

Ymchwiliad i gŵyn
gan Ms D
yn erbyn Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda

Adroddiad gan
Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus
Cymru
Achos: 201604287

Cynnwys

Tudalen

Cyflwyniad	1
Crynodeb	2
Y gŵyn	4
Yr ymchwiliad	4
Y digwyddiadau cefndir	5
Tystiolaeth Ms D	8
Tystiolaeth y Bwrdd Iechyd	8
Cyngor Proffesiynol Meddygol Nyrsio	10
Dadansoddiad a chasgliadau	14
Argymhellion	17

Cyflwyniad

Cyhoeddir yr adroddiad hwn o dan adran 16 o Ddeddf Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus (Cymru) 2005.

Yn unol â darpariaethau'r Ddeddf, mae'r adroddiad yn ddiennw er mwyn sicrhau, hyd y bo modd, bod unrhyw fanylion a allai olygu bod modd adnabod unigolion wedi cael eu newid neu eu hepgor. Mae'r adroddiad felly'n cyfeirio at yr achwynydd fel Ms D.

Crynodeb

Cwynodd Ms D am y gofal a'r driniaeth a dderbyniodd ei diweddar dad, Mr F, yn Ysbyty Tywysog Philip. Ar y diwrnod yr oedd i fod i gael ei ryddhau o'r ysbyty ar ôl llawdriniaeth i gael clun newydd, dirywiodd ei gyflwr yn sydyn, dioddefodd ataliad y galon, ac yn anffodus bu farw. Cwynodd Ms D fod y clinigwyr yn araf yn ymateb i ddirywiad Mr F ac, o ganlyniad, bod unrhyw gyfle posibl i sefydlogi ei gyflwr wedi'i golli. Cwynodd Ms D hefyd nad oedd y clinigwyr wedi hysbysu teulu Mr F ynglŷn â'r prognosis gwael ac, yn dilyn hynny, nad oeddent wedi egluro'n glir wrth y teulu beth oedd achos dirywiad a marwolaeth Mr F. Yn olaf, cwynodd Ms D fod y Bwrdd Iechyd wedi cymryd mwy o amser nag oedd ei angen i ymdrin â'i chwynion ynglŷn â'r materion hyn, a bod hynny wedi ychwanegu at drallod y teulu.

Cadarnhaodd yr Ombwdsmon, a oedd yn cael ei gynorthwyo gan ei Gynghorwyr Clinigol, gwynion Ms D. Canfu fod diagnosis amodol anghyflawn o gyflwr Mr F wedi cael ei wneud gan ddau feddyg iau a oedd yn cael cefnogaeth annigonol gan uwch feddygon. Methodd y meddygon iau â sylweddoli bod Mr F yn dioddef o fethiant y galon. Er na ellid dweud bod hyn wedi arwain yn uniongyrchol at farwolaeth Mr F (oherwydd y cyflyrau eraill a oedd ganddo a'r prognosis gwael), roedd yr Ombwdsmon o'r farn fod yr ansicrwydd ynglŷn â'r mater hwn wedi achosi anghyfiawnder sylweddol i'r teulu. Canfu'r Ombwdsmon hefyd, o ganlyniad i'r methiant cychwynol hwn, na chafodd y teulu ei hysbysu'n gywir ynglŷn â phrognosis gwael Mr F nac, yn ddiweddarach, ynglŷn ag union achos ei farwolaeth. Yn olaf, canfu'r Ombwdsmon fod oedi sylweddol cyn i'r Bwrdd Iechyd ymateb i gŵyn y teulu. Argymhellodd yr Ombwdsmon:

- a) Bod y Bwrdd Iechyd yn rhoi ymddiheuriad ysgrifenedig llawn i Ms D am y methiannau a nodwyd, ac i gydnabod y trallod a'r anghyfiawnder a achoswyd i'r teulu, ei fod yn talu £2,500 iddynt a £250 oherwydd ei fod wedi ymdrin â'r gŵyn yn wael.
- b) Bod y Bwrdd Iechyd yn llunio polisi uwchgyfeirio ysgrifenedig, manwl ac yn sicrhau bod y polisi ar gael i glinigwyr meddygol a llawfeddygol ar bob gradd yn Ysbyty Tywysog Philip.

- c) Bod y Bwrdd Iechyd yn dangos ei fod wedi atgoffa meddygon (yn enwedig meddygon ymgynghorol) sy'n gweithio yn yr Adran Drawma ac Orthopedeg, bod angen gwneud a chofnodi adolygiad ysgrifenedig dyddiol o gleifion yn unol â chanllawiau a gyhoeddwyd gan Academi'r Colegau Meddygol Brenhinol a chan Goleg Brenhinol y Meddygon.
- ch) Bod y Bwrdd Iechyd yn dangos ei fod wedi atgoffa pob meddyg gradd ganol ac uwch feddyg yn Ysbyty Tywysog Philip ynglŷn â'u dyletswydd i roi cefnogaeth ddigonol a goruchwylio meddygon iau yn unol â chanllawiau'r Cyngor Meddygol Cyffredinol a chanllawiau eraill.
- d) Bod y Bwrdd Iechyd yn adolygu ei brotocol ar gyfer asesiadau cyn llawdriniaeth ar frys er mwyn sicrhau bod cleifion sydd â ffactorau risg yn ymwneud â'r galon yn cael eu hadnabod ac yn cael cynllun rheolaeth glinigol priodol wedi'i ddogfennu cyn unrhyw lawdriniaeth.
- dd) Bod y Bwrdd Iechyd yn dangos ei fod wedi cymryd camau i sicrhau bod clinigwyr yn Ysbyty Tywysog Philip yn cael eu hysbysu ynglŷn â rôl y Tîm Argyfyngau Meddygol wrth ymateb i gleifion sy'n ddifrifol wael, a sut i gysylltu â'r tîm.
- e) Bod y Bwrdd Iechyd yn atgoffa Nyrsys Trawma ac Orthopedeg yn Ysbyty Tywysog Philip fod gwneud arsylwadau ffisiolegol ar bob claf ar y diwrnod y mae'n cael ei ryddhau yn arfer da.
- f) Bod y Bwrdd Iechyd yn atgoffa'r Tîm Pryderon fod angen cydymffurfio ag amserlenni a nodwyd yn y rheoliadau Gweithio i Wella a darparu eglurhad i achwynwyr ynglŷn ag oedi na ellid ei ragweld wrth lunio ymateb.

