

Y Tu Allan i Oriau: Amser i Ofalu?





Cynnwys

Rhagair	3
Cyflwyniad	4
Dadansoddiad	6
Ystyriaethau yn y Dyfodol	10
Astudiaethau achos	12
Dogfennau Cyfeiriol	31

www.ombwdsmon-cymru.org.uk

communications@ombwdsmon-cymru.org

[@OmbudsmanWales](https://twitter.com/OmbudsmanWales)

Gosodir yr adroddiad hwn gerbron Cynulliad Cenedlaethol Cymru o dan baragraff 14 o Atodlen 1 Deddf Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus (Cymru) 2005

Rhagair



Ers cael fy mhenodi'n Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru ddeunaw mis yn ôl, rwyf wedi gorfod dod i delerau â'r nifer enfawr o gwynion am wasanaethau cyhoeddus yr ymdrinnir â hwynt gan fy staff bob dydd.

Yn ystod y pum mlynedd diwethaf mae nifer y cwynion â'r ymholiadau wedi cynyddu 105% a chwynion iechyd wedi dringo 126% dros yr un cyfnod.

Yn lle dim ond derbyn y cynnydd hwn fel rhywbeth normal, byddai'n well gennyf fynd i'r afael â'r broblem yn ei ffynhonnell.

Ar ôl edrych yn fanwl ar lwyth achosion y swyddfa, cafwyd patrymau o gwynion tebyg ac ymarfer gwael. Er bod pob cwyn yn wahanol, mae'r methiannau sydd wrth wraidd y cwynion hyn yn gyfarwydd iawn.

Mae gennyf uchafswm o bum mlynedd a hanner ar ôl yn fy swydd a bwriadaf ddefnyddio adroddiadau thematig fel hyn i daflu golau go llachar ar y patrymau hyn ac annog y cyrff cyhoeddus dan sylw i ddelio'n benben â'r problemau hyn.

Yn gynharach eleni cawsom ad-drefnu mewnol ac, o ganlyniad, mae gan y swyddfa hon bellach dîm newydd o swyddogion gwella o blith ein criw profiadol o ymchwilyr. Mae hyn yn rhoi mwy o bwyslais ar ymarfer gorau, datblygiad diwylliannol y gorfforaeth, a dod â chylchoedd o wasanaethu gwael i ben.

Mae fy swyddfa i mewn sefyllfa unigryw drwy fod yn niwedd y siwrne gwyno. Mae natur y swydd yn golygu ein bod yn ymdrin â phethau sy'n mynd o'i le, neu o leiaf lle credir fod pethau wedi mynd o'i le. Fodd bynnag, mae enghreifftiau o ymarfer da'n dechrau ymddangos ac rwyf yn awyddus i'w rhannu er mwyn cyfrannu at wasanaethau cyhoeddus gwell.

Hoffwn bwysleisio fy mod yn ymwybodol iawn y cynhelir etholiadau'r Cynulliad ym mis Mai ac y bydd y GIG yn fater allweddol yn yr ymgyrch. Carwn fanteisio ar y cyfle hwn i atgoffa rhanddeiliaid bod fy swyddfa'n annibynnol ac yn ddiuedd, ac mai unig bwrpas yr adroddiad hwn yw gwneud yn siŵr bod gwersi'n cael eu dysgu o'r cwynion a ystyriwyd. Rwyf felly'n tynnu sylw at faterion y bydd angen i gyrff cyhoeddus eu hystyried yn y dyfodol ac sy'n werth eu trafod yn fy marn i.

Nick Bennett
Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru



Cyflwyniad

Cyfrifoldeb a rôl yr Ombwdsmon

Mae gan Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru bwerau cyfreithiol i archwilio cwynion am wasanaethau cyhoeddus. Mae hefyd yn ymchwilio i honiadau fod aelodau o gyrff llywodraeth leol wedi torri cod ymddygiad eu hawdurdod. Mae ganddo dîm o bobl sy'n ei helpu i ystyried ac ymchwilio i gwynion. Nid yw ynghlwm wrth unrhyw gorff llywodraeth ac mae'r gwasanaeth y mae'n ei ddarparu'n ddiudedd ac yn ddi-dâl. Nod yr Ombwdsmon yw cywiro pethau i ddefnyddwyr gwasanaethau cyhoeddus ac ysgogi'r gwasanaethau hynny i wella, a hefyd safonau mewn bywyd cyhoeddus, drwy ddysgu o'r cwynion a ddaw i law.

Cyflwyniad

Yn 2012, cynhyrchodd yr Athro Longley adroddiad ar wasanaethau ysbyty yng Nghymru oedd yn tynnu sylw at dystiolaeth oedd yn awgrymu bod cleifion a dderbynnir i'r ysbyty ar benwythnos, yn enwedig ar ddydd Sul, yn fwy tebygol o farw na rhai a dderbynnir yn ystod yr wythnos¹. Flwyddyn yn ddiweddarach, rhyddhaodd Coleg Brenhinol y Meddygon (RCP) ei adroddiad 'Future Hospitals Commission'² oedd, drwy adeiladu ar gyhoeddiadau blaenorol gan y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal (NICE) a'r RCP, yn gwneud nifer o argymhellion gan gynnwys y dylid trefnu gwasanaethau fel bod mynediad hwylus at ofal meddygol ac y dylid cael presenoldeb ymgynghorydd ar y wardiau saith diwrnod yr wythnos.

Mae'r RCP yng Nghymru wedi cynhyrchu papur mwy diweddar, *Rising to the Challenge*³ o blaid y newidiadau sydd eu hangen i ateb y pwysau cynyddol yng nghyswllt meddyginiaeth yn yr ysbyty wrth i'r boblogaeth fynd yn fwy eiddil a hŷn, a chleifion yn aml yn dioddef o nam gwybyddol ac angen eu derbyn i'r ysbyty. Os yw ysbytai i ymdopi â'r cynnydd yn y nifer sy'n cael eu derbyn i'r ysbyty, mae gofal o ansawdd da pob awr o'r dydd a'r nos yn bwysicach nag erioed. Eto, mae'n glir o'r achosion yn yr adroddiad hwn, ac o lawer o'r cwynion a welodd yr Ombwdsmon, fod gwaith eto i'w wneud i gyrraedd y safonau angenrheidiol.

Mae gofal gwael y tu allan i oriau, gan gynnwys ar benwythnosau – sy'n aml yn gysylltiedig â goruchwyliaeth annigonol gan ymgynghorwyr – yn un o'r nodweddion sy'n ymddangos yn rheolaidd mewn cwynion iechyd, hyd yn oed os nad hynny yw'r prif fethiant y cwynir yn ei gylch. Yn yr adroddiad hwn,

¹ The Best Configuration of Hospital Services for Wales: A Review of the evidence, Yr Athro Marcus Longley, Athrofa Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru, 2012

² Comisiwn Ysbytaïr Dyfodol, Coleg Brenhinol y Meddygon, 2013

³ Rising to the Challenge: Improving acute care, meeting patients' needs in Wales, Coleg Brenhinol Meddygon Cymru, 2015



Cyflwyniad

cyflwynwn sampl o 12 achos sydd i gyd yn dangos methiannau clinigol sylweddol y tu allan i'r oriau gwaith arferol, gan gynnwys ar benwythnos. Gall fod yn anodd penderfynu a fyddai mwy o adolygiadau cleifion, presenoldeb uwch-glinigydd neu oruchwyliwr priodol ar gyfer aelod o staff mewn swydd is wedi newid y canlyniad yn yr achosion hyn. Fodd bynnag, mae'n glir y byddai'r ffactorau hyn wedi cyfrannu at safon gofal well i'r cleifion dan sylw ac wedi lleihau'r trallod i'w teuluoedd, sydd ynddo'i hun yn anghyfiawnder. Mae'r adroddiad hwn yn pwysleisio bod angen darparu gofal clinigol mwy effeithiol a chyfartal saith diwrnod yr wythnos, gyda mwy o oruchwyliaeth gan ymgynghorwyr, a bod angen i fyrddau iechyd hefyd sicrhau bod eu staff yn cadw at y canllawiau sydd eisoes wedi'u sefydlu a'u derbyn fel ymarfer da.

Yn amlach na pheidio, yn enwedig pan fo'n fater o gwynion iechyd, y cwbl sydd ei eisiau ar y bobl a ddioddefodd o ganlyniad i ofal meddygol gwael, neu sydd ei eisiau ar eu teuluoedd, yw sicrhau nad yw'r un camgymeriad yn effeithio ar rywun arall. Nod yr Ombwdsmon yw sicrhau bod eu cwynion yn gwneud gwahaniaeth, ac mae'r adroddiad hwn yn ceisio sicrhau hyn.

Mae'r 12 achos hyn yn rhoi cipolwg o ymchwiliadau'r Ombwdsmon. Er bod mwy o lawer o achosion yn ymwneud â gofal y tu allan i oriau yn dal i gael eu dwyn i sylw'r swyddfa hon, nid yw'r adroddiad hwn yn awgrymu bod y safonau annigonol y sonnir amdanynt yn nodweddiadol o'r hyn a welodd y rhan fwyaf o bobl a dderbyniwyd i ysbytai Cymru yn ystod y bum mlynedd diwethaf. Fodd bynnag, nid oes amheuaeth nad yw patrwm y methiannau yn awgrymu nad achosion "unwaith yn unig" yw'r rhain, ac y gallai'r methiannau mewn rhai meysydd fod yn fwy eang.

Cydnabyddir bod nifer o gynlluniau wedi cael eu cyflwyno yn GIG Cymru i sicrhau gofal mwy effeithiol y tu allan i oriau, a bydd angen asesu canlyniadau y mae modd eu mesur yn y dyfodol i weld a yw'r rhain wedi bod yn llwyddiant. Serch hynny, mae'r hyn a ddysgir o ymchwiliadau'r Ombwdsmon yn dal yn bwysig, ac anogir GIG Cymru, ynghyd ag ysbytai a byrddau iechyd unigol, i'w ystyried er mwyn cynnal y cymhelliant i wella.

“ Nod yr
Ombwdsmon
yw cywiro
pethau i
ddefnyddwyr
gwasanaethau
cyhoeddus ”



Dadansoddiad

Nid yw gofal ar benwythnos a thu allan i oriau'n destun pryder newydd i'r GIG. Ers adroddiad Francis⁴ yn dilyn Ymchwiliad Cyhoeddus Ymddiriedolaeth Sefydledig GIG Canolbarth Swydd Stafford yn 2013, ac ymateb Llywodraeth Cymru 'Darparu Gofal Diogel, Gofal Tosturiol'⁵ yn ei sgil, daeth marwolaethau diangen yn ystyriaeth fawr yn y GIG. Mae deall marwoldeb yn yr ysbyty yn gymhleth iawn ac yn destun cryn dipyn o drafod.

Roedd dadansoddiad gan yr Athro Marcus Longley, a gomisiynwyd gan Fyrddau Iechyd Lleol Cymru, yn nodi'r canlynol, gan sôn am Gymru a Lloegr: erbyn hyn, ceir tystiolaeth sy'n destun cryn bryder fod cleifion sy'n cael eu derbyn ar y penwythnos – ac yn enwedig ar ddydd Sul – yn fwy tebygol o farw na chleifion sy'n cael eu derbyn rhwng dydd Llun a dydd Gwener.⁶

Er hyn, mae trafodaethau'n cael eu cynnal ar hyn o bryd ynglŷn â pha mor ddefnyddiol yw ystadegau marwoldeb, a chysylltiad hynny â derbyn pobl i ysbytai ar y penwythnos. P'un bynnag, dylid gwneud yn siŵr bod y pwyslais ar leihau nifer y marwolaethau y mae modd eu hosgoi ac achosion o niwed mewn ysbytai.

Mae dirywiad yn ansawdd y gofal a lleihad yn ei argaeledd y tu allan i oriau gwaith 'arferol' yn nodwedd gyson o'r cwynion sy'n cael eu cyfeirio at yr Ombwdsmon. Mae'r gofal clinigol a roddir i gleifion yn amrywio'n sylweddol ar draws y GIG, rhwng gwahanol ysbytai a rhwng gwahanol adrannau yn yr un ysbyty, ac mae'r gwahaniaeth hwn o ran ansawdd ac effeithlonrwydd y gofal a welwyd yn ein gwaith achos yn fwy cyffredinol yn syndod ac yn annealladwy.

