

Cydweithredu Cymru dros Iechyd Meddwl (CCIM)

# O DAN BWYSAU

*Adroddiad*

Arolwg Risg ac Ansawdd Gwasanaethau  
Iechyd Meddwl y GIG

Awst 2005



Llywodraeth Cynulliad Cymru  
Welsh Assembly Government

## CYNNWYS

	<i>tudalen</i>
Crynodeb Gweithredol	2
1. Cyflwyniad	
2. Methodoleg	12
3. Canfyddiadau allweddol	19
3.1 Trawsnewidiadau	19
3.2 Amgylchedd Clinigol	27
3.3 Rheolaeth Risg Glinigol	36
3.4 Ymwneud Byrddau'r Ymddiriedolaethau	42
3.5 Dull o Ymdrin Amlasiantaethol	47
4. Ymatebion o Arolygon Partneriaid Allweddol	52
5. Dadansoddiad ac Argymhellion	57
Atodiadau	
1. Cyfeiriadau	69
2. Enwau ymchwilwyr ac adolygwyr	73
3. Safonau Arolwg Risg	74
4. Gwerthusiad Proses y Grŵp Cyfeirio	90

## Crynodeb Gweithredol

Comisiynwyd Arolwg Risg ac Ansawdd Gwasanaethau Iechyd Meddwl y GIG gan Isadran Polisi a Datblygu'r Gwasanaeth Iechyd yn y Cynulliad Cenedlaethol, mewn ymateb i gais gan y Gweinidog bryd hynny dros Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol. Nod yr arolwg o feysydd risg blaenoriaethol oedd gweld beth oedd y sefyllfa Cenedlaethol a gwneud argymhellion ar gyfer gwelliannau fel y gellir sicrhau safon gofal isafswm i gleifion. Cylch gorchwyl yr arolwg oedd, yn benodol, oedolion o oedran gwaith ac oedolion hŷn a gwasanaethau nad ydynt ar gael i bobl ag anabledau dysgu, gwasanaethau i blant a phobl ifainc a gwasanaethau camddefnyddio sylweddau.

Gwnaed yr arolwg annibynnol gan Gydweithredu Cymru dros Iechyd Meddwl yn ystod cyfnod tri mis rhwng canol Medi a chanol Rhagfyr 2004. Gwnaed ymweliadau deuddydd gan dimau adolygu profiadol, gan ddefnyddio methodoleg gyson, â phob un o'r deg Ymddiriedolaeth GIG ac un Bwrdd Iechyd Lleol a oedd yn gyfrifol am ddarparu gwasanaethau iechyd meddwl arbenigol yng Nghymru. Roedd pob tîm adolygu yn cynnwys gweithiwr Mind Cymru, yn ogystal â chlinigwyr.

Mae canfyddiadau'r arolwg yn hynod o gyson ar draws Gymru, ac yn dangos system o wasanaethau sydd o dan bwysau mawr, er gwaethaf ymdrechion nifer o staff ymroddedig a chreadigol. O ganlyniad, mae gwasanaethau iechyd meddwl y GIG wedi'u hamlygu i nifer o risgiau difrifol sy'n cynnwys:

- Ansawdd gofal y cleifion yn cael ei gyfaddawdu
- Tebygolrwydd cynyddol o ddigwyddiadau proffil uchel lle peryglir diogelwch y cyhoedd
- Lleihad pellach mewn morâl staff

Mae'r ddau brif ddangosydd o bwysau ar y system wedi eu nodi fel:

- gorlenwi unedau cleifion preswyl – yn fwy na 100% ar brydiau
- llwyth gwaith uchel gwasanaethau iechyd meddwl cymunedol.

Gwneir y 24 argymhelliad canlynol i leihau risg a gwella ansawdd. Mae pob argymhelliad yn gofyn i'r asiantaethau perthnasol sy'n gyfrifol am wasanaethau iechyd meddwl y GIG yng Nghymru roi sylw i'r rhain a'u rhoi ar waith ar unwaith:

**Argymhelliad 1**

Yn ystod 2005/06 dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru sefydlu timau comisiynu iechyd meddwl arbenigol, wedi'i seilio ar sylfaen boblogaeth bob un o dri rhanbarth y GIG, gyda chyfrifoldeb dros y canlynol:-

- gwasanaethau lefel eilaidd a thrydyddol
- datblygu gwasanaethau gwybodaeth (gyda mewnbwn iechyd y cyhoedd)
- datblygu'r bartneriaeth rhwng asiantaethau iechyd a gofal cymdeithasol, a chynnwys asiantaethau tai a darparwyr y sector gwirfoddol.

**Argymhelliad 2**

Dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru gyhoeddi targedau SAFF cadarn a mesurau perfformiad perthynol ar gyfer iechyd meddwl am 2005/06 a blynyddoedd dilynol, i sicrhau y gwelir y gwasanaeth fel maes blaenoriaeth yn y GIG. Dylid parhau â gweithredu'r CPA yn llawn drwy'r fframwaith hwn.

**Argymhelliad 3**

O 2005/2006 ymlaen, dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru fonitro nad yw deiliadaeth unedau cleifion preswyl yn mynd yn fwy na ffigur cytunedig (90% dyweder). Dylid adrodd y wybodaeth hon yn rheolaidd i Fyrddau Ymddiriedolaethau ac i Gyfarwyddiaeth Iechyd a Gofal Cymdeithasol LICC. Dylai deiliadaeth gynnwys cleifion sydd wedi cael mynd adref dros dro.

**Argymhelliad 4**

Yn ystod 2005/2006, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys gryfhau gwasanaethau iechyd meddwl cymunedol i sicrhau y gallent gynnig gwasanaeth atal derbyn sy'n gallu ymateb 24 awr y dydd, 7 niwrnod yr wythnos. Gall hyn olygu datrys argyfwng a gwasanaethau triniaeth gartref, fel elfen ychwanegol o'r TIMC.

**Argymhelliad 5**

Yn ystod 2005/2006, dylai comisiynwyr gwasanaethau iechyd meddwl, BILl, Ymddiriedolaethau GIG ac Awdurdodau Lleol, gydweithio â darparwyr tai i greu cynlluniau i ymdrin ar unwaith â'r anawsterau sy'n codi o'r diffyg tai â chefnogaeth i bobl â phroblemau iechyd meddwl, i wneud cynnydd yn y maes allweddol hwn.

**Argymhelliad 6**

Erbyn Hydref 2005, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys adolygu'r trefniadau cyfredol ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl cleifion preswyl i bobl ifainc 16/17 oed. Lle mae'n rhaid i bobl ifainc o'r fath gael eu derbyn ar ward oedolion, dylai bod cefnogaeth

gan y tîm CAMHS perthnasol, a dylai wardiau a ddefnyddir i'r diben hwn fod â staff sydd wedi derbyn holiad yr heddlu a chyda hyfforddiant penodol.

### **Argymhelliad 7**

Erbyn Rhagfyr 2005, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys adolygu polisïau derbyn i sicrhau bod y penderfyniadau ynghylch y lle priodol ar gyfer derbyn pobl hŷn, wedi'i seilio ar angen clinigol, yn hytrach nac ar doriadau oedran mympwyol.

### **Argymhelliad 8**

Erbyn Rhagfyr 2005, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys (mewn partneriaeth â Byrddau Partneriaeth Diogelwch Cymunedol lleol) sicrhau bod trefniadau mewn grym i staff ar wardiau oedolion lle mae diagnosau deuol yn gyffredin i gael mynediad parod at hyfforddiant priodol, a chynghor gan wasanaethau arbenigol camddefnyddio sylweddol pan fo angen.

### **Argymhelliad 9**

Yn ystod 2005/2006, dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru sicrhau fod y timau comisiynu iechyd meddwl perthnasol yn cynhyrchu cynlluniau cytunedig ar gyfer darparu gwasanaethau fforensig diogelwch isel teg ar draws Gymru.

### **Argymhelliad 10**

Erbyn Ebrill 2006, dylai comisiynwyr iechyd meddwl sicrhau bod gwasanaethau cyswllt effeithiol wedi eu sefydlu ar gyfer bob ysbyty cyffredinol ac adran Damweiniau ac Argyfyngau. Dylid ymdrin ag anghenion arbennig mamau beichiog/ sy'n bwydo o'r fron a phobl â dementia mewn lleoliadau ysbytai cyffredinol gyda chefnogaeth a chynghor gan nyrsys iechyd meddwl medrus.

### **Argymhelliad 11**

Yn ystod 2005/2006, dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru gynnal/gomisiynu arolwg o fodolau o gefnogi ac ymateb i broblemau iechyd meddwl cyffredin mewn gofal sylfaenol, gan nodi arfer da. Dylid cyhoeddi cyfarwyddyd wedyn, wedi'i seilio ar ganlyniadau'r arolwg, erbyn Mawrth 2006, i'w weithredu gan Fyrddau Iechyd Lleol yng Nghymru.

### **Argymhelliad 12**

Erbyn Mawrth 2006, dylai comisiynwyr iechyd meddwl adolygu a gwella'r trefniadau presennol i drosglwyddo cleifion fforensig o unedau

diogelwch canolig i'r gymuned, gyda chefnogaeth barhaus gan y timau fforensig arbenigol. Dylid sefydlu mecanweithiau i ddatrys anghydfodau ynghylch ymgynghorwyr yn y gymuned yn cymryd statws RMO, gan sicrhau bod gwasanaethau cymunedol yn derbyn y gefnogaeth sydd ei hangen i reoli cleifion o'r fath yn ddiogel.

### **Argymhelliad 13**

Erbyn Ebrill 2006, dylai comisiynwyr iechyd meddwl, Byrddau Iechyd Lleol, Ymddiriedolaethau GIG, darparwyr gwasanaethau iechyd meddwl eraill ac Awdurdodau Lleol lunio strategaeth gytunedig, greadigol, integredig i gomisiynu gwasanaethau iechyd meddwl i bobl hŷn, gan gymryd i ystyriaeth adroddiadau diweddar y Comisiwn Archwilio a'r Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol i Bobl Hŷn sydd ar fin cael ei gyhoeddi.

### **Argymhelliad 14**

Erbyn Ebrill 2006, dylai comisiynwyr iechyd meddwl, Byrddau Iechyd Lleol, Ymddiriedolaethau GIG, Awdurdodau Lleol a darparwyr gwasanaethau iechyd meddwl eraill fod wedi gwneud trefniadau ar gyfer hyfforddiant a chefnogaeth barhaus staff mewn cartrefi gofal o ran rheoli amrywiaeth y problemau iechyd meddwl (yn cynnwys iselder ac ymddygiad heriol).

### **Argymhelliad 15**

Erbyn Ebrill 2006, dylai comisiynwyr iechyd meddwl, Byrddau Iechyd Lleol, Ymddiriedolaethau GIG, Awdurdodau Lleol a darparwyr gwasanaethau iechyd meddwl eraill wneud trefniadau penodol i fonitro gweithredu CPA gyda phobl hŷn â phroblemau iechyd meddwl, o fewn cyd-destun Aseidiadau Unedig.

### **Argymhelliad 16**

Erbyn Rhagfyr 2005, dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru sicrhau y cwblheir adroddiad ar gynllunio gweithlu mewn gwasanaethau iechyd meddwl yng Nghymru. Mae angen ystyried y diffygion yn yr holl grwpiau proffesiynol yn ofalus, a gwerthuso'r cyfleoedd am ffyrdd newydd o weithio, gyda chynllun gweithredu ar gyfer cynnydd yn y dyfodol.

### **Argymhelliad 17**

Erbyn Rhagfyr 2005, dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru (adrannau iechyd, gofal cymdeithasol ac addysg bellach) gynhyrchu cynllun ar gyfer datblygu cyfleoedd hyfforddi i staff gwasanaethau iechyd meddwl sydd heb gymhwyster proffesiynol.

**Argymhelliad 18**

Erbyn Mehefin 2005, rhaid i'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys sicrhau bod unrhyw wardiau cymysg sydd ar ôl, lle ceir mynediad i ystafell gysgu'r merched drwy ystafell gysgu'r dynion, wedi cael eu had-drefnu.

**Argymhelliad 19**

Yn ystod 2005/2006, ac mewn blynyddoedd dilynol, rhaid i'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys flaenoriaethu cynnal a chadw amgylchedd ffisegol y gofal, er gwaethaf diffyg dyfodol tymor hir i'r adeiladau.

**Argymhelliad 20**

Yn ystod 2005/2006, ac mewn blynyddoedd dilynol, dylai comisiynwyr gwasanaethau iechyd meddwl asesu'r angen am ail-ddarparu unedau cleifion preswyl yng nghyd-destun rhaglen ehangach o foderneiddio ac ailgynllunio gwasanaethau; dylai adeiladau newydd fod yn hyblyg a dylid dysgu gwersi o gynlluniau blaenorol.

**Argymhelliad 21**

Erbyn Mawrth 2006, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys sicrhau bod trefniadau mewn grym am weithgarwch therapiwtig ystyrllon i'w darparu yn rheolaidd ac yn helaeth mewn bob amgylchedd cleifion preswyl.

**Argymhelliad 22**

Erbyn Mawrth 2006, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys sicrhau y datblygir trefniadau cadarn ar gyfer ymglymiad defnyddwyr/gofalwyr o ran rheolaeth weithredol gwasanaethau.

**Argymhelliad 23**

Erbyn Mawrth 2006, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys fabwysiadu dull cadarn i gynnal archwiliadau rheolaidd o gyfran y cleifion sy'n cael copi o'u cynllun gofal eu hunain, wedi'i seilio ar weithredu CPA.

**Argymhelliad 24**

Erbyn Mawrth 2006, dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru adolygu'r gwasanaethau eiriolaeth annibynnol i ddefnyddwyr gwasanaethau iechyd meddwl gyda'r bwriad o gomisiynu gwasanaethau teg mewn bob rhan o Gymru. Rhaid gwneud darpariaeth hefyd i bobl â dementia gael mynediad at eiriolaeth.

## 1. Cyflwyniad

Yng Ngorffennaf 2004, Yn ôl cais y Gweinidog Gwasanaethau Iechyd a Chymdeithasol bryd hynny, comisiynwyd arolwg brys o feysydd risg â blaenoriaeth mewn gwasanaethau iechyd meddwl y GIG yng Nghymru i oedolion oed gwaith ac oedolion hŷn. Cynhaliwyd yr arolwg yn ystod cyfnod o dri mis rhwng canol Medi a chanol Rhagfyr 2004. Mae'r adroddiad hwn yn disgrifio canfyddiadau'r arolwg ac yn gwneud nifer o argymhellion am newid, yn nhermau datblygiadau pellach i bolisiâu a gwasanaethau, yn ogystal â nodi arfer da.

Bwriadwyd i ganfyddiadau'r Arolwg Risg ac Ansawdd annibynnol hwn o wasanaethau iechyd meddwl y GIG, gael eu hystyried ochr yn ochr â'r cynnyrch o'r gwaith canlynol:

- Arolwg gwasanaeth a wnaed gan y Comisiwn Archwilio yng Nghymru. Bydd yr arolwg hwn yn cymharu'r trefniadau presennol â safonau'r Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol iechyd meddwl i oedolion. Dylai adroddiadau ar bob ardal Bwrdd Iechyd Lleol / Awdurdod Lleol fod ar gael ar yr un pryd â chyhoeddi'r adroddiad hwn.
- Arolwg o Iechyd a Gofal Cymdeithasol a Lles yng Nghymru - project iechyd meddwl. Cytunwyd ar raglen waith chwe mis i'w gweithredu yn niwedd 2004 a fydd yn canolbwyntio ar: gomisiynu, gweithlu, adnoddau, a nodi gweithgorau iechyd meddwl a'u diben.

Ynghyd â'r arolwg o Fframwaith y Gwasanaeth Cenedlaethol ar gyfer Iechyd Meddwl Oedolion, bydd Cynllun Gweithredu cyffredinol yn cael ei gynhyrchu, fel y gall gwasanaethau iechyd meddwl symud ymlaen yng Nghymru mewn modd â chanolbwynt a chyd-drefniant iddo (*llythyr gan Mrs Ann Lloyd, Prif Weithredwr, GIG Cymru i Brif Weithredwyr Byrddau Iechyd Lleol ac Ymddiriedolaethau GIG, 25 Awst, 2004*).

### Diben

Mae gwella gwasanaethau iechyd meddwl yn un o'r blaenoriaethau iechyd allweddol i Gynulliad Cenedlaethol Cymru, a nod yr arolwg hwn oedd cynnal asesiad brys o'r sefyllfa genedlaethol a gwneud argymhellion ar gyfer gwelliannau fel y gellir sicrhau safon gofal isafswm i gleifion.

Aseswyd y meysydd risg blaenoriaeth canlynol o ran ansawdd a diogelwch y gofal clinigol a ddarparant:



- trefniadau rhyng-sefydliadol ac o fewn sefydliadau, a'r trawsnewidiadau o ofal sylfaenol i wasanaethau cymunedol, unedau cleifion preswyl i'r/o'r gymuned, gwasanaethau fforensig i'r/o'r gymuned.
- amgylchedd clinigol: ward (cyd-forbidrwydd, baich achosion, cymysgedd achosion, amgylchedd therapiwtig), timau iechyd meddwl cymunedol (cyd-forbidrwydd, baich achosion, cymysgedd achosion), gweithlu clinigol, amgylchedd ffisegol, arweinyddiaeth diwylliant/clinigol.
- rheolaeth risg glinigol: asesu, blaenoriaethu, rheoli digwyddiadau, systemau adrodd a dysgu, cynlluniau gweithredu ar gyfer delio â risgiau a nodwyd; systemau gwybodaeth.
- Bwrdd yr Ymddiriedolaeth: lefel yr ymwneud, gwybodaeth a dderbyniwyd/ gofynnwyd amdani ynghylch gwasanaethau iechyd meddwl, rheoli risg, rhyngwyneb strategol a gweithredol.
- Dull amlasiantaethol: cydweithio a rhyngwyneb ag asiantaethau eraill.

### **Grŵp Rheoli'r Project**

Rhodddwyd y contract i wneud yr arolwg hwn i Gydweithredu Cymru dros Iechyd Meddwl (CCIM). Dechreuwyd y Cydweithredu hyn yn 2003 ac mae'n cynnwys partneriaeth o fudd-ddeiliaid allweddol o brifysgolion, sefydliadau defnyddwyr a gofalwyr, grwpiau proffesiynol, sefydliadau gwirfoddol, y GIG a sefydliadau gofal cymdeithasol, gyda'r nod o weithio mewn partneriaeth i wella gwasanaethau iechyd meddwl yng Nghymru.

Cytunodd yr unigolion canlynol i gymryd rhan yn yr arolwg fel aelod o grŵp rheoli'r project, gyda'r cyfrifoldeb dros y gwaith a wneir, yn cynnwys cynhyrchu'r adroddiad hwn:

- Yr Athro Bob Woods, Cyfarwyddwr, Canolfan Cymru dros Ddatblygu Gwasanaethau Dementia, Prifysgol Cymru, Bangor (Cynullydd Grŵp Rheoli'r Project).
- Lindsay Foyster, Cyfarwyddwr, Mind Cymru.
- Yr Athro Richard Williams, Athro Strategaeth Iechyd Meddwl, *Welsh Institute for Health and Social Care*, Prifysgol Morgannwg (Cadeirydd, Grŵp Llywio'r CCIM).
- Gareth Morgan, Cyfarwyddwr Cynorthwyol, Canolfan Ymchwil Meddygaeth a Gofal, Prifysgol Cymru Bangor.

- Yr Athro David Menkes, Cyfarwyddwr, Adain Meddygaeth Seicolegol, Canolfan Ymchwil Meddygaeth a Gofal, Prifysgol Cymru Bangor.
- Yr Athro Nick Craddock, Athro Seiciatreg, Coleg Meddygaeth Cymru, Prifysgol Caerdydd.
- Dr Les Rudd, Cyfarwyddwr, Canolfan Datblygu Gwasanaethau Iechyd Meddwl Cymru
- Yr Athro Keith Lloyd, Athro Meddygaeth Seicolegol, Ysgol Glinigol Abertawe, Prifysgol Cymru Abertawe.

### **Amcanion a nodweddion nodedig yr Arolwg**

Wrth wneud argymhellion i wella gwasanaethau iechyd meddwl o fewn graddfa amser dynn iawn, gofalodd aelodau Grŵp Rheoli'r Project y byddai angen i'r arolwg hwn wneud y canlynol:

- Canolbwyntio ar y meysydd â blaenoriaeth a fyddai'n cyfrannu fwyaf at sicrhau lefelau gofal derbyniol.
- Canolbwyntio ar strategaethau a mesurau sy'n amddiffyn defnyddwyr, gofalwyr, staff a'r cyhoedd rhag niwed y gellid ei osgoi, wrth barchu hawliau defnyddwyr a gofalwyr ar yr un pryd.
- Treulio cymaint o amser ag y bo modd yn ymweld â gwasanaethau, yn siarad â staff rheng flaen, defnyddwyr a gofalwyr, yn cael golwg gyffredinol ar eu profiadau, eu sialensiau, eu rhwystredigaethau a'u cyflawniadau.
- Ceisio amcangyfrif i ba raddau y mae'r nifer byth gynyddol o bolisiau a phrotocolau sy'n berthnasol i iechyd meddwl yn cael effaith ar ymarfer.

Er mwyn cyflawni'r amcanion hyn, roedd angen sicrhau'r canlynol:

- Roedd proses gyfan yr arolwg yn destun archwiliad gan grŵp cyfeirio defnyddwyr/gofalwyr (hwyluswyd hyn gan Mind Cymru).
- Roedd set o safonau cytunedig wedi'u blaenoriaethu, y gellid ymdrin â hwy yn gyson ar draws Gymru, wedi'i seilio ar gyfarwyddyd a thystiolaeth cyfredol.
- Roedd timau ymweld yn cynnwys unigolion â phrofiad helaeth, gyda phob tîm â chymysgedd o safbwyntiau, yn cynnwys cynrychiolydd o Mind Cymru.
- Rhaid oedd i bob tîm gynnwys o leiaf dau aelod wedi'u tynnu o grŵp craidd bychan o adolygwyr, i sicrhau cysondeb o ran dull ar draws pob ymweliad.
- Roedd gan dimau ymweld fynediad at set allweddol o ddogfennau a ddarparwyd gan bob Ymddiriedolaeth.

- Ein dull oedd i driongli gwybodaeth ymhob maes, o gyfweiliadau, arsylwadau a dogfennau, i fwydo i themâu yn gysylltiedig â gwasanaethau ar draws Gymru. O'i brofiad o werthuso rheolaeth glinigol a rheolaeth risg, fe wnaeth y Comisiwn dros Wella Iechyd (CHI: *Framework for risk management for mental health trusts*, 2004) ystyried y gellid darparu 'asesiad cadarn' drwy ganfod barn rheolwyr a staff dethol, gyda thystiolaeth eiriol yn cael ei chefnogi gan enghreifftiau penodol a'i chefnogi gan dystiolaeth ddogfennol. Gellid gweld dull yr arolwg cyfredol, yn cynnwys cyfraniad gan amrywiaeth o reolwyr allweddol a chroestoriad da o staff, defnyddwyr a gofalwyr, arsylwi a chasglu a dadansoddi dogfennau sydd ar gael, yr un fath â darparu sylfaen gadarn dros weithredu. Yn ôl ei gynllun, o ystyried yr amser a'r adnoddau a oedd ar gael, mae ganddo ddiffyg dadansoddiad manwl iawn o'r sefyllfa ymhob Ymddiriedolaeth a fyddai wedi bod yn bosibl gydag arolwg helaeth ymhob ardal. Fodd bynnag, mae'n cynnig cyfle i weld cip o sefyllfa Cymru gyfan, gan gymryd trefn weithredu gyson o fewn ffrâm amser gyfyngedig. Fel y cyfryw, dylai ddarparu gwybodaeth gadarn ynghylch ardaloedd sydd angen gweithredu arnynt ar draws y rhan fwyaf o rannau o Gymru, os nad i gyd, yn ogystal ag unrhyw faterion o bryder difrifol sy'n amlwg mewn lleiafrif o ardaloedd.

### **Cylch gorchwyl yr arolwg**

Mae CAMHS, gwasanaethau Anableddau Dysgu a chamddefnyddio sylweddau (ac eithrio diagnosis deuol) wedi'u heithrio'n benodol o ddyletswyddau'r arolwg gan Lywodraeth Cynulliad Cymru. Yn unol â hyn, nid ymwelwyd â'r gwasanaethau hyn yn ystod yr Arolwg, a chânt eu crybwyll yn nhestun yr adroddiad dim ond i'r graddau ag y byddant o bosibl yn rhyngwynebu â gwasanaethau iechyd meddwl eraill, yn arbennig unedau cleifion preswyl.

### **Cydnabyddiaeth**

Mae Grŵp Rheoli'r Project yn hynod ddiolchgar i'r holl ddefnyddwyr, gofalwyr a'r staff o nifer o asiantaethau a roddodd o'u hamser, yn aml heb fawr o rybudd, i gwrdd â thimau arolygu neu i roi sylwadau ysgrifenedig neu gwrdd fel y Grŵp Cyfeirio. Mae'r ymrwymiad dwfn i wella gwasanaethau iechyd meddwl yng Nghymru gan bawb a gymerodd ran yn amlwg iawn.

## 2. Methodoleg

### Trosolwg

Cafodd y cydrannau canlynol eu cynnwys:

- Sefydlu grŵp cyfeirio defnyddwyr/gofalwyr.
- Casglu deunydd darllen: tystiolaeth, cyfarwyddyd, dogfennau polisi ymchwil.
- Gweithdy yn cynnwys Grŵp Rheoli'r Project, adolygwyr a grŵp cyfeirio defnyddwyr/gofalwyr i gytuno ar set o safonau allweddol i'w defnyddio yn yr arolwg, gan sicrhau yr ymdriniwyd â'r holl feysydd risg blaenoriaethol.
- Ymweliad deuddydd â phob Ymddiriedolaeth gan dîm amlddisgyblaethol, yn cynnwys gweithiwr Mind Cymru, uwch nyrs, clinigwr (seiciatrydd neu seicolegydd) ac arolygwr gyda chefnidir rheoli ym maes iechyd neu ofal cymdeithasol. Y tîm arolygu i gytuno ar themâu/materion sy'n codi o bob ymweliad.
- Arolwg drwy'r post o Gynghorau Iechyd Cymunedol, grwpiau Mind a Grŵp Cyfeirio.
- Gweithdy yn cynnwys adolygwyr craidd i dynnu ar themâu ar draws Gymru a drafftio argymhellion.
- Drafftiau o'r adroddiad wedi'i wella gan Grŵp Rheoli'r Project ac adolygwyr.

### Grŵp cyfeirio defnyddwyr/gofalwyr

Ar y cyd â Mind Cymru, ac mewn cydweithrediad â Hafal a Mind Link Cymru, sefydlwyd grŵp cyfeirio defnyddwyr/gofalwyr i roi cyngor yn ystod y paratoi, gweithredu a chasgliad yr arolwg. Mabwysiadodd y Grŵp Cyfeirio y gwerthoedd sy'n sail i holl weithgarwch Mind; sef ymreolaeth, gwybodaeth, cyfranogiad a pharch. Roedd y Grŵp yn cynnwys tri chynrychiolydd defnyddwyr gwasanaeth a thri chynrychiolydd gofalwyr o wahanol ardaloedd daearyddol yng Nghymru, sef:

Peggy Gollogly  
 Karen Harvey  
 Catherine Jones  
 Leslie Owen  
 Stephen Perkins  
 Sue Sayers.

Rôl y Grŵp Cyfeirio oedd:

- Darllen y dogfennau tendro perthnasol a chyflwyniad y CCIM ar gyfer yr arolwg
- Mynychu a chymryd rhan yn: y gweithdy cynllunio cychwynnol, cyfarfod ganol tymor i fonitro cynnydd a chyfrannu at gyfarfod terfynol i werthuso'r broses
- Cyngori ar y materion blaenoriaethol defnyddwyr/gofalwyr perthnasol i'w hymchwilio yn ystod yr arolwg cyfan
- Gwneud sylwadau ar yr adborth gan adolygwyr Mind Cymru yn dilyn yr ymweliad, a chyn cynhyrchu'r adroddiad terfynol.

### **Arolwg o Ddeunydd Darllen**

Fe wnaeth arolwg deunydd darllen cychwynnol o safonau, canllawiau ac adroddiadau perthnasol presennol, nodi materion allweddol o bryder a gyflwynwyd ac a drafodwyd mewn gweithdy, a gynhaliwyd o fewn tair wythnos o ddechrau'r project, a oedd yn cynnwys grŵp rheoli'r project, ymchwilwyr, adolygwyr ac aelodau'r grŵp cyfeirio. Ceir manylion y deunydd darllen perthnasol a adolygwyd yn Atodiad 1.