Y Gŵyn

1. Cwynodd Ms D wrthyf am y gofal a'r driniaeth a gafodd ei diweddar dad, Mr F, yn Ysbyty Tywysog Philip ("yr Ysbyty"). Ar y diwrnod yr oedd i fod i gael ei ryddhau yn dilyn llawdriniaeth i gael clun newydd, dirywiodd ei gyflwr yn gyflym, dioddefodd ataliad y galon, ac yn anffodus bu farw.

Roedd cwynion Ms D fel a ganlyn:

- Methodd y clinigwyr ag ymateb yn briodol ac mewn pryd i'r dirywiad yng nghyflwr Mr F ac, o ganlyniad, cafodd unrhyw gyfle posibl i sefydlogi ei gyflwr a/neu wrthdroi ei ddirywiad ei golli.
- Methodd y clinigwyr â hysbysu teulu Mr F ynglŷn â'r prognosis gwael.
- Methodd y Bwrdd Iechyd a rhoi eglurhad clir i'r teulu ynglŷn ag achos dirywiad a marwolaeth Mr F.
- Cymerodd y Bwrdd Iechyd fwy o amser nag oedd ei angen i ymdrin â'i chŵyn am ofal Mr F, ac ychwanegodd hynny at drallod y teulu.

Ymchwiliad

2. Cefais sylwadau a chopïau o ddogfennau perthnasol gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda ("y Bwrdd Iechyd") ac ystyriais y rheini ar y cyd â'r dystiolaeth a ddarparwyd gan Ms D. Cefais gyngor clinigol gan Dr Richard McGonigle – Meddyg Ymgynghorol, a chan Ms Elizabeth Onslow – Uwch Nyrs Gofrestredig, y naill a'r llall â blynyddoedd lawer o brofiad. Rwy'n cyfeirio atynt yn y ddogfen hon fel y Cynghorydd Meddygol a'r Cynghorydd Nyrsio, yn y drefn honno. Nid wyf wedi cynnwys pob manylyn yr ymchwiliwyd iddo yn yr adroddiad hwn ond rwyf yn fodlon na chafodd unrhyw beth arwyddocaol ei esgeuluso.

3. Cafodd Ms D a'r Bwrdd Iechyd ill dau gyfle i weld a chyflwyno sylwadau ar fersiwn drafft o'r adroddiad hwn cyn cyhoeddi'r fersiwn terfynol.

Y digwyddiadau cefndir

4. Ar 6 Mai **2014**, cafodd Mr F, a oedd yn 79 ar y pryd, ei dderbyn i ward trawma ac orthopedeg yr Ysbyty ar gyfer llawdriniaeth wedi'i threfnu i gael clun dde newydd. Roedd ei hanes meddygol yn cynnwys clefyd yr arennau cronig, diabetes math 2 (yn cael ei reoli drwy ddiet), pwysedd gwaed uchel a strôc fach yn 2008.¹

5. Cafodd llawdriniaeth Mr F i osod clun newydd ei chynnal ar 6 Mai, heb unrhyw gymhlethdodau, gan Lawfeddyg Ymgynghorol Orthopedig ("y Llawfeddyg Ymgynghorol"). Y diwrnod canlynol, roedd Mr F yn bwyta ac yn yfed yn dda, ac er ei fod yn cael rhywfaint o anhawster i symud o gwmpas, ystyrid ei fod yn sefydlog o safbwynt clinigol.

6. Cafodd Mr F ei weld gan feddyg iau ar 7 Mai. Cofnododd y meddyg iau fod coes dde Mr F yn "iawn" ond bod lefel ychydig yn uwch o creatinin (sy'n arwydd o nam ar weithrediad yr arennau). Er hyn, mae'r cofnodion meddygol a'r cofnodion nyrsio ar gyfer 8, 9 a 10 Mai yn dangos na chafodd Mr F ei weld gan feddyg ar unrhyw un o'r diwrnodau hyn. Yn ystod y cyfnod hwn, cofnododd y nyrsys fod allbwn wrin Mr F yn isel, bod lliw tywyll ar yr wrin, a bod ei bwysedd gwaed yn isel ar 8 a 9 Mai. Cofnodwyd hefyd bod plasma dyfrllyd, heb fod wedi'i heintio yn dod o'r clwyf oedd gan Mr F ar ôl y llawdriniaeth a bod angen newid gorchudd y clwyf yn rheolaidd. Mae'r cofnodion nyrsio'n dangos bod Mr F wedi cael ei weld gan Ail Lawfeddyg Ymgynghorol ar 11 Mai a chan y Llawfeddyg Ymgynghorol ar 12 ac 13 Mai. Er hyn, ni wnaeth yr un ohonynt gofnodi eu hadolygiadau o Mr F.

7. Ar fore 14 Mai, gwelwyd Mr F gan feddyg iau a nododd welliant yn ei lefel creatinin ac a gofnododd fod Mr F yn "mynd adref". Aseswyd clwyf Mr F am 12.00pm ac am 1.55pm a nodwyd bod ychydig o hylif yn dod ohono. Am 5.00pm cofnododd y nyrsys fod dogfennau rhyddhau wedi cael eu cwblhau, a bod trefniadau wedi'u gwneud i deulu Mr F ddod i'w nôl o'r Ysbyty y noson honno.

¹ Mae strôc fach yn digwydd pan mae gwaed yn methu â chyrraedd yr ymennydd dros dro. Yn wahanol i strôc, nid yw strôc fach yn achosi anabledd parhaol.

8. Ychydig ar ôl iddynt gyrraedd, dywedodd y teulu wrth y nyrsys (am 6.20pm) fod Mr F yn boeth ac yn chwyslyd. Cofnodwyd ei arsylwadau gan y nyrsys a nodwyd bod ei dymheredd yn uchel a'i bwysedd gwaed yn isel. Daeth Prif Nyrs at Mr F am 6.30pm, ac ar gyngor y Meddyg Llawfeddygol ar alwad ("y Meddyg Iau Cyntaf"), rhoddodd ocsigen iddo a gwnaeth brawf ECG.² Daeth y Meddyg Iau Cyntaf at Mr F am 7.15pm a chofnododd ei argraff fod ganddo symptomau sepsis,³ wedi'i achosi mae'n debyg gan rwystrad y coluddyn. Dilynodd y Meddyg Iau Cyntaf y protocol sepsis⁴ a threfnodd i gael archwiliadau pelydr-X o'r frest a'r abdomen pan welwyd bod Mr F fel pe bai'n cyfogi hylif carthol.⁵ Ar ôl cael archwiliad pelydr-X o'i abdomen, cafodd Mr F ei weld (am 10.00pm) gan feddyg iau o'r tîm meddygol ar alwad ("yr Ail Feddyg Iau"). Trafododd yr Ail Feddyg Iau symptomau Mr F â'r Cofrestrydd Meddygol a gytunodd i adolygu'r ddelwedd pelydr-X o'r abdomen cyn gynted ag yr oedd ar gael.

