, M. Toma, S. Ashmore, R. Glassborow, C. Stark ac M. J. Renfrew (2019). "Motivating Change : a grounded theory of how to achieve large-scale, sustained change, co-created with improvement organisations across the UK." BMJ open quality **8**(2): e000553.



Bucknall, T. ac M. Fossum (2015). "It Is Not That Simple nor Compelling! Comment on "Translating Evidence Into Healthcare Policy and Practice: Single Versus Multi-faceted Implementation Strategies - Is There a Simple Answer to a Complex Question?"" International Journal of Health Policy and Management **4**(11): 787-788.



Busse, R., N. Klazinga, D. Panteli a W. Quentin (2019). "Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies (2019)."



Castle-Clarke, S., N. Edwards a H. Buckingham (2017). Falling short: Why the NHS is still struggling to make the most of new innovations. London, Nuffield Trust.



Clarkson, J., D. Bogle, J. Dean, M. Tooley, J. Trewby, L. Vaughan, E. Adams, P. Dudgeon, N. Platt a P. Shelton (2017). Engineering better care - a systems approach to health and care design and continuous improvement. London, Royal Academy of Engineering: 91.



Clay-Williams, R., H. Nosrati, F. C. Cunningham, K. Hillman a J. Braithwaite (2014). "Do large-scale hospital- and system-wide interventions improve patient outcomes: a systematic review." BMC health services research **14**: 369.



Coentro, J. Q., A. De Pieri, D. Gaspar, D. Tsiapalis, D. I. Zeugolis ac Y. Bayon (2019). "Translational Research Symposium-collaborative efforts as driving forces of healthcare innovation." Journal of Materials Science-Materials in Medicine **30**(12).



Colldén, C. ac A. Hellström (2018). "Value-based healthcare translated: a complementary view of implementation." BMC health services research **18**(1): 681.



Collins, B. (2018). "Adoption and spread of innovation in the NHS." Retrieved July 2020, from <https://www.kingsfund.org.uk/publications/innovation-nhs>.



Cox, A. (2016). LinkedIn. <https://www.linkedin.com/pulse/innovation-latest-fad-so-lets-do-properly-alistair-cox>.



Currie, G. a D. Spyridonidis (2019). "Sharing leadership for diffusion of innovation in professionalized settings." Human Relations **72**(7): 1209-1233.



Curry, L. A., M. A. Brault, E. L. Linnander, Z. McNatt, A. L. Brewster, E. Cherlin, S. P. Flieger, H. H. Ting ac E. H. Bradley (2018). "Influencing organisational culture to improve hospital performance in care of patients with acute myocardial infarction: a mixed-methods intervention study." BMJ Qual Saf **27**(3): 207-217.



Curry, L. A., E. L. Linnander, A. L. Brewster, H. Ting, H. M. Krumholz ac E. H. Bradley (2015). "Organizational culture change in U.S. hospitals: a mixed methods longitudinal intervention study." Implement Sci **10**: 29.



Damschroder, L. J., D. C. Aron, R. E. Keith, S. R. Kirsh, J. A. Alexander a J. C. Lowery (2009). "Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science." Implementation Science **4**.



Davies, M. (2017). "A Matter of Balance: Sharing Front-Line Ownership for Quality and Safety with Patients and Families - Scaling and Spreading Local Improvements for Broader Impact." HealthcarePapers **17**(1): 44-48.



Dixon-Woods, M. (2019). "Harveian Oration 2018: Improving quality and safety in healthcare." Clin Med (Lond) **19**(1): 47-56.



Dixon-Woods, M., M. Leslie, C. Tarrant a J. Bion (2013). "Explaining Matching Michigan: an ethnographic study of a patient safety program." Implement Sci **8**: 70.

Fitzgerald, L. ac A. McDermott Challenging perspectives on organizational change in health care.



Flores, M., G. Glusman, K. Brogaard, N. D. Price ac L. Hood (2013). "P4 medicine: how systems medicine will transform the healthcare sector and society." Per Med **10**(6): 565-576.



Foster, G. L., K. Kenward, S. Hines ac M. S. Joshi (2017). "The Relationship of Engagement in Improvement Practices to Outcome Measures in Large-Scale Quality Improvement Initiatives." American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality **32**(4): 361-368.