Fe wnaeth yr arolwg o ddeunydd darllen amlygu arwyddocâd y **saith thema** ganlynol a ystyriwyd yn elfennau hanfodol gwasanaethau iechyd meddwl o ansawdd da:-

**Partneriaeth, cydweithrediad a chyd-drefniant:** Rhoddwyd pwyslais ar bwysigrwydd gwaith amlasiantaethol, a oedd yn cynnwys cydweithrediad rhwng y Gwasanaethau Cymdeithasol, awdurdodau iechyd, asiantaethau gwirfoddol, gwasanaethau fforensig, timau datrys argyfyngau, yr heddlu a'r sector annibynnol. Dylid rhoi ar waith brotocolau a modelau a gytunwyd yn lleol, a ddatblygwyd rhwng yr holl grwpiau hyn. Mae hyn yn hanfodol i feithrin cysylltiadau da a chydweithio, sydd, yn ei dro, yn cynhyrchu trawsnewidiadau llyfn o ofal a chyd-drefniant gofal. Dylid defnyddio'r un egwyddor â thimau amlddisgyblaethol. Mae angen grwpiau strategol iechyd meddwl lleol i gyd-drefnu gofal ar draws ffiniau daearyddol.

**Cyfathrebu:** Mae'n bwysig cyfathrebu'n dda a rhannu gwybodaeth rhwng gwahanol asiantaethau, staff, defnyddwyr gwasanaeth a gofalwyr. Mae rhannu gwybodaeth yn arbennig o bwysig rhwng gofal sylfaenol ac eilaidd, a TIMC a gofal sylfaenol. Mae hyn yn allweddol i atal 'pobl rhag disgyn drwy'r rhwyd' a lleihau risgiau. Dylai gwybodaeth fod ar gael i'r holl fudd-ddeiliaid 24 awr y dydd a thu allan i oriau gwaith. Dylid rhoi hyfforddiant sgiliau cyfathrebu i'r holl staff i'w helpu i gyfathrebu'n

effeithiol â chleifion a gofalwyr. Mae angen i'r wybodaeth a roddir i ddefnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr, boed ar lafar neu ar bapur, fod mewn iaith a ffurf y gellir eu deall yn rhwydd.

**Asesu risg a rheoli risg:** Dylai bod cyfrifoldeb ar lefel Bwrdd dros risg mewn iechyd meddwl a dylid lledaenu protocolau a gweithdrefnau i staff. Dylid rhoi hyfforddiant mewn asesu risg, atal hunanladdiad a thrais a lleihau ymddygiad ymosodol i'r holl staff. Mae cadw cofnodion cyflawn a hanes o ansawdd uchel yn allweddol. Dylai polisi rheoli risg fod wedi'i seilio ar Ddull y Rhaglen Gofal (*Care Programme Approach - CPA*). Dylid gwneud archwiliadau rheolaidd o safonau. Dylid cael proffil risg a chofrestr risg.

**Rhoi gwybod am ddigwyddiad:** Dylid rhoi gwybod am ddigwyddiadau difrifol, digwyddiadau annisgwyl, digwyddiadau diogelwch a pheryglon a fu bron â digwydd, a gweithredu arnynt. Dylai bod diwylliant agored i staff roi gwybod am ddigwyddiadau. Dylai bod polisi a gweithdrefnau perthnasol mewn grym a ledaenir i staff a dylai'r holl gynlluniau gweithredu fod yn gysylltiedig â chwynion ac adroddiadau am ddigwyddiadau. Mae adborth yn hanfodol, dylai rheolwyr roi adborth ar bob cynllun gweithredu etc i'r staff. Er mwyn lleihau risgiau, mae dadansoddiad o wraidd yr achos a dadansoddiad o dueddiad yn bwysig.

**Cyfraniad defnyddwyr a gofalwyr:** Dylai defnyddwyr a gofalwyr fod yn ymwneud â dylunio, cynllunio, gwerthuso a monitro'r gwasanaeth a hyfforddiant staff. Dylent hefyd fod yn ymwneud â monitro cyflwr wardiau. Dylai'r Ymddiriedolaeth ymateb i adborth gan ddefnyddwyr gwasanaethau yn ysgrifenedig a dylid defnyddio hyn i wella cyflwyno gwasanaethau.

**Amgylchedd 'Addas ar gyfer y pwrpas':** Mae preifatrwydd, urddas a diogelwch defnyddwyr gwasanaethau yn hollbwysig. Dylid atal gwahaniaethu ar sail oed, gender, rhywioldeb, anabledd, hil ac ethnigrwydd. Dylai'r amgylchedd fod yn briodol i'w bwrpas: er enghraifft, uned gofal dwys seiciatrig (UGDS), cleifion preswyl neu dîm iechyd meddwl cymunedol (TIMC). Ar wardiau, dylid cael mannau un rhyw. Dylid monitro nifer y gwelyau. Dylai amrywiaeth o therapïau fod ar gael yn cynnwys seicolegol, meddygol ac adfer. Dylid glynu wrth ddiogelwch gyda systemau larwm a llinellau gweld clir. Dylai diogelwch fod yn bwysig nid yn unig i ddefnyddwyr gwasanaethau, ond i staff ac ymwelwyr. Dylai cyfleusterau fod ar gael i gadw eiddo defnyddwyr a staff dan glo.

**Gweithlu:** Mae recriwtio ac ailhyfforddi staff yn broblem fawr drwy'r gwasanaethau iechyd meddwl. Dylai bod strategaethau mewn lle i oresgyn hyn. Mae'n bwysig fod y staff yn tra medrus, yn frwdfrydig ac wedi'u hyfforddi. Ni ddylid dibynnu ar staff wrth gefn a dirprwyon. Mae ar bob gwasanaeth iechyd meddwl angen nifer priodol o staff, baich achosion a chymysgedd staff. Dylai staff fod yn gyfrifol am eu gweithredoedd a dylid asesu hyfedredd a pherfformiad. Dylid rhoi gwybod am berfformiad gwael ac yn ogystal, dylid gwobrwyo gwaith da. Dylai goruchwyliaeth ac arweinyddiaeth fod yn effeithiol.

### **Safonau a fabwysiedir gan yr Arolwg**

Wrth adolygu'r safonau sydd ar gael, daeth yn glir fod y teclyn hunanasesu a geir yn Fframwaith y Comisiwn dros Wella Iechyd (CGI) ar gyfer rheoli risg i ymddiriedolaethau iechyd meddwl (2004), a adeiladodd ar Adroddiad Sector y CGI ar wasanaethau iechyd meddwl (2003), yn ymdrin â'r rhan fwyaf o'r meysydd risg blaenoriaethol sydd i'w hadolygu. Roedd tir cyffredin sylweddol hefyd gyda fframwaith '*Seven Steps to Patient Safety*' y '*National Patient Safety Agency*'.

Mae gan declyn y CGI chwe maes:

- Dull corfforaethol
- Systemau rheoli risg
- Gweithredu mewn cyfarwyddiaethau
- Adnoddau dynol
- Prosesau gofal
- Amgylchedd

Mae gan bob maes nifer o elfennau, ac yn y gweithdy project cychwynol, fe wnaeth y rhai a gymerodd ran flaenoriaethu'r elfennau hyn, gan sicrhau y byddai'r rhai a oedd yn cael eu cynnwys yn ymdrin â meysydd allweddol yr arolwg, ac yn cael yr effaith fwyaf ar brofiad gwasanaethau i ddefnyddwyr a gofalwyr. Ychwanegwyd rhai safonau eraill at yr adran 'Prosesau Gofal', i ymdrin yn benodol ag amrywiaeth y trawsnewidiadau a gafodd eu cynnwys yn yr arolwg. Roedd angen rhai addasiadau hefyd, yng ngolwg gwasanaethau iechyd meddwl yng Nghymru ddim yn cael eu darparu gan Ymddiriedolaethau Iechyd Meddwl.

Gellir nodi '👤', '👂' neu 'rhannol' i bob safon yn nheclyn y CGI ar dair lefel:

- Isafswm sylfaenol

- Sylfeini cadarn – cynnydd neu well ymarfer
- Aeddfedrwydd – arweinwyr yn y maes

At ddiben yr arolwg hwn, cymerwyd y lefel isafswm ar gyfer bob safon, gan mai'r nod yw sicrhau bod defnyddwyr a gofalwyr yn derbyn o leiaf ansawdd isafswm y gwasanaeth a'r gofal sy'n dderbyniol, ac amlygu meysydd risg lle na fydd hyn yn cael ei gyflawni o bosibl.

Mae Atodiad 3 yn dangos y teclyn safonau terfynol a ddefnyddiwyd yn yr arolwg hwn, fel fframwaith i adolygwyr ac i'w gwblhau gan y grŵp rheoli risg eu hunain ymhob ardal.

### **Ymweliadau'r arolwg**

Prif nodwedd yr arolwg oedd ymweliad deuddydd ag ardal pob Ymddiriedolaeth gan dîm amlddisgyblaethol o bedwar o bobl (yn cynrychioli seiciatreg/ seicoleg glinigol, nyrsio iechyd meddwl, sector gwirfoddol, rheolaeth/ cydweithio) wedi'i gefnogi gan waith paratoadol helaeth, a chyfnod ôl-drafodaeth/ adrodd. Roedd y rhan fwyaf o'r tîm yn adolygwyr profiadol ac wedi gweithio mewn gwasanaethau iechyd meddwl. Roedd grŵp craidd o bedwar o adolygwyr, gydag o leiaf dau o'r grŵp hwn yn cymryd rhan ymhob un o ymweliadau'r arolwg. Mae enwau'r adolygwyr yn Atodiad 2.

Er gwaethaf arweiniad hynod o fyr yn y cyfnod, derbyniodd dîm rheoli'r project gydweithrediad rhagorol gan bob un o'r un ar ddeg sefydliad GIG canlynol sy'n gyfrifol am ddarparu gwasanaethau iechyd meddwl ar draws Gymru:-

- Ymddiriedolaeth GIG Gogledd Orllewin Cymru
- Ymddiriedolaeth GIG Conwy a Sir Ddinbych
- Ymddiriedolaeth GIG Gogledd Ddwyrain Cymru
- Bwrdd Iechyd Lleol Powys
- Ymddiriedolaeth GIG Penfro a Derwen
- Ymddiriedolaeth GIG Abertawe
- Ymddiriedolaeth GIG Gogledd Morgannwg
- Ymddiriedolaeth GIG Pontypridd a'r Rhondda
- Ymddiriedolaeth GIG Bro Morgannwg
- Ymddiriedolaeth GIG Caerdydd a'r Fro
- Ymddiriedolaeth GIG Gofal Iechyd Gwent.



Trefnwyd ymweliadau'r arolwg rhwng 11 Hydref 2004 a 26 Tachwedd 2004. Cyn yr ymweliadau, cyflwynodd bob darparwr gwasanaeth wybodaeth ragarweiniol i'r adolygwyr, a oedd yn cynnwys disgrifiad o'r trefniadau ar gyfer rheoli risg a threfn lywodraethol glinigol a disgrifiad o rôl a swyddogaeth gwasanaethau iechyd meddwl GIG lleol.

Roedd yr un ar ddeg sefydliad GIG yn gymwynasgar iawn o ran trefnu rhaglenni manwl ar gyfer yr ymweliadau. Hwylusodd y rhaglenni'r ymweliadau gan y timau adolygu priodol â chroestoriad o Dimau Iechyd Meddwl Cymunedol (TIMC) ac unedau cleifion preswyl.

Yn ystod yr ymweliadau, trefnwyd cyfweiliadau hefyd mewn dwy set swyddogaethol:

#### Set 1

- Aelodau'r Bwrdd Ymddiriedolaeth perthnasol;
- Uwch swyddogion Ymddiriedolaethau, i gynnwys y Cyfarwyddwr Clinigol, Rheolwr y Gwasanaeth, Tiwtor Clinigol;
- Staff â chyfrifoldeb dros reolaeth glinigol;
- Staff â chyfrifoldeb dros reoli risg;
- Comisiynydd/Comisiynwyr neu uwch reolwr/reolwyr o adrannau Gwasanaethau Cymdeithasol;
- Meddyg(on) Teulu, y Cyfarwyddwr Arweiniol a'r uwch swyddog dros iechyd meddwl o Fyrddau Iechyd Lleol.
- Defnyddwyr a gofalwyr; a
- Darparwyr sector gwirfoddol.

#### Set 2

- Staff unedau cleifion preswyl sy'n darparu gofal iechyd meddwl i gleifion preswyl sy'n oedolion; yn cynnwys nyrsio (hyfforddedig a heb eu hyfforddi), therapi galwedigaethol etc;
- Seiciatryddion Ymgynghorol, meddygon graddfa staff a hyfforddeion;
- Staff o bob TIMC, e.e. nyrsys seiciatrig cymunedol (CPN), gweithwyr cymdeithasol, seicolegwyr;
- Staff mewn gwasanaethau ar gyfer pobl hŷn â phroblemau iechyd meddwl; a
- Staff mewn gwasanaethau fforensig.

Gydag amserlen lawn o ymweliadau, cyfweiliadau â grwpiau (pob un wedi'i amserlennu am awr fel rheol), y rhai a gafodd eu cyfweld yn

teithio i leoliad canolog lle bo'n bosibl, a'r tîm adolygu yn gweithio mewn parau, cafwyd barn tua 50 o bobl yn ystod bob ymweliad. Cyfarfu timau adolygu ar ddiwedd pob ymweliad, a chynhyrchu trosolwg o themâu a materion o'r ymweliad, gan sicrhau bod y dystiolaeth a oedd yn cael ei chynnwys yn cael ei chefnogi gan sawl ffynhonnell, yn cynnwys cyfweiliadau â gwahanol grwpiau, dogfennau ac arsylwadau.

### **Arolwg drwy'r post**

Cafwyd arolwg drwy'r post o grwpiau lleol a oedd yn gysylltiedig â Mind Cymru a Chynghorau Iechyd Cymunedol ar draws Gymru, mewn ymdrech i nodi eu meysydd pryder penodol neu eu meysydd arfer da. Yn ogystal, rhoddwyd cyfle i aelodau'r grŵp cyfeirio defnyddwyr/gofalwyr roi sylwadau ysgrifenedig.

### **Gweithdy ac adroddiad terfynol**

Cyfarfu'r pedwar adolygwr craidd gyda chynullydd Grŵp Rheoli'r Project a Rheolwr y Project, a chasglwyd y themâu a'r materion a ymddangosodd ar draws yr ymweliadau, a threfnwyd i ymdrin â'r meysydd risg blaenoriaethol. Drafftwyd argymhellion i ymdrin â meysydd sydd angen eu gwella, a nodwyd agweddau o arfer da.

Casglwyd y dogfennau safonau o'r 11 ymweliad hefyd a nodwyd meysydd a oedd angen sylw.

Rhoddwyd sylwadau ar ddrafftiau'r adroddiad canlyniadol ac fe'i ddiwygiwyd gan adolygwyr ac aelodau Grŵp Rheoli'r Project.

### 3. Canfyddiadau Allweddol: Meysydd risg blaenoriaethol

#### 3.1 Trawsnewidiadau

Gall llwybrau cleifion olygu nifer o drawsnewidiadau, gyda phob un yn cario rhyw fath o risg. Mae'r rhain yn cynnwys y person yn cael ei 'golli' rhwng gwasanaethau neu'n methu ag ymwneud â'r gwasanaeth newydd, neu'r un o'r gwasanaethau yn derbyn cyfrifoldeb dros ofal y person, gadael i'r person fynd yn ôl ac ymlaen rhwng gwasanaethau a ddim yn derbyn cyfraniad priodol.

Wrth ystyried trawsnewidiadau, rhoddodd y timau adolygu sylwadau ar rai rhyngwynebau ychwanegol a oedd yn achos pryder, ac sy'n allweddol i ddeall pwysau ar y system, yn ychwanegol i'r rhai a nodwyd gan y Cynulliad ym manylion y project.

*O ofal sylfaenol i wasanaethau iechyd meddwl cymunedol/ I ofal sylfaenol o wasanaethau iechyd meddwl cymunedol*

Ar draws Gymru, mynegodd ymarferwyr iechyd meddwl bryderon am gyfeiriadau 'amhriodol' gan dimau gofal sylfaenol. Yn gyffredinol, gwelodd Timau Iechyd Meddwl Cymunedol (TIMC) eu rôl fel darparu gwasanaethau i bobl â salwch meddwl difrifol, ond teimlasant fod yn ofynnol iddynt ymdrin ag anhwylderau meddyliol cyffredin yn aml, yn bennaf, pryder ac iselder, a chyfeirio cleifion at ffynonellau cymorth eraill. Cafodd ymdrin â phobl sydd angen cefnogaeth â phroffedigaeth a rheoli gwylltineb eu nodi fel enghreifftiau. Cydnabuwyd fod ar bobl sydd mewn cyfyngder angen cymorth a chefnogaeth, ond credwyd fod hyn yn tynnu oddi ar brif fyrddwn y gwasanaeth, sef cefnogi'r rhai hynny â salwch meddwl difrifol yn y gymuned. Byddai'r dewis a ffafrir ar gyfer datblygu gwasanaethau, o safbwynt nifer o ymarferwyr iechyd meddwl, yn cynnwys mwy o adnoddau i TIMC, a fyddai wedyn yn gallu parhau'n brif dderbynwyr y cyfeiriadau, a fyddai wedyn yn cael eu sgrinio a'u rheoli'n briodol.

Nododd timau adolygu nifer o wahanol fentrau gwasanaethau iechyd meddwl gofal sylfaenol mewn gwahanol rannau o Gymru:

- roedd tair Ymddiriedolaeth GIG wedi penodi Nyrsys Cyswllt iechyd meddwl i gefnogi timau gofal sylfaenol. Mae'r Cynllun Cyswllt Gofal Sylfaenol, sy'n gweithredu mewn ardal un Ymddiriedolaeth, wedi cael ei gydnabod gan Wobr Lundbeck am arfer gorau wrth ymdrin ag iselder.

- mewn ardal dwy Ymddiriedolaeth, sefydlwyd Timau Mynediad Cyntaf (*First Access Teams*), o fewn y gyfarwyddiaeth iechyd meddwl, fel y brif asiantaeth sy'n gyfrifol am ddarparu gwasanaethau i bobl ag anhwylderau meddwl cyffredin.
- roedd un Bwrdd Iechyd Lleol (BILl) wedi comisiynu ymarferwr iechyd meddwl yn ddiweddar i gynnal astudiaeth o tua 100 o Feddygon Teulu i nodi eu meysydd blaenoriaethol canfyddedig ar gyfer datblygu'r gwasanaeth. Nododd y canfyddiadau angen i sefydlu gwasanaeth datrys argyfwng a gwell cysylltiadau rhwng gofal sylfaenol a TIMC.
- roedd un TIMC wedi nodi 'diwrnod asesu' bob wythnos, pan sgriniwyd pob claf newydd a gyfeiriwyd, ac y pennwyd y gwasanaeth perthnasol, oherwydd gwelwyd gwybodaeth gyfeirio gan y timau gofal sylfaenol yn annigonol i gefnogi penderfyniadau ynghylch ymateb priodol i anghenion y person. Sicrhaodd y dull hwn nad oedd y TIMC yn cael eu gorlethu â galw cyfeiriadau newydd, ac y gallai ganolbwyntio'i adnoddau ar ei grŵp cleientiaid craidd.
- Mewn ardal Ymddiriedolaeth arall, nododd adolygwyr bod CPNs wedi'u lleoli mewn llawer o bractisiau Meddygon Teulu, ac yn cyflawni swyddogaeth gyswllt werthfawr.
- Mewn rhai ardaloedd, roedd BILl wedi nodi'n glir wasanaethau cynghori gofal sylfaenol fel yr ymateb priodol i'r mater hwn, ond gallai bod rhestr arosfaith (hyd at 9 mis) ar gyfer y gwasanaeth hwn – nododd un BILl yr oedi hwn fel maes risg allweddol i'w gleifion.

Fe wnaeth ein hadolygwyr ganfod tystiolaeth gyfyngedig o wasanaethau wedi ymroi i gefnogi asesu a rheoli iechyd meddwl o fewn gofal sylfaenol ar draws Gymru. Roedd y pwyslais ar gyfeirio yn hytrach na chefnogi gofal ar lefel gofal sylfaenol. Roedd gan adolygwyr bryderon penodol y gallai'r gwasanaethau Mynediad Cyntaf arwain at golli sgiliau mewn clinigwyr gofal sylfaenol ac eilaidd drwy ymdrin ag achosion gofal sylfaenol mewn gofal eilaidd. Mae canllawiau'r NICE ar reoli pryder (canllaw clinigol 22) ac iselder (canllaw clinigol 23), a gyhoeddwyd yn Rhagfyr 2004, yn pwysleisio mai timau gofal sylfaenol sy'n ymdrin â phroblemau iechyd meddwl cyffredin fel rheol, gyda phroblemau mwy difrifol neu sy'n ymwrthol i driniaeth yn cael eu cyfeirio at arbenigwyr iechyd meddwl mewn gofal eilaidd.

Er bod gwahanol lwybrau cyfeirio mewn gwahanol ardaloedd, nid oedd unrhyw le yng Nghymru lle'r oedd yr holl ddarparwyr, cyfeirwyr a defnyddwyr gwasanaethau yn deall yn glir y llwybrau cyfeirio a'r llwybrau gofal cysylltiedig. Yn ogystal, roedd prinder dogfennau ffurfiol

a hyfforddiant cysylltiol ar gael i ymarferwyr iechyd meddwl ac aelodau o dimau gofal sylfaenol.

Yng ngeiriau un clinigwr, mae:

*“fel rhedeg system drafnidiaeth ffordd gymhleth heb fod angen i neb ddeall rheolau'r ffordd fawr, na chael prawf gyrru”.*

O ganlyniad, ymddengys fod y potensial i atal dirywiad mewn iechyd meddwl yn gynnar, a darparu cefnogaeth gymunedol i'r rhai hynny y gwyddys eisoes bod ganddynt salwch meddwl, yn cael ei gyfaddawdu'n sylweddol. Gofynnir i TIMC ymdrin â dau faes o angen mawr a phwysig, a mentro'r perygl o beidio â diwallu yr un o'r ddau yn ddigonol.

*Themâu sy'n ymddangos*

- Mae gan dimau gofal sylfaenol ddiffyg gallu i ddatblygu ac ymarfer sgiliau mewn asesu, rheoli a dangos y ffordd i bobl â phroblemau iechyd meddwl cyffredin
- Mae gwahanol fodolau o reoli iechyd meddwl mewn gofal sylfaenol angen eu gwerthuso'n bellach
- Mae angen datblygu llwybrau gofal i bobl ag anhwylderau meddwl cyffredin ac anhwylderau meddwl difrifol, gan nodi sut y dylai'r tîm gofal sylfaenol a'r TIMC ryngwynebu

*O'r gymuned i wasanaethau cleifion preswyl/ I'r gymuned o wasanaethau cleifion preswyl*

Nododd y timau adolygu bod cysylltiadau da, fel rheol, rhwng TIMC ac unedau cleifion preswyl ar draws y rhan fwyaf o Gymru; fodd bynnag, roedd yn drawiadol fod y tair ardal lle gwelwyd yr agwedd hon yn llai boddhaol ymhlith y rhai mwyaf gwledig yng Nghymru. Lle'r oedd unedau cleifion preswyl wedi'u lleoli gan ddarparu mynediad rhwydd i aelodau TIMC fynd i gyfarfodydd tîm aml-ddisgyblaethol yn rheolaidd ar y ward, ymddengys bod cynllunio rhyddhau wedi'i hwyluso'n fawr. Fodd bynnag, mewn rhai ardaloedd, roedd sylwadau gan aelodau o TIMC yn awgrymu bod cyfathrebu â'r uned cleifion preswyl lleol yn her, ac awgrymodd y farn o'r unedau cleifion preswyl cyfatebol bod cyfathrebiadau â TIMC “yn dda, ond yn achlysurol” neu “wedi gwella”.

Yn y rhan fwyaf o ardaloedd, nodwyd anhawster mewn perthynas â derbyniadau. Rhoddwyd gwybod i'r timau adolygu am dderbyniadau ‘amhriodol’, a oedd yn digwydd yn aml gyda'r nos neu ar benwythnosau, pan nad oedd gwasanaethau TIMC ar gael. Mewn un Ymddiriedolaeth,

roedd un TIMC yn gallu cynnig gwasanaeth saith niwrnod yr wythnos, ond mewn rhannau eraill o'r un Ymddiriedolaeth, darparwyd y gwasanaethau lleiaf posibl yn unig ar benwythnosau. Yma, roedd y posibiladau i osgoi derbyn wedi'u cyfyngu fwy, gan na fyddai gan y CPN oedd ar ddyletswydd wybodaeth am gleientiaid ag argyfwng yn ystod y penwythnos, na mynediad at ffeil y tîm cymunedol.

Ymhob ardal Ymddiriedolaethau, adroddwyd rhai anawsterau mewn rhyddhau cleifion o unedau cleifion preswyl. Nodwyd bod nifer sylweddol o bobl mewn unedau iechyd meddwl cleifion preswyl wedi cael oedi mewn trawsnewid clinigol, yn cynnwys rhai ar wardiau adfer. Yn ôl canlyniadau swyddogol (SDR 7/2005), roedd 221 o achosion trosglwyddo gofal wedi'i gohirio (DToC) yn yr Ymddiriedolaethau/BILL ar adeg yr ymweliad (dyddiad y cyfrifiad, 15 Rhagfyr) a oedd yn gleifion gwasanaethau iechyd meddwl oedolion/ oedolion hŷn, a llawer o'r rhain yn gorfod aros mewn ysbyty am gyfnodau sylweddol. Mewn ardal un Ymddiriedolaeth yn unig, adroddwyd bod dros 70 o achosion o DToC mewn wardiau iechyd meddwl ar adeg yr ymweliad adolygu. Diffyg dewisiadau tai oedd yn gyfrifol am hyn yn rhannol, ynghyd â diffyg cefnogaeth briodol ar gael yn y gymuned ar draws Gymru, yn arbennig manau lle mae cefnogaeth ar gael gan nyrsys iechyd meddwl. Cafodd absenoldeb cyfleusterau cefnogi cymunedol eraill ei nodi fel rhwystr i ryddhau hefyd.

Roedd gwelyau cleifion preswyl i bobl hŷn â phroblemau iechyd meddwl o dan bwysau mewn bob ardal. Adroddwyd bod hyn yn cael ei ddwysáu gan y diffyg cartrefi gofal (gyda chartrefi gofal yn cau yn cael effaith ar draws Gymru gyfan), gan ohirio rhyddhau a lleihau dewisiadau yn lle derbyn i ysbyty. Roedd diffyg cyfleusterau cymunedol ar gyfer grwpiau penodol (e.e. pobl ieuengach â dementia) hefyd yn cynyddu'r pwysau hwn.

#### *Themâu sy'n ymddangos*

- Yr angen i TIMC gael trefniadau effeithiol y tu allan i oriau
- Gellir cryfhau trefniadau rhwng unedau cleifion preswyl a TIMC drwy brotocol ffurfiol
- Yr angen i ddatblygu ymhellach ddewisiadau eraill yn lle derbyn, yn cynnwys pecynnau gofal dwys
- Mae oedi wrth drosglwyddo gofal yn bryder, ac yn ychwanegu at y pwysau ar wardiau cleifion preswyl
- Byddai argaeledd amrywiaeth o gyfleusterau tai lle ceir cefnogaeth a chartrefi gofal, yn lleihau pwysau ar gyfleusterau cleifion

preswyl

- Mae diffyg cyfleusterau cymunedol priodol yn y rhan fwyaf o ardaloedd, gan arwain at oedi mewn rhyddhau yn ogystal â derbyniadau amhriodol

*O wasanaethau fforensig i wasanaethau iechyd meddwl cymunedol a chyffredinol/ I wasanaethau fforensig o wasanaethau iechyd meddwl cymunedol a chyffredinol*

Mewn pob ardal, nodwyd bod y trefniadau i gefnogi trawsnewidiadau i gyfleusterau y tu allan i'r ardal ac ohonynt, sy'n darparu gwasanaethau diogelwch uchel, canolig (arhosiad byr a hir) ac isel a TIMC lleol, yn achos pryder. Mewn pob ardal namyn un, cydnabu rheolwyr risg GIG nad oedd protocol cadarn eto ar gyfer trawsnewidiadau rhwng gwasanaethau iechyd meddwl fforensig a chyffredinol mewn perthynas â chyfathrebu risg, rhannu gwybodaeth a gofal a rennir. Atgyfnerthwyd y farn hon gan yr Arolwg Allanol Annibynnol, ar yr amgylchiadau sy'n gysylltiedig â'r dynladdiad a gyflawnwyd gan PK, a gyhoeddwyd yn ystod yr Arolwg hwn (BILI Caerdydd, 2004).

Roedd gwasanaethau fforensig diogelwch isel, yn cynnwys mynd i garchardai a gweithio â llysoedd, wedi eu datblygu orau yn yr ardaloedd mwyaf dinesig a phoblog. Mewn un ardal, roedd y gwasanaeth diogelwch isel ar gyfer cleifion gwrywaidd yn unig, a dim gwasanaeth arbenigol yn cael ei gynnig i gleifion benywaidd. Roedd yr holl Ymddiriedolaethau, ar brydiau, yn ymdopi'n amhriodol, gyda chleifion yn disgyn o fewn y categori 'diogelwch isel', drwy ddefnyddio wardiau cleifion preswyl llym, Unedau Gofal Dwys Seiciatrig neu wardiau dibyniaeth uchel. Credwyd bod y diffyg darpariaeth diogelwch isel yn tanseilio trawsnewidiadau o'r unedau diogelwch canolig ac uchel.