9. Roedd yr archwiliad pelydr-X o abdomen Mr F yn dangos rhwystrad. Gan ei bod yn bosibl y byddai angen llawdriniaeth frys (a chan nad oedd tîm llawfeddygol ar alwad yn yr Ysbyty) dywedodd y Cofrestrydd Meddygol y dylid cysylltu â'r Cofrestrydd Llawfeddygol yn Ysbyty Glangwili ("yr Ail Ysbyty"). Mewn trafodaeth dros y ffôn, gofynnodd y Cofrestrydd Llawfeddygol i'r Ail Feddyg Iau drefnu bod Mr F yn cael sgan manylach o'i abdomen (sgan CT) a bod cynnwys stumog Mr F yn cael ei allsugno drwy diwb trwyn i'r stumog.⁶ Gwnaethpwyd hyn am 11.30pm ac allsugwyd 200ml o "hylif brown tywyll ag arogl drwg arno". Am 11.45pm, aethpwyd â Mr F am sgan CT. Yna ceisiodd yr Ail Feddyg Iau gysylltu â'r Cofrestrydd Llawfeddygol yn yr Ail Ysbyty unwaith eto (i ofyn iddo adolygu canlyniad y sgan) ond ni wnaeth y Cofrestrydd Llawfeddygol ymateb. O ganlyniad, gofynnodd yr Ail Feddyg Iau i'r Cofrestrydd Meddygol adolygu'r sgan, ond nid oedd ef yn gallu gwneud hynny, gan ei fod yn delio ag achos brys arall.

² Prawf sy'n edrych am broblemau â gweithgarwch trydanol y galon yw ECG neu electrocardiogram.

³ Mae sepsis yn gyflwr sy'n gallu bod yn fygythiad i fywyd. Mae'n codi pan mae ymateb y corff i haint yn niweidio ei feinweoedd a'i organau ei hun.

⁴ Mae'r Protocol Sepsis yn cynnwys rhoi ocsigen, hylif mewnwythiennol a gwrthfotigau mewnwythiennol. Mae hefyd yn cynnwys gwneud prawf meithrinad gwaed (prawf i chwilio am bacteria neu ficro-organebau eraill yn y gwaed), prawf am asid lactig yn y gwaed (sy'n cynyddu yn ystod methiant y galon, haint difrifol neu sioc) a monitro allbwn wrin.

⁵ Cyflwr sy'n awgrymu bod tro mewn rhan o'r coluddyn sydd wedi achosi i ddeunydd carthol grynhoi yr holl ffordd i agoriad y stumog.

⁶ Proses lle mae tiwb plastig yn cael ei roi i mewn drwy'r trwyn, i lawr y gwddf ac i'r stumog yw allsugno drwy diwb trwyn i'r stumog. Gellir defnyddio chwistrell wedyn i sugno cynnwys y stumog.

10. Pan ddaeth yn ôl i'r ward, dywedodd Mr F ei fod yn teimlo ychydig yn well ac roedd yn ymddangos fel pe bai'n sefydlogi. O ganlyniad, aeth y teulu adref o'r Ysbyty er mwyn i Mr F gael gorffwys. Yna cysylltodd yr Ail Feddyg Iau â'r Cofrestrydd Llawfeddygol unwaith eto, ond dywedwyd wrtho nad oedd yn dymuno trafod y sgan CT dros y ffôn, ac mai dim ond pan fyddai'r canlyniadau'n cael eu hadrodd yn ffurfiol gan y Radiolegydd y byddai'n trafod y sgan.

11. Am 1.50am ar 15 Mai, galwyd yr Ail Feddyg Iau yn ôl i'r ward pan gofnododd y nyrsys ostyngiad brawychus ym mhwyseidd gwaed Mr F. Fodd bynnag, cyn iddi gyrraedd y ward, derbyniodd yr Ail Feddyg Iau alwad argyfwng yn dweud bod Mr F wedi cael ataliad y galon. Yn anffodus, roedd yr ymdrechion i adfywio Mr F yn aflwyddiannus a bu farw am 2.20am.⁷

12. Roedd adroddiad post-mortem Mr F yn nodi achos ei farwolaeth fel:

- Methiant y galon
- Ischaemia myocardiaidd (cyhyrau'r galon)⁸
- Atheroma rhydweiliau coronaidd⁹
- Newidiadau ischaemia'r coluddyn eilaidd (a ddatblygodd o ganlyniad i nam ar weithrediad y galon).

13. Ar 16 Mai, mynegodd Ms D bryder ar lafar ynglŷn â gofal Mr F wrth y Bwrdd Iechyd a chyflwynodd lythyr cwyno ffurfiol ar 25 Mehefin. Cyfarfu teulu Mr F â'r Llawfeddyg Ymgynghorol a'r staff nyrsio ar 22 Medi i drafod materion y gŵyn cyn rhoi ymateb ysgrifenedig ffurfiol. Darparwyd yr ymateb, ynghyd â Chynllun Gweithredu,¹⁰ ar 13 Awst 2015 (ar ôl i Ms D ofyn i'm swyddfa i ymyrryd). Cynhaliwyd cyfarfodydd eraill gyda chlinigwyr ar 7 Rhagfyr 2014, 26 Chwefror ac 19 Mai 2016. Cwynodd y teulu wrthyf fi yn Hydref 2016.

⁷ Mae'r cofnodion yn dangos bod ymdrech wedi'i gwneud i gysylltu â'r teulu am tua 2.00am ond nid oeddent wedi cyrraedd adref.

⁸ Ischaemia: pan mae'r cyflenwad gwaed i feinweoedd yn cael ei gyfyngu. Mae'n achosi prinder ocsigen a 'marwolaeth' meinweoedd.

⁹ Atheroma: dirywiad walïau'r rhydweiliau, sy'n cael ei achosi gan ddyddodion braster wedi crynhoi, sy'n arwain at gyfyngu ar y cylchrediad.

¹⁰ Roedd y Cynllun Gweithredu'n amlinellu camau a fyddai'n cael eu cymryd i roi sylw i'r methiannau a nodwyd mewn gofal nyrsio ac wrth gadw cofnodion.