Pam fod ysbytai'n methu â chynnal ansawdd y gofal a roddir y tu allan i oriau 'arferol'? Gallwn weld o'r astudiaethau achos yn yr adroddiad hwn fod yr un themâu'n codi:

- diffyg darpariaeth ymgynghorwyr ar draws saith diwrnod
- oedi gyda chynnal adolygiadau meddygol a diffyg adolygiadau ymgynghorwyr
- diffyg uwch-oruchwyliaeth ar gyfer staff meddygol iau
- meddygon a nyrsys iau ddim yn ymwybodol, neu'n gyndyn o ddefnyddio, gweithdrefnau uwchgyfeirio i gysylltu ag ymgynghorwyr neu wasanaethau arbenigol (e.e. haematoleg / strôc) am gymorth
- methu â chwrdd â safonau gofal a dilyn canllawiau a gytunwyd yn genedlaethol
- cyfathrebu gwael rhwng aelodau o staff, a rhwng staff a chleifion neu eu teuluoedd
- trefn anfodddhaol o gadw cofnodion meddygol.

⁴ Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry, wedi'i gadeirio gan Robert Francis QC, 2013

⁵ Darparu Gofal Diogel, Gofal Tosturiol, Llywodraeth Cymru, Gorffennaf 2013

⁶ The Best Configuration of Hospital Services for Wales: A Review of the evidence, Yr Athro Marcus Longley, Athrofa Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru, 2012



Dadansoddiad

Diffyg darpariaeth/adolygu gan ymgynghorwyr

Cynigiodd Adroddiad yr Ymchwiliad Cyfrinachol Cenedlaethol i Ganlyniadau a Marwolaethau Cleifion (NCEPOD) (2007)⁷ nifer o argymhellion ar dderbyn achosion brys i'r ysbyty, gan gynnwys y dylai'r asesiad cychwynnol o'r claf gynnwys meddyg gyda digon o brofiad ac awdurdod i weithredu cynllun rheoli, ac y dylai achosion brys gael eu gweld gan ymgynghorydd o fewn 12 awr. Yn 2012 roedd adroddiad 'Seven Day Consultant Present Care'⁸ gan yr Academi Colegau Meddygol Brenhinol (AoMRC) yn gwneud nifer o argymhellion, gan gynnwys y canlynol:

1. dylai cleifion mewnol yn yr ysbyty gael eu hadolygu gan ymgynghorydd ar-y-safle o leiaf unwaith bob 24 awr, saith diwrnod yr wythnos, oni bai y penderfynwyd na fyddai hyn yn effeithio ar lwybr gofal y claf
2. dylid darparu ymchwiliadau ac ymyriadau dan oruchwyliaeth ymgynghorydd, ynghyd ag adroddiadau, saith diwrnod yr wythnos.

Mae'r argymhellion hyn yn cael eu hailadrodd yn adroddiad Comisiwn Ysbytai'r Dyfodol y RCP yn 2013⁹.

Mae'r astudiaethau achos yn yr adroddiad hwn yn dangos bod angen adolygiadau amserol o gleifion, p'un ai fel achos brys neu glaf mewnol presennol. Mae oedi neu fethiant i adolygu cleifion sâl yn aml yn cyfrannu at farwolaeth gynamserol neu ddiangen.

Yn **stori Mrs K**, ymddengys fod yr ymgynghorydd wnaeth adolygu ei hachos yn wreiddiol wedi mynd ar wyliau heb adael unrhyw gynllun gofal na chyfarwyddiadau ar gyfer ei rhyddhau. Ni wnaeth ei hadolygu ar ôl dychwelyd ychwaith, ac o ganlyniad cafodd Mrs K ei rhyddhau'n anghywir gan feddyg iau, a threuliodd **Mr T** dros 40 awr yn yr ysbyty heb adolygiad meddygol.

Mae stori **Mr Y** yn enghraifft arall o ddiffyg adolygiad meddygol ar benwythnos a arweiniodd at farwolaeth y gellid efallai fod wedi'i hosgoi.

Tameidiog ar y gorau yw'r dystiolaeth sydd yn yr astudiaethau achos yn yr adroddiad hwn o wasanaeth dan arweiniad ymgynghorwyr, a hyd yn oed gwasanaeth dan ddarpariaeth ymgynghorwyr, ar benwythnos a thu allan i oriau.

Yn achos **Mr P**, yn enwedig, mae diffyg uwch-feddygon dros y penwythnos yn ffactor allweddol. Er i'r Bwrdd Iechyd honni bod ymgynghorydd ar gael rhwng 8am a 12pm, ac eto rhwng 4pm a 7pm, roedd hyn ymhell o dan y canllawiau cenedlaethol. Nid yw un ymgynghorydd i fod yn gyfrifol am dderbyniadau aciwt mewn

⁷ Emergency Admission: A journey in the right direction?, NCEPOD, 2007

⁸ http://www.aomrc.org.uk/index.php/doc_download/9532-seven-day-consultant-present-care

⁹ Comisiwn Ysbytai'r Dyfodol, Coleg Brenhinol y Meddygon, 2013



Dadansoddiad

ysbyty cyfan yn ddigonol. Mae angen i adolygiadau ymgynghorol fod ar gael i gleifion mewnol saith diwrnod yr wythnos.

Mae hanesion **Mr P** a **Mr K** yn dangos nad yw'r canllawiau cenedlaethol ar gyfer rheoli cleifion strôc ac adolygiadau gan ymgynghorwyr yn cael eu dilyn.

Yn achos **Mr P** roedd y Bwrdd Iechyd yn dadlau nad oedd yn bosibl darparu gwasanaeth strôc arbenigol dros 24 awr. Nid yw'r canllawiau'n mynnu hyn, ond maent yn glir bod yn rhaid anfon cleifion strôc i uned strôc arbenigol¹⁰. Yn 2007, cynhyrchodd Llywodraeth Cymru *Ganllaw Strôc Cymru Gyfan*¹¹ yn dilyn adroddiad archwiliad beirniadol gan Goleg Brenhinol y Meddygon yn dweud bod angen rhoi sylw ar fyrder i'r mater, a bod gan fyrddau iechyd ddyletswydd i gwrdd â'r safonau hyn.

Methu â recriwtio

Mae mwy o fyfyrwyr meddygol yn cymhwyso am swyddi fel meddygon iau na nifer y swyddi sydd ar gael, ond bob blwyddyn mae lleoedd gwag ar draws y DU¹². Yn ogystal â hyn, mae ysbytai yng Nghymru, yn enwedig rhai sy'n gweithredu'n ddaearyddol, yn broffesiynol neu'n academiaidd ar eu pen eu hunain, yn cael trafferth recriwtio digon o uwch feddygon o ansawdd da ac mae gormod o lawer o ddibynnu ar staff locwm ac asiantaeth. Er bod hyn efallai'n fwy o broblem yng Nghymru, mae Lloegr yn dioddef problem debyg¹³, sydd efallai'n awgrymu bod angen i ysbytai gydweithio'n agosach drwy gael trefniadau 'cyfeillio'¹⁴. Mae Llywodraeth Cymru yn ceisio mynd i'r afael â'r broblem o recriwtio meddygon iau drwy lansio ymgyrch 'Gwnewch Eich Dyfodol yn Rhan o'n Dyfodol Ni' i ddenu meddygon ar draws y ffin i wneud eu hyfforddiant yng Nghymru. Mae angen i Fyrddau Iechyd greu swyddi deniadol i feddygon iau i'w hannog i aros ar ôl cwblhau eu hyfforddiant mewn ysgol feddygol. Efallai y byddai mwy o oruchwyliaeth gan ymgynghorwyr a mwy o weithio mewn tîm yn cynyddu apêl dilyn gyrfa yng Nghymru.

Newid diwylliant

Mae methu ag uwchgyfeirio pryderon am gleifion sy'n dirywio at uwch-wneuthurwyr penderfyniadau clinigol yn nodweddu llawer o'r achosion hyn, er y canllawiau cenedlaethol ar polisïau lleol, ynghyd â diystyrwch o ymarfer da sefydledig. Ni ellir egluro'r broblem hon yn hawdd. O lawer o'r astudiaethau achos mae'n glir, ar benwythnos a thu allan i oriau, bod meddygon iau'n cael eu gadael yn rhy aml i redeg wardiau heb oruchwyliaeth ddigonol gan ymgynghorwyr a hyn er y canllawiau gan y GMC sy'n nodi bod 'yn rhaid i [feddygon] dan hyfforddiant gael eu goruchwyllo'n briodol yn ôl eu profiad a'u cymhwysedd (...) ac na ddylent byth gael eu rhoi mewn sefyllfa lle gofynnir iddynt weithio y tu

¹⁰ Canllawiau'r Sefydliad Cenedlaethol dros Iechyd a Rhagoriaeth Glinigol ar Strôc, 2008

¹¹ Canllaw Strôc Cymru Gyfan, Llywodraeth Cymru, 2007

¹² SFFynhonnell: Swyddfa Rhaglenni Sylfaen y Deyrnas Unedig

¹³ Rising to the Challenge: Improving acute care, meeting patients' needs in Wales, RCP, 2014

¹⁴ Sef cyfuno cyfleusterau a staff arbenigol i wella safon y gwasanaethau sydd ar gael



Dadansoddiad

*allan i derfynau eu cymhwysedd heb gefnogaeth briodol*¹⁵ Hyd yn oed lle mae cyngor gan ymgynghorwyr ar gael – naill ai wyneb yn wyneb neu dros y ffôn – ymddengys fod staff meddygol iau a nyrsys yn gyndyn yn aml o godi pryderon a gofyn am gymorth gan staff uwch. Mae hyn yn awgrymu bod angen newid diwylliant i greu gwasanaeth effeithiol dan arweiniad ymgynghorwyr.

Mae staff yn fwy tebygol o gysylltu ag ymgynghorwyr os ydynt yn yr ysbyty ar y pryd, gan hynny'r argymhellion bod ymgynghorwyr yn bresennol ac ar gael mewn ysbytai 12 awr y dydd 7 diwrnod yr wythnos¹⁶. Yn 2005 adroddodd NCEPOD fod oedi cyn adnabod cleifion sy'n wirioneddol sâl yn yr ysbyty, a gofal amhriodol a arweiniodd at oedi cyn cyfeirio cleifion at ofal critigol, yn ffactorau oedd yn cyfrannu at fwy o farwoldeb a marwolaethau diangen¹⁷. O ganlyniad penderfynodd Coleg Brenhinol y Meddygon geisio ateb y broblem drwy wneud nifer o argymhellion, gan gynnwys mynediad gwell at uwch-feddygon¹⁸.

Gofal gwell y tu allan i oriau

Mae gwasanaeth mwy cyson i gleifion mewnol yn sicr yn bosibl, ac mae nifer o ysbytai wedi dangos hynny.¹⁹ Er bod anghytundeb ynghylch faint yn union yn fwy o bobl sy'n marw ar benwythnos, mae tystiolaeth yn dangos bod y gyfradd farwoldeb yn uwch yn achos cleifion sâl a dderbynnir ar benwythnos.²⁰

Y clinigydd ymgynghorol sy'n derbyn fydd yn gyfrifol o hyd am achos meddygol brys a dderbynnir i'r ysbyty, hyd yn oed ar ôl cyflawni'r rownd ward ôl-dderbyn ac efallai trosglwyddo'r claf i ward arall, hyd nes y bydd meddyg ymgynghorol neu lawfeddyg arall wedi derbyn gofal y claf. Ar benwythnos mae hyn yn fwy cymhleth a dyna pam fod angen polisiau trosglwyddo a llwybrau gofal wedi'u cofnodi a'u cynllunio'n ofalus.

Mae wythnos waith saith diwrnod ar gyfer achosion llawfeddygol a meddygol brys yn cael ei derbyn. Fodd bynnag, ni ddylid cyfyngu'r oruchwyliaeth glinigol hon i achosion brys yn unig, dylai hefyd gynnwys cleifion mewnol. **Mae gofal saith diwrnod cyson yn gofyn cael dull traws-system gyda thimau amlddisgyblaethol sy'n cynnwys staff diagnostig, fferyllwyr a gofal cymunedol a chymdeithasol.**

Mae'r amrywiadau rhwng arferion mewn gwahanol ysbytai'n ddiddorol ac yn destun pryder. Hyd yn oed o fewn yr un ysbyty, gall ansawdd ac effeithlonrwydd y wardiau a'r adrannau amrywio'n sylweddol gan ddibynnu'n aml ar sgiliau arweinyddiaeth yr uwch-nyrsys neu'r ymgynghorwyr. Mae'r adroddiad hwn wedi tynnu sylw at amrywiol fethiannau sy'n parhau i gael eu hadrodd i'r Ombwdsmon, gyda systemau cadw cofnodion a chyfathrebu da'n cael eu pwysleisio dro ar ôl tro.