Roedd y ddwy Uned Diogelwch Canolig Rhanbarthol yng Nghymru yn gwneud ymdrechion mewn gwahanol ffyrdd i wella cyswllt â gwasanaethau cymunedol a chleifion preswyl, ond roedd problemau'n codi o'r ddwy ochr. Roedd rhai seiciatryddion ymgynghorol, oherwydd eu diffyg ymwneud â chynllunio rhyddhau, yn amharod i dderbyn statws Swyddog Meddygol Cyfrifol (RMO) ar gyfer cleifion a oedd yn cael eu rhyddhau o'r unedau hyn. Gallai'r ymarfer hwn danseilio cyswllt da sy'n digwydd ar draws y tîm aml-ddisgyblaethol. Roedd unedau seiciatrig cyffredinol yn canfod fod yr Unedau Diogelwch Canolig, ar brydiau, yn orbryderus ynghylch darlunio a diffinio pa gleifion oedd yn disgyn y tu allan i'w cylch gorchwyl, yn hytrach na darparu cyfarwyddyd, wedi'i

seilio ar eu sgiliau a'u harbenigedd, i ymarferwyr iechyd meddwl eraill. Galwyd am fwy o ymgynghori rhwng gwasanaethau fforensig, y Llysoedd a gwasanaethau iechyd meddwl cyffredinol.

Nododd uwch reolwyr a chlinigwyr yr angen am gomisiynu darpariaeth diogelwch canolig yn effeithiol drwy ddarparu cytundebau lefel gwasanaeth sy'n rhoi manylion am niferoedd, meini prawf derbyn, safonau'r gofal/ rhyddhau, lleoliad, trefniadau monitro, costau blynyddol etc i'r grŵp cleientiaid hwn ar draws ardaloedd. Canfuwyd bod Comisiwn Iechyd Cymru yn cyfyngu ei swyddogaeth i brynu gwelyau 'ar y pryd' mewn unedau fforensig yn hytrach na chyflwyno a datblygu gwasanaethau.

Roedd nifer o ddefnyddwyr a gofalwyr gwasanaethau hefyd yn bryderus ynghylch y diffyg cyfleusterau fforensig lleol oherwydd lleoliadau y tu allan i'r ardal; roeddent yn amlygu'r angen i ystyried y goblygiadau o ran niwed i berthnasau personol, teuluol a rhwydweithiau cymdeithasol a risg uwch o aildroseddu o ganlyniad, yn ogystal â'r risg gynyddol i ddiogelwch cymunedol oherwydd y tebygolrwydd uwch o fethiant mewn cyfathrebu yn y trawsnewid yn ôl i'r gymuned.

#### *Themâu sy'n ymddangos*

- Mae diffyg strategaeth glir ar gyfer gwasanaethau diogelwch isel ar draws Gymru gyfan.
- Mae lle i'r Unedau Diogelwch Canolig ddarparu mwy o gefnogaeth a chynghor rhagweithiol i wasanaethau seiciatrig cyffredinol sy'n rheoli cleifion ag ymwneud fforensig.
- Mae angen datblygu rhan y seiciatrydd cyffredinol perthnasol mewn cynllunio rhyddhau cleifion yr ystyrir eu rhyddhau o unedau diogel.

#### *O'r gymuned i ysbyty cyffredinol/ I'r gymuned o ysbyty cyffredinol*

Mewn un ysbyty, mae tîm nyrsio iechyd meddwl wedi cymryd y rôl flaenllaw ar gyfer cysylltu â'r wardiau ysbyty cyffredinol, ac mae hyn wedi profi'n effeithiol iawn, gan arwain yn ddiweddar at ddatblygu clinig cleifion allanol wedi'i arwain gan nyrsys, i ymdrin â chleifion a welwyd yn y lle cyntaf yn y wardiau cyffredinol. Mewn ysbytai eraill, mae gwahanol ymarferwyr iechyd meddwl yn gwneud y rôl hon yn ychwanegol i'w cyfrifoldebau eraill. Mewn dwy ran o dair o ardaloedd, nid yw'r rôl cydgysylltwr wedi'i datblygu digon i ddiwallu galwadau'r gwasanaeth, gan gofio bod canran sylweddol o'r holl dderbyniadau i



ysbytai cyffredinol yn gysylltiedig â chleifion sydd â salwch corfforol sydd hefyd yn dioddef o ddementia, anhwylderau pryder, anhwylderau bipolar, sgitsoffrenia, iselder dwys, anhwylderau personoliaeth, anhwylderau bwyta ac ymddygiad hunanladdol.

Yn ystod yr arolwg, mewn o leiaf hanner o'r ardaloedd yr ymwelwyd â hwy, adroddodd cynrychiolwyr defnyddwyr a gofalwyr bod rhai aelodau staff mewn adrannau Damweiniau ac Argyfyngau yn dangos agweddau negyddol wrth ymdrin â phobl oedd wedi hunan-niweidio, gan ei gwneud yn glir yn aml iawn nad oeddent yn ystyried cleifion o'r fath yn deilwng o driniaeth a gofal GIG. Dywedodd gofalwyr ar draws Gymru wrth adolygwyr am y gofal gwael yr oedd pobl hŷn â dementia yn ei dderbyn wrth gael eu derbyn i wardiau ysbytai cyffredinol, gyda staff yn aml yn ymddangos fel pe na baent yn gwybod sut i ymateb i ddementia na diwallu eu hanghenion.

*Themâu sy'n ymddangos*

- Gall gwasanaeth cyswllt effeithiol mewn lleoliadau ysbytai cyffredinol gynorthwyo ag atal derbyniadau i wardiau iechyd meddwl a chyfrannu at ddefnydd mwy effeithiol o welyau ysbytai cyffredinol drwy leihau oedi â throsglwyddo gofal.
- Mae angen cefnogaeth i staff mewn lleoliadau ysbytai cyffredinol o ran deall pobl â phroblemau iechyd meddwl, ac ymateb yn briodol iddynt.

### 3.2 Amgylchedd clinigol

*Y wardiau (cyd-forbidrwydd, baich/ cymysgedd y baich achosion, amgylchedd therapiwtig, amser clinigol)*

Roedd y pwysau ar wardiau cleifion preswyl yn amlwg ymhob rhan o Gymru. Mae llawer o staff a defnyddwyr gwasanaethau yn priodoli'r pwysau hwn yn rhannol ar y gwasanaeth yn gorddibynnu'n ddiangen ar welyau. Canfu adolygwyr bod wardiau salwch meddwl oedolion yn adrodd bod adegau, heb fawr o eithriadau, lle'r oedd cyfraddau deiliadaeth yn fwy na 100%, gyda chleifion yn 'cysgu allan' yn rhywle arall yn yr ysbyty neu wedi cael mynd adref 'am y tymor byr'. Mae hyn yn cynrychioli maes risg o bwys ac ni fyddai'n dderbyniol yn y sector ysbytai cyffredinol "llym". Mae'n bosibl y collir gwerthfawrogiad llawn o anghenion cleifion yn y cyfathrebu rhwng y brif ward a'r ward lle mae'r person yn cysgu; gall yr angen i ddod o hyd i glaf a all fynd adref dros dro, fel y gellir derbyn person arall i'w gwely, arwain at gam-asesu'r risgiau sydd dan sylw (mae risg benodol o hunanladdiad pan fo cleifion yn dychwelyd adref dros dro, mewn unrhyw ddiwyddiad; mae'r adroddiad ar y dynladdiad gan PK hefyd yn amlygu y caniatayd iddo fynd adref dros nos o'r uned diogelwch canolig oherwydd bod angen gwely ar frys gan glaf arall). Mae lefel sylweddol y Trosglwyddiadau Gofal wedi'u gohirio mewn gwasanaethau iechyd meddwl, fel y nodwyd yn flaenorol, yn ychwanegu at y pwysau ar unedau cleifion preswyl.

I ychwanegu at yr amgylchedd cleifion preswyl sydd dan bwysau, mae wardiau ar draws Gymru yn darparu ar gyfer amrywiaeth eang o gleifion, y gall eu hanghenion fod yn anodd, os nad yn amhosibl, eu diwallu mewn un uned. Mae amrediad oedran eang: ni dderbynnir pobl ifainc, os nad ydynt mewn addysg lawn-amser (h.y. ysgol) gan y gwasanaethau iechyd meddwl plant a phobl ifainc (CAMHS), gan olygu fod yn rhaid i bobl ifainc 16 a 17 oed gael eu derbyn i wardiau ag oedolion. Ar ben arall y sbectwm oedran, mewn dwy ardal, mae oedolion hŷn â phroblemau iechyd meddwl ar wahân i ddementia (a all fod yn fregus yn gorfforol) yn cael eu derbyn yn rheolaidd i wardiau cyffredinol salwch meddwl oedolion. Mewn un ardal, gwneir darpariaeth ar wahân i gleifion o'r fath, ond os dechreuodd eu problemau iechyd meddwl cyn 65 oed, yna rhaid i'r gwasanaeth cyffredinol iechyd meddwl oedolion barhau i edrych ar eu hól, oni bai eu bod yn datblygu dementia, waeth beth fo natur y cyswllt blaenorol â gwasanaethau iechyd meddwl.

Mae wardiau hefyd yn ymdrin ag amrywiaeth o fathau o broblemau iechyd meddwl, ac mae absenoldeb unedau diogelwch isel yn golygu y bydd gan rai cleifion preswyl hanes fforensig. Nid oes cyfleusterau penodol i gleifion preswyl ar gyfer anhwylderau bwyta yng Nghymru, ac ymddengys bod cyfleusterau ar gyfer seiciatreg amenedigol ar gael yng Nghaerdydd yn unig. Gan hynny, gellir derbyn y bobl â'r cyflyrau hyn i ward seiciatrig cyffredinol hefyd. I gymhlethu'r sefyllfa ymhellach, mae nifer fawr o gleifion ar wardiau o'r fath yn debygol o fod â diagnosis deuol mewn cysylltiad â chamddefnyddio sylweddau (nododd nifer o staff fod hyn yn berthnasol i'r 'rhan fwyaf' o gleifion). Gall cleifion eraill fod â diagnosis deuol o anabledd dysgu ac anhwylder iechyd meddwl. Yn ogystal, roedd y rhan fwyaf o wardiau ar draws Gymru yn darparu ar gyfer cleifion gwrywaidd a benywaidd. Gan gymryd golwg cyffredinol ar y cymysgedd o gleifion, yn arbennig mewn wardiau gorlawn, rhaid ystyried bod hyn yn cynrychioli risg sylweddol sy'n effeithio'n anochel ar ansawdd y gofal yn ogystal ag ar y staff.

Mewn uned a gomisiynwyd yn ddiweddar mewn un ardal, nid oedd yr ystafell/ cyfleuster "mam a'i baban" a "diogel", nac ychwaith uned 14 o welyau, erioed wedi cael eu defnyddio. Fodd bynnag, roedd cynlluniau i ddefnyddio'r ward heb gomisiwn fel swyddfa ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl cymunedol.

Mewn un ardal, roedd adolygwyr yn hynod o bryderus nad oedd mwy na 30 munud yn cael ei bennu ar gyfer y trosglwyddo rhwng sifftiau. Ystyriwyd bod hyn yn gyfnod llawer rhy fyr i ymdrin yn effeithiol â'r holl faterion ynghylch yr amrywiaeth eang o gleifion mewnol a'u hanghenion heriol ac amrywiol.

Roedd tystiolaeth glir, o arsylwi a chyfweliadau â staff, defnyddwyr a gofalwyr, o'r diffyg ymwneud rhwng staff a chleifion ar y rhan fwyaf o wardiau cleifion preswyl yr ymwelwyd â hwy, gan olygu diffyg symbyliad a gofal. Roedd amser clinigol i gleifion wedi'i gyfyngu. Cafwyd enghraifft o hyn gan un defnyddiwr gwasanaeth a nododd fod ei gynllun gofal yn cynnwys sesiwn un i un reolaidd gyda'i nyrs allweddol, ond bod hon yn cael ei chanslo'n aml oherwydd bod staff yn rhy brysur. Roedd un ward yn ymddangos ei bod â chyfleusterau da, ond dywedwyd wrth adolygwyr bod diffyg cyfraniad staff ffisiotherapi yn golygu na ellid defnyddio'r gampfa, ac roedd drysau a oedd yn rhoi mynediad i ardd gaeedig ar gyfer yr un cleifion preswyl wedi eu cloi hefyd. Fodd bynnag, mewn un uned, roedd yr Adran Therapi Galwedigaethol yn darparu gweithgarwch tan wyth o'r gloch y nos, ac ar wardiau eraill, roedd

tystiolaeth bod staff nyrzio wedi hyrwyddo gweithgarwch gyda'r nosau ac ar benwythnosau o ganlyniad i gynnwys sefydliadau gwirfoddol a grwpiau defnyddwyr. Roedd y rhain yn sefyll allan fel enghreifftiau eithriadol, ond roeddent yn enghraifft o'r cyfyngiadau a'r hyn y gellid ei gyflawni. Cafwyd project a oedd yn monitro ymwneud, cyfraniad ac ail-ganolbwyntio'r wardiau cleifion mewnol, a datblygu'r rôl nyrzio mewn gweithgarwch hyrwyddo. Roedd hwn yn ymddangos ei fod â pheth addewid ar un set o wardiau cyffredinol oedolion, a nodwyd y rhoddir menter debyg, "*The Meaningful Day*", ar waith cyn bo hir mewn ardal arall.

#### *Themâu sy'n ymddangos*

- Yr angen i fonitro a lleihau gorlenwi a gorddibyniaeth ar welyau cleifion mewnol
- Mae oedi wrth drosglwyddo gofal yn ychwanegu at y pwysau ar wardiau cleifion preswyl, ac fe'i priodolir i'r diffyg tai â chymorth priodol a chyfleusterau cymunedol eraill
- Mae angen i ryngwynebau â gwasanaethau eraill (fforensig, oedolion hŷn, camddefnyddio sylweddau, CAMHS, anabledd dysgu) gael eu datblygu fel bod cleifion yn cael eu lleoli'n briodol, a bod gan staff hyfforddiant a chefnogaeth priodol â rheoli amrywiaeth y cleifion sy'n defnyddio'r gwasanaeth
- Mae angen ymdrin â bylchau mewn gwasanaethau – e.e. diogelwch isel, anhwylderau bwyta, gwasanaethau mamau/ babanod
- Mae angen monitro a gwella ansawdd yr amgylchedd therapiwtig a'r ymwneud â chleifion.

#### *Timau Iechyd Meddwl Cymunedol (cyd-forbidrwydd, baich/ cymysgedd y baich achosion)*

Mae TIMC hefyd yn gweithio dan bwysau mawr ar draws Gymru. Ymhobman, dywedwyd wrth adolygwyr bod beichiau achosion gweithwyr allweddol yn annerbyniol o uchel, yn aml yn fwy na 40. Roedd rhwystredigaeth ynghylch effaith hyn ar ansawdd y gofal a ddarperir. Er enghraifft, roedd staff wedi cael eu hyfforddi mewn ymyriadau seicogymdeithasol ar gyfer seicosis, ond roedd galwadau'r baich achosion yn eu rhwystro rhag gweithredu'r dull hwn wedi'i seilio ar dystiolaeth, yn unol â'r canllawiau NICE ar sgitsoffrenia. Roedd timau yn ymwybodol bod niferoedd baich achosion yn fynegai amrwd o'r llwyth gwaith. Mewn un tîm, roedd asesiad defnyddiol o lwyth gwaith yn cael ei arbrofi, fel y gellid gwerthuso beichiau achosion yn realistig – roedd hwn yn ymddangos yn ddull cymeradwy. Roedd y pwysau uchel yn

cael ei gymhlethu gan nifer y cyfeiriadau o ofal sylfaenol, a nodwyd yn flaenorol.

Tra bod TIMC yn cynnig gwasanaeth amlddisgyblaethol, gyda chydweithio â Gwasanaethau Cymdeithasol, roedd adroddiadau mewn hanner o'r ardaloedd yr ymwelwyd â hwy o rai cyfleusterau'n anaddas, gan wneud y dasg yn anos. Er enghraifft, roedd rhai TIMC yn darparu gwasanaethau iechyd a chymdeithasol i oedolion hŷn nad oedd yn rhannu un ganolfan wedi'i chydleoli. Er bod cysylltiadau rhwng staff gwasanaethau iechyd a chymdeithasol yn rhagorol, fel rheol, ar y lefel gweithiwr allweddol, roedd peth tensiynau ynghylch swyddogaethau o fewn timau, a beichiau achosion ar lefel reolaethol. Arweiniwyd rhai timau gan wasanaethau iechyd, rhai gan wasanaethau cymdeithasol, ac roedd rheolaeth dros staff asiantaethau eraill (a'u llwyth gwaith ac arferion gwaith) yn arwain at ychydig o rwystredigaeth ar y lefel hon. Fodd bynnag, roedd yn amlwg bod nyrsys iechyd meddwl a gweithwyr cymdeithasol yn uchel eu parch gan lawer o ddefnyddwyr gwasanaethau, gofalwyr ac asiantaethau gwirfoddol.

Nododd defnyddwyr gwasanaethau yn y gymuned yn glir mai'r hyn oedd ei angen oedd gwasanaeth 24 awr/7 niwrnod yr wythnos. Tra roeddent yn croesawu sefydlu gwasanaethau megis datrys argyfyngau ac estyn allan pendant, roeddent yn ystyried y ddarpariaeth gyfredol yn annigonol. Lle'r oedd gwasanaethau datrys argyfyngau wedi cael eu sefydlu, dywedwyd wrth adolygwyr nad oedd digon o staff yn rhan o'r broblem, er enghraifft, gyda pheidio â chynnig gwasanaeth 24 awr. Tra roedd y timau hyn i weld yn gweithio'n dda nyrs i nyrs/gweithiwr cymdeithasol, roeddent yn cael problemau wrth gysylltu â doctoriaid, am y gwahanol resymau canlynol:

- meini prawf derbyn wedi newid neu'n anghyson
- ymarfer amddiffynnol, a
- her gweithio mewn ardal ddaearyddol fawr.

Nid yw TIMC yn gweld eu hunain fel y "gyrwyr" sy'n gyfrifol am reoli'r llwybr cyfeirio ar draws gofal eilaidd a thrydyddol, ac felly'n hwyluso gwasanaeth llyfn i ddefnyddwyr a gofalwyr. Ystyriwyd bod gwasanaethau, megis y rhai a oedd yn gyfrifol am estyn allan pendant a datrys argyfyngau, yn cael eu darparu gan dimau arbenigol ar wahân a oedd yn gweithredu meini prawf eithrio. Nid oeddent yn hollol integredig â TIMC, yr oedd aelodau eu tîm yn teimlo'u bod yn cael eu hecsploetio oherwydd,

“mae'n rhaid i ni gymryd pawb, megis cleifion fforensig yn y gymuned”.

Roedd gwasanaethau newydd i weld yn 'dewis' cleifion yn hytrach nac ysgafnhau'r llwyth ar y TIMC.

Yn gyffredinol, ymddengys bod diffyg fframwaith cydlynol a chyson ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl cymunedol ac, yn rhy aml, roedd prinder gwasanaethau o'r fath ymhob ardal ar draws Gymru.

*Themâu sy'n ymddangos*

- Pwysau ar TIMC – angen gwerthuso a monitro beichiau achosion trwm; angen datblygu gwasanaethau effeithiol y tu allan i oriau
- Mae TIMC angen cyfleusterau priodol i gyflawni eu swyddogaethau'n effeithiol
- Mae angen rheoli'r berthynas rhwng TIMC a gwasanaethau newydd, i sicrhau gwasanaeth llyfn
- Mae angen i drefniadau cydweithio rhwng gwasanaethau iechyd a chymdeithasol ymdrin â thensiynau ynghylch rheoli ar y cyd.

*Priodoldeb Gweithlu Clinigol*

Mae materion gweithluoedd mewn gwasanaethau iechyd meddwl yn ganolbwynt arolwg a mentrau parhaus gan Lywodraeth Cynulliad Cymru ar hyn o bryd, ac felly nid yw'r arolwg hwn wedi gwneud ymgais i ddyblygu'r gwaith yn nhermau casglu data. Yn hytrach, mae effeithiau materion gweithluoedd ar lefel ward a thîm, fel sy'n amlwg i'n hadolygwyr, wedi cael eu hystyried. O dan drefniadau gweithio cyfredol, Mae gan brinder Seiciatryddion Ymgynghorol effaith benodol ar lawer o agweddau o'r gwasanaeth, ac mae arolwg a wnaed gan y *Royal College of Psychiatry* yn ystod cyfnod yr arolwg yn mesur y sefyllfa gyfredol ynghylch swyddi Ymgynghorwyr:

Cyfadran	Swyddi wedi'i sefydlu	Nifer yn y swydd	Nifer y swyddi gwag	% swyddi gwag
Cymunedol ac Oedolion Cyffredinol	86.25	70.85	15.4	18%
Henoed	36.5	24.5	12	33%
Cyswllt	2.6	1.6	1	38%

*Ffynhonnell: The Royal College of Psychiatry Workforce Survey, Hydref 2004*

Nid yw'n syndod, felly, bod nifer o staff meddygol locwm mewn swyddi ar draws Gymru, sydd o bryder i ddefnyddwyr, gofalwyr, Cynghorau Iechyd Cymunedol ac ymarferwyr iechyd meddwl eraill fel ei gilydd. Yn

nhyb ymarferwyr iechyd meddwl eraill a defnyddwyr gwasanaeth eraill, roedd dibyniaeth ar staff locwm yn gysylltiedig â diffyg parhad o ran rhagnodi a dewis o driniaethau. Mynegwyd pryder mawr hefyd nad oedd gweithwyr locwm tymor byr yn aml yn ymwybodol o bolisiau lleol, protocol a gweithdrefnau. Fodd bynnag, ar adeg yr arolwg, roedd amrywiaeth eang ar draws Gymru o ran sefydlu a recriwtio Seiciatryddion Ymgynghorol. Mewn un ardal, nodwyd fod y sefydliad bron â chyrraedd lefelau derbynol, ac ni welwyd un penodiad locwm tymor hir yn broblemus, er y cydnabuwyd bod sefydlu swyddi ymgynghorwyr seiciatryddol i'r henoed yn annigonol. Fodd bynnag, mewn ardal arall, adroddodd y gyfarwyddiaeth iechyd meddwl bod ganddi chwe swydd ymgynghorwr yn wag o fewn y sefydliad staff meddygol. Roedd un Ymddiriedolaeth wrthi'n recriwtio seiciatryddion o Ddwyrain Ewrop i lenwi swyddi a oedd wedi bod yn wag ers tro.

Awgrymwyd i nifer o adolygwyr mai rhan o'r anhawster â recriwtio oedd oherwydd y gwelwyd bod gwasanaethau iechyd meddwl yng Nghymru yn dod ar ôl y rhai yn Lloegr, yn nhermau datblygu gwasanaethau wedi'u seilio ar dystiolaeth. Ar ben hynny, disgwylir ar hyn o bryd y bydd y Ddeddf Iechyd Meddwl newydd arfaethedig yn gofyn am gynnydd o 7 i 8% mewn niferoedd ymgynghorwyr, ac efallai bod hyn yn amcangyfrif rhy isel mewn ardaloedd â chyfraddau uchel o gadw pobl i mewn.

Roedd prinder Gweithwyr Cymdeithasol, Therapyddion Galwedigaethol, Ffisiotherapyddion a Seicolegwyr Clinigol cymeradwy, yn amlwg hefyd, weithiau drwy anawsterau recriwtio, ond hefyd drwy ddiffyg swyddi sefydledig. Mewn un ardal, roedd yr adran Therapi Galwedigaethol yn hyderus y gallai recriwtio staff newydd, ond nid oedd yn gallu sicrhau cytundeb i gynyddu'r gweithle, er gwaethaf mentrau cymunedol newydd yn dechrau llifo. Roedd amseroedd aros eithafol ar gyfer therapi seicolegol yn amlwg mewn bob ardal; mewn un ardal, rhoddwyd amcangyfrif o 2 flynedd, ond roedd oedi o chwech i 12 mis yn arferol. Ymddengys bod angen clir am fwy o swyddi mewn gwasanaethau seicolegol, fel y gall cleifion gael dewis go iawn o driniaeth ac i alluogi gweithredu'r canllawiau NICE ar bryder ac iselder.

Heblaw hyn, mae anhawster recriwtio staff nyrsio cymwys ar draws Gymru, yn arbennig ar wardiau oedolion hŷn. Roedd hyn yn arwain at oriau gwaith hir i rai nyrsys, gan mai'r drefn arferol o ran absenoldeb o'r gwaith oedd i gyflenwad gael ei ddarparu o 'gronfa' staff y gwasanaeth ei hun, sydd eisoes yn gweithio ar yr unedau dan sylw.

Roedd pryder nad ymdriniwyd â rhagamcaniadau a oedd yn dangos angen cynyddol am nyrsys cymwys, yng ngoleuni datblygiadau i'r gwasanaeth, ar sail Cymru gyfan, oherwydd nid oedd rheolwyr na staff o fewn y gwasanaeth yn canfod unrhyw gynnydd diweddar mewn niferoedd hyfforddi nyrsys iechyd meddwl. Fe wnaethant hefyd fynegi pryderon ynghylch niferoedd y nyrsys a oedd yn debygol o ymddeol yn y bum mlynedd nesaf. O ganlyniad, mae amheuan cyffredin a fydd y cynllunio cyfredol ynghylch recriwtio nyrsys i wasanaethau iechyd meddwl yn ymdrin â'r risgiau a oedd eisoes yn gysylltiedig â lefelau staffio nyrsys isel.

Mae canran sylweddol o staff o fewn y gwasanaethau iechyd meddwl yn anghymwys. Tra datblygwyd rhai mentrau hyfforddi lleol rhwng asiantaethau GIG a cholegau addysg bellach, awgrymwyd i'r adolygwyr bod cyfle i gynllunio a chyd-drefnu gweithgarwch o'r fath ar draws Gymru. Gwyddys hefyd bod mwy o gyfle i bobl sydd wedi gwella o broblemau iechyd meddwl, gymryd rhan â chynorthwyo eraill. Gallai datblygid o'r fath felly gynorthwyo ag agweddau o recriwtio a hyfforddi staff anghymwys, a chyfrannu at wella ansawdd y gwasanaeth hefyd.

#### *Themâu sy'n ymddangos*

- Mae recriwtio a dal gafael ar staff ar draws proffesiynau i lenwi swyddi sefydledig yn broblemus
- Mae'r angen i fwy o swyddi fod yn sefydledig yn amlwg os yw gwasanaethau am gynnig yr amrywiaeth o ymyriadau therapiwtig a dderbynnir yn gyffredinol yn briodol
- Dylid ystyried mentrau gweithlu creadigol, megis hyfforddiant i staff anghymwys, i ychwanegu at yr adnodd sydd ar gael.

### **Amgylchedd ffisegol**

Cafwyd nifer o welliannau ailddatblygu ac amgylcheddol diweddar i'r ystâd iechyd meddwl ar draws Gymru gyfan, ond, gydag ychydig iawn o eithriadau, mae wardiau a gwasanaethau yr ymwelwyd â hwy yn parhau mewn adeiladau anaddas. Mewn un Ymddiriedolaeth fawr, daeth y tîm adolygu i'r casgliad fod swmp helaeth y ddarpariaeth yn anaddas ar gyfer y pwrpas. Yn siomedig iawn, nid ymddengys fod hwn yn fater sydd ond yn gysylltiedig â gweddillion y noddfeydd mawr a etifeddwyd yn unig. Credwyd bod adeiladau o 15 mlynedd yn ôl, a rhai a gomisiynwyd hyd yn oed yn fwy diweddar, yn anfodhaol mewn rhai ystyriaethau o leiaf. Yn gyffredinol, nid yw'r rhan fwyaf o'r cyfleusterau ar gyfer gwasanaethau



cleifion preswyl yn addas i'r pwrpas, ac nid yw rhai yn cyflawni'r safonau isafswm ar gyfer diogelwch, preifatrwydd ac urddas.

Roedd gan yr Ymddiriedolaethau hynny a oedd ar ganol rhaglenni ailddarpariaeth weithredol, dasg anodd o gynnal a chadw adeiladau a drefnwyd i'w cau yn y dyfodol agos. Felly tra gwnaed ymdrechion i wella ansawdd yr amgylchedd gofal ar wardiau (e.e. drwy ddarparu manau gardd, newid lloriau), golygai hyn fod eu cynllun a'u cyflwr cyffredinol yn ei gwneud bron yn amhosibl iddynt gyflawni safonau modern.