Tystiolaeth Ms D

14. Yn ei chŵyn wreiddiol i'r Bwrdd Iechyd, dywedodd Ms D nad oedd y clinigwyr, ar y diwrnod yr oedd Mr F i fod i gael ei ryddhau, wedi sylwi ei fod yn amlwg yn wael, ac na fyddent wedi sylwi pe na bai'r teulu wedi tynnu eu sylw at hyn. Roedd Mr F yn boeth ac yn chwyslyd ac roedd ei abdomen yn chwyddedig ac yn boenus. Dywedodd Mr F wrth Ms D nad oedd wedi ysgarthu ers pan gafodd ei dderbyn i'r Ysbyty ar 6 Mai. Dywedodd y teulu hyn wrth y nyrsys a chafodd Mr F ei geryddu gan y nyrsys am beidio â dweud wrthynt. Roedd Ms D yn amau tybed a oedd methiant y clinigwyr i ganfod dirywiad Mr F yn gynharach yn seiliedig ar dybiaeth bod eu dyletswydd i ofalu'n dod i ben ar ôl cael cadarnhad bod y claf yn ddigon da i fynd adref.

15. Disgrifiodd Ms D sut yr oedd cyflwr Mr F fel pe bai wedi sefydlogi ar ôl y sgan CT, a sut roedd y teulu, o ganlyniad, wedi penderfynu gadael yr Ysbyty a dod yn ôl yn y bore. Dywedodd Ms D ei bod wedi gwneud hyn gan nad oedd neb wedi dweud wrthi bod cyflwr ei thad yn golygu bod ei fywyd mewn perygl. Fodd bynnag, ychydig ar ôl iddi gyrraedd adref derbyniodd Ms D alwad ffôn yn dweud bod cyflwr Mr F wedi dirywio'n gyflym, ac erbyn iddi ddod yn ôl i'r Ysbyty roedd wedi dioddef ataliad y galon ac wedi marw. Cwynodd Ms D ei bod felly wedi colli'r cyfle i fod gyda'i thad yn ei oriau olaf.

16. O ran union achos marwolaeth Mr F, pwysleisiodd Ms D ei bod yn casglu o'r hyn roedd y clinigwyr wedi'i ddweud y gallai rhwystr yn y coluddyn fod wedi achosi straen sylweddol ar ei galon, ond nad oedd cyfeiriad clir a phenodol at hyn yng ngohebiaeth y Bwrdd Iechyd ynglŷn â'r gŵyn.

Tystiolaeth y Bwrdd Iechyd

17. Mewn cyfarfod gyda'r teulu, dywedodd y Llawfeddyg Ymgynghorol fod Mr F, ar 14 Mai, yn cael ei ystyried yn ddigon da i gael mynd adref a bod ei nodiadau meddygol wedi cael eu hadolygu yn dilyn hyn gan y Cyfarwyddwr Clinigol a ddaeth i'r casgliad, er bod diffygion yn y gofal a dderbyniodd Mr F, na fyddai'r canlyniad wedi bod yn wahanol iddo ef. Dywedodd y Llawfeddyg Ymgynghorol hefyd fod Mr F yn rhwym, ac y dylai hyn fod wedi cael sylw yn gynt, ond bod y sgan CT yn dangos nad oedd y

coluddyn wedi'i gywasgu. O ganlyniad, nid oedd rhwymedd Mr F wedi dylanwadu o gwbl ar glefyd ischaemia'r coluddyn ac nad oedd a wnelo'r rhwymedd â'i ddirywiad a'i farwolaeth.

18. Yn llythyr ymateb ffurfiol y Bwrdd Iechyd i'r gŵyn, dyddiedig 13 Awst 2015, nododd y Prif Weithredwr nad oedd y nyrsys wedi gwneud set olaf o arsylwadau cyn rhyddhau Mr F, ond bod ei glwyf wedi cael ei asesu am 1.55pm, ac nad oedd unrhyw arwydd y pryd hynny ei fod yn wael. O ran y cwestiwn a gafodd y teulu ei hysbysu'n briodol ynglŷn â phrognosis gwael Mr F, dywedodd y Prif Weithredwr y byddai'r nyrsys wedi cynghori'r teulu i aros pe baent yn teimlo bod Mr F yn ddifrifol wael. Dywedodd fod y prawf ECG a gynhaliwyd ar 14 Mai yn ymddangos yn normal, a pha un bynnag, nid yw prawf ECG yn dangos a yw rhywun yn dioddef o fethiant y galon. Cadarnhaodd y Bwrdd Iechyd na chynhaliwyd prawf ECG yn apwyntiad clinig Mr F cyn y llawdriniaeth.

19. Dywedodd y Bwrdd Iechyd nad oes ganddo bolisi uwchgyfeirio ysgrifenedig sy'n dweud y dylai staff meddygol ofyn am gyngor gan uwch gydweithwyr, a bod uwchgyfeirio'n digwydd pan fydd staff nyrsio'n mynegi pryder (yn dilyn sgôr NEWS¹¹ uwch fel arfer) wrth feddyg iau, a all wedyn uwchgyfeirio at y Cofrestrydd ac ymlaen i'r Meddyg Ymgynghorol perthnasol. Mae cleifion yn cael eu cyfeirio at yr Uned Gofal Critigol drwy drafodaeth â'r Meddyg ar Raddfa Feddygol Ganolog sydd ar ddyletswydd. Cadarnhaodd y Bwrdd Iechyd hefyd nad oes ganddo bolisi yn ymwneud â pha mor aml y mae cleifion yn cael eu hadolygu, ond ei fod yn gweithredu yn unol â chanllawiau 'Ymarfer Llawfeddygol Da' a gyhoeddwyd gan Goleg Brenhinol y Llawfeddygon. Hynny yw, dylai pob claf gael ei adolygu'n ddyddiol gan uwch feddyg/llawfeddyg ac aelod o'r tîm ar alwad ar benwythnosau.

20. Dywedodd y Prif Weithredwr fod y camau a gymerwyd gan y clinigwyr meddygol a llawfeddygol yn briodol, ac er bod ystyriaeth wedi'i rhoi i drosglwyddo Mr F i'r Ail Ysbyty ar gyfer ymyriad llawfeddygol brys, roedd y Cofrestrydd Llawfeddygol ar alwad eisiau gweld yr adroddiad CT gan y Radiolegydd cyn gwneud hyn. Pe bai'r diagnosis wedi cael ei wneud cyn i

¹¹ NEWS: National Early Warning Score: System lle rhoddir sgôr rifyddol i fesuriadau cyfradd resbiradaeth, dirlawnder ocsigen, tymheredd, pwysedd gwaed, cyfradd curiad y galon a lefel ymwybyddiaeth. Mae lefel yr ymateb clinigol sydd ei angen wedyn yn seiliedig ar gyfanswm y sgôr. Mae sgôr uwch (uwch na 5) fel arfer yn dangos bod angen cynyddu amllder monitro'r claf i bob hanner awr.

gyflwr Mr F ddirywio, mae'n debyg y byddai wedi cael llawdriniaeth frys. Fodd bynnag, oherwydd bod ganddo nifer o gyflyrau meddygol, dywedodd y Prif Weithredwr ei bod yn annhebygol, mwy na thebyg, y byddai Mr F wedi goroesi llawdriniaeth o'r fath. O ran cofnodion meddygol Mr F, a chan nad oedd cofnodion wedi'u gwneud gan glinigwyr, roedd y Prif Weithredwr yn cytuno bod hyn yn annerbyniol ac ymddiheurodd wrth y teulu. Ymddiheurodd y Prif Weithredwr hefyd am yr oedi cyn i'r Bwrdd Iechyd ddarparu ymateb ffurfiol a chynigiodd daliad o £250 i Ms D i gydnabod yr amser a'r drafferth a achoswyd, ond gwrthododd Ms D dderbyn y cynnig hwn.