Fulop, N. J. ac A. I. G. Ramsay (2019). "How organisations contribute to improving the quality of healthcare." BMJ **365**: l1773.



Furnival, J., R. Boaden a K. Walshe (2017). "Conceptualizing and assessing improvement capability: a review." International Journal for Quality in Health Care **29**(5): 604-611.



Furnival, J., R. Boaden a K. Walshe (2018). "Assessing improvement capability in healthcare organisations: a qualitative study of healthcare regulatory agencies in the UK." International Journal for Quality in Health Care **30**(9): 715-723.



Germann, P. G., A. Schuhmacher, J. Harrison, R. Law, K. Haug a G. Wong (2013). "How to create innovation by building the translation bridge from basic research into medicinal drugs: an industrial perspective." Human genomics **7**: 5.

[OEB]

Gillespie, B. M., E. L. Harbeck, J. Lavin, K. Hamilton, T. Gardiner, T. K. Withers ac A. P. Marshall (2018). "Evaluation of a patient safety programme on Surgical Safety Checklist Compliance: a prospective longitudinal study." BMJ Open Qual **7**(3): e000362.

[OEB]

Green, S., M. T. D. Smith, V. Y. Kong, D. L. Skinner, J. L. Bruce, G. L. Laing, P. Brysiewicz a D. L. Clarke (2019). "Compliance with the Surviving Sepsis Campaign guidelines for early resuscitation does not translate into improved outcomes in patients with surgical sepsis in South Africa." South African journal of surgery. Suid-Afrikaanse tydskrif vir chirurgie **57**(4): 8-12.

[OEB]

Greenhalgh, T. How to implement evidence-based healthcare. Wiley Blackwell, New Jersey.

[OEB]

Greenhalgh, T. (2018). "How to improve success of technology projects in health and social care." Public Health Research & Practice **28**(3).

[OEB]

Greenhalgh, T., N. Fahy ac S. Shaw (2018). "The Bright Elusive Butterfly of Value in Health Technology Development Comment on "Providing Value to New Health Technology: The Early Contribution of Entrepreneurs, Investors, and Regulatory Agencies"." Int J Health Policy Manag **7**(1): 81-85.

[OEB]

Greenhalgh, T., P. V. Ovseiko, N. Fahy, S. Shaw, P. Kerr, A. D. Rushforth, K. M. Channon, V. Kiparoglou, W. Partnerships for Health and O. Innovation cross-cutting theme of the National Institute for Health Research Biomedical Research Centre (2017). "Maximising value from a United Kingdom Biomedical Research Centre: study protocol." Health Res Policy Syst **15**(1): 70.

[OEB]

Greenhalgh, T. a C. Papoutsis (2019). "Spreading and scaling up innovation and improvement." BMJ (Clinical research ed.) **365**: l2068.

[OEB]

Greenhalgh, T., G. Robert, F. Macfarlane, P. Bate ac O. Kyriakidou (2004). "Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations." Milbank Q **82**(4): 581-629.

[OEB]

Grol, R. ac M. Wensing (2020). Effective implementation of change in healthcare: a systematic approach. Improving patient care. The implementation of change in healthcare. M. Wensing, R. Grol a J. Grimshaw. Oxford, John Wiley 45-71.

[OEB]

Hagg, H. W., J. Workman-Germann, M. Flanagan, D. Suskovich, S. Schachitti, C. Corum a B. N. Doebbeling (2008). "Implementation of Systems Redesign: Approaches to Spread and Sustain Adoption." Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign).

[OEB]

Hamblin, R. G., J. (2007). "Measure for measure : using outcome measures to raise standards in the NHS." Policy Exchange.

[OEB]

Harvey, G., L. Fitzgerald, S. Fielden, A. McBride, H. Waterman, D. Bamford, R. Kislov ac R. Boaden (2011). "The NIHR Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care (CLAHRC) for Greater Manchester: combining empirical, theoretical and experiential evidence to design and evaluate a large-scale implementation strategy." Implementation science : IS **6**: 96.