- Yn ôl defnyddwyr a gofalwyr, mae llawer gormod o oedi gydag atgyweiriadau ac addasiadau syml, ac ymddengys bod angen dybryd i holl adrannau ystâd y GIG fabwysiadu dull sy'n blaenoriaethu ac yn ymateb yn gyflym i geisiadau am atgyweiriadau sy'n gwrthdaro ag ansawdd bywyd cleifion.
- Ymwelodd adolygwyr â wardiau cymysg lle cafwyd mynediad i ystafell gysgu'r merched drwy ystafell gysgu'r dynion yn unig. Dywedodd un defnyddiwr benywaidd ifanc sut y byddai cleifion gwrywaidd yn ymddwyn yn fygythiol i gleifion benywaidd a oedd yn pasio drwy ystafell gysgu'r dynion, a'i bod wedi cael ei gwthio i lawr ar wely. Teimlodd defnyddwyr a gofalwyr (a'r adolygwyr) bod y trefniadau hyn yn annerbyniol. Mewn o leiaf hanner o'r ardaloedd a adolygwyd, roedd wardiau cleifion preswyl lle nad oedd gan ferched fynediad at adran ar wahân.
- Roedd y staff hynny y cyfarfu'r tîm adolygu â hwy mewn manau wardiau cleifion preswyl fel rheol yn ymwybodol o'r peryglon a oedd yn gysylltiedig â manau crogi, er bod gwahaniaethau o ran sut yr ymdriniwyd â hwy. Tynnodd rheolwr un ward sylw'r adolygwyr at un man crogi amlwg mewn ystafell gysgu ward; yr agwedd a gymerwyd oedd bod hwn yn risg derbyniol, gyda goruchwyliaeth briodol. Mewn Ymddiriedolaeth arall, yn dilyn digwyddiad ar y ward, roedd manau crogi anamlwg wedi cael eu diddymu, yn cynnwys rhai cymhorthion yr oedd defnyddwyr ag anableddau eu hangen. Mewn hanner o'r ardaloedd a adolygwyd, nid oedd rheolwyr risg yn ystyried yr ymdriniwyd yn llawn â manau crogi a risgiau hunan-niweidio eraill.
- Tra bod wardiau cymharol newydd a welwyd gan adolygwyr ar bedwar safle o ansawdd uchel, nid oedd y cynllun yn caniatáu'r trefniadau arsylwi gorau posibl i staff; nodwyd hefyd bod gan wardiau newydd i bobl hŷn ddiffyg awyrgylch personol a mwy cartrefol yr ystyrir yn ddymunol.

- Mynegodd defnyddwyr a gofalwyr gwasanaethau eu pryderon ynghylch plant ifainc yn ymweld ar un ward lem mewn ystafell llawn mwg.
- Cydnabu'r rhan fwyaf o Ymddiriedolaethau nad oeddent yn cynnwys defnyddwyr a gofalwyr mewn archwilio diogelwch yr amgylchedd gofalu, nac mewn gwiriadau rheolaidd ar ei lendid.

Ar yr ochr gadarnhaol, dylai'r cyfleusterau newydd a adeiladwyd i bwrpas, helpu'n glir â chyflwyno gwasanaethau a morâl, a nodwyd iddynt roi llawer mwy o urddas i gleifion. Mae cyfleusterau o'r fath yn angenrheidiol o ran ymdrin â thrais ac ymosodedd ar wardiau ac mewn lleddfu heriau pobl â diagnosis deuol. Gellir lleihau problemau o stigma hefyd drwy'r awyrgylch da a brofwyd mewn nifer o wardiau.

#### *Themâu sy'n ymddangos*

- O ystyried nad yw'r rhan fwyaf o'r cyfleusterau ar gyfer gwasanaethau cleifion preswyl yn addas i'r pwrpas, ac nad yw rhai yn cwrdd â safonau isafswm diogelwch, preifatrwydd ac urddas, mae angen buddsoddi yn y rhaglen gyfalaf ar gyfer darparu unedau cleifion preswyl o ansawdd uchel
- Rhaid cymryd llawer o ofal i sicrhau bod adeiladau newydd wedi'u llunio i osgoi'r peryglon sy'n gysylltiedig â rhai o'r unedau sydd newydd eu cwblhau yng Nghymru, a bod eu cynllun yn caniatáu hyblygrwydd o ran newid patrymau mewn darpariaeth gwasanaeth
- Dylai polisïau ystadau flaenoriaethu atgyweiriadau a gwelliannau gan wella ansawdd bywyd defnyddwyr gwasanaethau iechyd meddwl

#### *Diwylliant ac arweinyddiaeth glinigol*

Roedd yn amlwg bod llawer o staff yn gwerthfawrogi'r arweinyddiaeth gan ymgynghorwyr "da, awyddus" a "chryf" a chan nyrsys arweiniol. Roedd y rhan fwyaf o ymarferwyr iechyd meddwl yn ymroddedig ac yn frwdfrydig iawn, ac yn ymddangos yn awyddus i wneud gwelliannau lle bo'n bosibl. Fodd bynnag, roedd llawer wedi blino ar effeithiau ceisio rheoli ac ymdopi beunyddiol yn wyneb baich gwaith trwm, amgylcheddau ffisegol anaddas, prinder staff a blaenoriaeth isel ymddangosiadol ar gyfer dyrannu adnoddau. Nid yw'n syndod bod diffyg ymwneud staff â defnyddwyr yn nodwedd mewn cyfran sylweddol o amgylcheddau clinigol. Heblaw hynny, nid yw'n syndod chwaith na chafodd adolygwyr, mewn nifer o lefydd, yr argraff o ddiwylliant agored lle'r oedd staff yn teimlo'u bod yn gallu trafod materion mewn

amgylchedd di-fai. Mewn sefyllfa lle mae staff o bosibl yn teimlo'n anorchfygol neu'n analluog i newid pethau, mae'n ddealladwy i ddefnyddwyr a gofalwyr adrodd iddynt ei chael yn anodd teimlo'u bod yn rhan o'r ward / uned, gan deimlo na weithredwyd ar eu pryderon yn ddigonol.

Nid oedd clinigwyr a oedd â chyfrifoldebau dros ddatblygiadau gwasanaethau iechyd meddwl, yn cynnwys rheolaeth glinigol a rheoli risg, yn teimlo'u bod yn gallu gwneud cyfiawnder â'u rôl estynedig oherwydd ymrwymadau clinigol trwm a'r diffyg sesiynau penodol ar gyfer moderneiddio'r gwasanaeth. Yn nodweddiadol, dywedwyd wrth adolygwyr y pennwyd dwy sesiwn yr wythnos ar gyfer rôl bwysig ac ymdrechgar Cyfarwyddwr Clinigol ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl gan Ymddiriedolaethau GIG yng Nghymru. Adroddwyd bod un Ymddiriedolaeth yn adolygu'r gofynion amser ar adeg yr arolwg, ac roedd dyraniad pum sesiwn yr wythnos yn cael ei ystyried. Mae angen cydnabod a diogelu cyfraniad y Cyfarwyddwr Clinigol at ddatblygu gwasanaethau iechyd meddwl, yn ogystal â sicrhau'r gallu i gyflawni gofynion eu cyfrifoldebau ymarfer clinigol. Mae cydbwysio galwadau clinigol a rheolaeth, ar gyfer amrywiaeth y clinigwyr â chyfrifoldebau rheoli, yn rhoi rhagor o bwysau ar system lle mae prinder, yn gyffredinol, o gyfraniad clinigol medrus.

*Themâu sy'n ymddangos*

- Mae angen mentora, cefnogaeth ac amser penodol ar gyfer arweinwyr clinigol, i'w galluogi i ddarparu arweinyddiaeth mewn moderneiddio a datblygu gwasanaethau
- Mae ymwneud â defnyddwyr a gofalwyr gwasanaethau yn broblemus ar lefel ward/uned.

### 3.3 Rheolaeth Risg Glinigol

#### Asesu a blaenoriaethu

Yn yr holl Ymddiriedolaethau, roedd fframweithiau amlwg mewn grym o ran asesu a rheoli, er ei bod yn peri gofid sylwi nad oedd yr Arweinydd Rheolaeth Glinigol yn adnabod y Rheolwr Risg o fewn un o'r cyfarwyddiaethau iechyd meddwl. Heblaw hynny, nid oedd yn rhwydd yn y rhan fwyaf o ardaloedd i nodi'r cysylltiad rhwng gwaith pwyllgorau risg/rheolaeth glinigol ar lefel gorfforaethol gyda'r grwpiau cyfatebol o fewn gwasanaethau iechyd meddwl. Yn yr un modd, mewn rhai ardaloedd, roedd yn anodd gwerthfawrogi'r ffordd drwy'r hyn yr oedd grwpiau rheolaeth glinigol yn cysylltu'n adeiladol â fforymau eraill o fewn cyfarwyddiaethau iechyd meddwl.

Nododd yr holl Ymddiriedolaethau bod ganddynt raglenni ar y gweill i weithio tuag at gydymffurfio â gofynion Cronfa Risg Cymru a'r Comisiwn Deddf Iechyd Meddwl. Adroddodd y rhan fwyaf o Ymddiriedolaethau iddynt gael cydymffurfiad uchel â safon Iechyd Meddwl Cronfa Risg Cymru. Nododd pob Ymddiriedolaeth ond un eu bod â chofrestr risg a oedd yn cynnwys risgiau yn y maes iechyd meddwl, ac a oedd yn gysylltiedig â chynllunio busnesau a datblygu gwasanaethau. Fodd bynnag, tra bo safonau'r Gronfa Risg yn amlwg yn ddefnyddiol, nid oedd yn amlwg fod yr hyn a oedd yn ymddangos i'r adolygwyr i fod yn feysydd risg clinigol o bwys, yn cael eu hasesu a'u blaenoriaethu yn y cynllun hwn. Mae cyfyngiadau hefyd i ddull hunan-adrodd, sy'n tueddu i ganolbwyntio ar bolisiâu, protocolau a gweithdrefnau, yn hytrach nac ymarfer a phrofiad defnyddwyr a gofawyr gwasanaethau.

Yn benodol, nid ymddengys bod mecanwaith ar gyfer cyfradd llenwi uchel unedau cleifion preswyl i'w monitro a gweithredu ar hynny. Gyda chyfradd llenwi gwelyau yn fwy na 100% mewn rhai wardiau iechyd meddwl, yn aml yn adlewyrchu cyfraddau uchel o dderbyniadau brys, mae'r galwadau ar staff a chyfleusterau yn mynd yn bell y tu hwnt i'r gallu. Mae hyn, ynghyd â'r cymysgedd o gleifion difrifol wael gyda phroblemau cymhleth a diagnosis deuol ar wardiau cleifion preswyl, yn aml yn cynrychioli fawr mwy na chyfyngiant i rai cleifion.

Rhodddwyd gwybod i adolygwyr gan staff mewn nifer o ardaloedd am eu pryderon ynghylch cyfradd llenwi lawn gwelyau ysbytai a chyfraddau uchel o dderbyniadau, yn arbennig y tu allan i oriau, oherwydd:

“mae'n arwain at ryddhau'n gynnar a syndrom troi mewn cylchoedd”.

Roedd pryder cysylltiedig, a leisiwyd yn aml gan ymarferwyr iechyd meddwl yn ystod cyfnod yr arolwg hwn, yn canolbwyntio ar brinder y dewisiadau ar wahân i dderbyniadau i oedolion neu bobl hŷn â phroblemau iechyd meddwl, gydag amrywiaeth eang o ymatebion i argyfyngau y tu allan i oriau gwaith arferol. Ymdrinnir â'r rhain yn amrywiol gan CALL (gwasanaeth canolfan alw 24 awr a gynhelir yn wirfoddol), gwasanaethau y tu allan i oriau Meddygon teulu, Seiciatrydd Ymgynghorol ar ddyletswydd a Gweithiwr Cymdeithasol cymeradwy y gellir ei (l)leoli bellter sylweddol o'i gilydd a'r claf. Ystyriodd adolygwyr bod TIMC yn ceisio darparu amrywiaeth o wasanaethau sy'n mynd y tu hwnt i allu eu hadnoddau cyfyngedig, sy'n cyfaddawdu ansawdd y gofal i bobl â phroblemau iechyd meddwl difrifol a pharhaol. Mae angen amlwg am y lefel orau posibl o gyfleusterau cleifion preswyl gofal eilaidd a thrydyddol a ddefnyddir ac a 'reolir' yn dda gan amrywiaeth gynhwysfawr o wasanaethau iechyd meddwl cymunedol arbenigol. Mae angen i'r gwasanaethau cymunedol, yn eu tro, fod wedi eu cefnogi'n ddigonol gan rwydwaith cadarn ar gyfer ymdrin â materion iechyd meddwl o fewn timau gofal iechyd sylfaenol.

Fe wnaeth yr holl Ymddiriedolaethau gydnabod na roddwyd gwybodaeth ysgrifenedig yn rheolaidd i ddefnyddwyr gwasanaethau ynghylch risgiau a manteision amrywiaeth yr ymyriadau arfaethedig. Dywedodd hanner o'r Ymddiriedolaethau bod angen gwneud rhagor o waith o ran hyfforddi staff allweddol â materion yn ymwneud â chaniatâd gwybodus. Bydd hyn, mewn unrhyw achos, yn dod yn angen hyfforddi ychwanegol mewn cysylltiad â'r Mesur Gallu Meddyliol.

Mewn traean o'r Ymddiriedolaethau, cydnabuwyd bod angen rhagor o waith mewn cysylltiad ag archwilio ymarferion rhagnodi, er ei bod yn amlwg bod fferyllwyr yn ymwneud fwyfwy â gwasanaethau iechyd meddwl. Mewn pob ardal, mynegwyd pryderon gan staff GIG ynghylch y rhyngwyneb â gwasanaethau arbenigol camddefnyddio sylweddau, gan adlewyrchu'r her o ymdopi gyda chleifion â diagnosis deuol salwech meddwl a chamddefnyddio sylweddau ar wardiau seiciatreg cyffredinol.

### **Rheoli digwyddiadau, adrodd a dysgu**

Yn gyffredinol, tra bod prosesau amlwg ar gyfer ymchwilio i ddigwyddiadau difrifol yn yr asiantaethau GIG, mewn nifer o ardaloedd, cydnabuwyd y gellid gwneud mwy i ledaenu canfyddiadau'r adroddiadau

a gynhyrchwyd. Roedd y rhan fwyaf o reolwyr risg wedi cael hyfforddiant mewn dadansoddi achosion sylfaenol erbyn adeg yr arolwg.

Fe wnaeth yr holl Ymddiriedolaethau adrodd eu bod yn cymryd rhan yn llawn yn yr Ymchwiliad Cyfrinachol Cenedlaethol i hunanladdiadau, dynladdiadau a chleifion dan orchymyn. Tra bo dwy ran o dair o Ymddiriedolaethau wedi adrodd bod â modd drwy'r hyn y gellid trafod hunanladdiadau a dynladdiadau yn y gymdogaeth a dysgu gwersi ohonynt, prin iawn yr oedd hyn ar sail amlasiantaethol, fel fyddai'n arfer gorau, gyda'r BILL a'r awdurdod lleol yn cymryd rhan.

Roedd nifer y digwyddiadau anffafriol a adroddwyd gan y cyfarwyddiaethau iechyd meddwl ar draws Gymru yn fawr o gymharu â chyfarwyddiaethau GIG eraill, ond roedd nifer y cwynion yn fychan. Yn ystod eu trafodaethau â defnyddwyr a gofalwyr gwasanaethau, daeth yr adolygwyr i'r casgliad yr ymddengys bod amharodrwydd i fynd ar ôl cwyn 'ffurfiol' o hyd. Roedd hyn yn rhannol oherwydd pryderon ynghylch a fyddai hyn yn dylanwadu ar y gofal a dderbynnir ai peidio.

Roedd yn amlwg bod lefel uchel o adrodd digwyddiadau wedi digwydd mewn pedair o'r unedau cleifion preswyl llai i oedolion hŷn yr ymwelwyd â hwy gan adolygwyr, i gyd wedi'u lleoli yn yr ardaloedd gwledig gan fwyaf. Mewn rhai o'r unedau hyn, mae cleifion â salwch meddwl swyddogaethol wedi'u cymysgu â'r rhai hynny sy'n dioddef o ddementia ac mae tensiynau beunyddiol yn gysylltiedig â chyflwyno dulliau therapiwtig priodol. Mae sefyllfaoedd o'r fath yn cyflwyno risgiau i gleifion a staff fel ei gilydd.

### **Cynlluniau gweithredu a'u rhoi ar waith yn erbyn risgiau a nodwyd**

Yn dilyn digwyddiad difrifol ar ward cleifion preswyl oedolion yn gynharach yn y flwyddyn, mae un darparwr wedi nodi materion iechyd meddwl amlwg i ymdrin â hwy yn ei Strategaeth Rheolaeth Glinigol a'i Gynllun Datblygiad Tair Blynedd a'i Bolisi a'i Strategaeth Rheoli Risg. Mae gan y camau gweithredu arfaethedig oblygiadau o ran polisi a'i weithredu ar bob lefel o'r sefydliad.

Nid oedd llawer o dystiolaeth o gydweithio, er enghraifft, i ymdrin â'r risgiau a oedd yn gysylltiedig â throsglwyddiadau gofal wedi'u gohirio, yn gysylltiedig â diffyg tai â chefnogaeth. Ymddengys nad oes llawer o strategaethau risg GIG ac Awdurdod Lleol ar y cyd mewn lle ar gyfer iechyd meddwl, os o gwbl, na pholisïau adrodd digwyddiadau ar y cyd. Cytunwyd ar strategaeth risg Ymddiriedolaeth GIG a Gwasanaethau

cymdeithasol ar y cyd i wasanaethau cymunedol mewn un ardal yn ddiweddar, a nododd adolygwyr y bwriad i ddefnyddio hyn fel model ar gyfer datblygiad tebyg i wasanaethau iechyd meddwl.

Mae tystiolaeth gyson ar draws Gymru y cefnogir hyfforddiant yn eithaf da ar gyfer staff iechyd meddwl gyda thystiolaeth o hyfforddiant yn darparu cefnogaeth ar gyfer ymarfer glinigol. Fodd bynnag, mae'r prif ffocws ar gyflawni ymrwymadau statudol, megis iechyd a diogelwch yn y gweithle. Erys nifer sylweddol o staff na fydd yn gallu manteisio o staff llawn tymor byr i wneud eu sifft / dyletswyddau a fydd yn ein galluogi i fanteisio'n llawn ar gyfleoedd hyfforddi. Mewn dwy ardal a adolygwyd, nid oedd hyfforddiant rhagarweiniol a oedd yn ymdrin yn benodol â materion iechyd meddwl yn ymwneud â risg. Mewn dros hanner o'r ardaloedd yr ymwelwyd â hwy, mae anawsterau mewn sicrhau y trefnir bod amser ar gael am hyfforddiant mewn cysylltiad â meysydd risg allweddol, yn arbennig i staff nyrsio. Fel y mae mwy o feysydd hyfforddi, efallai y bydd hwn yn dod yn hyd yn oed mwy o broblem.

Mewn tair ardal, disgrifiwyd trefniadau goruchwyliaeth glinigol yn 'dameidiog', gydag angen amlwg yn cael ei nodi i sicrhau bod yr holl staff yn derbyn goruchwyliaeth briodol, ac yn manteisio o hynny, gan oruchwylwr sy'n gallu sefydlu cyd-destun cefnogol ac adfyfyriol ar gyfer datblygiad staff.

Roedd yn bleser gan adolygwyr nodi, mewn tair ardal, y gwnaed cychwyn defnyddiol i ddatblygu hyfforddiant i ddiwallu anghenion canran uchel gweithwyr y gwasanaeth iechyd meddwl nad ydynt wedi cymhwyso'n broffesiynol. Aethpwyd ymlaen â'r gwaith hwn gyda chefnogaeth y sector addysg bellach, ac ymddengys bod potensial i ddarparu cyfarwyddyd pellach a chyd-drefniant yn y maes hwn.

Ymhob ardal, holodd adolygwyr ynghylch cynnydd o ran gweithredu Dull y Rhaglen Gofal (*Care Programme Approach – CPA*), oherwydd gwelwyd hyn fel datblygiad gwasanaeth o bwys a fyddai'n cyfrannu'n sylweddol at reolaeth glinigol risg. Er gwaethaf y targed ar gyfer gweithredu'r CPA yn Rhagfyr 2004, roedd ei weithredu yn ymddangos ei fod yn mynd rhagddo'n dda mewn llai na hanner o'r ardaloedd yr ymwelwyd â hwy. Roedd yr angen am hyfforddiant staff ac (yn achlysurol) newid diwylliant yn amlwg yn yr ardaloedd oedd ar ôl. Dywedodd rhai defnyddwyr wrthym am anawsterau wrth gael mynediad at eu cynlluniau gofal, er enghraifft. Yn y rhan fwyaf o ardaloedd Ymddiriedolaethau, roedd gweithredu'n dameidiog, gyda rhai

gwasanaethau wedi eu sefydlu, a rhai eraill ddim yn barod eto. Lle gwelwyd fod y gweithredu'n dibynnu ar gyflwyno TG newydd neu (mewn rhai gwasanaethau pobl hŷn) yn disgwyl cyflwyno Asesiad Unedig, teimlai adolygwyr yn llai pendant o'r graddfeydd amser a oedd dan sylw.

Roedd gan bob un ond dau o'r Ymddiriedolaethau bolisi gweithwyr unigol yr oeddent yn ei ystyried yn effeithiol; dylai'r ddwy Ymddiriedolaeth a gydnabu hyn fel maes a oedd angen rhagor o waith, ymdrin â hyn fel mater o frys.

### **Systemau gwybodaeth**

Mae cyflwr cofnodion clinigol yn broblemus ac yn dal yn dameidiog yn y rhan fwyaf o achosion. Mae mynediad at gofnodion papur yn wael yn gyffredinol, gan olygu ei bod yn ofynnol i staff ymdrin â chleifion weithiau heb wybodaeth gefndir ddigonol ar gael i gefnogi eu penderfyniadau. Mae'r diffyg mynediad at gofnodion y tu allan i oriau yn cymhlethu'r materion sy'n gysylltiedig â derbyniadau amhriodol i unedau cleifion preswyl. Cydnabu chwe Ymddiriedolaeth bod rhai anawsterau trefnu i gofnodion clinigol fod ar gael pan fo angen. Ar y cyfan, felly, mae systemau gwybodaeth hyd yn hyn yn gyfyngedig iawn o ran cefnogi gofal integredig a lleihau baich gweinyddiaeth i staff clinigol.

Maes pryder cyffredinol ar draws Gymru yw'r diffyg system technoleg gwybodaeth integredig ar gyfer iechyd meddwl sy'n cyflawni anghenion y GIG ac adrannau Gwasanaethau Cymdeithasol Awdurdodau Lleol. Er y gall nifer o staff TIMC gael mynediad at beth gwybodaeth gan y naill system neu'r llall, mae ehangder y wybodaeth ar gael yn electronig, yn arbennig y tu allan i oriau, wedi'i chyfyngu. Mewn un ardal, adroddwyd bod y GIG a'r Gwasanaethau Cymdeithasol wrthi'n mabwysiadu systemau gwahanol, gyda'r ddwy system yn cael eu gweithredu yn y flwyddyn nesaf.

Mae gan un Ymddiriedolaeth system sydd wedi'i hen sefydlu, gyda'r potensial i ddal data clinigol i gefnogi clinigwyr yn eu gofal a'u triniaeth o ddydd i ddydd o gleifion. Fodd bynnag, hyd yn hyn, nid yw'r system wedi cael ei chyflwyno ar draws y gwasanaeth cyfan, a'i phrif ddefnydd yw cynhyrchu gwybodaeth rheoli perfformiad, sy'n dibynnu ar fewnbynnu data o gofnodion papur. Ymddengys bod peth pryder ynghylch ymarferoldeb parhaus y system, yng ngoleuni'r ffaith na fydd y



gwasanaeth cefnogaeth fasnachol sydd ar gael heddiw, ar gael yn y dyfodol o bosibl.

Mae'r gyfarwyddiaeth iechyd meddwl mewn Ymddiriedolaeth arall wedi mabwysiadu Cynllun Gweithredu Rheolaeth Gofal Integredig yn ddiweddar, gyda'r bwriad o:-

- ymgorffori gweithrediad dull cytunedig ar gyfer asesu risg glinigol
- gweithredu Dull y Rhaglen Gofal
- gweithredu'r system gofnodi a mesur 'FACE'
- mynd â materion rhyngwynebu ymlaen: gwybodaeth a rennir/cofnodion ar y cyd/ hyfforddiant ar y cyd
- cydlynu gweithrediad llwybrau gofal integredig/ canllawiau NICE.

Comisiynwyd gwasanaeth cefnogi meddalwedd arbenigol i gynorthwyo â rhoi gwahanol rannau'r cynllun gweithredu ar waith, a phenodwyd Rheolwr Project gyda'r cyfrifoldeb dros ei weithredu, yn cynnwys hyfforddiant staff. Bydd angen gwerthuso'r project a'i ddeilliannau i nodi a yw'n llwyddo i gyflawni'r dull integredig ai peidio, sy'n hanfodol ar gyfer arfer da yn y maes hwn.

#### *Themâu sy'n ymddangos*

- Mae angen mabwysiadu safonau cydlynol a chyson ar gyfer rheoli risg, gyda dull systemau cyfan, fel bod meysydd sylweddol o risg glinigol o ddydd i ddydd yn cael eu cynnwys yn yr ystyriaeth lefel Bwrdd o risg a'i rheolaeth
- Mae angen lledaenu'n effeithiol y gwersi a ddysgwyd o ddigwyddiadau ac achlysuron a fu bron ag achosi problem
- Nid yw comisiynu a rheolaeth perfformiad gwasanaethau iechyd meddwl wedi'u datblygu ddigon
- Mae angen am fonitro parhaus gweithredu Dull y Rhaglen Gofal
- Mae angen diogelu amseroedd hyfforddi, gyda hyfforddiant cynefino i'r holl staff sy'n ymdrin â materion rheoli iechyd meddwl penodol
- Mae angen datblygu systemau gwybodaeth ystyrllon ac sy'n ddefnyddiol yn glinigol
- Mae angen datblygu strategaethau risg iechyd meddwl ar y cyd a systemau gwybodaeth ar gyfer gwasanaethau iechyd a chymdeithasol.

### 3.4 Ymwneud Byrddau'r Ymddiriedolaethau

#### Lefel yr ymwneud

Ar y cyfan, wrth gymharu â'r sylw a roddir i wasanaethau iechyd eraill, daeth adolygwyr i'r casgliad nad yw moderneiddio gwasanaethau iechyd meddwl yn uchel ar agenda Byrddau GIG ar draws Gymru. Nid ymddengys fod y pwysau, o dan yr hyn y mae gwasanaethau iechyd meddwl cymunedol a chleifion preswyl yn gweithredu, yn cael ei gydnabod. Nid ymdrinnir â hyn yn briodol chwaith ar lefel Bwrdd, gan arwain efallai at beidio â gwerthfawrogi'n llawn ehangder y risg. Byddai'r pryderon a godwyd mewn adrannau blaenorol ynghylch niferoedd a chymysgedd y cleifion, y bylchau mewn staffio a dibyniaeth y gwasanaeth ar adeiladau a gydnabyddir nad ydynt yn addas ar gyfer y diben, yn awgrymu angen brys i weithredu. Ar draws Gymru, gwnaed sylwadau gan ymarferwyr iechyd meddwl, defnyddwyr a gofalwyr gwasanaethau, mewn perthynas â chytundebau'r Fframwaith Gwasanaeth a Chyllidol (SAFF) blynyddol rhwng Llywodraeth Cynulliad Cymru ac asiantaethau'r GIG. Mae'r SAFFs yn cynrychioli prif dargedau gweithgarwch sy'n gysylltiedig ag atebolrwydd a rheoli perfformiad yn y GIG. Roedd nifer o bobl a gyfwelwyd o'r farn bod angen cynnwys targedau SAFF iechyd meddwl cadarnach i ganolbwyntio sylw comisiynwyr a darparwyr y GIG ar roi blaenoriaeth i wasanaethau iechyd meddwl.

Byddai'n annheg awgrymu nad oes gan iechyd meddwl broffil ar lefel Bwrdd mewn nifer o Ymddiriedolaethau GIG. Fodd bynnag, nid ymddengys fod y materion a ystyrir yn adlewyrchu pryderon y gwasanaeth a defnyddwyr y gwasanaeth yn briodol. Mae enghreifftiau o ymwneud Byrddau a nodwyd wrth adolygwyr yn cynnwys:

- ymdrin â digwyddiadau proffil uchel unigol
- cyflwyno gwobrwyon i ddarparwyr gwasanaethau lleol
- derbyn adroddiadau cyfansawdd ar reolaeth glinigol, rheolaeth risg a chyllid a oedd yn cynnwys gwybodaeth am wasanaethau iechyd meddwl, ond yn anaml yn rhoi adroddiad cynhwysfawr o ansawdd gwasanaethau o'r fath.

Gwelwyd eithriadau i'r darlun cyffredinol hwn mewn dwy ardal lle'r oedd Byrddau yn hollol ymwybodol o gynlluniau gweithredu a oedd yn codi o adroddiadau gan y Comisiwn dros Wella Iechyd, ac yn ymwneud â'u monitro. Nodwyd yn yr adroddiadau hyn nifer o faterion a oedd angen sylw blaenoriaethol o lefel y Bwrdd. Mewn un o'r ardaloedd hyn,

mae gan yr Ymddiriedolaeth ddau aelod staff uwch o'r adain iechyd meddwl ar Fwrdd yr Ymddiriedolaeth, ac mae trydydd aelod o'r Bwrdd â chyfrifoldeb dros reolaeth risg a rheolaeth glinigol mewn iechyd meddwl, yn ogystal ag ar draws holl wasanaethau'r Ymddiriedolaethau eraill.