21. Mewn cyfarfod arall ar 19 Mehefin 2016, dywedodd Llawfeddyg Cyffredinol Ymgynghorol mai achos marwolaeth Mr F oedd ischaemia'r coluddyn ac, yn anffodus, bod marwolaeth yn anorfod. Ychwanegodd ei bod yn amlwg bod Mr F yn dioddef o glefyd sylweddol ar y galon, ond efallai nad oedd yn amlwg i ba raddau. Cytunodd y byddai wedi bod yn fwy priodol i Mr F dderbyn gofal ar ward ar gyfer cleifion â salwch aciwt, yn hytrach na ward orthopedig.

22. Wrth gyfathrebu â'm swyddfa i, dywedodd y Bwrdd Iechyd ei fod wedi cymryd llawer o amser i ymdrin â chwyn y teulu dan y broses Gweithio i Wella¹² yn rhannol oherwydd bod angen ymgynghori â chyfreithiwr y Bwrdd Iechyd gan fod hawliad o esgeulustod clinigol wedi'i gyflwyno gan deulu Mr F yn Rhagfyr 2014. Fodd bynnag, cafodd yr hawliad ei dynnu'n ôl ar ôl i'r Bwrdd Iechyd gyhoeddi ei ymateb ffurfiol i'r gwyn ar 13 Awst 2015.

Cyngor Proffesiynol

Meddygol

23. Dechreuodd y Cyngorydd Meddygol drwy ystyried a oedd y clinigwyr wedi sylweddoli ac ymateb yn briodol i'r dirywiad yng nghyflwr Mr F. Dywedodd fod dirywiad Mr F wedi cael ei gydnabod, ond bod diagnosis amodol anghywir (o sepsis a/neu rwystrad posibl yn y coluddyn) wedi cael ei

¹² Gweithio i Wella: Rheoliadau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Trefniadau Pryderon, Cwynion a Gwneud Iawn) (Cymru) 2011.

wneud heb gefnogaeth ddigonol gan uwch feddygon. Ni chafodd gwir gyflwr Mr F, sef methiant y galon, ei ystyried o gwbl. O ganlyniad, nid oedd y cynllun rheolaeth glinigol a luniwyd yn briodol i gyflwr Mr F.

24. Nododd y Cynghorydd Meddygol, nad oedd cofnodion meddygol wedi'u gwneud gan glinigwyr rhwng 8 a 12 Mai, a bod hyn yn groes i'r canllawiau sydd wedi'u sefydlu.¹³ Er bod y nyrsys wedi cofnodi bod Mr F wedi cael ei weld gan Lawfeddygon Ymgynghorol ar 11, 12 ac 13 Mai, ni wnaeth y Llawfeddygon Ymgynghorol gofnodi eu hadolygiadau nac unrhyw benderfyniadau a wnaethpwyd ynglŷn â gofal clinigol Mr F. Ar 14 Mai, roedd cofnod heb amser, a gafodd ei wneud gan feddyg iau, yn cydnabod bod Mr F i fod i gael ei ryddhau, ond unwaith eto nid oes tystiolaeth bod Mr F wedi cael ei archwilio neu ei adolygu bryd hynny.

25. Ni allai'r Cynghorydd Meddygol nodi unrhyw dystiolaeth bod cyflwr Mr F wedi dirywio cyn 14 Mai. Sylwodd fod sgorau NEWS Mr F yn sefydlog ac yn foddhaol ar ôl y llawdriniaeth, ond ychwanegodd ei bod yn bosibl (er nad oedd hynny wedi cael ei gadarnhau) y gallai Mr F fod wedi bod yn datblygu problemau calon cyn hyn. Ychwanegodd, pe bai'r problemau calon wedi datblygu cyn hyn, y byddai'r hylifau mewnwythiennol a roddwyd ar 14 Mai wedi gwaethygu methiant calon Mr F.

26. O ran y cwestiwn a gafodd y teulu ei hysbysu ynglŷn â phrognosis gwael Mr F, pwysleisiodd y Cynghorydd Meddygol fod y diagnosis yn aneglur a bod y meddygon iau fel pe baent yn cael anhawster i reoli Mr F heb gefnogaeth ddigonol.¹⁴ O ganlyniad, cyn belled ag y gallai'r Cynghorydd Meddygol weld, ni chafodd y teulu ei hysbysu'n gywir ynglŷn â difrifoldeb cyflwr Mr F.

27. Dywedodd y Cynghorydd Meddygol na ddylai'r gwaith o reoli'r dirywiad yng nghyflwr Mr F fod wedi cael ei adael i ddau feddyg iau heb well cefnogaeth. Dylid bod wedi cysylltu â'r Tîm Allgymorth Gofal Critigol (neu, yn yr achos hwn, Tîm Argyfyngau Meddygol cyfatebol yr Ysbyty),¹⁵ ynghyd â'r Llawfeddyg Ymgynghorol cyfrifol. Yn ogystal, dylai'r

¹³ Er enghraifft, canllawiau'r Cyngor Meddygol Cyffredinol, Good Medical Practice 2013 (19-21).

¹⁴ Yn groes i ganllawiau'r Cyngor Meddygol Cyffredinol, Good Medical Practice 2013 (40).

¹⁵ Yn ei ymateb i'r adroddiad drafft, eglurodd y Bwrdd Iechyd nad oes ganddo Dîm Allgymorth Critigol ar hyn o bryd ond ei fod yn gweithredu Tîm Argyfyngau Meddygol. Rôl y tîm hwn yw ymateb i gleifion â chyflwr clinigol sy'n dirywio'n gyflym.

Cofrestryddion Meddygol a Llawfeddygol fod wedi bod yno. Roedd y Cynghorydd Meddygol o'r farn nad oedd yn briodol i'r Cofrestrydd Llawfeddygol fynnu cael canlyniad sgan CT cyn ystyried trosglwyddo Mr F. Yn hytrach, dylai fod wedi cyfeirio Mr F at y Tîm Argyfyngau Meddygol.