[OEB]

Harvey, G. ac A. Kitson (2015). "Translating evidence into healthcare policy and practice: Single versus multi-faceted implementation strategies - is there a simple answer to a complex question?" International journal of health policy and management **4**(3): 123-126.

Horton, T., J. Illingworth and W. Warburton (2018). The spread challenge. How to support the successful uptake of innovations and improvements in healthcare. London, Health Foundation.

[OEB]

Jones, L., L. Pomeroy, G. Robert, S. Burnett, J. E. Anderson ac N. J. Fulop (2017). "How do hospital boards govern for quality improvement? A mixed methods study of 15 organisations in England." British medical journal quality and safety **26**: 978-986.

[OBJ]

Junewicz, A. ac S. J. Youngner (2015). "Patient-Satisfaction Surveys on a Scale of 0 to 10: Improving Health Care, or Leading It Astray?" Hastings Center Report **45**(3): 43-51.

[OBJ]

Kahneman, D. Thinking, fast and slow. London, Penguin Random House.

[OBJ]

Kemp, L. (2016). "Adaptation and Fidelity: a Recipe Analogy for Achieving Both in Population Scale Implementation." Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research **17**(4): 429-438.

[OBJ]

Kiran, T., N. Ramji, M. B. Derocher, R. Girdhari, S. Davie ac M. Lam-Antoniades (2019). "Ten tips for advancing a culture of improvement in primary care." BMJ Qual Saf **28**(7): 582-587.

[OBJ]

Laur, C., J. Bell, R. Valaitis, S. Ray a H. Keller (2018). "The Sustain and Spread Framework: Strategies for sustaining and spreading nutrition care improvements in acute care based on thematic analysis from the More-2-Eat study 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services." BMC Health Services Research **18**(1).

[OBJ]

Linnander, E., Z. McNatt, K. Boehmer, E. Cherlin, E. Bradley ac L. Curry (2020). "Changing hospital organisational culture for improved patient outcomes: developing and implementing the leadership saves lives intervention." BMJ Qual Saf.

[OBJ]

Meeus, M. T. H. a C. Edquist (2006). Introduction to Part 1: Product and Process Innovation. Innovation, science, and institutional change. J. Hage ac M. Meeus. Oxford, Oxford University Press: 23-37.

[OBJ]

Mortimer, J. (2018). "Adoption and spread of innovation in the NHS." <https://www.kingsfund.org.uk/publications/innovation-nhs#casestudies>.

[OBJ]

Nagfi, B. a G. Tuff (2012). "Managing your innovation strategy." Harvard Business Review **May**: 67-71.

[OBJ]

NHS Providers (2018). "The changing nature of regulation in the NHS." NHS Providers.

Øvretveit, J. (2011). "Understanding the conditions for improvement : research to discover which context influences affect improvement success." BMJ Group.

[OBJ]

Porter, M. E. ac E. O. Teisberg (2004). "Redefining competition in health care." Harv Bus Rev **82**(6): 64-76, 136.

[OBJ]

Reed, J. E., C. Howe, C. Doyle a D. Bell (2019). "Successful Healthcare Improvements From Translating Evidence in complex systems (SHIFT-Evidence): simple rules to guide practice and research." International Journal for Quality in Health Care **31**(3): 238-244.

[OBJ]

Rees, D. J., V. Bates ac R. A. Thomas (2020). "Collaborating to deliver value in health care: exploring conditions required for successful healthcare and life science sector collaboration." Transforming Government: People, Process and Policy.

[OBJ]

Rogers, E. (2003). Diffusion of innovations. New York, Free Press.

[OBJ]

Shaver, E. (2020). "The many definitions of innovation." Eric Shaver. MMedical technology innovator [https://www.ericshaver.com/the-many-definitions-of-innovation/#:~:text=xviii\).-%E2%80%9C%E2%80%A6,%26%20Bessant%2C%202009%2C%20p%202020](https://www.ericshaver.com/the-many-definitions-of-innovation/#:~:text=xviii).-%E2%80%9C%E2%80%A6,%26%20Bessant%2C%202009%2C%20p%202020)

Shiell-Davis, K., A. Wright, K. Seditas, S. Morton ac N. Bland (2015). "Scaling-up innovations." What Works Scotland.