*Themâu sy'n ymddangos*

- Mae angen targedau SAFF allweddol ychwanegol yn gysylltiedig ag iechyd meddwl
- Mae angen rhoi gwybod am ddangosyddion pwysau ar wasanaethau ar lefel Bwrdd
- Mae angen cynnwys materion gweithlu ac amgylcheddau ffisegol gofal wrth fonitro gwasanaethau iechyd meddwl ar lefel Bwrdd

### **Gwybodaeth a dderbyniwyd ac/neu y gofynnwyd amdani**

Yn nodweddiadol, cynhelir cyfarfodydd rheoli perfformiad yn rheolaidd rhwng Cyfarwyddwyr Gweithredol a Thîm Rheoli'r Gyfarwyddiaeth Iechyd Meddwl, bob chwarter fel rheol. Mewn un Ymddiriedolaeth, roedd yn ddymunol derbyn tystiolaeth o gadw cofnodion cadarn o gyfarfodydd. Roedd hyn yn galluogi i'r staff uwch bwysu a mesur gwelliannau diweddar a chytuno ar dargedau newydd ar gyfer rhagor o ddatblygiadau i'r gwasanaeth.

Nid oedd systemau gwybodaeth wedi eu datblygu digon, gyda phwyslais ar ddarparu gwybodaeth ar dueddiadau mewn digwyddiadau a chwynion. Yn y rhan fwyaf o achosion, gellid cyflwyno data iechyd meddwl ar wahân. Fodd bynnag, ni welodd adolygwyr dystiolaeth o ddata clinigol iechyd meddwl rheolaidd yn cael ei gasglu i adrodd ar forbidrwydd a thueddiadau lleol a allai gefnogi cynllunio a datblygu gwasanaethau. Yn ogystal, roedd diffyg dangosyddion o'r pwysau o dan yr hyn yr oedd y system yn gweithredu. Yn yr un modd, roedd y cyfle i asesu deilliannau yn gysylltiedig â gwahanol ddewisiadau triniaeth, a chyfrannu at y sail dystiolaeth ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl, yn bell o fod yn gyffredin ar draws Gymru. Ymddengys bod cyfle i ddatblygu cydweithio ag asiantaethau iechyd y cyhoedd yng Nghymru i ddarparu gwell gwybodaeth am gyffredinolrwydd salwch meddwl, darparu gwasanaethau triniaeth a'u deilliannau.

*Themâu sy'n ymddangos*

- Mae angen datblygu systemau gwybodaeth effeithiol a threfniadau rheoli perfformiad ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl
- Mae angen i wasanaethau iechyd meddwl ar draws Gymru gyfrannu at ddatblygu ymarfer wedi'i seilio ar dystiolaeth.

## Blaenoriaethu a rheoli risg

Roedd gan yr holl asiantaethau GIG fframweithiau atebolrwydd mewn lle sy'n ystyried cyfrifoldebau ar gyfer diogelwch a risg. Roedd y trefniadau, fodd bynnag, yn cynnwys staff o'r asiantaethau GIG yn unig, ac yn y rhan fwyaf o ardaloedd, ni chyflwynwyd tystiolaeth i ddangos cyfraniad partneriaid allweddol megis cynrychiolwyr o wasanaethau cymdeithasol a defnyddwyr gwasanaethau neu ofalwyr ar y pwyllgorau rheoli.

Ymddengys mai cyfrifoldeb uwch reolwyr oedd ymdrin ag anawsterau mewn gwasanaethau a oedd yn codi o ddadleuon ac anghydfodau, yn aml yn cynnwys comisiynwyr, ynghylch pwy sy'n talu am beth. Nid oedd tystiolaeth o anghydfodau o'r fath yn cael eu datrys drwy fabwysiadu protocolau cydweithio y cytunwyd arnynt ar lefel Bwrdd. Yng ngeiriau un Cyfarwyddwr Gweithredol GIG,

*“Nid oes raid i mi feddwl am iechyd meddwl oherwydd bod ‘person x’ yn rheolwr mor dda”.*

Efallai y rhwystrir blaenoriaethu gwasanaethau iechyd meddwl gan y ffactorau canlynol:

- Efallai bod Ymddiriedolaethau yn dangos sgôr bron yn berffaith yn adran iechyd meddwl Cronfa Risg Cymru, er gwaethaf bylchau sylweddol mewn ansawdd gwasanaethau (gweler adran 3.3 uchod).
- Mae Byrddau Iechyd Meddwl ar draws Gymru wedi bod â diffyg gallu i gymryd golwg eang o'r gwasanaethau iechyd meddwl sydd eu hangen ar gyfer y boblogaeth. Maent felly, er enghraifft, wedi blaenoriaethu gwasanaethau megis cynghori gofal sylfaenol. Mae poblogaethau Byrddau Iechyd Lleol yn aml yn rhy fach ar gyfer comisiynu gwasanaethau iechyd meddwl mwy arbenigol yn effeithiol. Mae Ymddiriedolaethau yn canfod bod gweithio gyda Byrddau Iechyd Meddwl lluosog yn gymhlethdod ychwanegol.
- Mae gan gyfarwyddiaethau Iechyd Meddwl draddodiad o ymdopi â'u problemau a'u rheoli, yn hytrach na lobio.
- Mae gan rai Ymddiriedolaethau gynlluniau ail-ddarparu sylweddol, a ddaw'n ganolbwynt ar gyfer meddwl strategol, a thynnu sylw oddi wrth risgiau cyfredol.
- Nododd un Prif Weithredwr nad oes cymaint o flaenoriaeth i iechyd meddwl o fewn yr Ymddiriedolaeth oherwydd 'rhagorfreintiau gwleidyddol'.

*Themâu sy'n ymddangos*

➤ Mae angen adolygu trefniadau comisiynu ar gyfer gwasanaethau iechyd

- meddwl i sicrhau y diwallir yr amrywiaeth gyfan o anghenion yn llyfn
- Mae angen strategaethau ar y cyd ar gyfer rheoli risg, sydd â chefnogaeth ehangach a hyder y cyhoedd, defnyddwyr gwasanaethau a'u gofawyr a'u heiriolwyr
  - Mae angen cyd-drefnu trefniadau asesu risg a rheoli perfformiad ar draws gwasanaethau iechyd meddwl

### **Sgiliau a gwybodaeth**

Roedd tystiolaeth mewn un Ymddiriedolaeth o sesiynau cyfarwydd penodol yn cael eu cynnal ar gyfer Bwrdd yr Ymddiriedolaeth ar iechyd meddwl a rheoli risg, ac mae'r un Ymddiriedolaeth hefyd yn gwneud defnydd o'i ddyddlyfr staff a rhwydweithiau cyfathrebu eraill i ledaenu gwybodaeth am wasanaethau iechyd meddwl a datblygiadau i staff.

Mewn chwe Ymddiriedolaeth, roedd lefel uchel amlwg o wybodaeth a sgiliau mewn perthynas ag iechyd meddwl ar lefel Bwrdd. Nid ymddengys fod hwn yn amod digonol i wasanaethau iechyd meddwl gael eu blaenoriaethu. Roedd Byrddau Ymddiriedolaethau yn canfod bod eu blaenoriaethau'n cael eu gosod yn bennaf gan orchmynion gwasanaethau iechyd Cymru gyfan, gyda chynlluniau gweithredu yn codi o adroddiadau CHI yn gweithredu fel ail yrrwr. Nid ymddengys bod diddordeb, sgiliau na gwybodaeth aelodau Byrddau yn y maes iechyd meddwl â dylanwad.

Roedd nifer o Gyfarwyddwyr Gweithredol yn dra ymwybodol o'r angen i ddatganoli gwasanaethau a datblygu cyfleusterau cymunedol modern. Ystyriwyd mai'r brif broblem oedd pwysau cyllidol y cyfnod trawsnewid, gan adlewyrchu'r angen i gadw gwasanaethau arbenigol mewn lleoliad canolog nes roedd trefniadau priodol eraill mewn lle. Derbyniwyd ar y lefel uchaf un yn yr Ymddiriedolaethau/BILL nad oedd cynnal y model gwasanaethau wedi'u canoli yn opsiwn ond, roedd yr un mor amlwg bod risg sylweddol yn gysylltiedig â gorddibyniaeth ar wasanaethau cymunedol oni bai eu bod yn cael eu hadnoddu'n ddigonol.

Mewn sawl modd, mae'r mater hwn yn amlygu'r heriau sy'n gysylltiedig ag ad-drefnu gwasanaethau. Mae angen cyfnod trawsnewid i hwyluso dewisiadau eraill yn lle derbyn, ac mae hyn yn cynrychioli risg gyllidol yn ogystal â risg glinigol.

#### *Themâu sy'n ymddangos*

- Mae angen cyllid trawsnewidiol i ddatblygu gwasanaeth iechyd meddwl modern.
- Mae angen datblygu strategaethau cyfathrebu ymhellach o ran gwasanaethau iechyd meddwl i ymdrin ag anghenion aelodau Byrddau

GIG.

**Rhyngwyneb Strategol a Gweithredol**

Nododd adolygwyr deimlad cyffredin o rwystredigaeth a diymadferthedd yn gysylltiedig â'r farn bod angen mwy o refeniw er mwyn cael gwelliannau sylweddol yn y gwasanaeth. Roedd y farn hon:

a) wedi'i chymhlethu gan y canfyddiad nad oedd gwasanaethau iechyd meddwl wedi manteisio ar gyllid datblygu i'r un graddau â gwasanaethau iechyd blaenoriaethol eraill yn y blynyddoedd diwethaf.

b) wedi'i gwaethygu ymhellach gan y ffaith bod Byrddau Iechyd Lleol, ar sail unigol, yn gymharol ddibrofiad a hefyd yn rhy fach i gomisiynu'r amrediad llawn o wasanaethau iechyd meddwl arbenigol.

Ymddengys bod y mater yn effeithio ar forâl staff. Ym marn un rheolwr gweithredol:

*“Ymddengys fod popeth wedi'i ohirio hyd nes canlyniad yr arolwg hwn (a gynhelir gan asiantaeth allanol ac a gomisiynir gan Fyrddau Iechyd Lleol mewn ardal un Ymddiriedolaeth). Mae dadansoddiad yn dangos fod staff yn teimlo 'n ddiymadferth”.*

Roedd y rhyngwyneb rhwng cynllunio strategol a chynllunio a rheoli gweithredol yn anodd mewn sawl ardal. Lle'r oedd rhaglen aiddarparu weithredol yn cael ei datblygu, tynnwyd gallu a sylw i ffwrdd o faterion gweithredol o ddydd i ddydd. Mewn mannau eraill, ymddengys bod cynlluniau strategol yn cael eu gyrru gan faterion gweithredol cyfredol. Defnyddiwyd egni ar anghydfodau ynghylch talu am wasanaeth i glaf penodol, yn hytrach nac ar gynllunio gwasanaethau yn strategol i ddiwallu'r anghenion a nodwyd. Mewn rhai ardaloedd, ni ddefnyddiwyd arbenigedd a phrofiad darparwyr gwasanaethau yn effeithiol gydag ystyried sut i foderneiddio'r gwasanaeth. Yn gyffredinol, roedd defnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr yn fwy tebygol o adrodd bod â chyfraniad ar y lefel strategol yn hytrach na'r lefel weithredol, a oedd yn golygu cryn rwystredigaeth.

*Themâu sy'n ymddangos*

- Mae angen cryfhau comisiynu gwasanaethau iechyd meddwl
- Mae angen i ddefnyddwyr, gofalwyr a chlinigwyr arbenigol gymryd rhan ar lefel weithredol a strategol

### 3.5 Dull o Ymdrin Amlasiantaethol

#### Rhyngwynebu ag asiantaethau eraill

##### *Byrddau Iechyd Lleol*

Mae Ymddiriedolaethau GIG yn cydweithio â phob un o'r Byrddau Iechyd Lleol yn eu hardal mewn perthynas â chomisiynu gwasanaethau iechyd meddwl. Tra gall BILl Powys reoli'r swyddogaeth hon yn fewnol, mewn bob rhan arall o Gymru, comisiynir Ymddiriedolaethau gan un BILl neu ragor i ddarparu gwasanaethau. Mae angen i Ymddiriedolaeth GIG Gofal Iechyd Gwent weithio gyda dim llai na phum set o gomisiynwyr lleol (yn ogystal â Chomisiwn Iechyd Cymru). Canfu Byrddau Ymddiriedolaethau, ac yn fwy penodol, eu cyfarwyddiaethau iechyd meddwl unigol, fod hon yn brif ffynhonnell anhawster.

Yn gyffredinol, gwelwyd comisiynwyr yn newydd ac amrywiol, gydag arbenigedd mewn comisiynu gwasanaethau iechyd meddwl wedi'i wasgaru'n denau. Roedd nifer o Ymddiriedolaethau'n bryderus ynghylch y defnydd o adnoddau ychwanegol a ddyrannwyd o ganlyniad i bennu fformwla Townsend. Er enghraifft, i ddatblygu datrys argyfyngau neu dimau estyn allan pendant mewn ardaloedd dethol, heb ystyriaeth ddyledus yn cael ei rhoi i'r "system gyfan". Adroddwyd bod rhai BILl yn cydweithio i osgoi dyblygu ymdrech, ond roedd y bylchau a'r amrywiad mewn darpariaeth yn amlygu'r angen am reoli perfformiad yn well. Mae'r boblogaeth sy'n cael ei chynnwys gan Fyrddau Iechyd Lleol (yn ogystal â'r rhan fwyaf o Ymddiriedolaethau GIG) yn nodweddiadol yn rhy fach i gomisiynu gwasanaethau iechyd meddwl yn effeithiol, neu olrhain a monitro lleoliadau yn y sector preifat yn briodol.

Themâu sy'n ymddangos

- Mae angen ystyried y sylfaen boblogaeth orau bosibl ar gyfer comisiynu gwasanaethau iechyd meddwl.

##### *Gwasanaethau cymdeithasol*

Roedd y cydweithio rhwng staff iechyd meddwl a gyflogwyd gan y GIG ac adrannau gwasanaethau cymdeithasol awdurdodau lleol yn dda iawn ar y lefel weithredol. Ar draws Gymru, roedd tensiynau'n aml ar lefel reolaethol dros flaenoriaethau cymharol eu sefydliadau a'u dyraniadau adnoddau. Ond goresgynnwyd y rhain mewn o leiaf un ardal lle arweiniwyd y timau oedolion hŷn gan y gwasanaethau cymdeithasol ac arweiniwyd y timau ar gyfer oedolion oed gwaith gan yr

Ymddiriedolaeth. Mewn ardal arall, fodd bynnag, er bod y canolfannau TIMC wedi'u lleoli'n gyffredinol ar y cyd â staff gwasanaethau cymdeithasol, roedd y system reoli paralel o fewn timau yn gamweithredol ac wedi'i amlygu gan wahaniaethau polisi rhwng asiantaethau iechyd a chymdeithasol.

Ni chlywodd adolygwyr dystiolaeth am unrhyw wasanaethau iechyd meddwl strategol, na threfniadau comisiynu ar y cyd eraill rhwng gwasanaethau iechyd a chymdeithasol o dan y trefniadau 'Hyblygrwydd Iechyd'. Gwnaed peth defnydd o arian hyblygrwydd ar y cyd, i ddatblygu gwasanaethau ar raddfa fechan e.e. hyfforddiant ar ddementia i gartrefi gofal mewn un Ymddiriedolaeth.

Paratowyd strategaeth rheoli risg ar y cyd rhwng y gwasanaethau iechyd a chymdeithasol mewn ardal un Ymddiriedolaeth GIG, ac fe'i cyflwynwyd i fwrdd partneriaeth ar y cyd dros iechyd meddwl. Fodd bynnag, nid oedd yn eglur a oedd unrhyw gynrychiolaeth ar lefel weithredol ar y bwrdd partneriaeth. Yn gyffredinol, nid oedd strategaethau ar y cyd yn amlwg ar gyfer rheoli risg, na rhoi gwybod am ddiwyddiadau. Rhwystrwyd cydweithio i bob diben o ganlyniad i ymdrechion pŵer rheolaethol neu ddiffyg gweledigaeth a chyfeiriad a rennir.

Roedd systemau TG yn anghydnaws rhwng y GIG a Gwasanaethau Cymdeithasol, gan ychwanegu cymhlethdod at weithio mewn tîm, a gwneud rhannu gwybodaeth yn anodd heb fod angen.

Roedd canfyddiad ymhlith llawer o staff GIG nad oedd darpariaeth gofal cymdeithasol yn cyd-fynd â lefel y gofal iechyd i bobl â phroblemau iechyd meddwl, fel y dangoswyd gan y diffyg cyfleusterau gofal dydd a gofal seibiant.

### *Asiantaethau tai*

Nid ymddengys fod y cyflenwad o dai addas, gyda chefnogaeth briodol i bobl â phroblemau iechyd meddwl, wedi cadw i fyny â'r galw cynyddol am dai gan y boblogaeth gyffredinol. Ymddengys fod y sefyllfa'n waeth i wasanaethau iechyd meddwl y GIG, ac o ganlyniad i gau nifer o gartrefi gofal preswyl yn ddiweddar ar draws Gymru gyfan.

Yn y rhan fwyaf o ardaloedd, nid ymddengys fod TIMC yn cyfrannu rhyw lawer at gartrefi gofal, ac nid ymddengys fod adolygiadau o bobl mewn cartrefi gofal yn cael eu blaenoriaethu yn ôl yr angen. Fodd



bynnag, roedd tystiolaeth mewn un ardal, lle sefydlwyd gwasanaeth estyn allan pendant, o TIMC yn datblygu cysylltiadau defnyddiol â chynlluniau tai â chefnogaeth gyda'r awdurdod lleol. Mewn un ardal, adroddwyd bod cynllun llety cefnogol wedi cael ei rwystro oherwydd anhawster mewn cael caniatâd cynllunio, yn dilyn gwrthwynebiad lleol i'r math hwn o ddatblygiad.

Thema sy'n ymddangos

- Mae cydweithio gwell rhwng asiantaethau iechyd a gofal cymdeithasol, yn cynnwys tai, yn hanfodol i ddatblygu gwasanaethau iechyd meddwl mwy effeithiol.

### ***Yr Heddlu***

Adroddwyd bod cysylltiadau â'r Heddlu yn dda. Roedd pryderon, fodd bynnag, ynghylch:

- Pobl mewn cyflwr ymosodol yn cael eu hebrwng gan yr heddlu a'u gadael mewn unedau cleifion preswyl ysbytai yng ngofal staff is ar wardiau. Yn aml, roedd yn ofynnol i'r heddlu adael yr ysbyty ar unwaith i ymdrin ag argyfyngau eraill.
- Trosglwyddo cleifion rhwng unedau, megis o uned cleifion preswyl iechyd meddwl oedolion (AMI) i uned gofal dwys seiciatrïg (PICU). Trefnwyd hyn yn aml gan yr heddlu, ond fe'i ystyriwyd yn amhriodol gan ddefnyddwyr gwasanaethau/ gofalwyr a'r sector gwirfoddol.

Thema sy'n ymddangos

- Dylai'r GIG a'r Heddlu fabwysiadu polisi ar y cyd o ran trosglwyddo cleifion yn ddiogel i gyfleusterau cleifion preswyl.

### ***Y sector gwirfoddol, yn cynnwys defnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr***

Roedd ymwneud y sector gwirfoddol wedi'i hen sefydlu ar y grwpiau cynllunio amlasiantaethol yn gysylltiedig â datblygu strategaethau iechyd a lles ymhob ardal BILl. Yn yr un modd, roedd defnyddwyr a gofalwyr wedi cael eu hannog i gymryd rhan mewn nifer o grwpiau cynllunio ar gyfer datblygiadau gwasanaethau yr oedd yr Ymddiriedolaethau wedi eu cynnull.

Fodd bynnag, tra bod llawer o ymdrech wedi mynd i mewn i gynllunio gwasanaethau newydd, roedd defnyddwyr a gofalwyr o'r farn bod penderfyniadau'n cael eu gwneud yn unochrog (e.e. roedd darpariaethau ysbyty dydd / gofal dydd i bobl hŷn yn newid heb ymgynghori) ac nid

oedd neb yn gwrando arnynt. Nid yw'n syndod bod nifer o ddefnyddwyr a gofalwyr wedi rhoi gwybod i'r adolygwyr nad oeddent wedi teimlo'u bod â digon o bŵer i ddylanwadu ar benderfyniadau o ganlyniad i'w hymwneud â'r GIG, a ddisgrifiwyd fel arwynebol yn unig.

Ar y cyfan, nid ymddengys bod gwasanaethau iechyd meddwl y GIG yn manteisio ar gyfleoedd i ymwneud yn effeithiol â'r sector gwirfoddol, er gwaethaf y cyfraniad therapiwtig gwerthfawr posibl y gellid ei roi i gleifion, ar wahanol adegau o'r dydd ac ar benwythnosau. Ymddengys bod rheolau a rheoliadau, ynghylch iechyd a diogelwch ac yswiriant, yn cael y bai am amharodrwydd i gymryd risg cadarnhaol o'r math hwn ar eiddo'r GIG. Yng ngeiriau un rheolwr gwasanaethau iechyd meddwl:

*“rhaid i ni fod yn ystyriol o iechyd a diogelwch yn y gwaith”.*

Mae gwasanaethau eiriolaeth yn datblygu ac yn bresennol mewn nifer o rannau o Gymru. Fe'i cynrychiolwyd mewn cyfarfodydd gydag adolygwyr yn y rhan fwyaf o ardaloedd, ond nid yw'r gwasanaethau wedi'u hadnoddu'n ddigonol i fod ar gael i holl ddefnyddwyr y gwasanaeth, a allai gael budd o'u cyfraniad. Mae gwasanaethau yn arbennig o gyfyngedig i bobl â dementia. Mae'n bryderus nodi nad yw'r gwasanaethau eiriolaeth sy'n bodoli yn cael eu derbyn yn dda gan yr holl staff, a rhoddwyd gwybod i adolygwyr am achosion fel a ganlyn:

- Roedd clinigwr wedi bod yn amharod ymwneud â chlaf ym mhresenoldeb yr eiriolwr, er gwaethaf y ffaith fod y claf wedi gofyn i'r eiriolwr fod yn bresennol
- Roedd staff wedi cynorthwyo â threfnu apwyntiad i glaf gydag eiriolwr, heb roi sylw dyledus i ddiogelwch yr eiriolwr.

Roedd yn amlwg nad oedd tystiolaeth o bolisiâu a hyfforddiant Ymddiriedolaethau i gefnogi gweithredu eiriolaeth o fewn y broses gofal gyffredinol. Yn yr un modd, ni wnaeth adolygwyr ddarganfod tystiolaeth o bolisiâu lleol i gefnogi ymwneud defnyddwyr gwasanaeth mewn gwasanaethau iechyd meddwl. Mewn rhai ardaloedd, nid ymddengys bod llawer o'r staff yn gwerthfawrogi'r gwahaniaethau rhwng ymwneud eiriolaeth a defnyddwyr y gwasanaeth.

Thema sy'n ymddangos

- Dylai'r GIG weithio mewn partneriaeth â gwasanaethau yn y sector gwirfoddol i ddarparu profiadau mwy ysgogol ac ystyrlon i gleifion, ac i sicrhau bod gwasanaethau eiriolaeth ar gael yn rhwydd.

*Y sector annibynnol*

Mae'n glir bod gwasanaethau a ddarperir gan y sector annibynnol yn hanfodol i'r sbectrwm cyfan o ofal i bobl ag anawsterau iechyd meddwl yng Nghymru. Mae gan brinder cartrefi gofal i bobl â dementia, er enghraifft, effaith sylweddol ar wasanaethau iechyd meddwl cleifion preswyl i bobl hŷn.

Mewn rhai ardaloedd ar draws Gymru, roedd gwasanaethau iechyd meddwl yn cefnogi lleoliadau mewn cyfleusterau sector annibynnol. Mewn un ardal, er enghraifft, roedd hyn yn cynnwys hyfforddi ac ymgynghori (gwasanaeth GIG/ awdurdod lleol ar y cyd) o ran gwasanaethau pobl hŷn. Nodwyd anawsterau mewn cysylltiad â thrawsnewidiadau gydag uned anhwylderau bwyta o'r sector annibynnol ym Mryste. Mae Comisiwn Iechyd Cymru yn cyllido gofal cleifion preswyl yn yr uned hon, ond ymddengys bod anhawster â chyllido gofal dydd yn yr uned. Gwelwyd hyn fel rhwystr sylweddol i adferiad cleifion o dde Cymru, a oedd wedi manteisio'n fawr yn flaenorol o'r trawsnewid graddol o statws cleifion preswyl i statws cleifion allanol yr oedd y gofal dydd wedi'i ddarparu. Mae hyn yn amlygu'r angen i ddatblygu comisiynu ar draws y rhyngwyneb gofal eilaidd/ trydyddol, a gwneud y defnydd gorau posibl o gyfleusterau'r sector annibynnol lle maent yn ategu at anghenion y GIG.

Mae darparwyr y sector annibynnol yn chwarae rôl o bwys mewn gwasanaethau fforensig, ac mae gwasanaethau cymunedol lleol yn ymwneud â thrawsnewidiadau pwysig o'r gosodiadau hyn. Mae angen ystyried anghenion gweithlu darparwyr yn y sector annibynnol wrth gynllunio hyfforddiant proffesiynol yng Nghymru, o ystyried y prinder a nodwyd eisoes mewn staff nyrsio, yn arbennig mewn wardiau i bobl hŷn.

## Thema sy'n ymddangos

- Dylai asiantaethau iechyd a gofal cymdeithasol fynd ar ôl cyfleoedd i ddatblygu partneriaethau effeithiol ar gyfer darpariaeth gwasanaeth iechyd meddwl gyda'r sector annibynnol, a threfnu i gefnogaeth a hyfforddiant ar y cyd fod ar gael.

## 4. Ymatebion gan Arolygu Partneriaid Allweddol

### 1. Cyngorau Iechyd Cymunedol

Rhoddodd cynullydd Grŵp Rheoli'r Project wybod i bob Cyngor Iechyd Cymunedol (CIC) yng Nghymru am yr Arolwg drwy lythyr. Ystyriwyd bod y CIC mewn sefyllfa unigryw i arsylwi gwasanaethau iechyd meddwl a'u heffaith, ac felly fe'i gwahodwyd i gyflwyno sylwadau ynghylch eu sefyllfa leol. Byddai hyn yn cynnwys pryderon am wasanaethau iechyd meddwl y GIG ac enghreifftiau o arfer da yn eu hardal.

Derbyniwyd ymatebion gan wyth (8) allan o'r deunaw (19) CIC yng Nghymru. Roedd y sylwadau a dderbyniwyd yn canolbwyntio ar y themâu canlynol:

#### 1.1 *Trawsnewidiadau*

Adroddodd dau CIC ar ddatblygiad diweddar mewn gwasanaethau cynghori gofal sylfaenol, a groesawyd yn fawr. Fodd bynnag, nodwyd bod y llwyddiant hwn wedi arwain at restrau aros hir. Yn gyffredinol, credwyd bod llawer o le i wella cyfathrebu rhwng unedau cleifion preswyl a TIMC. Yn ogystal, mae'r CICs yn hynod o bryderus ynghylch y diffyg gwasanaethau arbenigol i bobl ifainc, gan adlewyrchu'r ffaith bod raid i lawer o bobl ifainc 16 a 17 oed gael eu derbyn i wardiau gydag oedolion. I oedolion ac oedolion hŷn, amlygwyd y dylai bod gwasanaeth adfer mwy effeithiol wedi'i gefnogi gan lefel uchel o dai â chefnogaeth i osgoi "rhwystr drwy'r system gyfan".

#### 1.2 *Amgylchedd clinigol*

Roedd y themâu cyffredin canlynol ynghylch gweithlu'r GIG yn amlwg yn ymatebion y CIC:

- diffyg dilyniant o driniaeth oherwydd anallu i recriwtio seiciatrydd ymgynghorol
- newidiadau i'r drefn gyffuriau pan fo'r locwm yn newid
- wardiau heb ddigon o staff
- mae prinder staff, salwch a straen yn cael effaith negyddol ar ddefnyddwyr gwasanaeth. Caiff apwyntiadau eu canslo yn aml, ac mae pobl yn dioddef o'r herwydd.

Nododd y CICs sawl datblygiad posibl a byddent yn croesawu'r canlynol:

- Gwasanaeth cymunedol 24 awr cynhwysfawr i oedolion ac oedolion hŷn

- Mwy o wasanaethau therapiwtig; nododd dau CIC yn benodol therapïau cyflenwol: “dylid gallu cael mynediad llawer haws at aromatherapi a Tai Chi hefyd, a dylent fod yn fwy fforddiadwy i gleifion”.
- Gwiriadau iechyd corfforol i gleifion gwasanaethau iechyd meddwl
- Datblygu gwasanaethau teg a chynhwysfawr i'r oedolyn hŷn, i gynnwys gwasanaethau gofal dydd, ac ategu at y clinigau cof sydd wedi'i hen sefydlu, gwasanaeth seicoleg, grwpiau lleol Clefyd Alzheimer sydd ar gael mewn rhai ardaloedd.
- Datblygu gwasanaethau arbenigol megis anhwylder bwyta, diogelwch isel, anhwylder personoliaeth, dioddefwyr ifainc dementia.
- Datblygu cyfleusterau seibiant a gwasanaethau preswyl i gleifion sy'n dangos ymddygiad heriol
- Mwy o adferiad effeithiol.