28. Dywedodd y Cynghorydd Meddygol fod sepsis a/neu rwystrad y coluddyn yn cael ei amau i ddechrau, ond ei bod yn ymddangos, hyd yn oed pan oedd canlyniad y post-mortem ar gael, mai dim ond at ischaemia'r coluddyn yr oedd datganiadau'r Bwrdd Iechyd ynglŷn ag achos marwolaeth Mr F yn cyfeirio. Ni chafodd methiant y galon a chlefyd ischaemia'r galon eu trafod yn y fanwl yn yr esboniadau a roddwyd i'r teulu ynglŷn â'r hyn a achosodd ddirywiad a marwolaeth Mr F.

29. Ychwanegodd y Cynghorydd Meddygol y canlynol:

- Ni chafodd archwiliad pelydr-X o'r frest na phrawf ECG eu gwneud cyn y llawdriniaeth. Roedd hyn yn ddiffygiol yn achos claf â phwysedd gwaed uchel, a diabetes math 2, oedd wedi cael strôc fach yn y gorffennol.
- Roedd y prawf ECG a wnaethpwyd ar 14 Mai yn cofnodi newidiadau neu donnau a oedd yn awgrymu ischaemia'r galon; nid oedd yn ymddangos yn 'normal' fel y nodwyd gan y Bwrdd Iechyd.
- Dywedodd y Bwrdd Iechyd nad oedd ganddo bolisi uwchgyfeirio ysgrifenedig, ond roedd argymhelliad yn deillio o ymchwiliad y Bwrdd Iechyd (y cyfeiriwyd ato yn llythyr y Prif Weithredwr dyddiedig 13 Awst 2015) yn nodi y byddai gweithdrefn uwchgyfeirio ysgrifenedig yn cael ei datblygu ar gyfer ymdrin â chleifion â salwch aciwt yn yr Ysbyty.

30. Gorffennodd y Cynghorydd Meddygol drwy ddweud na ellid dweud a allai marwolaeth Mr F fod wedi cael ei hosgoi (oherwydd cydforbidrwydd¹⁶ a phrognosis gwael), ond bod y methiannau a nodwyd, gyda'i gilydd, yn codi amheuan ynglŷn ag awgrym y Bwrdd Iechyd fod marwolaeth Mr F yn anorfod.

¹⁶ Hynny yw, y cyflyrau meddygol eraill a oedd ganddo.

Nyrsio

31. Dechreuodd y Cyngorydd Nyrsio drwy nodi bod arsylwadau ffisiolegol Mr F, drwy gydol ei gyfnod yn yr ysbyty, wedi cael eu cofnodi'n briodol gan ddefnyddio'r system NEWS. Ar sail y cofnodion hyn, nid oedd unrhyw arwydd bod Mr F yn dirywio cyn 14 Mai. Fodd bynnag, yn groes i arfer da sydd wedi'i sefydlu, ni chofnodwyd unrhyw arsylwadau ffisiolegol ar y bore yr oedd Mr F i fod i gael ei ryddhau. Dywedodd y Cyngorydd Nyrsio fod y staff nyrsio wedi ymateb yn briodol ar ôl sylweddoli bod cyflwr Mr F yn dirywio, a'u bod wedi tynnu sylw'r llawfeddyg ar alwad at ei gyflwr ar unwaith.

32. Dywedodd y Cyngorydd Nyrsio fod ymateb ffurfiol y Bwrdd Iechyd, dyddiedig 13 Awst 2015, yn drylwyr ac yn nodi nifer o fethiannau mewn gofal nyrsio ac o ran cadw cofnodion nyrsio. Yn ei barn hi, roedd y camau a gymerwyd i roi sylw i'r methiannau hyn (fel y maent yn cael eu hamlinellu yng nghynllun gweithredu'r Bwrdd Iechyd) yn gwbl resymol.

33. O ran y cwestiwn a oedd y nyrsys wedi colli'r cyfle i hysbysu teulu Mr F ynglŷn â'r prognosis gwael, dywedodd y Cyngorydd Nyrsio nad oedd tystiolaeth bod y staff nyrsio wedi cysylltu â'r teulu, ond ei bod yn ymddangos, o'r ohebiaeth yn ymwneud â'r gŵyn, bod aelodau o'r teulu'n bresennol ar yr adeg y dechreuodd cyflwr Mr F ddirywio. Dylai'r staff meddygol fod wedi trafod canlyniadau'r sgan CT a'r ymyriadau oedd yn cael eu cynllunio gyda'r teulu.

34. I gloi, dywedodd y Cyngorydd Nyrsio fod y ffaith na chafodd arsylwadau nyrsio eu gwneud neu eu cofnodi ar y bore yr oedd Mr F i fod i gael ei ryddhau, yn golygu ei bod yn amhosibl dweud a fyddai dirywiad Mr F wedi gallu cael ei ganfod yn gynharach. Yn ogystal, dylai'r staff nyrsio fod wedi uwchgyfeirio pryderon ynglŷn ag adroddiad Mr F nad oedd wedi ysgarthu ers saith niwrnod. Fodd bynnag, nid oedd gan y methiant hwn gysylltiad achosol â'r dirywiad aciwt a ddigwyddodd.

Dadansoddiad a Chasgliadau

35. Cefais gymorth i ddod i'm casgliadau gan gyngor ac esboniadau'r ddau Gynghorydd, ac yr wyf yn eu derbyn yn llawn. Mae'r ymchwiliad wedi ystyried pedair elfen o'r gŵyn ac rwyf am roi sylw i bob un yn ei thro:

Methodd y clinigwyr ag ymateb i'r dirywiad yng nghyflwr Mr F mewn modd priodol a buan ac, o ganlyniad, cafodd unrhyw gyfle posibl i sefydlogi ei gyflwr a/neu wrthdroi ei ddirywiad ei golli

36. Rwy'n cytuno â'r Cynghorydd Meddygol. Roedd y clinigwyr wedi sefydlu cynllun rheoli clinigol mewn ymateb i'r dirywiad yng nghyflwr Mr F gyda'r nos ar 14 Mai 2014, ond roedd y cynllun yn seiliedig ar ddiagnosis amodol gwallus o sepsis/rhwystard y coluddyn, felly nid oedd yn briodol i gyflwr Mr F. O ganlyniad, collwyd y cyfle i ymateb (ac o bosibl i sefydlogi) methiant calon Mr F.