[OBJ]

Sikka, R., J. M. Morath ac L. Leape (2015). "The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work." BMJ Qual Saf **24**(10): 608-610.

[OBJ]

Sustainable Improvement Team and the Horizons Team (2018). Leading large scale change: a practical guide. A guide to leading large scale change through complex health and social care environments. Leeds, England, NHS England: 122.

[OoB]

Thimbleby, H. (2017). "Trust me, I'm a computer?" Future Healthc J **4**(2): 105-108.

von Thiele Schwarz, U., K. Nielsen, K. Edwards, H. Hasson, C. Ipsen, C. Savage, J. Simonsen

Abildgaard, A. Richter, C. Lornudd, P. Mazzocato a J. E. Reed (2020). "How to design, implement and evaluate organizational interventions for maximum impact: the Sigtuna Principles." European Journal of Work and Organizational Psychology: 1-13.

[OoB]

Wachter, R. (2015). The digital doctor. New York, McGraw Hill.

[OoB]

Llywodraeth Cymru (2018). Adolygiad Seneddol o lechyd a Gofal Cymdeithasol yng Nghymru.

[OoB]

Wensing, M. ac R. Grol (2019). "Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more." BMC medicine **17**(1): 88.

[OoB]

Wilkinson, J. E. a H. Frost (2015). "'Horses for Courses': Comment on 'Translating Evidence Into Healthcare Policy and Practice: Single Versus Multi-Faceted Implementation Strategies - Is There a Simple Answer to a Complex Question?'" International journal of health policy and management **4**(10): 685-686.

[OoB]

Wolak, E., A. Overman, B. Willis, C. Hedges a G. F. Spivak (2019). "Maximizing the Benefit of Quality Improvement Activities: A Spread of Innovations Model." Journal of nursing care quality.

[OoB]

Wolfenden, L., S. L. Yoong, C. M. Williams, J. Grimshaw, D. N. Durrheim, K. Gillham a J. Wiggers (2017). "Embedding researchers in health service organizations improves research translation and health service performance: the Australian Hunter New England Population Health example." Journal of clinical epidemiology **85**: 3-11.

[OoB]

Wutzke, S., M. Benton ac R. Verma (2016). "Towards the implementation of large scale innovations in complex health care systems: views of managers and frontline personnel." BMC research notes **9**: 327.

[OoB]

Yano, E. M., L. W. Green, K. Glanz, J. Z. Ayanian, B. S. Mittman, V. Chollette ac L. V. Rubenstein (2012). "Implementation and spread of interventions into the multilevel context of routine practice and policy: implications for the cancer care continuum." Journal of the National Cancer Institute. Monographs **2012**(44): 86-99.

# Atodiad

## Dull chwil

Ar gyfer yr adolygiad naratif hwn gwnaethpwyd chwiliad llenyddiaeth gan ddefnyddio pedair cronfa ddata electronig fel a ganlyn:

Strategaeth chwilio	
Cronfeydd data	MEDLINE; Web of Science (core collection), Scopus a NICE
Termau chwilio	Healthcare OR Health care OR Health service* OR NHS AND (Quality management) OR improv* OR innovat* OR implement* OR (process knowledge) OR (product knowledge) AND Spread OR scal* OR translat* OR (accelerate uptake) OR (evidence translation) OR (research into practice)
Inclusion	Y DU, Ewrop, Awstralia a Chanada, a phapurau yn Saesneg yn unig
Exclusion	Cyn 2004

Cynhwyswyd papurau ychwanegol drwy wirio cyfeiriadau papurau perthnasol, deunydd darllen ychwanegol a hysbysiadau diweddarau cronfeydd data.