¹⁵ The Trainee Doctor, GMC, 2011

¹⁶ Seven Day Consultant Present Care, Academi Colegau Meddygol Brenhinol, 2012 ¹⁷ An Acute

Problem?, NCEPOD, 2005

¹⁸ Acute Medical Care, RCP, 2007

¹⁹ Astudiaeth achos, tudalen 10, Rising to the Challenge, Coleg Brenhinol Meddygon Cymru, 2014

²⁰ The Best Configuration of Hospital Services for Wales: A Review of the evidence, Yr Athro Marcus Longley, Athrofa Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru, 2012



Ystyriaethau yn y Dyfodol

Mae'r astudiaethau achos yn yr adroddiad hwn yn amlygu nifer o feysydd pwysig lle na dderbyniodd y cleifion ofal derbyniol y tu allan i oriau.

Gellid dadlau bod diffyg darpariaeth gyson y tu allan i oriau'n adlewyrchu rhai o'r problemau ehangach a wynebir gan y GIG yng Nghymru fel y disgrifiodd adroddiad ymchwil gan Ymddiriedolaeth Nuffield yn 2014²¹— pwysau oddi wrth boblogaeth sy'n heneiddio a straen parhaus ar adnoddau, rhai dynol ac ariannol.

Mae'r adroddiad hwn hefyd yn rhoi wyneb dynol ar yr hyn a ddisgrifir yn Adroddiad Longley fel 'storm berffaith' o alw cynyddol am staff meddygol a llai ohonynt ar gael. Mae'r Gyfarwydddeb Oriau Gwaith Ewropeaidd a newidiadau i gontractau ymgynghorwyr, ynghyd â phenderfyniad rhai meddygon i beidio â gweithio'n llawn amser, wedi arwain at brinder darpariaeth.

Mae nifer o feysydd y gellid edrych arnynt er mwyn gwellar gofal y tu allan i oriau yn ein hysbytai.

1. Adolygiad systemig annibynnol

Er bod ein hastudiaethau achos wedi dangos safonau gwael mewn gofal y tu allan i oriau, nid oes modd i'r swyddfa hon gynnal adolygiad systemig cynhwysfawr, oherwydd yn unol ag awdurdodaeth yr Ombwdsmon, dim ond cwynion sy'n cael eu cyflwyno iddo gan y cyhoedd y caiff edrych arnynt ar hyn o bryd.

Byddai adolygiad annibynnol ehangach, a hwnnw'n canolbwyntio ar ofal y tu allan i oriau, yn sicrhau y byddai unrhyw anghysondebau neu batrymau sy'n dod i'r amlwg yn cael eu cydnabod ac yn cael sylw priodol. Gallai adolygiad edrych ar y meysydd isod.

2. Goruchwyliaeth well ar gyfer staff iau

Mewn gormod o achosion, mae'r baich a roddir ar staff iau'n rhy drwm. Mae angen newid y diwylliant i annog staff meddygol iau i uwchgyfeirio pryderon at uwch-ymgynghorwyr, faint bynnag o'r gloch neu ddiwrnod o'r wythnos ydyw.

Mae dadl hefyd dros roi mwy o gymorth i feddygon iau. Ni ddylai meddygon iau ysgwyddo'r bai i gyd am gael eu rhoi mewn sefyllfaoedd lle nad oes ganddynt ddigon o brofiad i fod ynddynt.

²¹ A decade of Austerity in Wales? The funding pressures facing the NHS in Wales, Adroddiad Ymchwil gan Ymddiriedolaeth Nuffield, Roberts, A. a Charlesworth, 2014



Ystyriaethau yn y Dyfodol

3. Blaenoriaethu gofal ar gyfer cleifion mewnol

Yn gynyddol, mae angen blaenoriaethu gofal cleifion mewnol ar gyfer achosion aciwt. Mae cyflawni rownd ward ôl-dderbyn yn annigonol ynddo'i hun os oes diffyg parhad wedyn yn y gofal ar rheolaeth glinigol. Daw hyn yn bwysicach fyth ar benwythnos ac ar wyliau banc.

Dylai pob ward feddygol a llawfeddygol dderbyn 'ymweliad' ymgynghorol saith diwrnod yr wythnos. Dylai cleifion mewn perygl o ddirywio'n glinigol, neu a allai gael eu rhyddhau, gael eu hadolygu fel mater o frys.

4. Gwella trosglwyddo

Dylai trefn drosglwyddo electronig ffurfiol fod ar gael i bob claf mewnol cyn y penwythnos, yn nodi cynllun gweithredu'r claf.

Mae'r achosion yn yr adroddiad hwn yn tynnu sylw at anghysondebau dychrynlyd yn ansawdd y trosglwyddo a byddai symud at system electronig i bawb yn helpu i ateb y broblem. Wrth galon hyn y mae'r broblem o gyfathrebu ac arweinyddiaeth dda. Dylai pob trosglwyddiad gynnwys, o leiaf:

Pwy sy'n gyfrifol am bob claf?

Pa gynllun a roddwyd yn ei le tra oedd y claf dan eu gofal?

Pwy sy'n gyfrifol am weld bod y cynllun gofal yn cael ei weithredu?

Pryd fydd yr adolygiad nesaf a phwy sy'n gyfrifol am ei gyflawni?

Er y gallai'r rhain ymddangos i fod yn gwestiynau cwbl sylfaenol, dengys llwyth achosion yr Ombwdsmon fod yr arweinyddiaeth yn ddiffygiol ac nad yw canllawiau clinigol yn cael eu dilyn mewn rhai achosion, gan adael y cwestiynau hyn heb eu hateb .

“Dylai cleifion mewn perygl o ddirywio'n glinigol, neu a allai gael eu rhyddhau, gael eu hadolygu fel mater o frys.”



Astudiaethau achos

Stori Mr T

Cyflwyniad clinigol

Roedd gan Mr T hanes o glefyd niwronau motor (MND) a chlefyd Pick (math o ddementia). Mynychodd yr Adran Argyfwng yn ei ysbyty lleol ar ddydd Iau 4ydd Awst 2011 ar ôl cael codwm yn ei gartref. Wedyn cafodd ei drosglwyddo i ward feddygol yn oriau mân y bore canlynol. Cafodd ei adolygu gan feddyg ymgynghorol y bore dydd Gwener hwnnw, a derbyniodd asesiad pellach gan therapydd iaith a lleferydd (SALT) yn hwyrach y prynhawn hwnnw. Ystyriwyd bod risg y gallai Mr T gymryd bwyd i mewn i'w ysgyfaint oherwydd na allai lyncu'n iawn ac felly na ddylid bwydo dim iddo drwy'r geg. Roedd y SALT yn nodi y dylid bwydo'r claf drwy diwb nasogastrig (NGT). Roedd y cofrestrwydd meddygol wedi cofnodi asesiad a chynghor y SALT yng nghofnod meddygol y claf ar yr un prynhawn dydd Gwener. Fodd bynnag, ni wnaed unrhyw ymgais i fewnosod tiwb NGT tan ddydd Sul 7fed Awst.

Methodd yr ymgais cyntaf, ond ar ôl trafod â Mr T a'i deulu gwnaed ymgais pellach llwyddiannus tua 5.00pm ar y prynhawn dydd Sul. Am 08.25am ar yr 8fed Awst, 72 awr ar ôl yr adolygiad ymgynghorol blaenorol, credai meddyg ymgynghorol fod gan Mr T niwmonia yn ei ysgyfaint dde, o bosibl o ganlyniad i allsugno. Cafodd Mr T ei adolygu gan y SALT a dietegydd nes ymlaen y diwrnod hwnnw. Ar ôl trafod â theulu Mr T, gwnaed penderfyniad i 'beidio â cheisio dadebru' (DNAR). Yn oriau mân bore dydd Mawrth 9fed Awst, dirywiodd cyflwr Mr T ymhellach ac yn drist iawn bu farw'n ddiweddarach y bore hwnnw.

Yr ymchwiliad

Darganfu'r Ombwdsmon ei bod yn gwbl annerbyniol bod claf oedrannus gyda diffygion maeth wedi gorfod aros am dros 40 awr dros benwythnos hyd nes i ymgais gael ei wneud i fewnosod tiwb NGT er mwyn rhoi maeth priodol iddo. Roedd gan yr Ombwdsmon hefyd bryderon am ddiffyg unrhyw adolygiad meddygol dros gyfnod o 40 awr a phenderfynodd dderbyn y rhan yma o'r gŵyn. Daeth yr ymgynghorydd meddygol i'r casgliad pe bai'r tîm meddygol wedi adolygu'r claf yn ystod y cyfnod o 40 awr y byddai hynny, o leiaf, wedi tynnu sylw'r staff meddygol a nyrsio i'r ffaith nad oedd gan Mr T NGT.

Argymhellion yr Ombwdsmon

Argymhellodd yr Ombwdsmon fod y Bwrdd Iechyd yn ymddiheuro'n llawn i deulu Mr T ac yn talu iawndal am y trallod a'r boen a ddiodefodd deulu Mr T tra oedd yn yr ysbyty dros benwythnos

Astudiaethau achos

y 5-7 Awst 2011. Gwnaeth yr Ombwdsmon nifer o argymhellion i'r Bwrdd Iechyd, gan gynnwys adolygu ei ganllawiau ar yr amserlen ar gyfer mewnosod tiwbiau NGT, a chyflawni archwiliad o'i berfformiad. Nododd yr Ombwdsmon ei fod wedi gwneud argymhellion mewn adroddiad blaenorol ynghylch diffyg adolygiadau meddygol. Oherwydd bod y Bwrdd Iechyd wedi cytuno'n ddiweddar i weithredu ar y rhain, ni wnaed argymhelliad pellach.

Dogfennau Cyfeiriol

- 1) Coleg Brenhinol y Meddygon, 2007, Acute Medical Care
- 2) Coleg Brenhinol y Meddygon, 2013, Future hospitals: Caring for medical patients
- 3) NICE CG32, 2006 – Nutritional support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition

Stori Mr M

Cyflwyniad clinigol

Ar ôl cael ei atgyfeirio gan ei Feddyg Teulu yn oriau mân bore dydd Gwener 29 Hydref 2010, cafodd Mr M ei dderbyn i'r ysbyty'n dioddef o ddolur rhydd, chwydu a phoen abdomen. Cafodd ei dderbyn i'r Uned Asesiadau Meddygol dan ofal meddygon lle arhosodd am weddill ei arhosiad yn yr ysbyty. Ar ôl cael ei adolygu gan feddyg ymgynghorol, yr amheuaeth oedd bod ganddo gastroenteritis neu beritonitis a gofynnwyd am farn llawfeddyg, a roddwyd gan feddyg iau am 9.30am. Rhoddwyd diagnosis o gastroenteritis ac arhosodd y claf dan ofal y tîm meddygol. Yn y prynhawn, lleisiwyd pryderon gyda'r tîm meddygol am abdomen y claf oedd wedi mynd i chwyddo mwy o hyd. Cyflawnwyd pelydr-X a ddangosodd fod y coluddyn mawr wedi chwyddo ac arwyddion o golitis.²² Roedd y claf yn dioddef o ddiffyg hylif ac roedd yr arwyddion o lid yn uchel iawn.

Cafodd cyflwr Mr M ei adolygu gan gofrestrydd llawfeddygol am 5.00pm, a'i gyngor oedd parhau gyda'r cynllun triniaeth presennol, ond ni ddywedodd ddim am ei brofion pelydr-X na gwaed. Mae'n aneglur a oedd y meddyg ymgynghorol yn dal i fod yn yr ysbyty ar y pryd. Yn hwyrach ymlaen, gwaethygodd poen abdomenol Mr M ac adolygwyd ei gyflwr gan gofrestrydd meddygol am 1.00am. Ddydd Sadwrn nid oedd unrhyw welliant yn ei gyflwr ond ni chafodd adolygiad meddygol na llawfeddygol. Roedd allbwn wrin Mr M wedi lleihau erbyn bore dydd Sul pan wnaeth llawfeddyg ymgynghorol ddiagnosis o haint difrifol a sioc a gofyn am sgan CT o'r abdomen, a ddangosodd fod ganddo golitis ffrwydrol.²³ Ar ôl atgyfeirio'r claf at y tîm gofal critigol, penderfynwyd bod angen i Mr M fynd i'r Uned Trawma Dwys, ond bu farw Mr M cyn y gellid trefnu iddo gael ei drosglwyddo i'r uned.