37. Rwyf hefyd yn cytuno na ddylai'r penderfyniadau hollbwysig ynglŷn â'r diagnosis o gyflwr Mr F a sut i'w drin fod wedi cael eu gadael i ddau feddyg iau. Mae'n amlwg o ymdrechion y ddau feddyg iau i uwchgyfeirio'u pryderon, bod arnynt angen cefnogaeth a phrofiad uwch glinigwyr. Mae'n destun cryn bryder na wnaeth y Cofrestrydd Meddygol na'r Cofrestrydd Llawfeddygol ystyried tynnu sylw'r Tîm Argyfyngau Meddygol na'r Meddyg Ymgynghorol ar Ddyletswydd at y dirywiad yng nghyflwr Mr F (na gofyn i'r meddygon iau wneud hyn).

38. Yn ychwanegol at hyn, mae'r canlynol yn achosi pryder:

- Ni ddaeth y Cofrestrydd Meddygol a oedd yn yr Ysbyty at Mr F.
- Mynnodd y Cofrestrydd Llawfeddygol yn amhriodol gael adroddiad radiolegydd am y sgan CT cyn ystyried trosglwyddo Mr F.
- Ni chafodd y prawf ECG ei adolygu gan uwch glinigydd a allai fod wedi sylwi ar newidiadau a oedd yn awgrymu ischaemia'r galon.

- Gallai'r hylifau mewnwythiennol a roddwyd ar 14 Mai fod wedi gwaethygu methiant calon Mr F.
- Ni wnaeth y nyrsys gofnodi arsylwadau Mr F ar y diwrnod yr oedd i fod i gael ei ryddhau.

39. Rwyf hefyd yn nodi barn y Cynghorydd Meddygol na chafodd Mr F brawf ECG nac archwiliad pelydr-X o'r frest yn y cam asesu cyn llawdriniaeth nac ar unrhyw adeg cyn y llawdriniaeth, er bod ei hanes meddygol yn awgrymu bod y risg o glefyd ischaemia'r galon yn uchel. Yn ychwanegol at hyn, er ei bod yn ymddangos nad oes tystiolaeth amlwg bod cyflwr Mr F yn dirywio cyn 14 Mai, mae'r cofnodion sydd ar gael yn cynnwys ychydig o nodiadau nyrsio cyn llawdriniaeth sy'n ymwneud yn bennaf (yn gwbl ddealladwy) â gofalu am glwyf Mr F a'i symudedd. O ystyried na chafodd Mr F ei weld gan unrhyw feddyg am dri diwrnod ar ôl ei llawdriniaeth, a bod y Llawfeddygon Ymgynghorol a welodd Mr F heb gofnodi eu hadolygiadau nac unrhyw benderfyniadau a wnaethpwyd ynglŷn â'i ofal, prin bod unrhyw wybodaeth glinigol berthnasol yn y cofnodion a fyddai wedi tynnu sylw meddygon at yr angen i ystyried iechyd calon Mr F.

40. I gloi, rwy'n ystyried y methiannau hyn yn rhai difrifol. Gyda'i gilydd maent yn achosi ansicrwydd ynglŷn â'r cwestiwn a oedd marwolaeth Mr F, fel yr awgrymodd y Bwrdd Iechyd, yn anorfod. Er bod y mater hwn, yn y pen draw, yn un na ellir dod i benderfyniad pendant yn ei gylch (oherwydd y cyflyrau eraill a oedd gan Mr F a'r prognosis gwael), bydd elfen o amheuaeth ynglŷn â hyn i Ms D a'i theulu o hyd. O ganlyniad, rwy'n credu bod y trallod a'r ansicrwydd sy'n codi o'r elfen hon o amheuaeth, ynddo'i hun, yn anghyfiawnder sylweddol i'r teulu, y gellid bod wedi'i osgoi pe bai gofal Mr F o safon uwch. Rwyf felly'n **cadarnhau'r** gŵyn hon.

Ni wnaeth y clinigwyr hysbysu'r teulu ynglŷn â phrognosis gwael Mr F

41. Rwy'n cydnabod bod penderfyniad y teulu i adael yr Ysbyty am tua 1.30am ar 15 Mai (er mwyn i Mr F gael gorffwys), yn seiliedig ar y ffaith fod Mr F, pan ddychwelodd ar ôl cael ei sgan CT (ac ar ôl allsugno rhagor o gynnwys ei stumog), wedi dweud wrth y teulu a'r clinigwyr ei fod yn teimlo ychydig yn well a'i fod yn ymddangos fel pe bai wedi sefydlogi.

42. Fodd bynnag, mae'n dal yn wir bod y diagnosis amodol anghywir, ynghyd â'r methiant i uwchgyfeirio Mr F i sylw'r Tîm Argyfyngau Meddygol, wedi rhoi'r argraff i'r teulu, er bod ar Mr F angen ymyriad i glirio rhwystrad y coluddyn, nad oedd ei gyflwr yn fygythiad uniongyrchol i'w fywyd. O ganlyniad, roedd methiant sylweddol i hysbysu'r teulu'n gywir ynglŷn â'i ddiagnosis a'i brognosis. Canlyniad y methiant hwn oedd nad oedd y teulu gyda Mr F pan fu farw. Bydd hyn yn achos trallod a gofid i'r teulu o hyd. Rwyf felly'n **cadarnhau'r** gŵyn hon.

Ni wnaeth y Bwrdd lechyd roi eglurhad clir i'r teulu ynglŷn ag achos dirywiad a marwolaeth Mr F

43. Rwy'n cytuno gyda'r Cyngorydd Meddygol bod cyfeiriadau'r Bwrdd lechyd at achos marwolaeth Mr F drwy gydol y broses gwyno wedi'u cyfyngu i glefyd ischaemia'r coluddyn, ac na wnaeth unrhyw sylw ynglŷn â'r methiant i adnabod ac ymateb i'r dirywiad yn ei galon. Yn ogystal, dywedodd y Llawfeddyg Cyffredinol Ymgynghorol yn bendant mai achos y farwolaeth oedd ischaemia'r coluddyn a bod marwolaeth, yn anffodus, yn anorfod. Ychwanegodd ei bod yn amlwg bod gan Mr F glefyd sylweddol ar ei galon ond "efallai nad oedd yn amlwg i ba raddau".

44. Rwyf felly'n credu, er nad oes tystiolaeth i awgrymu bod unrhyw fwriad ar ran y clinigwyr i gamarwain y teulu ynglŷn â'r pwynt hwn, nad yw'r Bwrdd lechyd wedi cydnabod y diagnosis amodol anghywir a goblygiadau hynny yn unman, nac ychwaith y ffaith fod y teulu wedi cael ei gamhysbysu ynglŷn â'r mater hwn (er bod hynny'n anfwriadol). O ganlyniad, methodd y Bwrdd lechyd â rhoi eglurhad clir i'r teulu ynglŷn ag achos dirywiad a marwolaeth Mr F. Rwyf felly'n **cadarnhau'r** gŵyn hon.