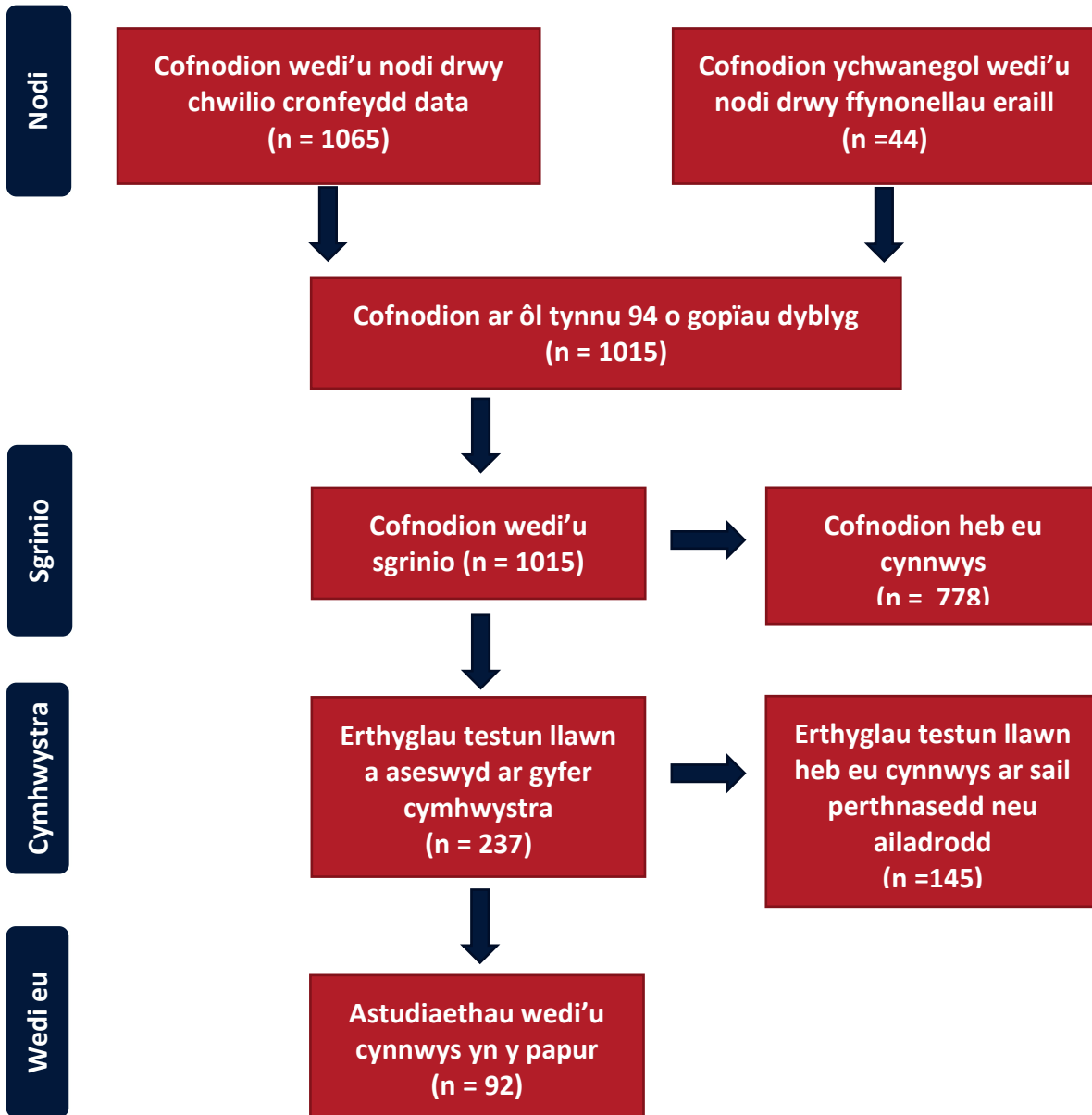
Ni chyfyngwyd y chwiliad i bapurau wedi'u hadolygu gan gymheiriaid. Mae'r llyfryddiaeth yn cynnwys nifer o werslyfrau allweddol ac adolygiadau perthnasol blaenorol gan awduron eraill. Cynhwyswyd sylwadau a chynnwys ar y we lle mae'n egluro deunydd academaidd.

Cynhyrchodd y chwiliadau o'r cronfeydd data 1065 o bapurau, 971 heb gynnwys copiâu dyblyg. Ychwanegwyd 44 o gyfeiriadau drwy ddarllen ychwanegol. Cafodd papurau amherthnasol eu tynnu allan drwy adolygu teitlau a chrynodebau. Y rheswm mwyaf cyffredin dros wrthod papur oedd pwyslais ar newidiadau i wasanaethau unigol ac ymdrechion unigol i weithredu. Mae'r testun terfynol yn cyfeirio at 92 o gyfeiriadau.