²²Llid leinin y colon

²³Math difrifol o golitis briwiol sydd angen llawdriniaeth frys arno fel arfer



Astudiaethau achos

Yr ymchwiliad

Daeth ein hymchwiliad i'r casgliad pe bai lawfeddyg ymgynghorol wedi adolygu Mr M ar y diwrnod y cyrhaeddodd yr ysbyty, y byddai wedi derbyn llawdriniaeth frys a byddai marwolaeth Mr M wedi cael ei hosgoi. Roedd diffyg gwasanaeth dan arweiniad ymgynghorydd, ac yn sicr dim tystiolaeth o gwbl o wasanaeth dan ddarpariaeth ymgynghorydd. Dylai cleifion sy'n wirioneddol sâl yn yr Uned Asesiadau Meddygol gael eu hadolygu gan feddyg ymgynghorol unwaith y dydd o leiaf. Ni wnaed atgyfeiriad effeithiol (o un ymgynghorydd i'r llall) i'r tîm llawfeddygol cyn, nac yn ystod, y penwythnos ac roedd y cyfathrebu rhwng y timau meddygol a llawfeddygol yn wael. Felly hefyd, roedd y cyfathrebu â theulu'r claf yn anfoddfaol, a bron ddim yn bodoli, fel y daeth perthnasau Mr M ond i wybod am ddifrifoldeb ei gyflwr pan oedd yn rhy hwyr.

Argymhellion yr Ombwdsmon

Gwnaethom ofyn i'r Bwrdd Iechyd ymddiheuro wrth deulu Mr M, yn enwedig am y methiant i ddarparu llawdriniaeth frys, ac i gynnig iawndal i'r teulu yng ngoleuni eu trallod parhaus oherwydd eu hansicrwydd ynghylch a ellid bod wedi osgoi'r canlyniad trist o farwolaeth Mr M. Cynghorwyd bod y Bwrdd yn adolygu ei arferion gwaith ar benwythnos ac argaeledd ei ymgynghorwyr ar benwythnos, i sicrhau bod anghenion clinigol cleifion yn cael eu cwrdd bob amser. Gofynnwyd i'r Bwrdd Iechyd hefyd adolygu achos Mr M i sefydlu pam fod cymaint o ddiffyg gofal gan uwch-ymgynghorwyr a beth oedd y Bwrdd am ei wneud i sicrhau na fyddai hyn yn digwydd eto.

Roedd argymhellion pellach yn cynnwys sefydlu system atgyfeirio effeithiol rhwng y timau meddygol a llawfeddygol, a rhoi hyfforddiant i staff ar gyfathrebu'n effeithiol â chleifion a'u teuluoedd, a rhwng gwahanol dimau ysbyty. Cynghorwyd bod y Bwrdd hefyd yn rhoi hyfforddiant ar bwysigrwydd cadw cofnodion da.

Dogfennau Cyfeiriol

- 1) Acute Medical Care, Royal College of Physicians, 2007
- 2) NICE CG 50, 2007 - Acutely ill patients in hospital / Recognition of, and responses, to acute illness in adults in hospital
- 3) Good Medical Practice, GMC, 2006, Supervising juniors / Referring a patient to another practitioner



Astudiaethau achos

Stori Mr Y

Cefndir clinigol

Cafodd Mr Y ei dderbyn i'r ysbyty ar ddydd Gwener 21 Medi 2012 ar ôl i'w Feddyg Teulu ei atgyfeirio. Roedd ei symptomau'n cynnwys dryswch, chwydu a phoen yn ei abdomen, ynghyd â brech diesboniad. Roedd ganddo glefyd isgemia'r galon, pwysedd gwaed uchel ac roedd wedi cael diagnosis o ddiabetes yn ddiweddar. Yn ogystal, roedd gan Mr Y girhosis yr iau a phwysedd gwaed uchel yn ei wythien bortal.

Yn dilyn asesiad clinigol cychwynnol gwnaed diagnosis o sepsis, a rhoddwyd cyffuriau gwrthfotig iddo. Nes ymlaen cadarnhawyd bod ganddo wenwyn gwaed gyda meithriniadau gwaed ar gyfer *Staphylococcus aureus*.

Ar ddydd Gwener 5 Hydref cafodd Mr Y ddiagnosis o ddiscitis²⁴ a rhagnodwyd chwe wythnos o therapi gwrthfotig a gorffwys yn y gwely ar ei gyfer. Drwy gydol ei arhosiad yn yr ysbyty, dangosodd Mr Y symptomau o ddiffyg hylif ond ni chawsant sylw o gwbl ac er ei fod yn chwydu'n gyson o'r 10 Hydref ymlaen, ni chafodd llestr addas ei roi iddo ar un adeg ac yn hytrach rhoddwyd leinar bin du iddo. Cafwyd hefyd fod Mr Y yn crynu gan oerfel oherwydd nad oedd digon o flancedi ysbyty a bu'n rhaid iddo gysgu o dan gôt ei chwaer i gadw'n gynnes.

Dangosodd canlyniadau profion gwaed Mr Y dyddiedig 15 Hydref fod ganddo amhariad ar ei arenau. Fodd bynnag, ni chafodd y canlyniadau hyn eu gwirio tan 17 Hydref ac ni chawsant eu hailadrodd tan ddydd Llun 23 Hydref. Dywedodd y meddyg cyfrifol nad oedd yn ymwybodol o'r dirywiad yng nghyflwr arenau Mr Y tan iddo dderbyn canlyniadau'r profion gwaed ar 23 Hydref. Yna cafodd Mr Y ei drosglwyddo i'r HDU (Uned Dibyniaeth Ddwys) am driniaeth ac yna ymlaen i'r ITU (Uned Therapi Dwys) mewn gwahanol ysbyty bum diwrnod yn ddiweddarach. Arhosodd Mr Y yn yr ITU tan, yn drist iawn, iddo farw ar 9 Tachwedd. Yn ôl chwaer Mr Y roedd yn llawn ddisgwyl iddo ddychwelyd adref oherwydd roedd yn ymddangos i fod yn gwella a'i 'bod yn sioc pan ddirywiodd mor gyflym a marw'.

Yr ymchwiliad

O ganlyniad i ddiffyg adolygiadau ar benwythnos, roedd oedi difrifol i siwrne glinigol Mr Y. Oherwydd colli sawl cyfle i roi diagnosis o amhariad arenol rhwng 15 a 22 Hydref, a hefyd y diffyg darpariaeth ar benwythnos, ni chafodd fethiant arenol aciwt a

²⁴Haint mewn disg rhwng fertebrau yn yr asgwrn cefn



Astudiaethau achos

difrifol Mr Y ei ganfod tan 23 Hydref. Roedd un methiant ar ôl y llall i gynnal lefelau hylifol Mr Y a gyfrannodd at ba mor ddifrifol oedd ei fethiant arenol, a methiant hefyd i ddarparu safon resymol o ofal nyrsio pan oedd ar y ward. Yn ystod yr ymchwiliad dywedodd y meddyg ymgynghorol “Yn fy marn i ymddengys bod Mr Y wedi dirywio dros y penwythnos ac i mewn i’r dydd Llun. Rwyf wedi astudio’r cyfnod hwnnw’n fwy manwl i weld a ellid bod wedi gwneud unrhyw beth yn wahanol. Ni chofiaf a gafodd unrhyw feddygon iiau eu galw yn ystod y penwythnos hwnnw. Yn anffodus, yn ystod y penwythnos mae diffyg meddygon yn yr Ysbyty, mae hyn yn broblem i bob ysbyty ac o ganlyniad mae cleifion yn tueddu i ddirywio ar y penwythnos”.

Argymhellion yr Ombwdsmon

Argymhellodd yr Ombwdsmon fod y Bwrdd Iechyd yn ymddiheuro wrth deulu Mr Y ac yn cynnig iawndal iddynt am y methiannau ac am y drafferth o orfod cwyno i’r Ombwdsmon. Argymhellodd hefyd y dylid atgoffa staff yr ysbyty o ba mor bwysig oedd cadw cofnodion da a chofnodi adolygiadau ac asesiadau’n llawn, a hefyd darparu hyfforddiant i’r staff ar ddiffyg hylif a monitro cydbwysedd hylifol. Yn olaf, argymhellodd fod y Bwrdd Iechyd yn ystyried trefniadau gweithio ar benwythnos i ymgynghorwyr, a sut y gallai hyn effeithio ar ofal cleifion.

Dogfennau Cyfeiriol

- 1) Acute Kidney Injury (AKI) Study – Adding insult to injury, NCEPOD, 2009
- 2) Acute Medical Care, Coleg Brenhinol y Meddygon, 2007
- 3) Future hospital – Caring for medical patients, Coleg Brenhinol y Meddygon, 2013

“ Yn anffodus,
yn ystod y
penwythnos mae
diffyg meddygon
yn yr Ysbyty ”



Astudiaethau achos

Stori Mr P

Cyflwyniad clinigol

Roedd Mr P yn 77 oed pan gafodd ei atgyfeirio gan ei Feddyg Teulu a'i dderbyn i'r ysbyty ar ddydd Gwener 23 Mawrth 2012 gydag amheuaeth o strôc oherwydd bod ochr chwith ei wyneb yn llipa a'i fraich chwith yn wan. Ni roddodd y Meddyg Teulu aspirin iddo oherwydd cyfrifiad platennau gwaed isel Mr P. Ar y pryd roedd dan ofal Haematoleg ac yn dioddef o ITP²⁵.

Gofynnodd y meddyg ar ddyletswydd yn yr Uned Dderbyn am sgan CT am 2.40pm (gwnaed diagnosis gweithio bod Mr P wedi cael strôc oherwydd ni ddangosai'r sgan unrhyw waedu aciwt yn ddigon eglur), ond yna ni wnaeth adolygu'r claf a dderbyniwyd i ward yr ysbyty am 9.50pm. Ni chafodd Mr P ei drosglwyddo i ward strôc arbenigol yn yr ysbyty, na'i drosglwyddo i'r Uned Strôc Aciwt mewn ysbyty cyfagos. I ddechrau, roedd hyn oherwydd prinder gwelyau; fodd bynnag cododd cyfleoedd dros y penwythnos pan ddaeth gwelyau priodol ar gael ond collwyd y cyfleoedd hyn, mae'n debyg oherwydd prinder staff ar y penwythnos. Dros gwrs y penwythnos hwn (23 – 25 Mawrth) aseswyd Mr P ar y ward gan ddau feddyg dan hyfforddiant, ond nid gan Ymgynghorydd tan ddydd Llun 26 Mawrth.

Er i'w deulu ofyn nifer o weithiau am i Mr P gael ei weld gan haematolegydd (ar gyfer ei anhwylder gwaed ITP) a meddyg strôc am gyngor arbenigol, cawsant wybod 'nid ydynt ar gael ar y penwythnos'. Yn y diwedd cafodd Mr P ei adolygu gan feddyg strôc arbenigol ar brynhawn dydd Mawrth, pum diwrnod ar ôl ei dderbyn i'r ysbyty'n wreiddiol, a'i drosglwyddo o'r diwedd i'r ward strôc.

Yr ymchwiliad

Dylai cleifion meddygol aciwt gael eu hadolygu gan Ymgynghorydd o fewn 24 awr i'w derbyn yn unol â'r argymhelliad yng nghanllawiau Coleg Brenhinol y Meddygon, ond ni ddigwyddodd hyn i Mr P. Roedd y rhan fwyaf o'r staff meddygol oedd ar ddyletswydd dros y penwythnos yn staff iiau, ac ymddengys na wyddai'r meddygon iau a oedd ymgynghorwyr ar-alwad ar gael, neu roeddent yn anfodlon cysylltu â nhw. Fodd bynnag, roedd rhai opsiynau therapiwtig ar gael ac felly ni wnaeth y diffyg mewnbwn gan staff meddygol ymgynghorol perthnasol o reidrwydd gyfrannu at ddirywiad Mr P.

Ar ôl derbyn cyngor proffesiynol, casglodd yr Ombwdsmon y dylid bod wedi gofyn yn llawer cynt am gyngor haematoleg, yn enwedig oherwydd bod y feddyginiaeth a gymerai Mr P am ei anhwylder gwaed wedi'i chyfyngu gan ganllawiau NICE i'w defnyddio ond gan

²⁵ Anhwylder gwaed yw Thrombositopenia Imiwn a nodweddir gan duedd gynyddol i blatennau gwaed gael eu dinistrio



Astudiaethau achos

haematolegydd ac roedd Mr P wedi dioddef gwaedlif posibl (y strôc) tra oedd yn ei chymryd. Dylai gwasanaeth haematoleg fod ar gael ar benwythnosau i roi cyngor. Hefyd, dylai Ymgynghorydd strôc arbenigol fod wedi bod ar gael i roi cyngor ar unrhyw agwedd ar reolaeth Mr P. Awgryma'r dystiolaeth fod cleifion strôc aciwt yn elwa'n fawr iawn o fod dan ofal arbenigwr yn y 72 awr gyntaf ar ôl cael strôc. Er bod y Bwrdd Iechyd yn honni bod Ymgynghorwyr ar gael, nid oedd y meddygon iau'n ymwybodol o hyn. Yn ogystal â'r methiannau hyn, cafwyd problemau pellach yng nghyswllt y cyfathrebu â'r teulu o ran y diffyg gwybodaeth a roddwyd â'r ffordd y siaradodd un meddyg â'r teulu. Cafodd y Bwrdd Iechyd hefyd ei feirniadu am yr amser a gymrodd i ymateb i gŵyn gan deulu Mr P (wyth mis).