### 1.3 *Amgylchedd ffisegol*

Yn y rhan fwyaf o achosion, mynegwyd pryder difrifol dros gyflwr gwael unedau cleifion preswyl, lle mae'n ofynnol i nifer o gleifion fyw ynddynt am gyfnodau hir. Fodd bynnag, roedd CICs hefyd yn bryderus am orlenwi, a'r lleihad cyfatebol o ran ansawdd gofal, ar y cyfryw wardiau. Ar ben hynny, teimlwyd bod cleifion dementia angen gwasanaethau a chyfleusterau penodol, fel arall, mae eu cynnwys ar wardiau cyffredinol yn arwain at anawsterau i'r holl grwpiau cleifion.

Adroddwyd hefyd y dylai wardiau fod â lle addas ar gyfer plant a theuluoedd ar ymweliadau, a dylid cynnal a chadw cyfleusterau iechyd meddwl y GIG yn well.

### 1.4 *Cydweithio â'r sector gwirfoddol*

Teimlwyd bod gan wasanaethau iechyd meddwl y GIG ddiffyg gweledigaeth ac arweinyddiaeth, y gellid ei briodoli “*i newid parhaus yn y GIG a sefydlu Byrddau Iechyd Lleol*”.

Ymddengys fod hon yn feirniadaeth gyffredinol o'r ffordd y mae newid strwythurol yn y GIG yn amharu, yn eu barn hwy, gyda strategaeth amlasiantaethol glir, gyda gallu digonol i gyflawni datblygiadau mewn gwasanaethau iechyd meddwl y cydnabuwyd bod eu hangen yn gyffredinol.

Roedd rhai CICs o'r farn bod angen mwy o weithredu gwirfoddol lleol, i gefnogi gwasanaethau a ddarperir gan Mind a Hafal, ac fe wnaethant hefyd gydnabod manteision posibl cydweithio rhwng y partneriaid allweddol yn eu hardaloedd i gynhyrchu "Strategaethau Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Lles" lleol a oedd wedi nodi iechyd meddwl fel un flaenoriaeth.

### 1.5 *Sylwadau cyffredinol*

Fe wnaeth yr holl Gyngorau Iechyd Cymunedol a ymatebodd, fynegi eu pryderon ynghylch y diffyg darpariaeth gan wasanaethau. Gellir crynhoi eu safbwyntiau, yng ngeiriau un ymatebwr, bod gwasanaethau iechyd meddwl "heb gyllid digonol o lawer ers amser hir iawn, ond â bod yn deg, mae staff iechyd meddwl yn gweithio'n galed iawn i wella'r sefyllfa". Roedd nifer o sylwadau ynghylch annhegwch o ran darpariaeth gwasanaethau, a defnyddwyr gwasanaethau ddim yn derbyn safonau triniaeth a gofal tebyg, hyd yn oed o fewn yr un ardal.

Nodwyd gofalmwyr fel un grŵp penodol a oedd angen cydnabyddiaeth a chefnogaeth briodol. Awgrymwyd hefyd y dylai'r GIG wneud mwy o ymdrech i gydweithio â'r gwasanaeth eiriolaeth a'r sector gwirfoddol, i ddarparu mwy o symbyliad a gwell cyfathrebu â chleifion. Cyfeiriwyd yn benodol at y project peilot "Tidal Model", y dywedwyd iddo wella ymwneud ar ddwy ward mewn un ysbyty.

Amlygwyd hyrwyddo iechyd meddwl gan ddau CIC fel thema sydd angen rhagor o sylw, ac roedd pryder nad yw canfyddiadau Arolwg Iechyd Cymru yn adrodd digon ar salwch meddwl. Cyfeiriwyd at y cynnig gan un grŵp Cynllunio Strategol Iechyd Meddwl i ddatblygu hyrwyddo iechyd meddwl mewn ysgolion lleol, a'r angen i ddarparu deunydd darllen dwyieithog y gellid trefnu iddo fod ar gael i'r cyhoedd gan aelodau o'r tîm gofal iechyd sylfaenol.

## 2. **Grwpiau Mind lleol**

Anfonwyd gwybodaeth am yr arolwg at bob un o'r grwpiau Mind lleol yng Nghymru hefyd. Fodd bynnag, daeth yn amlwg cyn hir, y gwahoddwyd cynrychiolwyr o'r grwpiau lleol i gyfarfod â'r timau adolygu, a chyflwyno tystiolaeth lafar iddynt, yn ystod eu hymweliadau â'r deg Ymddiriedolaeth GIG a BILl Powys. Nid yw'n syndod, felly, fod y grwpiau lleol wedi cyfrannu tystiolaeth lafar i'r arolwg, fel y nodwyd yn adran 2 o'r adroddiad hwn, ac na dderbyniwyd cyflwyniadau ysgrifenedig ffurfiol gan Grŵp Rheoli'r Project.

### 3. Grŵp Cyfeirio

Gwahoddwyd aelodau o'r Grŵp Cyfeirio i gyflwyno eu sylwadau eu hunain am wasanaethau iechyd meddwl y GIG, yn ogystal â rhoi cyfarwyddyd defnyddiol o safbwynt defnyddwyr a gofalwyr ar y broses adolygu. Mae'r rhan fwyaf o'r themâu a nodwyd gan y grŵp wedi cael eu hadrodd yng nghanfyddiadau allweddol yr arolwg, ac yn cynnwys:

- diagnosis deuol ac anghenion pobl sy'n camddefnyddio sylweddau ac sydd hefyd yn dioddef o salwch meddwl;
- anghenion gofalwyr a'u teuluoedd, a
- darpariaeth anghyfartal gwasanaethau gofal cymdeithasol ac iechyd yn y gymuned.

Fe wnaeth y Grŵp Cyfeirio hefyd amlygu'r angen am gyfleusterau a gwasanaethau a oedd yn darparu triniaeth a gofal personol a sensitif i bob person, yn arbennig y rhai o grwpiau lleiafrifol difreintiedig megis grwpiau lleiafrifoedd ethnig a phobl hoyw. Nodwyd hyn hefyd fel maes risg i'r bobl hynny sydd â rhywfaint o anesmwythder ynglŷn â'u gender (y gymuned drawsrywiol) ac sydd hefyd yn dioddef o salwch meddwl.

Roedd pryderon y Grŵp Cyfeirio yn ymwneud â'r canlynol:

- Ymatebion niweidiol a ffbig gan gleifion eraill, sydd wedi golygu camdriniaeth gorfforol ac emosiynol gan gleifion eraill
- Diffyg dealltwriaeth ymhlith y grŵp cleientiaid ynghylch y ffordd y gall strategaethau risg o fewn y GIG sicrhau diogelwch cleifion, a sut rheolir y broses rhoi gwybod am ddirgwyddiad a'r gofrestr risg
- Anwybodaeth neu ragfarn o fewn gwasanaethau iechyd meddwl yn rhwystro cynrychiolwyr grwpiau lleiafrifol rhag cyfrannu at ddatblygu strategaethau rheoli risg
- Diffyg cyfleoedd hyfforddi i staff a gyflogir yn y gwasanaethau iechyd meddwl i ymdrin yn deg ac yn sensitif ag aelodau o grwpiau amrywiol
- y drefn gwneud cwynion, ac "ofn dialau, neu fygythiadau o anaf corfforol personol"
- rheoli meddyginiaethau, a'r angen am brotocolau priodol ynghylch trefn meddyginiaethau corfforol a thriniaeth ar gyfer salwch meddwl
- diogelu cleifion agored i niwed rhag bwlio gan staff a gorthrwm staff, megis gwasanaethau eiriolaeth
- maint cyfranogiad pobl agored i niwed yn Null y Rhaglen Gofal

- rheoli neilltuaeth, “*oherwydd gallai nifer o bobl agored i niwed ddioddef o ymddygiad ymosodol heb amheuaeth, ond hwythau hefyd fyddai'r rhai a neilltuir, tra byddai'r gwrthwynebydd yn cael crwydro'n rhydd o amgylch yr ysbyty*”.

Ceir gwerthusiad o'r broses adolygu o safbwynt Grŵp Cyfeirio'r defnyddwyr a'r gofalwyr yn Atodiad 4.



## 5. Dadansoddiad ac Argymhellion

1.1 Yn ystod yr arolwg hwn, cyfarfu'r tîm adolygu â dros 500 o bobl, yn cynnwys defnyddwyr gwasanaethau, gofalwyr, eiriolwyr, gweithwyr proffesiynol o bob disgyblaeth berthnasol, rheolwyr a chomisiynwyr o'r maes iechyd a gofal cymdeithasol. Ymwelwyd ag unedau cleifion preswyl a TIMC mewn bob ardal o Gymru, ac ychwanegodd sylwadau'r adolygwyr eu hunain at bwysau'r dystiolaeth ddogfennol a gasglwyd. Fe wnaeth pob tîm adolygu gynnwys clinigwyr profiadol, arbenigol, uwch reolwyr ym maes iechyd neu ofal cymdeithasol a chynrychiolwyr profiadol o'r sector gwirfoddol. Cefnogwyd y rhain gan grŵp cyfeirio o ddefnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr. Canfyddiad cyffredinol yr arolwg hwn yw system wasanaeth ar draws Gymru sydd o dan bwysau mawr. Mae'r pwysau hwn yn amlygu'r GIG yng Nghymru i nifer o risgiau difrifol. Mae'r rhain yn cynnwys y canlynol:

- Gellir cyfaddawdu ansawdd gofal cleifion, gyda photensial am nifer uchel o brofiadau negyddol i ddefnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr. Wrth gwrs, efallai na fydd y rhain yn cael eu dogfennu neu eu hadrodd, ond byddant yn niweidio'r ymddiriedaeth rhwng gwasanaeth a'i ddefnyddwyr, sy'n sylfaenol i wasanaeth iechyd meddwl effeithiol. Yn Lloegr, ffocws dau ymchwiliad y Comisiwn dros Wella Iechyd (CGI) oedd ansawdd y gofal ar unedau cleifion preswyl i bobl hŷn â dementia.
- Ceir tebygolrwydd cynyddol o ddigwyddiadau proffil uchel, lle peryglir diogelwch aelodau'r cyhoedd, fel gyda'r dynladdiad gan PK yr adroddwyd arno yn ystod yr arolwg.
- Ceir tebygolrwydd cynyddol o ddiogelwch defnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr yn cael ei gyfaddawdu, fel yr oedd yn amlwg mewn achosion o ddigwyddiadau a adroddwyd i'r tîm adolygu.
- Anfodlonrwydd cynyddol i staff sy'n gweithio yn y gwasanaeth, sydd, yn y rhan helaethaf o achosion, yn ymroddedig a gofalgar. Mae'r rhan fwyaf o staff, o fewn cyfyngiadau'r system, yn hynod o greadigol ac arloesol. Mae cyfran sylweddol yn teimlo'n rhwystredig nad ydynt yn gallu cyflwyno gwasanaeth o'r ansawdd y maent yn dyheu iddo fod. Bydd morâl isel staff yn dylanwadu ymhellach ar ansawdd y gofal, yn cynyddu problemau'n ymwneud â recriwtio a dal gafael yn y gweithlu, ac yn ychwanegu at y pwysau ar weddill y staff.
- Y GIG yng Nghymru yn cael trafferth cyflawni ei ddyletswyddau o dan ddeddfwriaeth y Ddeddf Iechyd Meddwl, mewn perthynas â'r

anhawster parhaus â llenwi swyddi Seiciatryddion Ymgynghorol, a galw cynyddol gan y ddeddfwriaeth arfaethedig.

1.2 Mae dau brif ddangosydd o'r pwysau ar y system. Y cyntaf yw gorlenwi unedau cleifion preswyl; adroddwyd ffigurau deiliadaeth o dros 100% i ni drosodd a drosodd ar draws Gymru. Mae hyn yn cynrychioli risg uchel ac annerbyniol, am y rhesymau a nodwyd yn adran 2 (tudalen 21), yn arbennig yng ngoleuni'r cymysgedd o gleifion ar wardiau cleifion preswyl llym. Yn ôl ffigurau swyddogol (SB 66/2004), y ddeiliadaeth gwelyau cyfartalog yn ystod 2003-2004 ar gyfer gwelyau 'salwch meddwl' oedd 92.9%, a gwelyau seiciatreg henoed yn 85.1%. Wrth edrych ar yr ymatebion ar gyfer ardaloedd unigol, dangosir bod 8 o'r 11 ardal gyda chyfradd lenwi *gyfartalog* o fwy na 90% i welyau salwch meddwl; roedd y gyfradd lenwi gyfartalog yn llai na 80% mewn un ardal yn unig. Mewn 7 o'r 11 ardal, roedd y gyfradd lenwi gyfartalog mewn seiciatreg henoed yn fwy na 80%, ond roedd yn amlwg bod llawer mwy o amrywiaeth yma. Mae'r ffigurau hyn yn cefnogi pryderon yr adolygwyr ynghylch gallu wrth gefn cyfyngedig mewn wardiau iechyd meddwl llym, gan leihau'r opsiynau ar gyfer ymateb i argyfyngau yn y gymuned. Mae'r galwadau cynyddol ar unedau cleifion preswyl, yn cael ei adlewyrchu ymhellach yn y cynnydd cyson dros y 10 mlynedd olaf yng nghyfran y cleifion preswyl a gedwir o dan y Ddeddf Iechyd Meddwl; adroddwyd hyn fel 23% yn 2004, o gymharu â 16% yn 1994 (SDR 63/2004), gyda'r cynnydd yn gymharol fwy i gleifion gwrywaidd.

1.3 Yr Ail ddangosydd pwysau yw'r llwyth gwaith a brofir gan TIMC. Mae hyn yn anos ei fesur yn fanwl gywir, ac mae datblygu offer monitro llwyth gwaith defnyddiol yn flaenoriaeth yn hyn o beth. Os nad yw TIMC yn gweithio'n effeithiol, bydd y pwysau ar unedau cleifion preswyl yn cynyddu, a bydd ansawdd y gofal a brofir gan ddefnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr mewn perygl eto.

1.4 O ganlyniad, y ffactor hanfodol, wedi'i seilio ar ganfyddiadau'r arolwg hwn, yw'r angen i gomisiynu gwasanaethau'n fwy effeithiol, a gwneud y defnydd gorau o adnoddau ar draws Gymru, ynghyd â threfniadau rheoli perfformiad mwy penodol. Mae angen i'r dull ymdrin "system gyfan" reoli'r agenda datblygu, ac felly osgoi'r problemau o ganolbwyntio ar broblemau neilltuol. Yr ymateb i'r pwysau ar y system felly yw, nid i gynyddu nifer y gwelyau cleifion preswyl, nac ychwanegu TIMC arall; ond yn hytrach, datblygu gwasanaethau cymunedol sy'n atal derbyn, sy'n ymateb i argyfyngau ac yn hwyluso rhyddhau'n ddiogel, ac felly'n lleihau'r pwysau ar gyfleusterau cleifion preswyl. Bydd hyn yn eu

galluogi i ganolbwyntio'n ddiogel ar y cleifion hynny na ellir eu rheoli'n ddiogel mewn cyd-destun cymunedol, a gwella ansawdd y gefnogaeth gymunedol sydd ar gael.

1.5 Mae'r cynnydd araf o ran gweithredu Dull y Rhaglen Gofal (CPA) mewn tua hanner o'r ardaloedd yn rhoi mynegai anuniongyrchol o'r pwysau ar y system, neu o leiaf o'r diffyg gallu i ddatblygu gwasanaethau. O ystyried fod CPA yn cynrychioli'r un dull pwysicaf o ymdrin â rheolaeth risg yn yr achos unigol, roedd hyn yn siomedig, yn arbennig gan ei fod wedi bod yn destun targed SAFF, i'w gwblhau erbyn Rhagfyr 2004.

1.6 Yn yr adrannau canlynol, amlygir y ffactorau sy'n cyfrannu at bwysau ymhob ardal. Cyflwynir y set o argymhellion a flaenoriaethwyd gan y tîm adolygu yn yr adran briodol, fel y gellir cyfeirio atynt yn rhwydd. Ystyrir y rhain yn gynllun gweithredu craidd i sicrhau bod cleifion yn derbyn safon ddigonol o ofal gan wasanaethau iechyd meddwl GIG yng Nghymru.

### *Comisiynu a rheoli perfformiad*

2.1 Er bod ymwneud Byrddau Ymddiriedolaethau gyda gwasanaethau iechyd meddwl yn amrywio ar draws Gymru, lle'r oedd hynny'n ymddangos ar eu agenda (weithiau drwy ddiddordeb, weithiau drwy archwiliadau neu adroddiadau allanol), ymddengys fod y diddordeb yn adeiladol ac yn ddefnyddiol. Yr hyn oedd yn bryder llawer mwy, oedd y trefniadau comisiynu ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl. Er gwaethaf BIL1 ac Awdurdodau Lleol yn rhannu tir cyffredin, ychydig iawn o enghreifftiau oedd o gomisiynu effeithiol ar y cyd, ac roedd tai yn absennol gan fwyaf o weithio amlasiantaethol. Er nad yw Byrddau Iechyd Lleol wedi cael llawer o amser i ddatblygu sgiliau yn y maes iechyd meddwl, mae'n amlwg nad yw eu sylfaen poblogaeth yn addas ar gyfer comisiynu gwasanaethau iechyd meddwl y tu hwnt i'r lefel gofal sylfaenol. O ran gwasanaethau arbenigol, gwelwyd rôl Comisiwn Iechyd Cymru, hyd yn hyn, fel prynu ar y pryd yn hytrach na chomisiynu ynddo'i hun. Os torrir y dasg gomisiynu i lawr rhwng gwahanol asiantaethau, mae risg i anghydfodau ynghylch 'pwy sy'n talu am beth', lesteirio comisiynu gwasanaethau llyfn.

2.2 Roedd yn amlwg bod llawer o gyfle i gomisiynu gwasanaethau o'r sector gwirfoddol, a chynnig contractau treigl priodol ar gyfer y cyfryw wasanaethau. Gwelodd defnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr y gwasanaethau a ddarparwyd gan y sector gwirfoddol yn hanfodol; roedd

rheolwyr a chomisiynwyr yn eu gweld fel rhywbeth ymylol yn rhy aml, a tharged rhwydd i gwtogi arnynt.

### **Argymhelliad 1**

Yn ystod 2005/06 dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru sefydlu timau comisiynu iechyd meddwl arbenigol, wedi'i seilio ar sylfaen boblogaeth bob un o dri rhanbarth y GIG, gyda chyfrifoldeb dros y canlynol:-

- gwasanaethau lefel eilaidd a thrydyddol
- datblygu gwasanaethau gwybodaeth (gyda mewnbwn iechyd y cyhoedd)
- datblygu'r bartneriaeth rhwng asiantaethau iechyd a gofal cymdeithasol, a chynnwys asiantaethau tai a darparwyr y sector gwirfoddol.

### **Argymhelliad 2**

Dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru gyhoeddi targedau SAFF cadarn a mesurau perfformiad perthynol ar gyfer iechyd meddwl am 2005/06 a blynyddoedd dilynol, i sicrhau y gwelir y gwasanaeth fel maes blaenoriaeth yn y GIG. Dylid parhau â gweithredu'r CPA yn llawn drwy'r fframwaith hwn.

#### *Gwasanaethau cleifion preswyl*

3.0 Ymhlith y ffactorau sy'n arwain at orlenwi unedau cleifion preswyl y mae gorddibyniaeth ar dderbyniadau ysbytai. Mae hyn yn gysylltiedig yn rhannol â'r diffyg dewisiadau cymunedol eraill, yn arbennig y tu allan i oriau, ond mewn rhai ardaloedd, o leiaf, roedd ffactorau agweddol mewn grym. Mewn un ward orlawn, dywedwyd wrthym fod archwiliad wedi dangos bod cymaint â 25% o dderbyniadau yn amhriodol. Roeddem wedi'n synnu gan dderbyniad cyffredinol gorlenwi wardiau, ac argymhellwn y dylid ymdrin â hyn ar unwaith. Gwaethygir y sefyllfa gan yr oedi â throsglwyddo gofal, sy'n aml yn cynnwys tai â chefnogaeth. Yn Rhagfyr 2004, roedd 8.4% o welyau iechyd meddwl wedi'u dal gan gleifion a oedd yn disgyn i'r categori hwn (221 o drosglwyddiadau gofal wedi'u gohirio; 2630 o welyau yn y sector iechyd meddwl), o gymharu â 4.6% mewn gwelyau ysbytai cymunedol a llym eraill (SDR 7/2005 a 61/2004). Mae'r canfyddiad hwn, o orddibyniaeth ar welyau ysbytai, yn ailadrodd yr hyn a ddywed adroddiad Sector Iechyd Meddwl y Comisiwn dros Wella Iechyd (CHI) (2003):

*'nid yw gwasanaethau wedi'u datblygu cymaint yng Nghymru...deuir o hyd i fodel gofal hyn, mwy sefydliadol.'*

Mae cyfraddau llenwi uchel wedi cael eu hadrodd mewn wardiau iechyd meddwl ers nifer o flynyddoedd, ac nid ydynt wedi ymddangos, fel y

byddai disgwyl iddynt o bosibl, mewn ystyriaethau risg; mae angen gwneud iawn am hyn yn awr.

### **Argymhelliad 3**

O 2005/2006 ymlaen, dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru fonitro nad yw deiliadaeth unedau cleifion preswyl yn mynd yn fwy na ffigur cytunedig (90% dyweder). Dylid adrodd y wybodaeth hon yn rheolaidd i Fyrddau Ymddiriedolaethau ac i Gyfarwyddiaeth Iechyd a Gofal Cymdeithasol LICC. Dylai deiliadaeth gynnwys cleifion sydd wedi cael mynd adref dros dro.

### **Argymhelliad 4**

Yn ystod 2005/2006, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys gryfhau gwasanaethau iechyd meddwl cymunedol i sicrhau y gallent gynnig gwasanaeth atal derbyn sy'n gallu ymateb 24 awr y dydd, 7 niwrnod yr wythnos. Gall hyn olygu datrys argyfwng a gwasanaethau triniaeth gartref, fel elfen ychwanegol o'r TIMC.

### **Argymhelliad 5**

Yn ystod 2005/2006, dylai comisiynwyr gwasanaethau iechyd meddwl, BILl, Ymddiriedolaethau GIG ac Awdurdodau Lleol, gydweithio â darparwyr tai i greu cynlluniau i ymdrin ar unwaith â'r anawsterau sy'n codi o'r diffyg tai gyda chefnogaeth i bobl â phroblemau iechyd meddwl, i wneud cynnydd yn y maes allweddol hwn.

3.2 Cynyddir y pwysau ar wardiau cleifion preswyl gan gymysgedd yr oedrannau a'r mathau o anawsterau ar nifer o wardiau. Roedd pryder penodol ynghylch pobl ifainc 16/17 oed yn cael eu lleoli ar wardiau oedolion mewn rhai ardaloedd, oherwydd mympwyon y system addysg yn hytrach nac oherwydd angen clinigol. Roedd pryderon hefyd ynghylch pobl hŷn ar wardiau o'r fath, a'r diffyg darpariaeth fforensig diogelwch isel. Disgrifiwyd unedau asesu cleifion preswyl fel rhai yr oedd y rhan fwyaf o'u cleifion gyda diagnosau deuol o anawsterau iechyd meddwl a chamddefnyddio sylweddau. Mae amrywiaeth yr anawsterau - o gynnwrf eithafol i ymgilio a disymudrwydd llwyr - yn ddigon o her, heb bwysau gorlenwi. Mae angen gweithredu ar frys: fel y caiff mwy a mwy o dderbyniadau eu hatal (drwy ddatblygu gwasanaethau cymunedol gwell), y rhai hynny a gaiff eu derbyn fydd y rhai gyda'r lefel fwyaf o angen. Bydd gan unedau cleifion preswyl set o anghenion hyd yn oed mwy cymhleth i ddarparu ar eu cyfer yn y dyfodol.

**Argymhelliad 6**

Erbyn Hydref 2005, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys adolygu'r trefniadau cyfredol ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl cleifion preswyl i bobl ifainc 16/17 oed. Lle mae'n rhaid i bobl ifainc o'r fath gael eu derbyn ar ward oedolion, dylai bod cefnogaeth gan y tîm CAMHS perthnasol, a dylai wardiau a ddefnyddir i'r diben hwn fod â staff sydd wedi derbyn holiad yr heddlu a chyda hyfforddiant penodol.

**Argymhelliad 7**

Erbyn Rhagfyr 2005, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys adolygu polisïau derbyn i sicrhau bod y penderfyniadau ynghylch y lle priodol ar gyfer derbyn pobl hŷn, wedi'i seilio ar angen clinigol, yn hytrach nac ar doriadau oedran mympwyol.

**Argymhelliad 8**

Erbyn Rhagfyr 2005, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys (mewn partneriaeth â Byrddau Partneriaeth Diogelwch Cymunedol lleol) sicrhau bod trefniadau mewn grym i staff ar wardiau oedolion lle mae diagnosau deuol yn gyffredin i gael mynediad parod at hyfforddiant priodol, a chynghor gan wasanaethau arbenigol camddefnyddio sylweddol pan fo angen.

**Argymhelliad 9**

Yn ystod 2005/2006, dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru sicrhau fod y timau comisiynu iechyd meddwl perthnasol yn cynhyrchu cynlluniau cytunedig ar gyfer darparu gwasanaethau fforensig diogelwch isel teg ar draws Gymru.

3.3 Fe wnaeth rhai unedau cleifion preswyl profi pwysau ychwanegol wrth dderbyn nifer o alwadau am dderbyniadau gan adrannau damweiniau ac argyfyngau a wardiau ysbytai cyffredinol. Mewn rhai ardaloedd, rheolodd timau cyswllt y galw hwn yn hynod o dda ar sail 24 awr, 7 niwrnod yr wythnos. Dylid edrych ar hyn fel elfen hanfodol o'r gwasanaeth iechyd meddwl, gyda manteision o ran lleihau pwysau ar wardiau cleifion preswyl mewn iechyd meddwl ac yn yr ysbyty cyffredinol. Mae cyfle i ddatblygu cynghor a chefnogaeth nyrsio i wardiau cyffredinol sy'n rheoli pobl â dementia, lle codwyd pryderon ynghylch ansawdd y gofal a dderbynnir.

**Argymhelliad 10**

Erbyn Ebrill 2006, dylai comisiynwyr iechyd meddwl sicrhau bod gwasanaethau cyswllt effeithiol wedi eu sefydlu ar gyfer bob ysbyty cyffredinol ac adran Damweiniau ac Argyfyngau. Dylid ymdrin ag anghenion arbennig mamau beichiog / sy'n bwydo o'r fron a phobl â dementia mewn lleoliadau ysbytai cyffredinol gyda chefnogaeth a chynghor gan nyrsys iechyd meddwl medrus.

*Gwasanaethau cymunedol*

4.1 Ymddengys mai'r brif ffynhonnell pwysau ar wasanaethau iechyd meddwl cymunedol oedd anhawster cynnal gwasanaeth o ansawdd uchel i bobl â salwch meddwl difrifol (yn cynnwys atal derbyniadau) tra'u bod yn darparu ymateb digonol i'r galw gan gyrff gofal sylfaenol i gyfeirio pobl â phroblemau iechyd meddwl cyffredin. Rhoddwyd cynnig ar nifer o ddulliau o reoli'r tensiwn hwn. Roedd gan ein hadolygwyr bryderon ynghylch sefydlu haen arall o wasanaeth rhwng gofal sylfaenol a'r TIMC, a oedd â pherygl o gyflwyno set arall o ryngwynebau, a gorlethu ei hun. Rhaid anelu at wella sgiliau yn y cyd-destun gofal sylfaenol, efallai drwy gael rhai aelodau o'r TIMC yn arbenigo yn y rôl gefnogol hon, tra bo eraill yn arbenigo mewn agweddau eraill (megis ymyriadau seicogymdeithasol mewn seicosis).

**Argymhelliad 11**

Yn ystod 2005/2006, dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru gynnal/gomisiynu arolwg o fodolau o gefnogi ac ymateb i broblemau iechyd meddwl cyffredin mewn gofal sylfaenol, gan nodi arfer da. Dylid cyhoeddi cyfarwyddyd wedyn, wedi'i seilio ar ganlyniadau'r arolwg, erbyn Mawrth 2006, i'w weithredu gan Fyrddau Iechyd Lleol yng Nghymru.

4.2 Roedd rhai pwysau yn amlwg hefyd mewn cysylltiad â chleifion gyda hanes fforensig a gyfeiriwyd at wasanaethau iechyd meddwl cymunedol. Caiff hyn ei ddwysáu gan ddiffyg datblygu gwasanaethau diogelwch isel mewn llawer o ardaloedd yng Nghymru (gweler Argymhelliad 7).

**Argymhelliad 12**

Erbyn Mawrth 2006, dylai comisiynwyr iechyd meddwl adolygu a gwella'r trefniadau presennol i drosglwyddo cleifion fforensig o unedau diogelwch canolig i'r gymuned, gyda chefnogaeth barhaus gan y timau fforensig arbenigol. Dylid sefydlu mecanweithiau i ddatrys anghydfodau ynghylch ymgynghorwyr yn y gymuned yn cymryd statws RMO, gan

sicrhau bod gwasanaethau cymunedol yn derbyn y gefnogaeth sydd ei hangen i reoli cleifion o'r fath yn ddiogel.