Wrth ysgrifennu'r astudiaeth ceisiwyd pontio arddull academaidd ac arddulliau mwy naratif fel bod y cynnwys yn gallu cyrraedd cynulleidfa eang.



## Diagram Ilif



## Am Hwb Gwyddorau Bywyd Cymru

Nod Hwb Gwyddorau Bywyd Cymru yw gwneud Cymru yn lle dewis ar gyfer arloesi iechyd, gofal a lles. Rydym yn helpu i hyrwyddo arloesedd a chreu cydweithredu ystyrlon rhwng diwydiant, iechyd, gofal cymdeithasol, y llywodraeth a sefydliadau ymchwil.

Rydym am helpu i drawsnewid iechyd a lles economaidd y genedl:

- cyflymu datblygiad a mabwysiadu atebion arloesol sy'n cefnogi anghenion iechyd a gofal cymdeithasol Cymru, a;
- partneru â diwydiant i hyrwyddo gwelliant economaidd ar draws y sector gwyddorau bywyd a sbarduno twf busnes a swyddi yng Nghymru.

Rydym yn gwneud hyn trwy weithio'n agos gyda chydweithwyr iechyd a gofal cymdeithasol i ddeall yr heriau a'r pwysau y gall sefydliad eu hwynebu. Ar ôl eu nodi, rydym wedyn yn gweithio gyda diwydiant i helpu i ddod o hyd i a chefnogi datrysiadau arloesol i ymateb i'r heriau hyn yn ystwyth.

Mae ein tîm yn darparu cyngor, cyfeirio a chefnogaeth bwrpasol i gyflymu pob taith arloesi, p'un a yw'n cefnogi clinigwr gyda syniad disglair neu sefydliad gwyddorau bywyd rhyngwladol.

Mae Hwb Gwyddorau Bywyd Cymru yn helpu i gataleiddio newid ledled y system trwy gynnull a threfnu ecosystem arloesi traws-sector. Mae'r cysylltiadau hyn yn ein galluogi i greu cyfleoedd rhwydweithio a pharu gwerthfawr.

I ddarganfod mwy, ewch i: <https://lshubwales.com/cy>

## Am yr awdur

Mae Dr Alan Willson yn Uwch Swyddog Ymchwil Iechyd y Cyhoedd, Polisi a Gwyddorau Cymdeithas ym Mhrifysgol Abertawe. Mae'n gyn-fferylllydd GIG, uwch reolwr ac arweinydd gwella, ac roedd yn Gyfarwyddwr GIG Cymru rhwng 2000-2014. Mae bellach yn ymwneud â datblygu arweinwyr a chefnogi gwellwyr systemau, ac mae ei waith yn cynnwys yr 'Improvement Science Research Group'.

## Sut i ddyfynnu'r papur hwn

Willson, A. (2021) Sicrhau Arloesedd mewn Iechyd a Gofal Cymdeithasol: adolygiad naratif. Caerdydd: Hwb Gwyddorau Bywyd Cymru Sicrhau Arloesedd mewn Iechyd a Gofal Cymdeithasol: adolygiad naratif.

Hawlfraint © 2021, Hwb Gwyddorau Bywyd Cymru Cedwir pob hawl.

Gall unigolion lungopïo'r deunyddiau hyn at ddibenion addysgol, di-elw, ar yr amod nad yw'r cynnwys yn cael ei newid mewn unrhyw ffordd a bod priodoliad priodol yn cael ei roi i Hwb Gwyddorau Bywyd Cymru fel ffynhonnell y cynnwys. Ni ellir atgynhyrchu'r deunyddiau hyn at ddefnydd masnachol, er mwyn gwneud elw ar unrhyw ffurf neu drwy unrhyw ddull, na'u hailgyhoeddi o dan unrhyw amgylchiadau, heb ganiatâd ysgrifenedig Hwb Gwyddorau Bywyd Cymru.