Argymhellion yr Ombwdsmon

Gofynnodd yr Ombwdsmon i'r Bwrdd Iechyd ymddiheuro wrth deulu Mr P am y methiannau. Gofynnwyd i'r Bwrdd Iechyd hefyd atgoffa uwch-glinigwyr bod angen asesu cleifion sy'n wirioneddol sâl o fewn 24 awr, gan gynnwys ar benwythnos. Dylid gwneud meddygon iau'n ymwybodol o'r gweithdrefnau uwchgyfeirio i ofyn am gyngor gan ymgynghorwyr arbenigol priodol, a gallu gofyn i glinigwyr ymgynghorol fynychu ac adolygu achosion. Mae'r Bwrdd Iechyd wedi nodi nad oes digon o feddygon strôc arbenigol i ddarparu gofal 24 awr yn yr ysbyty a'i fod yn gobeithio cyflwyno wythnos waith saith diwrnod ar gyfer nyrsys strôc arbenigol i wella'r gofal sydd ar gael i gleifion strôc ar y penwythnos.

Dogfennau Cyfeiriol

- 1) NICE CG 68, Stroke, Gorffennaf 2008
- 2) NICE CG 50, 2007 – Acute illness in adults in hospital: recognising and responding to deterioration
- 3) Acute Medical Care, Coleg Brenhinol y Meddygon, 2007
- 4) 'Cylchlythyrau' Llywodraeth Cymru 2007 Rhifau 058 a 082 a'r "Rhaglen Gydweithredol Gwella Gwasanaethau Strôc Cymru Gyfan – Gwella Dibynadwyedd Gofal Strôc Aciwt" yn eu sgil
- 5) Fframwaith Cenedlaethol Llywodraeth Cymru ar gyfer Pobl Hŷn, 2007

“ Er bod y Bwrdd Iechyd yn honni bod Ymgynghorwyr ar gael, nid oedd y meddygon iau'n ymwybodol o hyn. ”



Astudiaethau achos

Stori Mr F

Cyflwyniad clinigol

Ar ddydd Iau 29 Medi 2012, cafodd Mr F ei dderbyn i uned frys yr ysbyty (EAU) ar ôl deg diwrnod o ddolur rhydd a chwydu. Rhoddodd feddyg iiauddiagnosis o gastroenteritis gyda diffyg hylif cysylltiedig ac amhariad cymhlethog ar yr arenau (AKI), asesiad a gadarnhawyd nes ymlaen gan y meddyg ymgynghorol oedd ar ddyletswydd. Roedd pedwar litr o hylifau mewnwythiennol ar fin cael ei roi dros 24 awr, ond ni chafodd y cynllun hwn ei gwblhau. Y diwrnod canlynol (dydd Gwener) cofnododd meddyg iau arall y gallai'r claf gael ei ryddhau unwaith y byddai'n stopio chwydu. Fodd bynnag, yn ystod y dydd Sadwrn dirywiodd cyflwr Mr F yn gyflym iawn. Roedd ei sgôr MEWS²⁶, oedd wedi'i gofnodi i fod yn rhyfeddol o isel, wedi cynyddu ond dioddefodd ataliad anadlu am 8.30am ar fore dydd Sul. I ddechrau cafodd ei ddadebru ond dioddefodd 'ataliad' arall ac, yn drist iawn, bu farw.

Yr ymchwiliad

Derbyniodd yr Ombwdsmon agweddau ar gŵyn y teulu sef bod staff yr ysbyty wedi methu â chynnal cydbwysedd hylifol Mr F, nac ychwaith wedi adnabod ac ymateb yn briodol i'w fethiant arenol aciwt, a ddatblygodd yn ystod ei arhosiad byr yn yr ysbyty. Darganfu bod y meddygon wedi methu â monitro Mr F yn ddigonol, ac na wnaethant ychwaith sicrhau bod ei gynllun gofal yn cael ei gyfathrebu'n briodol pan oedd staff yn trosglwyddo. Dros nos, penderfynwyd peidio â pharhau â'i hylif mewnwythiennol heb eglurhad. Ni dderbyniodd driniaeth ataliol ar gyfer y risg o thrombosis gwythiennau dwfn a thrombosis cymhlethog yr ysgyfaint, sef yr eglurhad a gynigiwyd ar gyfer ataliad anadlu'r claf.

Ar y cyfan roedd y gofal nyrsio a dderbyniodd Mr F yn ystod ei arhosiad yn is-safonol. Ni chafwyd unrhyw adolygiad pellach gan feddyg ymgynghorol ar ôl y nos iau, ac felly dim mewnbwn gan uwch-glinigydd nac adolygiad ymgynghorol, oedd yn destun pryder ac yn annerbyniol. Ni allai'r Ombwdsmon fod yn siŵr pe bai Mr F wedi derbyn gofal boddhaol y gellid bod wedi osgoi ei farwolaeth cyn pryd. Fodd bynnag, pe bai wedi derbyn gofal o safon dderbyniol, efallai na fyddai ei deulu wedi dioddef y trallod a'r ansicrwydd o feddwl tybed a fyddai'r canlyniad wedi bod yn wahanol.

²⁶MEWS: System Rhybuddio Cynnar Wedi'i Addasu – a ddyfeisiwyd i roi arwydd i weithwyr iechyd proffesiynol o ba mor ddifrifol yw cyflwr claf. Wrth i gyflwr claf ddirywio, mae'r sgôr MEWS yn cynyddu.



Astudiaethau achos

Argymhellion yr Ombwdsmon

Fel yn achos Mr F uchod, gofynnwyd i'r Bwrdd Iechyd ymddiheuro am y methiannau difrifol yng ngofal clinigol Mr F, a chynnal adolygiad brys o'r EAU, gan ganolbwyntio ar y gymhareb meddygon iiau i uwch-feddygon a lefel yr adolygu gan uwch-feddygon oedd ar gael ar benwythnos a gwyliau banc. Hefyd, dylai'r Bwrdd Iechyd sicrhau bod meddygon iiau yn yr EAU yn ddigon cymwys i roi diagnosis a thrin diffyg hylif a methiant arenol, ymhlith pethau eraill. Dylid rhoi hyfforddiant i'r staff nyrsio ar fonitro cleifion y mae eu cyflwr yn dirywio'n glinigol. Cytunodd y Bwrdd Iechyd i weithredu'r argymhellion hyn ac ym mis Medi 2014 rhoddwyd gwybod i'r Ombwdsmon fod l arferion gweithio newydd amrywiol yn cael eu treialu i sicrhau bod ymgynghorwyr ar gael ar y penwythnos bob tro. Fodd bynnag, nid oes dim cynnydd wedi cael ei wneud hyd yn hyn.

Dogfennau Cyfeiriol

- 1) AKI (Acute Kidney Injury) Study, NCEPOD, – Adding insult to injury, 2009
- 2) Future Hospital: Caring for medical patients, Coleg Brenhinol y Meddygon, 2013

Stori Mrs Y

Cyflwyniad clinigol

Cafodd Mrs Y, 67 oed, ei derbyn i'r Adran Argyfwng yn ei ysbyty lleol ar 1 Mehefin 2011 yn cwyno ei bod yn fyr iawn o wynt a chafodd ei throsglwyddo'n syth i'r CDU (yr uned penderfyniadau clinigol). Y diagnosis cychwynnol oedd haint ar y frest gyda chlefyd rhwystrol cronig yr ysgyfaint wrth wraidd hynny. Derbyniodd gyffuriau gwrthfotig, steroidau, nebiwlydd ac ocsigen, ac adroddir ei bod wedi ymateb i'r driniaeth hon.

Ar ddydd Gwener 3 Mehefin trosglwyddwyd Mrs Y i ward feddygol. Ar fore dydd Llun roedd ei phwysedd gwaed mor isel fel na ellid ei fesur. Addaswyd ei thriniaeth wrthfotig a rhoddwyd hylifau mewnythiennol iddi. Roedd ei chyflwr wedi dirywio rhywdro yn ystod penwythnos y 4-5 Mehefin, fodd bynnag nid oedd yn bosibl penderfynu pryd yn union oherwydd ni chafodd adolygiadau meddygol eu gwneud, ac ni chafodd unrhyw beth ei gofnodi gan staff meddygol drwy'r penwythnos cyfan. Ar ddydd Llun nid oedd Mrs Y yn ymateb i ymyrraeth feddygol uwch. Parhau i ddirywio wnaeth ei chyflwr ac yn drist iawn bu farw ar 10 Mehefin 2011.



Astudiaethau achos

Yr ymchwiliad

Darganfu gynghorydd yr Ombwdsmon fod Mrs Y wedi 'diffygio' rhyw dro yn ystod y penwythnos, efallai mor hwyr â nos Sul, ond na ellid cadarnhau hyn. Roedd ei sgoriau Claf mewn Perygl²⁷ wedi bod yn dirywio dros y penwythnos. Ar fore dydd Llun roedd Mrs Y yn bur wael ac ni ellid darllen ei phwysedd gwaed. Roedd yn ddigon gwael y bore hwnnw i fod angen hylifau sylweddol yn gyflym, a newidiwyd ei chyffuriau gwrthfotig ar gyfer niwmonia o ganlyniad i allsgugno. Dywedodd y cynghorydd, o ystyried yr uchod, ei bod yn debygol y cafodd Mrs Y ei heffeithio'n andwyol gan y diffyg adolygiad meddygol dros y penwythnos. Fodd bynnag, oherwydd nad oedd unrhyw gofnodi o gwbl wedi digwydd, dywedodd na allai fod yn siŵr a oedd y diffyg adolygiad meddygol (ac felly'r posibilrwydd o ymyrraeth feddygol) dros y penwythnos yn debygol o fod wedi effeithio'n andwyol ar Mrs Y. Ni allai'r Ombwdsmon gasglu a oedd y diffyg adolygiad meddygol o Mrs Y dros y penwythnos yn debygol o fod wedi bod yn andwyol iddi neu'n glinigol arwyddocaol. Fodd bynnag, roedd yr ansicrwydd ynghylch a allai adolygiad meddygol dros y penwythnos dan sylw fod wedi gwneud gwahaniaeth i gyflwr Mrs Y yn anghyfiawnder ynddo'i hun, a derbyniodd yr Ombwdsmon y gŵyn.

Argymhellion yr Ombwdsmon

Roedd y Bwrdd Iechyd eisoes wedi ymddiheuro wrth ferch Mrs Y am fetu â dilyn y broses uwchgyfeirio dros y penwythnos ac wedi cymryd camau priodol i roi sylw i'r methiant hwn. Argymhellodd yr Ombwdsmon hefyd fod y Bwrdd Iechyd yn talu iawndal i ferch Mrs Y i adlewyrchu'r trallod a achoswyd gan yr ansicrwydd ynghylch a allai'r diffyg adolygiad meddygol dros y penwythnos dan sylw fod wedi effeithio'n andwyol ar ei mam. Cytunodd y Bwrdd Iechyd i weithredu'r argymhelliad.

Dogfennau Cyfeiriol

- 1) **Acute Medical Care, The right person, in the right setting – first time, Coleg Brenhinol y Meddygon, 2007**

²⁷Sgôr Claf mewn Perygl: a ddyfeisiwyd fel y gallai gweithwyr gofal iechyd proffesiynol adnabod cleifion "mewn perygl" ac ysgogi atgyfeiriad buan at staff meddygol, fel bod ymyrraeth fuan yn gallu helpu i atal cyflwr y claf rhag dirywio.



Astudiaethau achos

Stori Mrs X

Cyflwyniad clinigol

Cafodd Mrs X, 74 oed, ei derbyn i'r ysbyty ddydd Llun 30 Ebrill 2012 yn cwyno am beswch parhaus a'i bod allan o wynt. Rhoddodd ei Meddyg Teulu ddiagnosis o haint ar y frest, ond ni wnaeth ymateb i gyffuriau gwrthfotig. Roedd yn derbyn ei maeth, er nid yn llwyr, drwy diwb PEG (gastrostomi enterig drwy'r croen) oherwydd ei bod yn cael trafferth llyncu.