Cymerodd y Bwrdd lechyd fwy o amser nag oedd ei angen i ymdrin â chŵyn Ms D am ofal Mr F ac ychwanegodd hynny at drallod y teulu

45. Rwyf wedi ystyried yn ofalus y gyfres o ddigwyddiadau wrth i'r Bwrdd lechyd ymdrin â chŵyn Ms D. Rwy'n derbyn bod y broses o ymdrin â chwynion wedi cael ei hystyried, yn rhannol, oherwydd penderfyniad y teulu i ofyn am nifer o gyfarfodydd gyda chlinigwyr cyn ac ar ôl derbyn ymateb ffurfiol y Bwrdd lechyd i'r gŵyn. Awgrymodd y Bwrdd lechyd hefyd fod yr ymateb ffurfiol i'r gŵyn wedi cael ei ddal yn ôl oherwydd bod y teulu

wedi cyflwyno hawliad posibl o esgeulustod clinigol ym mis Rhagfyr 2014. Fodd bynnag, er fy mod yn derbyn bod y datblygiad hwn yn golygu bod angen i'r Bwrdd Iechyd gael cyngor cyfreithiol, nid wyf wedi gweld tystiolaeth i awgrymu bod y broses hon wedi arwain at oedi neu ohirio'r broses Gweithio i Wella, na bod unrhyw gyfeiriad wedi'i wneud at yr hawliad mewn deunydd i gyfathrebu â'r teulu yn ystod cyfnod y gŵyn.

46. Pa un bynnag, cymerodd fwy na 13 mis i'r Bwrdd Iechyd lunio a chyhoeddi ei ymateb ffurfiol i'r gŵyn, a byddai wedi bod yn fwy oni bai fod Ms D wedi gofyn i'm swyddfa i ymyrryd ar ei rhan (yng Ngorffennaf 2015) i gael ymateb. Mae hefyd yn wir, er bod y Bwrdd Iechyd wedi ymddiheuro am gymryd mwy o amser na'r hyn sy'n cael ei awgrymu yn Gweithio i Wella (ac wedi cynnig £250 i'r teulu i gydnabod y drafferth a achoswyd), na roddwyd eglurhad boddhaol am yr oedi i'r teulu.

47. I gloi, rwy'n credu y byddai'r amser a gymerodd y Bwrdd Iechyd i ymdrin â'r gŵyn yn yr achos hwn wedi ymestyn trallod y teulu'n sylweddol. Rwyf felly'n **cadarnhau'r** gŵyn hon.

Argymhellion

48. Rwy'n **argymell**, o fewn **un mis** ar ôl cyhoeddi fersiwn terfynol yr adroddiad hwn:

- a) Bod y Bwrdd Iechyd yn darparu ymddiheuriad ysgrifenedig llawn i Ms D am y methiannau a nodwyd, ac i gydnabod y trallod a'r anghyfiawnder a achoswyd i'r teulu, ei fod yn talu £2,500 iddynt a £250 oherwydd ei fod wedi ymdrin â'r gŵyn yn wael.

Rwyf hefyd yn **argymell**, o fewn **tri mis** ar ôl cyhoeddi fersiwn terfynol yr adroddiad:

- b) Bod y Bwrdd Iechyd yn llunio polisi uwchgyfeirio ysgrifenedig, manwl ac yn sicrhau bod y polisi ar gael i glinigwyr meddygol a llawfeddygol ar bob gradd yn Ysbyty Tywysog Philip.

- c) Bod y Bwrdd Iechyd yn dangos ei fod wedi atgoffa meddygon (yn enwedig meddygon ymgynghorol) sy'n gweithio yn yr Adran Drawma ac Orthopedeg, bod angen gwneud a chofnodi adolygiad ysgrifenedig dyddiol o gleifion yn unol â chanllawiau a gyhoeddwyd gan Academi'r Colegau Meddygol Brenhinol a chan Goleg Brenhinol y Meddygon.¹⁷
- ch) Bod y Bwrdd Iechyd yn dangos ei fod wedi atgoffa pob meddyg gradd ganol ac uwch feddyg yn Ysbyty Tywysog Philip ynglŷn â'u dyletswydd i roi cefnogaeth ddigonol a goruchwylio meddygon iau yn unol â chanllawiau'r Cyngor Meddygol Cyffredinol a chanllawiau eraill.
- d) Bod y Bwrdd Iechyd yn adolygu ei brotocol ar gyfer asesiadau cyn llawdriniaeth ar frys er mwyn sicrhau bod cleifion sydd â ffactorau risg yn ymwneud â'r galon yn cael eu hadnabod ac yn cael cynllun rheolaeth glinigol priodol wedi'i ddogfennu cyn unrhyw lawdriniaeth.
- dd) Bod y Bwrdd Iechyd yn dangos ei fod wedi cymryd camau i sicrhau bod clinigwyr yn Ysbyty Tywysog Philip yn cael eu hysbysu ynglŷn â rôl y Tîm Argyfyngau Meddygol wrth ymateb i gleifion sy'n ddifrifol wael, a sut i gysylltu â'r tîm.
- e) Bod y Bwrdd Iechyd yn atgoffa Nyrsys Trawma ac Orthopedeg yn Ysbyty Tywysog Philip fod gwneud arsylwadau ffisiolegol ar bob claf ar y diwrnod y mae'n cael ei ryddhau yn arfer da.
- f) Bod y Bwrdd Iechyd yn atgoffa'r Tîm Pryderon fod angen cydymffurfio ag amserlenni a nodwyd yn y rheoliadau Gweithio i Wella a darparu eglurhad i achwynwyr ynglŷn ag oedi na ellid ei ragweld wrth lunio ymateb.


¹⁷ Yn y drefn honno: 'Seven Day Consultant Present Care' (Rhagfyr 2012) a 'Report of the Future Hospital Commission' (2013).

49. Rwyf yn falch o nodi bod Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda wrth gyflwyno sylwadau ar fersiwn drafft yr adroddiad hwn wedi cytuno i weithredu'r argymhellion hyn.



Nick Bennett
Ombwdsmon

10 Hydref 2017



Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru
1 Ffordd yr Hen Gae
Pencoed
CF35 5LJ

Ffôn: 01656 641150
Ffacs: 01656 641199
Ebost: ask@ombudsman-wales.org.uk
Dilynwch ni ar Twitter: @OmbudsmanWales