4.3 Roedd gwasanaethau iechyd meddwl cymunedol oedolion hŷn o dan bwysau mawr mewn nifer o ardaloedd. Mae diffyg amrywiaeth lawn y ddarpariaeth gwasanaethau wrth gefn – megis cartrefi gofal yn ogystal â gwasanaethau yn y gymuned megis gofal dydd – yn golygu y gadewir y gwasanaeth cymunedol i ymdopi, gyda'r effaith yn cael ei themlo fwyaf gan amlaf gan ofalwyr sy'n deulu. Mae cyfle da yma am fwy o gomisiynu gwasanaethau ar y cyd, a mwy o gyfraniad gan y sector gwirfoddol (mwyaf bodlon a mwyaf profiadol) fel darparwyr gwasanaeth a gyllidir yn briodol, yn ogystal ag angen i weithio'n flaengar â'r sector annibynnol. Cynigir hyfforddiant a chefnogaeth i staff mewn cartrefi gofal gan rai gwasanaethau. Mae hyn yn amhrisiadwy o ran galluogi i gartrefi barhau i ymdopi â phreswylwyr ag anawsterau iechyd meddwl, yn hytrach na hwythau'n gorfod cael eu symud i rywle arall, sy'n cyflwyno risg i'r preswilydd. Mae rhoi dull ymdrin y CPA ar waith yn cael ei gyflwyno gydag Aseiad Unedig mewn llawer o ardaloedd, a all arwain at beth oedi. Bydd yn bwysig monitro y caiff ei weithredu'n llawn gydag oedolion hŷn.

#### **Argymhelliad 13**

Erbyn Ebrill 2006, dylai comisiynwyr iechyd meddwl, Byrddau Iechyd Lleol, Ymddiriedolaethau GIG, darparwyr gwasanaethau iechyd meddwl eraill ac Awdurdodau Lleol lunio strategaeth gytunedig, greadigol, integredig i gomisiynu gwasanaethau iechyd meddwl i bobl hŷn, gan gymryd i ystyriaeth adroddiadau diweddar y Comisiwn Archwilio a'r Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol i Bobl Hŷn sydd ar fin cael ei gyhoeddi.

#### **Argymhelliad 14**

Erbyn Ebrill 2006, dylai comisiynwyr iechyd meddwl, Byrddau Iechyd Lleol, Ymddiriedolaethau GIG, Awdurdodau Lleol a darparwyr gwasanaethau iechyd meddwl eraill fod wedi gwneud trefniadau ar gyfer hyfforddiant a chefnogaeth barhaus staff mewn cartrefi gofal o ran rheoli amrywiaeth y problemau iechyd meddwl (yn cynnwys iselder ac ymddygiad heriol).

#### **Argymhelliad 15**

Erbyn Ebrill 2006, dylai comisiynwyr iechyd meddwl, Byrddau Iechyd Lleol, Ymddiriedolaethau GIG, Awdurdodau Lleol a darparwyr gwasanaethau iechyd meddwl eraill wneud trefniadau penodol i fonitro



gweithredu CPA gyda phobl hŷn â phroblemau iechyd meddwl, o fewn cyd-destun Aseidiadau Unedig.

### *Materion gweithlu*

5.1 Mae meysydd risg allweddol a nodwyd yn yr arolwg yn gysylltiedig yn bennaf â recriwtio a dal gafael ar staff, ond hefyd â'r diffyg swyddi (yn arbennig ar gyfer Therapyddion Galwedigaethol, Ffisiotherapyddion a Seicolegwyr Clinigol) a fyddai'n gwella effeithiolrwydd therapiwtig gwasanaethau iechyd meddwl yng Nghymru. Cafodd y ddibyniaeth ar seiciatryddion locwm a chronfeydd staff nyrsio ei grybwyll fel achos pryder mewn nifer o rannau o Gymru. Amcangyfrifir bod galwadau'r Ddeddf Iechyd Meddwl newydd angen amser ychwanegol gan seiciatryddion, yn ogystal â'r effaith ar weithwyr proffesiynol eraill. Nododd uwch reolwyr nyrsys eu pryderon ynghylch cyfran y nyrsys sydd ar fin ymddeol yn y bum mlynedd nesaf, yn ogystal ag anawsterau recriwtio mewn gwasanaethau i oedolion hŷn, ac anghenion am staff ychwanegol mewn llawer o ddatblygiadau gwasanaethau. Mae ffigurau swyddogol ar swyddi gwag staff GIG yng Nghymru, o edrych ar swyddi gwag na lenwyd am 3 mis neu ragor, yn cadarnhau'r gyfradd swyddi gwag uchel ar gyfer Seiciatryddion Ymgynghorol, yn arbennig mewn Seiciatreg i'r Henoed. Fodd bynnag, mae ffactorau swyddi gwag ar gyfer Nyrsio Seiciatrig (2.9%), Nyrsio Seiciatrig Cymunedol (1.4%) a Seicolegwyr clinigol (3.5%) yn gymharol isel (ni ddarperir ffigurau ar gyfer Therapyddion Galwedigaethol a Ffisiotherapyddion yn benodol mewn cysylltiad â gwasanaethau iechyd meddwl). Awgryma hyn bod ffactorau eraill, megis salwch, swyddi gwag tymor byr a diffyg swyddi sefydledig, yn gyfrifol efallai am y pwysau ar staffio sydd heb fod yn feddygol, a arsylwyd gan y tîm adolygu.

Mae cronfa fawr o staff digymhwyster hefyd o fewn gwasanaethau iechyd meddwl y gellid eu hyfforddi i ddarparu amrywiaeth pellach o weithgarwch perthnasol ar wardiau ac yn y gymuned, a bod yn adnodd amhrisiadwy gyda moderneiddio a datblygu gwasanaethau.

### **Argymhelliad 16**

Erbyn Rhagfyr 2005, dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru sicrhau y cwblheir adroddiad ar gynllunio gweithlu mewn gwasanaethau iechyd meddwl yng Nghymru. Mae angen ystyried y diffygion yn yr holl grwpiau proffesiynol yn ofalus, a gwerthuso'r cyfleoedd am ffyrdd newydd o weithio, gyda chynllun gweithredu ar gyfer cynnydd yn y dyfodol.

**Argymhelliad 17**

Erbyn Rhagfyr 2005, dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru (adrannau iechyd, gofal cymdeithasol ac addysg bellach) gynhyrchu cynllun ar gyfer datblygu cyfleoedd hyfforddi i staff gwasanaethau iechyd meddwl sydd heb gymhwyster proffesiynol.

*Yr amgylchedd gofal*

6.1 Disgwyliodd yr adolygwyr ganfod bod rhai ardaloedd yn parhau i ddibynnu ar adeiladau sydd wedi hen ddarfod bod yn addas ar gyfer y pwrpas. Hyn oedd yr achos yn ddiaw, ac mewn llawer o ardaloedd, gwnaed achosion busnes i gael rhai yn eu lle. Fodd bynnag, tra pery gwasanaethau yn yr adeiladau hyn, mae'n bwysig y telir sylw dyledus i gynnal a chadw a chynhaliu, ac i ddiogelwch sylfaenol a materion urddas.

**Argymhelliad 18**

Erbyn Mehefin 2005, rhaid i'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys sicrhau bod unrhyw wardiau cymysg sydd ar ôl, lle ceir mynediad i ystafell gysgu'r merched drwy ystafell gysgu'r dynion, wedi cael eu had-drefnu.

**Argymhelliad 19**

Yn ystod 2005/2006, ac mewn blynyddoedd dilynol, rhaid i'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys flaenoriaethu cynnal a chadw amgylchedd ffisegol y gofal, er gwaethaf diffyg dyfodol tymor hir i'r adeiladau.

6.2 Er mawr siom, canfu'r adolygwyr nad oedd unedau cymharol newydd chwaith yn addas ar gyfer y pwrpas, ac yn cyflwyno heriau penodol, er enghraifft o ran arsylwi. Rhaid dysgu gwersi o'r profiadau hyn cyn y comisiynir y don nesaf o adeiladu. Mae angen mawr am ddarpariaeth hyblyg, gan fod ffurfweddau a galwadau gwasanaethau yn newid yn eithaf cyflym yn y maes iechyd meddwl; efallai bod adeilad sydd wedi'i lunio i ddiwallu anghenion a gofynion cyfredol wedi dyddio erbyn yr adeg caiff ei gynllunio, ei adeiladu a'i gomisiynu.

**Argymhelliad 20**

Yn ystod 2005/2006, ac mewn blynyddoedd dilynol, dylai comisiynwyr gwasanaethau iechyd meddwl asesu'r angen am ail-ddarparu unedau cleifion preswyl yng nghyd-destun rhaglen ehangach o foderneiddio ac ailgynllunio gwasanaethau; dylai adeiladau newydd fod yn hyblyg a dylid dysgu gwersi o gynlluniau blaenorol.

6.3 Yn gyffredinol, roedd lle i wella'r amgylchedd gofal, o ran gweithgarwch ac ymwneud ar unedau cleifion preswyl. Roedd hyn yn hynod o amlwg ar rai wardiau i bobl hŷn, sy'n cyfrif am 48% o gleifion preswyl mewn gwasanaethau iechyd meddwl yng Nghymru (SDR 63/2004). Fodd bynnag, mae rhai enghreifftiau o ymarfer da y gellid ei ledaenu ar draws Gymru, yn cynnwys ymwneud sefydliadau gwirfoddol, megis yr *Alzheimer's Society*, ailganolbwyntio'r project wardiau cleifion preswyl, a chyflwyno'r model Llanw (*tidal model*).

### **Argymhelliad 21**

Erbyn Mawrth 2006, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys sicrhau bod trefniadau mewn grym am weithgarwch therapiwtig ystyrlon i'w darparu yn rheolaidd ac yn helaeth mewn bob amgylchedd cleifion preswyl.

#### *Ymwneud defnyddwyr/ gofalwyr*

7.1 Nododd yr adolygwyr enghreifftiau da o ymdrechion a wneir i hyrwyddo ymwneud gofalwyr/defnyddwyr ar draws Gymru. Yn gyffredinol, roedd ymwneud yn well ar lefel cynllunio gwasanaethau newydd, yn hytrach nac ar lefel weithredol. Hyd yn oed lle trefnwyd i gyfarfodydd ymdrin â phryderon gweithredol gyda chynrychiolwyr defnyddwyr/gofalwyr, credwyd nad oedd y rhain yn ddim mwy nag arwynebol yn unig mewn rhai ardaloedd; nid oedd camau gweithredu y cytunwyd arnynt yn cael eu rhoi ar waith, neu canslwyd cyfarfodydd ar fyr rybudd, neu gwnaed penderfyniadau o bwys ynghylch y gwasanaeth heb ymgynghori.

### **Argymhelliad 22**

Erbyn Mawrth 2006, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol a BILl Powys sicrhau y datblygir trefniadau cadarn ar gyfer ymglymiad defnyddwyr/gofalwyr o ran rheolaeth weithredol gwasanaethau.

7.2 Roedd enghreifftiau calonogol o ddefnyddwyr yn ymwneud â chynllunio'u gofal yn cael ei ystyried fel rhywbeth rheolaidd. Fodd bynnag, mewn nifer o osodiadau eraill, byddai hyd yn oed rhoi copi o'u cynllun gofal i bob defnyddiwr (a/neu ofalwr lle bo'n briodol) yn cael ei ystyried fel gwyriad newydd. Mae hwn yn un o'r meysydd y bydd angen i hyfforddiant CPA a newid mewn diwylliant ymdrin ag ef, os yw diwylliant agored ac eglur o reoli risg ar lefel glinigol am gael ei ddatblygu.

### **Argymhelliad 23**

Erbyn Mawrth 2006, dylai'r Byrddau Ymddiriedolaethau GIG perthnasol

a BILl Powys fabwysiadu dull cadarn i gynnal archwiliadau rheolaidd o gyfran y cleifion sy'n cael copi o'u cynllun gofal eu hunain, wedi'i seilio ar weithredu CPA.

7.3 Roedd darpariaeth eiriolaeth yn gymysg ar draws Gymru, gyda rhai enghreifftiau da yn gweithredu'n iawn, ond fawr o wasanaeth mewn eraill (a rhai agweddau digymwynas gan wasanaethau i eiriolaeth ac eiriolwyr). Roedd darpariaeth yn arbennig o wael i bobl â dementia.

#### **Argymhelliad 24**

Erbyn Mawrth 2006, dylai Llywodraeth Cynulliad Cymru adolygu'r gwasanaethau eiriolaeth annibynnol i ddefnyddwyr gwasanaethau iechyd meddwl gyda'r bwriad o gomisiynu gwasanaethau teg mewn bob rhan o Gymru. Rhaid gwneud darpariaeth hefyd i bobl â dementia gael mynediad at eiriolaeth.

## Cyfeiriadau

1. Y Comisiwn Archwilio yng Nghymru. (2002). *Colli Amser: datblygu gwasanaethau iechyd meddwl ar gyfer pobl hŷn yng Nghymru*. Cyhoeddiadau'r Comisiwn Archwilio: Llundain.
2. Bwrdd Iechyd Lleol Caerdydd. (2004). Arolwg allanol annibynnol i ddynladdiad ym Mhrestatyn, Cymru ar 25 Mawrth 2003.
3. Clinical Governance Support Service. (2002). *Clinical governance standards for mental health and learning disability services*. Royal College of Psychiatrists: Llundain.
4. Comisiwn Gwella Iechyd. (2003). *Arolwg rheolaeth glinigol: Ymddiriedolaeth GIG Gogledd Ddwyrain Cymru*. The Safety Office: UK.
5. Comisiwn Gwella Iechyd. (2003). *Beth a ddarganfu CHI o fewn: ymddiriedolaethau iechyd meddwl*. Comisiwn Gwella Iechyd: Llundain.
6. Comisiwn Gwella Iechyd. (2003). *Emerging themes from mental health trust reviews*. Comisiwn Gwella Iechyd: Llundain.
7. Comisiwn Gwella Iechyd. (2003). *Ymddiriedolaeth GIG Caerdydd a'r Fro (gwasanaethau iechyd meddwl)*. Comisiwn Gwella Iechyd: Llundain.
8. Comisiwn Gwella Iechyd. (2003). *Arolwg rheolaeth glinigol: Ymddiriedolaeth GIG Ceredigion a Chanolbarth Cymru*. Comisiwn Gwella Iechyd: Llundain.
9. Comisiwn Gwella Iechyd. (2003). *Arolwg rheolaeth glinigol: Ymddiriedolaeth GIG Abertawe*. Comisiwn Gwella Iechyd: Llundain.
10. Comisiwn Gwella Iechyd. (2003). *Arolwg rheolaeth glinigol: Ymddiriedolaeth GIG Sir Gaerfyrddin*. Comisiwn Gwella Iechyd: Llundain.
11. Comisiwn Gwella Iechyd. (2003). *Arolwg rheolaeth glinigol: Ymddiriedolaeth GIG Gofal Iechyd Powys*. Comisiwn Gwella Iechyd: Llundain.
12. Comisiwn Gwella Iechyd. (2003). *Arolwg rheolaeth glinigol: Ymddiriedolaeth GIG Caerdydd a'r Fro (gwasanaethau iechyd meddwl)*. Comisiwn Gwella Iechyd: Llundain.
13. Comisiwn Gwella Iechyd. (2003). *Arolwg rheolaeth glinigol: Ymddiriedolaeth GIG Felindre*. Comisiwn Gwella Iechyd: Llundain.

14. Comisiwn Gwella Iechyd. (2004). *Arolwg rheolaeth glinigol o wasanaethau llym a chymunedol ac ymchwilio i wasanaethau iechyd meddwl: Ymddiriedolaeth GIG Sir Benfro a Derwen*. Comisiwn Gwella Iechyd: Llundain.
15. Comisiwn Gwella Iechyd. (2004). *Framework for risk management: Mental health trusts*. Comisiwn Gwella Iechyd: Llundain.
16. Comisiwn Gwella Iechyd. (2004). *Arolwg rheolaeth glinigol: Ymddiriedolaeth GIG Bro Morgannwg*. Comisiwn Gwella Iechyd: Llundain.
17. Comisiwn Gwella Iechyd. (2004). *Arolwg rheolaeth glinigol: Ymddiriedolaeth GIG Gogledd Orllewin Cymru*. Comisiwn Gwella Iechyd: Llundain.
18. Commission for Healthcare Audit and Inspection. (2004). *Arolwg rheolaeth glinigol: Ymddiriedolaeth GIG Gofal Iechyd Gwent*. Llyfrfa Ei Mawrhydi: Llundain.
19. Adran Iechyd. (2001). *National service framework for older people*.
20. Yr Adran Iechyd. (2002). *Mental health policy guidance: Adult acute inpatient care provision*.
21. Yr Adran Iechyd. (2002). *Mental health policy implementation guide: Community mental health teams*.
22. Yr Adran Iechyd. (2002). *National minimum standards for general adult services in psychiatric intensive care units (PICU) and low secure environments*.
23. MIND. (2004). *Ward Watch: Mind's campaign to improve hospital conditions for mental health patients*. MIND: Llundain.
24. National Institute for Clinical Excellence. (2001). *Guidance on the use of donepezil, rivastigmine and galantamine for the treatment of Alzheimer's disease. Technology Appraisal Guidance 19*.
25. National Institute for Clinical Excellence. (2002). *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. NICE: Llundain.
26. National Institute for Clinical Excellence. (2002). *Guidance on the use of newer (atypical) antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia. Technology Appraisal Guidance 43*.
27. National Institute for Clinical Excellence. (2003). *Guidance on the use of electroconvulsive therapy. Technology Appraisal 59*.
28. National Institute for Clinical Excellence. (2003). *Olanzapine and valproate semisodium in the treatment of acute mania associated with bipolar I disorder. Technology Appraisal 66*.

29. National Institute for Clinical Excellence. (2004). Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE: Llundain.
30. National Institute for Clinical Excellence. (2004). Self-harm: The short term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. NICE: Llundain.
31. National Institute for Clinical Excellence. (2004). Anxiety: management of anxiety (panic disorder with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. *Clinical Guideline 22*. NICE: Llundain.
32. National Institute for Clinical Excellence. (2004). Depression: management of depression in primary and secondary care. *Clinical Guideline 23*. NICE: Llundain.
33. National Institute for Mental Health in England. (2004). Mental health policy implementation guide: developing positive practice to support the safe and therapeutic management of aggression and violence in mental health in-patient settings.
34. National Safety Patient Agency. (2004). Introduction: Seven steps to patient safety. The National Safety Patient Agency: Llundain.
35. National Safety Patient Agency. (2004). Seven steps to patient safety: An overview guide for NHS staff. The National Safety Patient Agency: Llundain.
36. Arolygiaeth Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru. (2002). Archwiliad o wasanaethau salwch meddwl oedolion yng Nghymru. AGCC: Caerdydd.
37. SDR 61/2004, SDR 63/2004, SB 66/2004 a SDR 7/2005 i gyd o'r Arolygiaeth Ystadegol, Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Caerdydd: <http://www.cymru.gov.uk/statistics>
38. Llywodraeth Cynulliad Cymru. (2002). Gwasanaethau iechyd meddwl oedolion: Fframwaith gwasanaeth cenedlaethol i Gymru. Llywodraeth Cynulliad Cymru: Caerdydd.
39. Llywodraeth Cynulliad Cymru. (2003). CANLLAWIAU POLISI IECHYD MEDDWL Y Dull Rhaglen Gofal i Ddefnyddwyr Gwasanaethau Iechyd Meddwl. System Unedig a Theg ar gyfer Asesu a Rheoli Gofal.
40. Cronfa Risg Cymru. (2004). Safonau Cronfa Risg Cymru.

41. Bwrdd Ymgynghorol Cronfa Risg Cymru. (2003). Aseiad Blynyddol o Gydymffurfio â Safonau Rheolaeth Risg Cymru 1-21, 30 a 31 gan Ymddiriedolaethau GIG yng Nghymru.



**Atodiad 2****Enwau ymchwilwyr ac adolygwyr**

## a) Ymchwilwyr

- Dr Emma Bedson, Adain Meddyginiaeth Seicolegol, Athrofa Feddygol Wrecsam
- Mr Colin Jones, Canolfan Datblygu Gwasanaethau Iechyd Meddwl, Prifysgol Morgannwg
- Mr Gary Slegg, Adain Meddygaeth Seicolegol, Athrofa Feddygol Wrecsam

## b) Adolygwyr

- Dr Huw Griffiths, Seiciatrydd Ymgynghorol, Ymddiriedolaeth GIG Pontypridd a'r Rhondda
- Mr Graham Harper, cyn Gyfarwyddwr, Gwasanaethau Cymdeithasol Sir y Fflint
- Dr Mike Jackson, Seicolegydd Clinigol, Ymddiriedolaeth GIG Gogledd Orllewin Cymru
- Yr Athro Keith Lloyd, Grŵp Rheoli'r Project
- Mr Ian McKechnie, Ymddiriedolaeth GIG Penfro a Derwen
- Yr Athro David Menkes, Grŵp Rheoli'r Project
- Ms Lindy Miller, Mind Cymru
- Mr G Morgan, Grŵp Rheoli'r Project
- Dr Rob Poole, Seiciatrydd Ymgynghorol, Ymddiriedolaeth GIG Gogledd Ddwyrain Cymru
- Ms Mandy Rayani, Uwch Nyrs, Ymddiriedolaeth GIG Abertawe
- Mr Harry Teaney, cyn Swyddog Nyrsio Rhanbarthol Gweithredol, Gogledd Cymru
- Dr Krishna Singh, Seicolegydd Clinigol, Caergrawnt
- Ms Rosemarie Williams, Mind Cymru
- Yr Athro Bob Woods, Grŵp Rheoli'r Project

## Atodiad 3 – SAFONAU ADOLYGU RISG I WASANAETHAU IECHYD MEDDWL – HYDREF 2004

Safon	Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)	Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni
<b>1) Dull Corfforaethol</b>		
<b>1.A Arweinyddiaeth:</b>		
1.A.1 Mae swyddog gweithredol penodol ar y Bwrdd â chyfrifoldeb dros reoli risg mewn iechyd meddwl		
1. A.2.Mae arweinydd penodol ar gyfer rheoli risg yn y gyfarwyddiaeth iechyd meddwl, y mae ei ddyletswyddau'n cynnwys rhannu gwybodaeth â staff		
<b>1.B Diwylliant:</b>		
1.B.1 Mae'r Bwrdd yn nodi dangosyddion allweddol i ddangos diwylliant diogelwch sy'n agored ac yn deg		
<b>1.C Fframweithiau ac atebolrwydd:</b>		
1.C.1 Mae gan y gyfarwyddiaeth iechyd meddwl bwyllgor sy'n ystyried materion yn ymwneud â rheoli risg; mae llinellau clir o atebolrwydd a chylch gorchwyl ar gyfer y pwyllgor hwn.		
<b>1.D Strategaeth:</b>		
1.D.1 Mae strategaeth rheoli risg ar y cyd rhwng yr ymddiriedolaeth a'r gwasanaethau cymdeithasol, yn cynnwys materion iechyd meddwl, a gadarnhawyd gan y Bwrdd. Nodir dyddiad yr arolwg nesaf o'r strategaeth.		

<b>Safon</b>	<b>Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)</b>	<b>Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni</b>
1.D.2 Cyhoeddir y strategaeth rheoli risg ac fe'i heglurir i'r holl staff perthnasol, os ydynt yn gyflogedig yn uniongyrchol neu'n gyflogedig gan asiantaethau cysylltiedig eraill.		
<b>1.E Aseiad allanol o reolaeth risg:</b> 1.E.1 Mae gan yr Ymddiriedolaeth raglenni mewn lle i weithio tuag at gydymffurfio â gofynion Cronfa Risg Cymru a Chomisiwn y Ddeddf Iechyd Meddwl.		
<b>1.F Cyfrifoldeb dros y risg:</b> 1.F.1 Cydnabyddir cyfrifoldeb dros ddiogelwch a rheoli risg yn rhan o'r holl swyddogaethau, a chaiff ei gynnwys yn yr holl swydd-ddisgrifiadau.		
<b>1.G Partneriaeth:</b> 1.G.1 Mae cynrychiolaeth o bartneriaid allweddol ar bwyllgor trefn lywodraethol yr ymddiriedolaeth.		
<b>1.H Ymwneud defnyddwyr y gwasanaeth a'r cyhoedd:</b> 1.H.1 Mae grwpiau defnyddwyr gwasanaeth/ gofalwyr a grwpiau gwirfoddol allweddol, o'r maes iechyd meddwl, wedi cyfrannu at ddatblygu dull yr ymddiriedolaeth at reoli risg		

Safon	Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)	Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni
<b>2) Systemau Rheoli Risg</b>		
<b>2.A Hyfforddiant ar gyfer rheoli risg:</b>		
2.A.1 Mae hyfforddiant mewn rheolaeth risg glinigol ac iechyd a diogelwch i staff allweddol, megis uwch reolwyr, clinigwyr, cyfarwyddwyr, aelodau'r bwrdd. Mae'r ymddiriedolaeth wedi diffinio ei gofynion hyfforddi gorfodol yn gysylltiedig â risg, ac mae ganddi gynlluniau rhoi ar waith/ gweithredu cysylltiol.		
2.A.2 Mae rhaglenni hyfforddi ar gyfer symud a thrin, dadebru, rheoli trais ac ymosodedd, neilltuaeth a thawelu'n gyflym etc.		
<b>2.B Polisi rhoi gwybod am ddigwyddiad:</b> 2.B.1 Mae polisi ar y cyd i staff gan y gwasanaethau iechyd a chymdeithasol ar gyfer rhoi gwybod am ddigwyddiad a digwyddiadau a fu bron â digwydd. Mae'r polisi wedi'i gadarnhau gan fwrdd yr ymddiriedolaeth. Mae'n cynnwys dyddiad adolygu, a nodir y cyfrifoldeb dros wneud hyn. Mae polisi ar wahân ar gyfer digwyddiadau anffafriol difrifol.		
<b>2.C Rhoi gwybod am ddigwyddiadau:</b>		
2.C.1 Mae'r holl staff wedi derbyn hyfforddiant mewn pa ddigwyddiadau i roi gwybod amdanynt, i bwy i roi gwybod amdanynt, a sut i wneud hynny.		

Safon	Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)	Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni
2.C.2 Mae diffiniad o ddigwyddiadau anffafriol difrifol a chyfarwyddyd ynghylch sut i roi gwybod am y rhain a'u rheoli. Mae hyn yn cynnwys materion yn gysylltiedig â rhoi gwybod am ddigwyddiadau i'r tîm gweithredol, bwrdd yr ymddiriedolaeth a'r Bwrdd Iechyd Lleol. Mae canllawiau ar ba ddigwyddiadau y dylid rhoi gwybod amdanynt i'r MHAC, a sut i wneud hyn.		
<b>2.D Ymchwilio i ddigwyddiadau:</b>		
2.D.1 Mae'r rheolwr risg wedi derbyn hyfforddiant ar sut i ymchwilio i ddigwyddiadau, a sut i wneud dadansoddiad achos sylfaenol.		
2.D.2 Rhoddir gwybod i gleifion/gofalwyr am broses a deilliant ymchwiliadau. Mae staff yn derbyn adborth am ddigwyddiadau maent wedi rhoi gwybod amdanynt. Mae staff sy'n ymwneud ag ymchwiliad yn derbyn cefnogaeth briodol.		
<b>2.E Materion arbennig ar gyfer hunanladdiad a dynladdiad:</b>		
2.E.1 Mae'r ymddiriedolaeth yn cymryd rhan yn llawn yn yr Ymchwiliad Cyfrinachol Cenedlaethol i hunanladdiadau, dynladdiadau a chleifion dan orchymyn.		
2.E.2 Mae fforwm aml-asiantaethol lle gellir trafod hunanladdiadau a dynladdiadau yn yr ardal, a dysgu gwersi ohonynt.		

Safon	Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)	Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni
<b>2.F Cyfathrebu: yn cynnwys adrodd i'r bwrdd a lleadaenu addysg:</b>		
2.F.1 Cesglir a dadansoddir data digwyddiadau o gronfa ddata'r ymddiriedolaeth yn rheolaidd, gan ddangos digwyddiadau'n gysylltiedig ag iechyd meddwl ar wahân, a chynhyrchir adroddiadau ar gyfer bwrdd yr ymddiriedolaeth. Dangosir tueddiadau, a rhennir dysgu â'r holl staff.		
2.F.2 Dadansoddir cwynion, nodir tueddiadau a gweithredir argymhellion. Gellir nodi cwynion yn y maes iechyd meddwl ar wahân. Adroddir hyn i fwrdd yr ymddiriedolaeth. Mae argymhellion a newidiadau i ymarfer yn codi o gwynion yn cael eu rhannu â'r rhai a wnaeth y cwynion a chyda staff.		
<b>2.G Fframwaith ar gyfer asesiad risg sefydliadol:</b>		
2.G.1 Mae'r holl staff wedi derbyn hyfforddiant ar sut i gynnal asesiadau risg sy'n berthnasol i'w gwaith.		
2.G.2 Mae gan yr ymddiriedolaeth ddogfen asesu risg sefydliadol, sy'n cynnwys canllawiau ar sut i wneud asesiad risg, amcangyfrif tebygoliaeth a difrifoldeb y risg, a sut i lunio gweithrediadau i reoli'r risgiau a nodwyd, a'u rhoi ar waith, sy'n berthnasol i iechyd meddwl.		