Roedd yn flaenorol wedi cael strôc â'i gwanychodd yn arw'n dilyn llawdriniaeth yn 2000. Roedd y meddyg ymgynghorol ar ddyletswydd yn amau ei bod wedi allsugno bwyd neu hylif i'w hysgyfaint gan achosi niwmonia o ganlyniad i allsugno, a chynhyrchodd gynllun gofal ar ei chyfer. Roedd y profion gwaed cychwynnol yn cynnwys lefelau sodiwm gwaed (168 – normal 135-145mmol/l) ac wrea (10.8 – normal 2.5 i 7.1 mmol/l) uchel a awgrymai ddiffyg hylif. Symudwyd Mrs X o'r Uned Asesiadau Meddygol i ward feddygol dan ofal meddyg ymgynghorol gwahanol.

Adroddwyd bod cyflwr Mrs X wedi gwella'r diwrnod wedyn, ac ystyriwyd y gellid ei rhyddhau'r bore dydd Gwener canlynol. Fodd bynnag, ar ddydd Gwener 4 Mai roedd lefel ei glwcos gwaed yn uchel iawn ar 27.8 (normal – 4.0-6.0mmol/l), a lefel ei sodiwm gwaed yn beryglus o uchel ar 171. Fodd bynnag, ar yr un diwrnod ni ddywedodd ail feddyg ymgynghorol ddim am y lefelau sodiwm gwaed a glwcos uchel, ond rhagnododd feddyginiaeth ychwanegol ar gyfer ei phwysedd gwaed uchel. Yn ôl y Bwrdd lechyd, dechreuodd gyflwr y claf ddirywio ar y dydd Gwener ond ni chafodd gynllun gweithredu dros y penwythnos ei weithredu, na hyd yn oed ei gofnodi.

The following day Mrs X was noted to have sluggish reactions and Y diwrnod canlynol nodwyd bod ymatebion Mrs X yn swrth a'i lleferydd yn aneglur. Cafodd ei sodiwm ei fesur i fod yn 172mmol/l. Y diwrnod canlynol (dydd Sul) am 10.45pm awgrymodd meddyg iau fod ganddi haint a rhagnododd hylifau mewnythiennol er bod ei harwyddion llid (CRP) ond ychydig yn uwch nag y dylent fod. Cofnododd y meddyg ei bod 'yn debyg iawn bod ganddi haint' a'i bod wedi profi 'hypernatraemia (sodiwm uchel) a pholydria (mwy o allbwn wrin) hyperglycaemig (glwcos gwaed uchel) am chwe diwrnod'. Ar ddydd Llun 7 Mai dywedodd meddyg fod pelydr-X ar ei brest y diwrnod cynt yn normal, a nes ymlaen gofynnwyd am belydr-X arall ar ei brest. Y diwrnod canlynol roedd meddyg



Astudiaethau achos

ymgyngorol yn ystyried naill ai bod ganddi niwmonia a gafwyd yn yr ysbyty neu fethiant fentrigl chwith (y galon). Ni wellodd cyflwr Mrs X a dirywiodd ymhellach. Yn drist bu farw ar ddydd Mercher 9 Mai. Yn dilyn ymchwiliad gan y Bwrdd Iechyd, gwnaed y sylw nad yw cleifion fel arfer yn marw o lefelau glwcos gwaed uchel, a dywedodd yr ymgynghorydd oedd ar ddyletswydd dros yr ŵyl banc nad oedd hynny'n broblem. Awgrymwyd bod y meddygon iau oedd ar ddyletswydd dros y penwythnos ar fai.

Yr ymchwiliad

Darganfu'r Ombwdsmon fod safon y goruchwyllo a'r adolygiad meddygol yn ystod arhosiad Mrs X, ac yn enwedig dros benwythnos yr ŵyl banc, yn wael, yn anghyson a heb gael ei gydlyn. Ni chafwyd adolygiad gan feddyg ymgynghorol dros benwythnos yr ŵyl banc, gan gynnwys ar 5, 6 a 7 Mai. Oherwydd nad oedd goruchwyliaeth gan unrhyw staff canolradd neu ymgynghorol (gwneuthurwyr penderfyniadau clinigol cymwys) methwyd â rheoli lefelau siwgr gwaed uchel y claf, methwyd hefyd ag ymateb yn ddigonol a rheoli cyflwr diffyg hylif Mrs X a methwyd â chynhyrchu ac yna gweithredu cynllun gofal dros y penwythnos. Mae lefelau sodiwm mor uchel yn sicr o achosi dryswch, syrthni a dirywiad mewn iechyd. Roedd y siartiau hylif yn annigonol ac anghyflawn.

Daeth yr Ombwdsmon, ar ôl gwrandao ar ei gynghorydd, i'r casgliad bod ansawdd gwaed y gofal yn annhebygol o fod wedi bod yn ffactor a achosodd iechyd Mrs X i ddirywio, a'i marwolaeth wedyn. Fodd bynnag, roedd y diffyg goruchwyliaeth gan staff clinigol uwch, ac i ddirprwyo, wedi arwain at safon gofal ddiffygiol ac roedd hyn, yn ei dro, wedi gadael elfen o amheuaeth ym meddwl teulu Mrs X ynghylch sut yr effeithiodd y darganfyddiadau hyn ar ganlyniad trist Mrs X. Roedd y trallod a'r ansicrwydd a gododd o'r elfen hon o amheuaeth yn anghyfiawnder, a phe bai gofal Mrs X wedi bod o well safon, gellid yn hawdd bod wedi osgoi hyn.

Argymhellion yr Ombwdsmon

Argymhellodd yr Ombwdsmon fod y Bwrdd Iechyd yn talu iawndal i ferch Mrs X i gydnabod y methiannau hyn a'r trallod a achoswyd i'r teulu o orfod cwyno mewn cyfnod o brofedigaeth. Cytunodd y Bwrdd Iechyd i ymddiheuro'n llawn wrth ferch Mrs X a chydabod ei fethiannau, ac i gyflawni adolygiad ar frys o sut y gellir sicrhau darpariaeth staff meddygol dros y penwythnos ac ar wyliau banc.

Dogfennau Cyfeiriol

- 1) Good Medical Practice, GMC, 2006

“Roedd y diffyg goruchwyliaeth gan staff clinigol uwch, ac i ddirprwyo, wedi arwain at safon gofal ddiffygiol”



Astudiaethau achos

Stori Mrs K

Cyflwyniad clinigol

Cafodd Mrs K ei derbyn i'r ysbyty drwy'r Adran Argyfwng (ED) ar ôl cael codwm yn ei chartref ar ddydd Sul 12 Ionawr 2014, lle cafwyd bod ei choes wedi cleisio a chwyddo. Cafodd ei throsglwyddo i ail ysbyty'r diwrnod canlynol. Cynhaliwyd yr adolygiad ymgynghorol cyntaf ar 14 Ionawr, a rhagnodwyd cyffuriau gwrthfotig. Nid oedd tystiolaeth o adolygiad pellach gan yr ymgynghorydd, oedd ar wyliau rhwng 16 a 24 Ionawr, a phenderfynodd cofrestrwyd arbenigol ryddhau'r claf ar 27 Ionawr. Ni soniodd y llythyr rhyddhau am goes chwyddedig y claf ac ni threfnwyd unrhyw ôl-apwyntiad.

Y diwrnod canlynol (28 Ionawr) trefnodd Meddyg Teulu Mrs K iddi gael ei hail-dderbyn oherwydd bod ei choes yn lliidiog ac wedi chwyddo'n ddrwg, a 7cm yn fwy o gwmpas croth y goes na'r goes arall. Meddyliodd y Meddyg Teulu tybed a oedd ganddi DVT (thrombosis gwythiennau dwfn). Roedd y claf yn wirioneddol sâl a'i choes yn goch a chwyddedig. Roedd adolygiad gan ail feddyg ymgynghorol y bore ar ôl ei hail-dderbyn hefyd yn meddwl tybed oedd ganddi DVT a rhagnododd gyffuriau gwrthfotig a lladd poen. Cadarnhaodd prawf uwchsain fod ganddi thrombosis helaeth yng ngwythiennau procsimol y goes gan ymestyn i'r pelfis (gwythiennau ilia). Cafodd y claf ei rhyddhau nes ymlaen yr un diwrnod gyda warffarin a heparin pwysau molecwlaidd isel. Ni chafodd y penderfyniad i'w rhyddhau ei drafod â'r ymgynghorydd cyfrifol.

Bedwar diwrnod yn ddiweddarach cafodd Mrs K ei hail-dderbyn oherwydd bod ei chyflwr wedi dirywio, a chafodd eto ei throsglwyddo i'r un ysbyty lle cafodd ei hadolygu dros y deuddydd nesaf gan drydydd feddyg ymgynghorol a ddywedodd fod tri pheth posibl wedi achosi'r dirywiad yn ei chyflwr: DVT gan arwain at embolism yr ysgyfaint, sepsis a gwaedu yn yr abdomen. Gwnaed penderfyniad i beidio â cheisio dadebru (DNAR). Nes ymlaen yn ystod ail ddiwrnod ei thrydydd arhosiad, ataliodd calon Mrs K ac , yn drist iawn, bu farw. Ni chynhaliwyd unrhyw awtopsi i sefydlu beth achosodd ei marwolaeth.

Gofynnodd y Bwrdd Iechyd i'r ymgynghorydd cyntaf ymateb i'r achwynydd ar eu rhan. Honnodd yr ymateb hwn nad oedd unrhyw gysylltiad rhwng y DVT a salwch terfynol y claf.

Yr ymchwiliad

Darganfu gynghorydd clinigol yr Ombwdsmon na chafodd y claf ei harchwilio'n gorfforol ar ôl ei throsglwyddo o'r ED yn ystod



Astudiaethau achos

ei harhosiad cyntaf, ac na soniwyd eto am y gwahaniaeth ym maint ei choesau. Roedd gan y claf thrombosis helaeth (clot) yng ngwythiennau mawr mordaidd ei choes, gyda risg sylweddol uwch o gael embolism²⁸. Roedd ansawdd y gwaith papur yn anfoddhaol. Nid oedd y claf yn feddygol ddiogel i gael ei rhyddhau ar yr un o'r ddau achlysur. Ystyriwyd bod ymateb y Bwrdd Iechyd yn anghywir ac nad oedd wedi'i gefnogi gan y wybodaeth oedd ar gael yn y cofnodion meddygol. Roedd yr ymateb yn dibynnu'n llwyr ar fewnbwn yr ymgynghorydd oedd yn gyfrifol am y materion oedd yn destun y gŵyn, a heb gael ei ddilysu, a allai fod wedi cyfrannu at ei ddiffyg cywirdeb.

Argymhellion yr Ombwdsmon

Gwnaed argymhellion i'r Bwrdd Iechyd, gan gynnwys ymddiheuro a thalu iawndal. Gofynnwyd i'r ymgynghorydd cyntaf feddwl eto am ei ddatganiad. Argymhellodd yr Ombwdsmon fod y Bwrdd Iechyd yn adolygu ei brosesau ar gyfer ymchwilio i gwynion ac yn archwilio methiannau rhyddhau cleifion.

Hefyd, argymhellodd fod y Bwrdd Iechyd yn adolygu sut yr oedd yn cychwyn triniaethau gwrthgeulo ym mhresenoldeb anaemia diffyg haearn heb esboniad, ac y dylai gael ei ystyried yn ofalus.

Dogfennau Cyfeiriol

1) Good Medical Practice, GMC, 2006

Stori Mr K

Cefndir clinigol

Ar noson 24 Tachwedd 2011, ar ôl llewygu yn ei gartref, cafodd Mr K ei dderbyn i'r ysbyty lle cafwyd ei fod wedi cael strôc. Cafodd ei asesu gan ddietydd a therapydd lleferydd ac iaith (SALT), a rhoddwyd hylifau mewnwythiennol iddo. Roedd angen ei fwydo drwy diwb nasogastrig (NG) oherwydd ni allai lyncu'n iawn. Cafodd y tiwb NG ei osod y diwrnod canlynol a hynny, yn ôl ei gofnodion, gyda chaniatâd Mr K, ond fe'i gwelwyd yn tynnu ar y tiwb NG yn ystod oriau mân y bore canlynol, felly cafodd maneg ei rhoi dros law dde Mr K.

Dirywiodd Mr K dros y diwrnodau nesaf ond ni chafodd ei adolygu gan ymgynghorydd dros y penwythnos. O'r diwedd cafodd Mr K ei weld gan feddyg ymgynghorol ar ddydd Llun 28 Tachwedd, bedwar diwrnod ar ôl ei dderbyn. Roedd sgôr GCS²⁹ Mr K yn isel ond ymddengys bod ei gyflwr wedi gwella a daeth yn fwy effro. Cafodd ei weld gan yr ymgynghorydd eto ar 8 Rhagfyr a nododd fod ei

²⁸Bod y clot yn dod yn rhydd ac yn teithio i'r ysgyfaint gan achosi embolism

²⁹Graddfa Coma Glasgow – mesuriad gwrthrychol (allan o 15) o ba mor ymwybodol ac ymatebol yw person sydd wedi dioddef trawma



Astudiaethau achos

gyflwr yn sefydlog. Nododd adolygiad arall gan y SALT y diwrnod wedyn nad oedd Mr K yn effro iawn o gwbl ac y dylai barhau i gael ei fwydo drwy'r tiwb NG.

Ychydig ddyddiau wedyn, tynnodd Mr K y tiwb NG allan ar ddau achlysur ar ôl tynnu'r faneg oddi ar ei law. Ar 5 Ionawr cafwyd gair â Mr K am y posibilrwydd o osod tiwb PEG ac i benderfynu a allai ddeall a rhoi ei ganiatâd i wneud hynny. Cofnodwyd ei fod wedi 'cytuno'n bendant' i gael y tiwb PEG wedi'i osod ac ystyriwyd bod ganddo'r capasiti i wneud y penderfyniad hwn. Cwestiynodd merch Mr K hyn oherwydd wrth sgwrsio â'i thad nes ymlaen y diwrnod hwnnw, roedd yn ymddangos i fod yn ddryslyd. Yn y diwedd cafodd asesiad MCA (Deddf Galluedd Meddyliol 2005) ei wneud ar Mr K ar 25 Ionawr ac ystyriwyd bod ganddo'r capasiti. Ar ddechrau mis Chwefror siaradodd Mr K â gwahanol ymgynghorydd yn dweud ei fod yn dymuno peidio cael y tiwb NG eto, a'i fod yn deall y byddai hyn mae'n debyg yn arwain at ei farwolaeth, ond ei fod eisiau hynny. Cafodd ei ryddhau i fynd adref ac, yn drist iawn, bu farw gwpwl o wythnosau'n ddiweddarach.

Yr ymchwiliad

This case raised a number of ethical and legal issues regarding the Mae'r achos hwn yn codi nifer o faterion moesegol a chyfreithiol ynghylch trin cleifion gyda chapasiti gwael neu heb unrhyw gapasiti i ganiatáu i driniaeth, a phwysigrwydd asesiadau galluoedd meddyliol ffurfiol ac wedi'u cofnodi. Gofynnodd yr Ombwdsmon am gyngor gan ei gynghorydd meddygol a leisiodd bryderon ynghylch y diffyg adolygiad meddygol ar benwythnos, ac yn benodol ar 26/27 Tachwedd yn fuan ar ôl i Mr K gael ei dderbyn. Roedd pryderon hefyd ynghylch lefel y mewnbwn gan ymgynghorydd drwy gydol ei arhosiad, a ddigwyddodd ond unwaith yr wythnos ar y mwyaf. Mewn gwasanaeth dan arweiniad a dan ddarpariaeth ymgynghorydd, disgwylir o leiaf dau adolygiad gan ymgynghorydd bob wythnos, os nad bob dydd fel yr argymhellir fwyfwy.

Yn fwy diweddar, mae'r RCP wedi argymhell adolygiad dyddiol gan ymgynghorol o bob ward feddygol, gan gynnwys y cleifion mewdol hynny a fyddai'n elwa o hynny. Roedd y cyfathrebu rhwng yr ymgynghorydd cyfrifol a theulu'r claf yn anfodddhaol. Yn ôl yr ymchwiliad, nid oedd lefel y ddarpariaeth ymgynghorwyr a thros y penwythnos yn cwrdd â chanllawiau proffesiynol.



Astudiaethau achos

Argymhellion yr Ombwdsmon

Yn ogystal ag ymddiheuro wrth deulu Mr K, argymhellodd yr Ombwdsmon fod y Bwrdd Iechyd yn ystyried a oedd angen rhoi hyfforddiant ychwanegol i staff ar y Ddeddf Galluedd Meddyliol, ar ymatal a rhoi caniatâd. Argymhellodd hefyd fod y Bwrdd Iechyd yn adolygu ei lefel bresennol o oruchwyliaeth gan ymgynghorwyr ar gyfer y gwasanaeth strôc a lefel ei ddarpariaeth feddygol ar benwythnos i sicrhau na roddir gofal cleifion yn y fantol y tu allan i oriau arferol. Cytunodd y Bwrdd Iechyd i weithredu'r argymhellion, gan gydnabod hefyd nad oedd ei Wasanaeth Strôc yn yr ysbyty'n cwrdd â chanllawiau'r RCP o ran darparu ymgynghorwyr, ond ei fod yn gweithio tuag at gyrraedd y safon ofynnol.

Dogfennau Cyfeiriol

- 1) NICE CG 68, Stroke, Gorffennaf 2008
- 2) RCP a NICE, 2007

Stori Mrs D

Cyflwyniad clinigol

Roedd Mrs D yn 86 oed gyda hanes o osteoarthritis, osteoporosis, diabetes a ffibriliad atriol (y galon yn curo'n afreolaidd) ac yn derbyn warffarin gwrthgeulo am hynny. Cafodd ei derbyn i'r ysbyty ar ddydd Sadwrn 24 Mawrth 2012 gyda dolur rhydd a chwydu. Roedd adferiad iechyd Mrs D yn foddhaol a phenderfynwyd ei rhyddhau i fynd adref ar 5 Ebrill. Fodd bynnag am 5.00pm y diwrnod cyn ei rhyddhau, cafodd Mrs D strôc, ond er i'w mab ofyn droeon am feddyg i ddod i'w gweld, ni chafodd ei gweld gan feddyg am dros chwe awr.

Pan ddaeth y meddyg i adolygu Mrs D am 11.20pm, ystyriodd fod y claf wedi cael mân strôc (serebelaid) a threfnodd iddi gael sgan CT y bore canlynol. Tua 12 awr yn ddiweddarach, cafodd ail adolygiad meddygol ei gyflawni pryd y canfuwyd bod gan Mrs D wendid difrifol yn ei hochr dde. Trefnwyd sgan CT ar frys ar ei chyfer a ddangosodd fod Mrs D wedi dioddef strôc waeth dros nos gyda chnawdychiad mawr ar yr ochr chwith i'w hymennydd (strôc isgemig). Fodd bynnag ni chafodd Mrs D ei throsglwyddo i'r uned strôc am wyth diwrnod arall lle arhosodd am bron i flwyddyn cyn cael ei rhyddhau i gartref nyrsio. Yn drist iawn ni wellodd ei chyflwr fawr ddim oherwydd difrifoldeb y strôc ynghyd â'i chyflyrau meddygol eraill.

Yr ymchwiliad

Cafodd yr Ombwdsmon ei gynorthwyo yn ei ymchwiliad gan dri chynghorydd arbenigol gan gynnwys nyrs gyda phrofiad strôc,



Astudiaethau achos

ymgyngorydd ar ofal iechyd i'r henoed ac ymgyngorydd strôc arbenigol. Er i'r Bwrdd Iechyd honni fod Mrs D wedi dioddef TIA (ymosodiad isgemig dros dro), cadarnhaodd cynghorydd strôc yr Ombwdsmon fod Mrs D mewn gwirionedd wedi cael mini-strôc ac y dylai fod wedi cael ei derbyn yn syth i'r Uned Strôc Aciwt lle byddai ei siawns o aros yn annibynnol wedi bod yn llawer gwell. Fodd bynnag, roedd oedi o naw diwrnod cyn iddi dderbyn gofal arbenigol. Darganfu'r ymchwiliad nad oedd gan y Bwrdd Iechyd brotocol gofal strôc boddhaol, a bod penderfyniadau clinigol yn cael eu gadael yn nwylo meddygon iau o fewn ar tu allan i oriau.

Argymhellion yr Ombwdsmon

Argymhellodd yr Ombwdsmon fod y Bwrdd Iechyd yn ymddiheuro wrth deulu Mrs D ac yn cynnig iawndal iddynt. Cytunodd y Bwrdd Iechyd hefyd i sicrhau bod yr hyfforddiant i staff ar reoli strôc yn cael ei ddiweddarau a hefyd i weithredu offeryn adnabod strôc fel NIHSS.³⁰ Cytunodd hefyd i adolygu ei brosesau ar gyfer adnabod a thrin cleifion strôc aciwt gan gynnwys sicrhau bod unrhyw glaf yr amheuir y cawsant strôc yn cael eu hasesu'n syth gan feddyg wedi'i hyfforddi'n addas; bod pob claf strôc yn cael sgan CT o fewn awr ar y mwyaf; bod pob claf strôc yn cael eu hasesu'n syth i weld a oes angen eu hanfon i uned strôc arbenigol a bod pob claf yr amheuir y cawsant strôc yn cael prawf sgrinio llyncu o fewn pedair awr.

Dogfennau Cyfeiriol

- 1) NICE CG 68, Stroke Rapid recognition and diagnosis of symptoms followed by specialist care

Stori Mrs L

Cyflwyniad clinigol

Cafodd Mrs L ei derbyn i'r ysbyty ar ddydd Iau 2 Rhagfyr 2010 gyda llid helaeth ar isgroen ei choes dde ac yn ymestyn i gesail ei morddwyd, a rhagnodwyd cyffuriau gwrthfotig ar gyfer sepsis. Am 03.30am y bore canlynol cafodd Mrs L ei hadolygu gan gofrestrydd arbenigol a argymhellodd adolygiad orthopedig. Cytunwyd ar benderfyniad i Beidio â Cheisio Dadebru (DNAR) dros y ffôn â'r ymgyngorydd ar-alwad oherwydd cyflwr clinigol gwael Mrs L a chytunwyd y byddai'n derbyn gofal lliniarol ar y ward. Byddai ei theulu'n cael eu diweddarau pe bai ei chyflwr yn gwaethygu.

Yn dilyn adolygiad gan ail gofrestrydd arbenigol nes ymlaen y bore hwnnw, cafwyd bod gan Mrs L falf yn 'gollwng' yn ei chalon. Rhoddwyd Mrs L ar gynllun o hylifau IV bob 4-6 awr a'i rhoi dan ofal ymgyngorydd. Fodd bynnag ni chafodd Mrs L ei hadolygu gan yr uwch-feddyg tan 11.30pm y noson honno, dros 24 awr ar ôl ei

²³Graddfa Strôc y Sefydliad Iechyd Cenedlaethol



Astudiaethau achos

derbyn yn wreiddiol oherwydd bod yr uwch-feddyg, fel y cafwyd ar ddeall, eisoes wedi gorffen mynd o gwmpas y wardiau ac ar y ffordd i ysbyty arall pan gafodd ei throsglwyddo i'r ward. Er i'r ymgynghorydd nodi bod Mrs L yn 'gyffyrddus', arhosodd ei chyflwr yn ansefydlog gan barhau i waethygu dros yr ychydig ddiwrnodau wedyn hyd nes, yn drist iawn, y bu farw yn oriau mân y bore ar ddydd Mawrth 7 Rhagfyr.

Yr ymchwiliad

Roedd ymchwiliad yr Ombwdsmon yn cydnabod pe bai'r gofal a roddwyd i Mrs L wedi bod yn wahanol mae'n debyg na fyddai'r canlyniad wedi bod yn wahanol. Fodd bynnag, tynnodd yr achos sylw at broblemau yng nghyswllt diffyg goruchwyliaeth dan arweiniad ymgynghorydd, fel bod y gofal yn ddigyswllt a dim cynllun gofal dros y penwythnos wedi'i drefnu. Fel rhan o ymchwiliad y Bwrdd Iechyd, cafodd y gofal a roddwyd i Mrs L ei adolygu gan y meddyg ymgynghorol a gadarnhaodd fod yr achos yn nodweddiadol o lawer o achosion lle oedd nifer o feddygon iiau, newid shifftiau a symud cleifion rhwng wardiau'n creu trosglwyddiadau cymhleth o un tîm staff i'r llall, sydd yn ei dro'n creu ansicrwydd i gleifion a'u teuluoedd ynghylch pa ymgynghorydd sy'n gyfrifol am eu gofal. Penderfynwyd peidio â cheisio dadebru Mrs L oherwydd ei hiechyd gwael. Daeth ymchwiliad yr Ombwdsmon i'r casgliad er bod y penderfyniad i beidio â dadebru Mrs L yn rhesymol, ei fod yn feirniadol nad oedd cofnod bod hyn wedi cael ei drafod â Mrs L. Er iddo gael ei drafod â mab Mrs L, nid oedd cofnod o'r amser.