Safon	Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)	Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni
<p><b>2.H Cofrestr risg:</b></p> <p>2.H.1 Mae gan yr ymddiriedolaeth gofrestr risg sy'n cynnwys risgiau yn y maes iechyd meddwl. Mae'r gofrestr risg yn gysylltiedig â chynllunio busnesau a datblygu gwasanaethau.</p>		
<p><b>2.I Systemau gwybodaeth:</b></p>		
<p>2.I.1 Mae gan yr ymddiriedolaeth gronfa ddata ar gyfer rheoli risg sy'n integreiddio data o'r holl ddigwyddiadau, yn cynnwys cwynion a hawliadau, gan nodi'n glir y rhai o'r maes iechyd meddwl.</p>		
<p>2.I.2 Mae system i sicrhau y rhoddir gwybod ar unwaith i'r rheolwr risg am yr holl ddigwyddiadau a nodir fel difrifol ac uwch.</p>		
<p><b>3) Gweithredu mewn Cyfarwyddiaethau</b></p>		
<p><b>3.A Systemau cyfarwyddiaethol ar gyfer datblygu arfer diogel:</b></p> <p>3.A.1 Mae'r cyfarwyddwr clinigol yn derbyn copïau o'r holl ganllawiau perthnasol (NICE, <i>NPSA alerts and guidance</i>, <i>MHAC confidential enquiries</i> etc.) a nodir y goblygiadau rheoli risg ar gyfer ymarfer lleol.</p>	<p><i>E.e. Pa gamau y mae'r Ymddiriedolaeth yn eu cymryd i ymgorffori'r canllawiau NICE diweddar ar hunan-niweidio bwriadol?</i></p>	
<p><b>3.B Rheolaeth risg rheoli heintiau:</b></p>	<p><i>Hefyd mewn cysylltiad â hunan-niweidio</i></p>	
<p>3.B.1 Mae polisi rheoli heintiau gan yr ymddiriedolaeth, yn cynnwys trefniadau mynediad ffurfiol at gyngor rheoli heintiau i wasanaethau iechyd meddwl.</p>		

<b>Safon</b>	<b>Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)</b>	<b>Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni</b>
3.B.2 Mae staff mewn gwasanaethau iechyd meddwl yn derbyn hyfforddiant a diweddariadau priodol mewn materion rheoli heintiau.		
<b>3.C Rheoli meddyginiaethau:</b>	<i>A oes fferylllydd sy'n ymweld yn rheolaidd, neu sy'n rhan o'r tim (ward)? Rhoi gwybod am sgil effeithiau? Patrymau rhagnodi anghysbell / anarferol? Defnydd o gyffuriau gan gleifion (yn cynnwys alcohol)? A oes protocol ar gyfer rhagnodi methadon yn ddiogel mewn manau cleifion preswyl?</i>	
3.C.1 Mae gan yr holl feysydd clinigol gopïau o fformiwlari, polisiau gweini cyffuriau a pholisiau rheoli meddyginiaethau yr ymddiriedolaeth.		
3.C.2 Mae meysydd gofal yn cymryd rhan mewn archwiliadau o arferion rhagnodi, a rhennir y gwersi a ddysgir ar draws y gyfarwyddiaeth iechyd meddwl.		
<b>4) Adnoddau Dynol</b>	<i>Pa mor hyblyg a theg yw'r Ymddiriedolaeth fel cyflogwr? Pa anawsterau staffio/ prinderau sydd yna? Cyfraddau salwch? Straen ar staff? Materion arweinyddiaeth?</i>	
<b>4.A Staff meddygol locwm</b> 4.A.1 Mae staff locwm tro cyntaf yn derbyn cyflwyniad i'r maes gofal priodol, yn cynnwys gwybodaeth ysgrifenedig sy'n ymdrin â threfniadau goruchwylio, yn cynnwys unrhyw amgylchiadau dan yr hyn y mae'n ofynnol iddynt geisio goruchwyliaeth, a phryd a sut i gysylltu â staff uwch.	<i>Pa mor ddibynnol yw'r gwasanaeth iechyd meddwl ar staff locwm?</i>	
<b>4.B Staff asiantaethau a chronfeydd:</b>	<i>Pa mor ddibynnol yw'r gwasanaeth iechyd meddwl ar staff asiantaethau a chronfeydd?</i>	
4.B.1 Mae staff yr ymddiriedolaeth bob amser yn gwirio pwy yw staff asiantaethau a chronfeydd ar ddechrau bob sifft.		
4.B.2 Bydd gan gronfa'r ymddiriedolaeth fecanwaith ar gyfer mynd ar ôl tystlythyrau ac yn yr un modd, gwirio bod cofrestrriad proffesiynol yn gyfoes.		



<b>Safon</b>	<b>Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)</b>	<b>Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni</b>
<b>4.C Staff meddygol is:</b>		
<p>4.C.1 Nid yw staff meddygol is byth yn gweithio heb oruchwyliaeth, ac maent yn cael canllawiau ysgrifenedig yn nodi unrhyw amgylchiadau dan yr hyn mae'n ofynnol iddynt geisio goruchwyliaeth, os oes angen. Maent yn hyderus ynghylch pryd a sut i gysylltu â staff uwch, ac maent yn cael cyfarfodydd rheolaidd gyda'r ymgynghorydd goruchwyllo.</p>		
<p>4.C.2 Dylai staff meddygol is wybod lle i gael gafael ar unrhyw ganllawiau perthnasol, neu fod â'u copi hawdd mynd ato eu hunain.</p>		
<p><b>4.D Cynefino:</b></p> <p>4.D.1 Yn ogystal â chynefino cyffredinol yr ymddiriedolaeth, mae sesiwn gynefino orfodol a drefnir gan y gwasanaeth iechyd meddwl i'r holl staff. Mae hyn yn cynnwys amrywiaeth o faterion rheoli risg, megis unrhyw gyfyngiadau i'r amrywiaeth o ddyletswyddau y maent wedi eu hawdurdodi i'w gwneud, unrhyw amgylchiadau dan yr hyn mae'n ofynnol iddynt geisio goruchwyliaeth, sut i roi gwybod am ddigwyddiad diogelwch neu ddigwyddiad a fu bron â digwydd, a sut i ymdrin â chwyn. Dylai hefyd ymdrin â materion sy'n benodol i gyflwyno gwasanaethau, megis hyfforddiant ar gyfer rheoli trais ac ymosodedd, y fframwaith lleol ar gyfer asesu dull rhaglen gofal, atal hunanladdiad a sut i roi gwybod am ddigwyddiad anffafriol a digwyddiad a fu bron â digwydd.</p>		

Safon	Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)	Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni
<p><b>4.E Goruchwyliaeth glinigol:</b> 4.E.1 Mae'r holl staff yn gwybod pwy yw eu goruchwyliwr proffesiynol, a sut a phryd i gysylltu â hwy.</p>		
<p><b>4.F Goruchwyliaeth reolaethol:</b></p>	<i>Gwerthusiadau staff? Llwyth gwaith e.e. beichiau achosion mewn Timau Iechyd Meddwl Cymunedol.</i>	
<p>4.F.1 Mae staff gyda chyfrifoldebau goruchwyllo ffurfiol wedi derbyn hyfforddiant penodol sy'n ymdrin â hyn.</p>		
<p>4.F.2 Mae system trosglwyddo sifftiau, yn cynnwys nodi defnyddwyr gwasanaeth risg uwch, a manylion unrhyw ddigwyddiadau a ddigwyddodd yn ystod y sifft flaenorol.</p>		
<p><b>4.G Addysg a datblygiad:</b></p>		
<p>4.G.1 Mae hyfforddiant gorfodol ac amser dysgu wedi'i ddiogelu i'r holl staff. Mae sefydliadau staffio wedi eu cynllunio i gyfrif am amser i ffwrdd ar gyfer addysg a datblygiad.</p>		
<p>4.G.2 Mae gan yr holl staff gynllun datblygiad personol sy'n berthnasol i'r gwasanaeth a ddarperir ar y pryd, ac adolygir hwn yn rheolaidd.</p>		
<p><b>4.H Mynegi pryderon am ymddygiad a pherfformiad proffesiynol:</b></p>	<i>Bwlio, bychanu, aflonyddu?</i>	
<p>4.H.1 Mae pryderon a godir gan staff yn cael eu cymryd o ddifrif, a'u rheoli'n sensitif. Gwelir diogelwch defnyddwyr gwasanaeth fel y pryder pennaf yn hyn o beth.</p>		

<b>Safon</b>	<b>Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)</b>	<b>Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni</b>
4.H.2 Mae polisi'r ymddiriedolaeth ar roi gwybod am bryderon am berfformiad neu ymddygiad proffesiynol ar gael ymhob adran, a gwyddys am hyn.		
<b>4.I Atal a rheoli trais ac ymosodedd:</b>		
4.I.1 Mae pob adran wedi gwneud asesiad risg o'r risgiau diogelwch i staff, ac i ddefnyddwyr gwasanaeth, plant ac ymwelwyr. Mae hyn wedi ategu at y mesurau a roddwyd mewn lle. Rhoddir gwybod am bob digwyddiad o natur dreisgar neu ymddygiad bygythiol. Cefnogir staff yn weithredol gyda rhoi gwybod am ddigwyddiadau.		
4.I.2 Mae hyfforddiant ar gael i staff mewn dad-ddwysáu sefyllfaoedd sydd â photensial i fod yn dreisgar, ac mewn delio â defnyddwyr gwasanaeth neu berthnasau ymosodol.		
<b>4.J Gweithio ar eich pen eich hun:</b> Mae gan yr ymddiriedolaeth bolisi i rai sy'n gweithio ar eu pen eu hunain, a rhoddir i bob un o'r gweithwyr hyn fodd o gyfathrebu, a diogelwch fel sy'n briodol, wedi'i seilio ar werthusiad effeithiol a risg amgylcheddol.		
<b>5) Prosesau Gofal</b>		
<b>5.A Yr ymddiriedolaeth yn y gymuned gofal iechedd lleol:</b> 5.A.1 Mae'r ymddiriedolaeth a'i phartneriaid (yn cynnwys gwasanaethau cymdeithasol a'r heddlu) wedi cytuno ar ganllawiau sy'n rheoli trefnu asesu brys neu dderbyn i ysbyty i ddefnyddwyr gwasanaeth y mae eu cyflwr wedi cael ei asesu		

<b>Safon</b>	<b>Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)</b>	<b>Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni</b>
gan Feddygon Teulu, gweithwyr cymdeithasol cymeradwy a thimau seiciatreg cymunedol, sy'n diffinio rôl yr adran Damweiniau ac Argyfyngau a'r gwasanaeth ambiwlans.		
<b>5.B Gofal oedolion agored i niwed:</b> 5.B.1 Mae polisi ar gyfer diogelu oedolion agored i niwed.	<i>A yw staff yn ymwybodol o bolisi?</i>	
<b>5.C Amddiffyn plant:</b> 5.C.1 Mae'r sesiwn gynefino yn cynnwys ymwybyddiaeth amddiffyn plant i'r holl staff; hyfforddir yr holl staff clinigol mewn amddiffyn plant.	<i>A dderbynnir plant a phobl ifainc i unedau oedolion? NB Mae hyfforddiant amddiffyn plant yn orfodol.</i>	
<b>5.D Dull y rhaglen gofal:</b> 5.D.1 Mae polisi'r ymddiriedolaeth ar weithredu DRhG yn cyfeirio'n benodol at faterion risg clinigol a sefydliadol. Mae fframweithiau safonol a chytunedig mewn lle i gynorthwyo staff â gwneud asesiadau risg a datblygu a dogfennu cynlluniau gofal i ddefnyddwyr gwasanaeth.		
<b>5.E Rheoli neilltuaeth:</b>		
5.E.1 Mae gan yr ymddiriedolaeth bolisi agored a chlir ar gyfer rheoli neilltuaeth i atal niwed i ddefnyddwyr gwasanaeth ac eraill. Mae'n ymgorffori seibiau, amgylcheddau ysgogiadau isel a chyfyngu symudiad mewn ward ysbyty.		
5.E.2 Mae'r defnydd o neilltuaeth yn cael ei gofnodi bob amser fel digwyddiad diogelwch, a'i ddogfennu'n briodol yng nghofnodion defnyddiwr y gwasanaeth.		

<b>Safon</b>	<b>Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)</b>	<b>Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni</b>
5.E.3 Mae defnyddwyr gwasanaeth sydd o'r neilltu yn cael eu hadolygu yn unol â'r polisi gan aelod uwch o'r tîm gofal.		
<b>5.F Plentyn / person ifanc sy'n ymweld â lleoliadau cleifion preswyl oedolion:</b>	<i>A hyrwyddir cyswllt? Gofynnwch gwestiwn: Faint ydych chi'n ei wybod am deulu'r claf?</i>	
5.F.1 Mae gan yr ymddiriedolaeth bolisi ar gyfer plant a phobl ifanc sy'n ymweld â phob gosodiad iechyd meddwl, gan gyfeirio at y polisi amddiffyn plant.		
5.F.2 Mae proses gwneud penderfyniadau glir ac wedi'i dogfennu pan fo pryderon ynghylch plentyn neu berson ifanc yn ymweld. Dylai bod cynllun ymweld plentyn/ person ifanc wedi'i ddogfennu yn y nodiadau.		
<b>5.G Cadw i mewn o dan y Ddeddf Iechyd Meddwl:</b>		
5.G.1 Mae gwybodaeth i gleifion ynghylch eu cadw i mewn ar gael i gleifion a gedwir o dan y ddeddf, ac i ofalwyr/ perthnasau cleifion.		
5.G.2 Mae'r prif ofalwr penodedig ar y ward yn gweithredu fel eiriolwr i ddefnyddiwr y gwasanaeth, gan eu harwain drwy'r drefn apelio, neu'n dod o hyd i eiriolwr annibynnol i ddefnyddiwr y gwasanaeth wneud hyn.		

<b>Safon</b>	<b>Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)</b>	<b>Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni</b>
<b>5.H. Atal hunanladdiad:</b>	<i>NB Mae materion ynghylch gadael a dianc yn arbennig o bwysig yma</i>	
5.H.1 Mae polisi'r ymddiriedolaeth yn cynnwys DRhG (lle gweithredir hynny), asesiad risg, amgylchedd diogelach, polisi rhyddhau, cefnogaeth i ofalwyr, defnydd o feddyginiaeth briodol, diagnosis deuol, arolwg ôl-ddigwyddiad a hyfforddiant staff.		
5.H.2 Hyfforddir staff i ddefnyddio'r polisi, yn cynnwys asesiadau risg amgylcheddol priodol.		
5.H.3 Mae holl fannau crogi a mannau eraill â photensial hunan-niweidio yn y ward ac amgylchedd y gwasanaeth wedi cael eu tynnu neu eu gwneud yn ddiogel.		
5.H.4 Rhoddir gwybod am ddigwyddiadau sydd â ffactorau risg yn yr amgylchedd ac yng ngofal yr unigolyn.		
<b>5.I Gwybodaeth glinigol a'r cofnod clinigol:</b> 5.I.1 Mae staff yn gallu cael mynediad at gofnodion clinigol bob amser. Mae polisi sy'n rheoli cofnodion clinigol a ddatblygir gan y pwyllgor cofnodion gofal lleol. Mae hyn yn cymryd i ystyriaeth trosglwyddo gwybodaeth rhwng gwasanaethau cleifion preswyl a gwasanaethau cymunedol.		

Safon	Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)	Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni
<b>5.J Materion defnyddwyr gwasanaeth:</b>	<i>A yw materion amrywiaeth wedi cael eu hystyried? DRhG?</i>	
5.J.1 Mae pryderon a godir gan ddefnyddwyr gwasanaeth yn cael eu cymryd o ddifrif a darperir gwasanaethau, cyngor, gwybodaeth neu gysur fel sy'n briodol.		
5.J.2 Rhoddir gwybod i ddefnyddwyr gwasanaeth am risgiau, manteision a deilliannau eu triniaeth er mwyn gwneud penderfyniad cytbwys.		
<b>5.K Caniatâd:</b>	<i>DRhG?</i>	
5.K.1 Rhoddir gwybodaeth ysgrifenedig i ddefnyddwyr gwasanaeth am risgiau a manteision ymyriadau arfaethedig.		
5.K.2 Hyfforddir staff allweddol i ddeall polisi caniatâd yr ymddiriedolaeth. Mae hyn yn cynnwys ystyried y materion moesegol cael caniatâd gwybodus.		
<b>5.L Rhyddhau'n ddiogel:</b>	<i>Gwiriwch mewn cysylltiad â chleifion Fforensig hefyd</i>	
5.L.1 Lle bo defnyddwyr gwasanaeth i'w rhyddhau gartref, trefnir unrhyw becyn gofal uniongyrchol sydd ei angen, a rhoddir gwybod y manylion i ddefnyddiwr y gwasanaeth.		
5.L.2 Cynllunnir strategaethau rhyddhau mewn partneriaeth â gwasanaethau sylfaenol a chymunedol lleol, a defnyddiwr y gwasanaeth a'r gofalwyr.		
5.L.3 Rhoddir gwybod i'r Meddyg Teulu am y rhyddhau, a threfniadau dilynol am ofal ac ymweliadau dilynol.		

Safon	Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)	Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni
<b>5.M Trosglwyddiadau clinigol</b>	<i>Tystiolaeth o ddogfennau a chyfweliadau</i>	
5.M.1 Mae protocol amlwg ar gyfer rhoi gwybod am risgiau a rhannu gwybodaeth a throsglwyddo gofal a gofal a rennir o fewn asiantaethau, a rhyngddynt.		
5.M.2 Mae hyn yn gweithio'n gadarn rhwng gwasanaethau cyffredinol a gwasanaethau ffforensig		
5.M.3 Mae hyn yn gweithio'n gadarn rhwng gwasanaethau cyffredinol a gwasanaethau arbenigol ar gyfer cyffuriau ac alcohol		
5.M.4 Mae hyn yn gweithio'n gadarn rhwng gwasanaethau cyffredinol a gwasanaethau iechyd meddwl pobl hŷn		
5.M.5 Mae hyn yn gweithio'n gadarn rhwng gwasanaethau cleifion preswyl a Thimau Iechyd Meddwl Cymunedol neu ofal Meddygon Teulu.		
<b>6) Amgylchedd</b>	<i>Awyrgylch – a yw cleifion yn cael eu difyrru'n ystyrlon? A oes yna gadw i mewn de facto? Materion mynediad?</i>	
<b>6.A Iechyd a diogelwch:</b> 6.A.1 Mae rhaglen asesu risg flynyddol ar gyfer yr holl faterion iechyd a diogelwch, yn cynnwys dodrefn, gosodiadau a phwyntiau crogi, amwynderau defnyddwyr gwasanaeth, straen, manau aros a chlinigol etc.		
<b>6.B Amgylchedd:</b>		
6.B.1 Sicrheir amgylchedd diogel a glân drwy wiriadau rheolaidd a wneir gyda'r grwpiau defnyddwyr gwasanaeth. Caiff diogelwch ei archwilio gan y grwpiau defnyddwyr gwasanaeth a gofalwyr.		



<b>Safon</b>	<b>Tystiolaeth (Nodwch effaith y polisiau a'r protocolau ar ymarfer)</b>	<b>Cyflawni/ Cyflawni'n rhannol/ Heb gyflawni</b>
6.B.2 Mae gan yr holl fannau cleifion preswyl fannau ar gyfer merched yn unig.		
<b>6.C Man diogel:</b> Dylai man diogel penodedig fod yn hysbys i'r heddlu, y gwasanaethau cymdeithasol, Meddygon Teulu etc. Dylai'r man diogel gydymffurfio â safonau cod ymarfer y Ddeddf Iechyd Meddwl.		

## Grŵp Cyfeirio Defnyddwyr / Gofalwyr

### 1. Trosolwg

Cyfarfu'r Grŵp Cyfeirio Gofalwyr Defnyddwyr yn lle cyntaf ar 01 Hydref 2004, a chynhaliwyd cyfarfodydd dilynol tua chanol ffordd a tuag at ddiwedd yr arolwg. Roedd y cyfarfod cyntaf gyda'r Tîm Project llawn mewn gweithdy cyn yr ymweliadau maes, a rhoddodd gyfle i fesur a phwyso'r chwilio am ddeunydd darllen, cytuno ar y safonau ar gyfer yr Arolwg a'r cylch gorchwyl ar gyfer y Grŵp Cyfeirio. Roedd yr ail gyfarfod, a gynhaliwyd ganol ffordd drwy'r Arolwg, yn gyfle i'r grŵp roi sylwadau ar y themâu a gododd o'r ymweliadau cychwynnol. Yn ystod cyfarfod terfynol y grŵp ar 8 Rhagfyr 2004, rhoddodd y defnyddwyr a'r gofalwyr eu barn a'u sylwadau ynghylch gweithio fel grŵp, a'u profiadau o gymryd rhan yn y broses adolygu.

### 2. Gwerthuso'r Broses Adolygu

Gwnaed dadansoddiad 'SLOT' (Cryfderau, Cyfyngiadau, Cyfleoedd, Bygythiadau), i gynorthwyo ag asesu profiad y grŵp o fewn y broses adolygu, a oedd gynhyrchodd y canlyniadau canlynol:

#### Cryfderau

- Roedd gan aelodau'r grŵp amrywiaeth eang o brofiadau a sgiliau, nid yn unig mewn cysylltiad â materion iechyd meddwl, ond hefyd o ran sgiliau cyfathrebu, y gallu i ddarllen a deall gwybodaeth helaeth, sgiliau llafar ac ysgrifenedig, sgiliau busnes a deall fformatio adroddiadau.
- Ymrwymiad enfawr i'r dasg dan sylw.
- Roeddent yn grŵp cydlynol a threfnus.
- Fe wnaeth yr holl aelodau gyfrannu a chymryd rhan.
- Amrywiaeth eang o gefndiroedd, yn cynnwys yn ddaearyddol, materion gender, materion traws-gender, rhywioldeb a chenedligrwydd.
- Grŵp cadarnhaol a chytbwys.
- Un llais.

#### Cyfyngiadau

- Cyfyngiad amser.
- Cyfansoddiad y Grŵp e.e. gofynnwyd am Ddefnyddwyr a Gofalwyr, ond gellid torri hwn i lawr ymhellach drwy gynnwys gofalwyr sydd hefyd yn ddefnyddwyr.

- Roedd cynnwys trafodaethau yn aml yn gwyro tuag at ddefnyddwyr gwasanaethau.
- Diffyg amser paratoi.
- Dylai aelodau'r grŵp fod wedi cael mwy o niferoedd cyswllt e.e. Adolygwyr, Rheolwr Project.
- Wedi'u cyfyngu gan dybiaethau a wnaed gan rai o'r gweithwyr proffesiynol / academyddion nad yw defnyddwyr gwasanaeth na gofalwyr yn gymwys i siarad am faterion iechyd meddwl.
- Ddim yn gwybod canlyniad adroddiad.

### **Bygythiadau**

- Roedd aelodau'r grŵp yn bryderus na fyddent yn cael adborth ar ôl i'r adroddiad gael ei gyflwyno i'r Gweinidog.
- Aelodau'r grŵp ddim eisiau cael eu hanghofio yng ngweddill y broses, nac ar ôl y broses.
- Fe wnaethant ofyn y cwestiwn 'A wrandawyd arnom, ac a gawsom ein gwerthfawrogi?'
- Efallai bod y math hwn o grŵp Cyfeirio Gofalwyr Defnyddwyr, er ei fod yn anhepgor i egwyddorion cymryd rhan, yn cael ei ganfod fel 'bygythiad' i weithwyr proffesiynol ac academyddion – e.e. newid mewn diwylliant, ffordd newydd o weithio.

### **Cyfleoedd**

- 'Agor drysau'.
- Cyfle i wneud yn dda dros eraill.
- Cyfle i ddylanwadu ar bolisi, a chael gwared ar chwedlau a rhagdybiaethau ynghylch defnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr.
- Adeiladu hyder a hunan-barch holl aelodau'r grŵp.
- Cyfle i ddysgu am ymchwil.
- "Profiad rhyfeddol". Model i Gymru.
- Gwych edrych ar bethau o safbwynt arall, e.e. deall y mathau o gyfyngiadau mae gweithwyr proffesiynol/statudol yn gweithio o danynt.
- Ehangu gorwelion. Cael ein gwerthfawrogi fel cydraddolion. Rhwydweithio da.
- Gallu a chyfle i weithio a chymdeithasu â gweithwyr proffesiynol.
- Teimlad rhagorol o werth i fod yn rhan o wneud argymhellion i Lywodraeth Cynulliad Cymru.
- Profiad gwych ac ymrymusol.

### **3. Safbwyntiau'r Grŵp Cyfeirio o'r Broses Adolygu**

#### **3.1 Cyfyngiadau amser**

- Ddim digon o amser i sicrhau y cynrychiolwyd defnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr ar gyfer y Grŵp Cyfeirio yn ddigonol.
- Byddai wedi bod yn fuddiol cael y papurau briffio yn gynharach i gael digon o amser i ddarllen a threulio'r wybodaeth cyn y gweithdy cychwynnol.
- Byddai wedi bod yn fuddiol cael mwy o amser i'r holl rai a gymerodd ran yn y Project fod yn hollol gyfarwydd â'r disgwyliadau, y swyddogaethau a'r cyfrifoldebau.
- Roedd y gweithdy cychwynnol yn llwyddiannus mewn cael consensws ynghylch y safonau i'w defnyddio yn yr Arolwg. Efallai y byddai wedi bod yn gynhyrchiol cael amser ar wahân ar gyfer yr elfen hyfforddi.

#### **3.2 Yr Arolwg**

- Teimlwyd yn gryf bod deuddydd yn amser rhy fyr i wneud yr Arolwg. Roedd hyn o arwyddocâd penodol â'r Ymddiriedolaethau mwy, a olygodd na fyddid wedi ymweld â rhai gwasanaethau.

#### **3.3 Ymddiriedolaethau'r GIG**

- Efallai bod prinder amser i'r GIG baratoi ar gyfer yr Arolwg wedi golygu nad oedd rhai defnyddwyr gwasanaeth/gofalwyr a chynrychiolwyr sefydliadau gwirfoddol wedi gallu cymryd rhan.
- Roedd angen rhoi ystyriaeth i natur wledig yr Ymddiriedolaethau yng Nghymru. Ni roddwyd llawer o amser ar gyfer teithio.

#### **3.4 Rheoli'r Project**

- Roedd brys gorffen yr adroddiad cyfansawdd mewn pryd i'w gyflwyno, yn golygu nad oedd Rheolwr y Project yn gallu dod i gyfarfod terfynol y Grŵp Cyfeirio.

#### **3.5 Yr Adroddiad Drafft**

- Ni chwblhawyd yr adroddiad drafft, ac felly nid oedd ar gael i'r Grŵp Cyfeirio ei ystyried yn eu cyfarfod terfynol. Roedd y sylwadau a wnaed gan aelodau'r grŵp cyfeirio wedi'u seilio ar adborth drafft o ymweliadau ag Ymddiriedolaethau GIG unigol. Byddai adroddiad cyfansawdd yn darlunio'r holl themâu a oedd yn ymddangos, yn anhepgor i'r adroddiad terfynol. Roedd y grŵp wedi derbyn

adroddiad canol ffordd hefyd gan Reolwr y Project, ac adborth lafar gan y ddau Adolygwr Mind.

#### 4. Casgliadau

- Er gwaethaf y cyfyngiadau amser, roedd profiad cyffredinol y Grŵp Cyfeirio yn gadarnhaol. Teimlai aelodau eu bod wedi eu cynnwys yn llawn yn yr holl broses adolygu. Roeddent yn teimlo y gwrandawyd ar eu sylwadau, ac y gwerthfawrogwyd eu cyfraniad gan dîm y project.
- Roedd cydnabyddiaeth ariannol o'u harbenigedd yn rhoi gwerth ychwanegol i'r cyfranogiad.
- Roedd staff o Mind Cymru yn teimlo'n freintiedig i fod â rôl annatod yn yr Arolwg a'i weithredu. Rhoddodd gyfle pellach i ymrymuso defnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr, ac i bwysleisio gwerthoedd ac egwyddorion Mind.
- Datblygodd aelodau'r grŵp gwllwm cryf ac aeddfedrwydd mewn amser byr iawn. Tra nad oedd y rhan fwyaf o'r grŵp wedi bod yn ymwneud â gwaith o'r fath yn flaenorol, roeddent yn gallu ymdrin â materion cymhleth yn effeithiol iawn.
- Roedd yr adborth gan aelodau'r grŵp defnyddwyr/ gofalwyr wedi helpu'r adolygwyr i ganolbwyntio ar y dasg anodd o gwblhau ymarfer ar raddfa mor fawr, mewn amser byr iawn.
- Gwerth eithaf y grŵp oedd cyfrannu safbwynt go iawn defnyddwyr a gofalwyr at y gwaith Adolygu Risg ac Ansawdd. Yn ei dro, ymddangosodd ymwneud y broses adolygu i fod yn brofiad cadarnhaol ac ymrymusol i aelodau'r grŵp.