Argymhellion yr Ombwdsmon

Argymhellodd yr Ombwdsmon fod y Bwrdd yn ymddiheuro wrth fab Mrs L. Argymhellodd hefyd y dylid atgoffa clinigwyr o ganllawiau'r RCP ar Ofal Meddygol Aciwt sy'n nodi y dylid cyflawni rowndiau ward ôl-dderbyn dan arweiniad ymgynghorydd ar gyfer achosion meddygol brys o fewn 12 awr i dderbyn y claf. Dylid cyfathrebu'n well â chleifion a'u perthnasau a chofnodi hynny'n briodol, a dylai unrhyw benderfyniad DNAR gael ei adolygu'n gyntaf, a'i gyfathrebu i'r teuluoedd, gan yr ymgynghorydd ac nid gan feddyg iau.

Dogfennau Cyfeiriol

- 1) Coleg Brenhinol y Meddygon, 2007
Acute Medical Care – 12 hourly ward rounds for acute medical admissions
- 2) Decisions related to cardiopulmonary resuscitation,
Cymdeithas Feddygol Prydain/Y Cyngor Dadebru/Y Coleg Nyrsio Brenhinol, Hydref 2007



Astudiaethau achos

Stori Mrs C

Cyflwyniad clinigol

Roedd gan Mrs C epilepsi a diabetes math 2. Cafodd ei derbyn i'r ysbyty ar ddydd Iau 12 Gorffennaf 2012 i gael llawdriniaeth ddewisol ar ei phen-glin, ond ni chafodd ei rhoi ar y ward llawdriniaeth ddewisol oherwydd ei bod wedi profi'n positif am MRSA, ac fe'i rhoddwyd felly ar y ward trawma. Fodd bynnag, cafodd llawdriniaeth Mrs C ei chanslo ar y dydd Gwener oherwydd achos trawma oedd angen blaenoriaeth. Arhosodd y claf dan orchymyn bwydo dim drwy'r geg dros y penwythnos, rhwng 14 ac 16 Gorffennaf, oherwydd y posibilrwydd o llawdriniaeth a ail-drefnwyd ar ei chyfer, ond ni chafodd ei llawdriniaeth.

Ymddiheurodd y Bwrdd Iechyd am arhosiad diangen y claf yn yr ysbyty dros y penwythnos. Roedd y nyrsys wedi meddwl y gallai gael y llawdriniaeth dros y penwythnos, ond nid oedd y llawfeddyg ymgynghorol ar ddyletswydd ac roedd wedi mynd adref.

Yr ymchwiliad

Darganfu'r ymchwiliad nad oedd y llawfeddyg ymgynghorol ar ddyletswydd dros y penwythnos felly nad oedd unrhyw bosibilrwydd y gallai Mrs C gael ei llawdriniaeth ar ôl ei chanslo ar y dydd Gwener. Fodd bynnag, oherwydd diffyg cyfathrebu a olygodd nad oedd y staff llawfeddygol wedi gadael unrhyw gynllun clir i ryddhau Mrs C, ynghyd â'r camddealltwriaeth fod Mrs C yn glaf trawma ac nid yn glaf llawdriniaeth ddewisol, credai'r staff nyrsio fod posibilrwydd y byddai'r llawdriniaeth yn cael ei chyflawni ac y dylai Mrs C aros yn yr ysbyty tan hynny.

Argymhellion yr Ombwdsmon

Roedd y Bwrdd Iechyd eisoes wedi ymddiheuro wrth Mrs C am y cyfathrebu gwael a'r arhosiad diangen yn yr ysbyty, ond eto teimlai'r Ombwdsmon nad oedd yr anghyfiawnder i Mrs C wedi cael ateb digonol felly argymhellodd fod iawndal yn cael ei dalu i Mrs C am yr anghyfleustra o gael ei chadw yn yr ysbyty dros y penwythnos.

Dogfennau Cyfeiriol

- 1) Good Medical Practice, GMC, 2006



Dogfennau Cyfeiriol

A decade of Austerity in Wales? The funding pressures facing the NHS in Wales, Adroddiad Ymchwil Ymddiriedolaeth Nuffield gan Roberts, A. ac Charlesworth, A, 2014

Acute Medical Care, Coleg Brenhinol y Meddygon, 2007

Acutely ill patients in hospital, Y Sefydliad Cenedlaethol dros lechyd a Rhagoriaeth Glinigol, NICE CG 50, Gorffennaf 2007

- Adnabod ac ymateb i oedolion sy'n wirioneddol sâl (salwch aciwt) yn yr ysbyty
- Dylid defnyddio systemau tracio a sbarduno rhybuddion ffisiolegol (sgoriau M/NEWS) yn eang mewn ysbytai aciwt yn y GIG i adnabod cleifion ar wardiau cyffredinol sydd mewn perygl o ddirywio'n glinigol ac sydd angen i'w gofal gael ei uwchgyfeirio.
- Llwybrau cyswllt wedi'u diffinio'n glir ar gyfer barn uwch-glinigwyr penodol. Mae angen i gleifion gael mynediad at ofal meddygol aciwt drwy gydol y cyfnod 24 awr, nid dim ond yn ystod oriau swyddfa traddodiadol.

AKI Study (Acute kidney injury) – Adding insult to injury, Yr Ymchwiliad Cyfrinachol Cenedlaethol i Ganlyniadau a Marwolaethau Cleifion 2009

- Mae asesu clinigol da wrth wraidd pob ymarfer clinigol cymwys a phenodol a dylai fod yn sgil unffurf gan glinigwyr.

“Rhaglen Gydweithredol Gwella Gwasanaethau Strôc Cymru Gyfan – Gwella Dibynadwyedd Gofal Strôc Aciwrt”, Cylchlythyrau Llywodraeth Cymru 2007 Rhifau 058 a 082

Adroddiad Berwick, Awst 2013

- ‘Dylai diogelwch cleifion fod yn gonsyrn drwy'r amser gan bawb sy'n gweithio i ddarparu gofal wedi'i ariannu gan y GIG neu sy'n effeithio ar y gofal hwnnw. Dylai ansawdd y gofal i'r claf ddod o flaen bob ystyriaeth arall wrth arwain a rhedeg y GIG, ac mae diogelwch y claf yn agwedd allweddol ar fesur ansawdd.’
- Rhaid i dryloywder fod yn llwyr, yn amserol ac yn gwbl glir.
- Rhaid adolygu a gwella systemau cwynion yn barhaus.

British Medical Journal, BMJ, Medi 2015

Increased mortality associated with weekend hospital admission: a case for expanded seven days services?



Dogfennau Cyfeiriol

Decisions relating to Cardiopulmonary Resuscitation (3ydd rhifyn), Cymdeithas Feddygol Prydain, y Cyngor Dadebru (yn y Deyrnas Unedig) a'r Coleg Nyrsio Brenhinol, 2014

Darparu Gofal Diogel, Gofal Tosturiol: Y Gwersi i Gymru yn Adroddiad Ymchwiliad Cyhoddus Ymddiriedolaeth Sefydleg GIG Canolbarth Swydd Stafford, Llywodraeth Cymru, Gorffennaf 2013

Emergency admissions: A journey in the right direction? Yr Ymchwiliad Cyfrinachol Cenedlaethol i Ganlyniadau a Marwolaethau Cleifion, 2007

- Dylai cleifion gael eu gweld gan ymgynghorydd o fewn 12 awr i'w derbyn a rhaid cofnodi hyn yn glir ac amlwg yn y nodiadau meddygol.
- Rhaid cael mynediad 24 awr y dydd at radioleg gonfensiynol a sganiau CT, ac adrodd arnynt yn syth.
- Dylid osgoi gormod o drosglwyddo, oherwydd gallai fod yn andwyol i ofal y claf.
- Mae angen rhoi systemau trylwyr yn eu lle i drosglwyddo cleifion rhwng gwahanol dimau clinigol, gyda gweithdrefnau protocol cytunedig a chlir ar gyfer trosglwyddo.

Comisiwn Ysbytai'r Dyfodol, Coleg Brenhinol y Meddygon, 2013 Safonau cadw cofnodion meddygol cyffredinol, Coleg Brenhinol y Meddygon, 2015

Ymarfer Meddygol Da i Feddygon, Coleg Brenhinol y Meddygon, 2004

Providing a good standard and practice of care

Rhaid i gyfrifoldeb cyntaf y meddyg fod i'r claf ac i'w diogelwch. Wrth galon ymarfer y meddyg y mae'r ymgynghoriad. Rhaid casglu ynghyd a chofnodi hanes y claf yn ofalus, rhaid i archwiliadau corfforol ac ymchwiliadau fod yn drylwyr ond priodol, a rhaid i'r therapi fod yn brydlon ac addas.

Good medical practice: Providing good clinical care, Cyngor Meddygol Cyffredinol, 2006

Rhaid i ofal clinigol da gynnwys:

- a) Asesu cyflyrau'r claf yn ddigonol, gan ystyried yr hanes (gan gynnwys y symptomau, y ffactorau seicolegol a chymdeithasol), barn y claf a, lle bo angen, archwiliad o'r claf.



Dogfennau Cyfeiriol

- b) Darparu neu drefnu cyngor, ymchwiliadau neu driniaeth lle bo angen.
- c) Atgyfeirio'r claf at ymarferydd arall, pan fydd hyn er lles gorau'r claf.

Maes 2: diogelwch ac ansawdd

Ymateb i beryglon diogelwch

25. Rhaid i chi gymryd camau prydlon os credwch fod diogelwch, urddas neu gysur y claf dan fygythiad, neu y gallent fod.

- a) Os nad yw claf yn derbyn gofal sylfaenol i ateb eu hanghenion, rhaid i chi ddweud yn syth wrth rywun sydd mewn sefyllfa i wneud rhywbeth yn syth am y peth.
- b) Os yw cleifion mewn perygl oherwydd eiddo, cyfarpar neu adnoddau eraill anfoddhaol, neu bolisi neu system anfoddhaol, dylech gywiro'r mater os gallwch. Rhaid i chi leisio eich pryder yn unol â'n canllawiau a pholisi eich gweithle. Dylech hefyd gofnodi'r camau y gwnaethoch eu cymryd.

Maes 3: cyfathrebu, partneriaeth a gwaith tîm

Addysgu, hyfforddi, cefnogi ac asesu

40. Rhaid i chi sicrhau bod yr holl staff o dan eich rheolaeth yn cael eu goruchwylio'n briodol.

Maes 4: cynnal ymddiriedaeth

Trin cleifion a chydweithwyr yn deg a heb wahaniaethu

56. Rhaid i chi roi blaenoriaeth i gleifion ar sail eu hanghenion clinigol os yw'r penderfyniadau hyn o fewn eich rheolaeth. Os yw adnoddau, polisiau neu systemau anfoddhaol yn eich rhwystro rhag gwneud hyn, a gallai fod yn fygythiad difrifol i ddiogelwch, urddas neu gysur y claf, rhaid i chi ddilyn y canllawiau ym mharagraff 25b.

Keogh Report: Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England, overview report, yr Athro Syr Bruce Keogh, 2013

Fframwaith Cenedlaethol Llywodraeth Cymru ar gyfer Pobl Hŷn, 2007

Dylai fod gan bob ardal iechyd leol lwybr yn ei le i ddarparu gofal strôc, gan gynnwys trefniadau i ddarparu asesiadau a thriniaethau



Dogfennau Cyfeiriol

arbenigol ar gyfer cleifion yr amheuir y cawsant strôc, a mynediad prydlon at wasanaethau strôc aciwt arbenigol, erbyn Mawrth 2007. Mae'n ofynnol hefyd gan Lywodraeth Cymru, erbyn Mawrth 2009, bod cleifion yr amheuir y cawsant strôc yn cael eu hasesu a'u trin mewn unedau strôc arbenigol ac yn cael eu hanfon yno'n uniongyrchol o adrannau A&E.

Nutritional support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition, Y Sefydliad Cenedlaethol dros Lechyd a Rhagoriaeth Glinigol, CG32, 2006

Report of the Acute Task Force – The right person, in the right setting-first time, Coleg Brenhinol y Meddygol, 2007

- 4.23 Argymhellwn y bydd angen i wneuthurwr clinigol cymwys gyflawni adolygiad clinigol dyddiol o'r sefyllfa welyau gyfan mewn ysbytai aciwt modern i sicrhau llif cleifion effeithiol a bod cleifion yn aros yno am lai o amser. Yr uned AMU ddylai fod y canolbwynt ar gyfer cydlynu gofal allgymorth meddygol aciwt gan gyflawni gweithgareddau'r trefniadau dirprwyo meddygol y tu allan i oriau yn yr ysbyty.
- Dylid trosglwyddo gofal yn briodol rhwng staff meddygol iau.
- Llwybrau cyswllt wedi'u diffinio'n glir ar gyfer barn uwch-glinigwyr penodol.
- Mae angen i gleifion gael mynediad at ofal meddygol aciwt drwy gydol y cyfnod 24 awr, nid dim ond yn ystod oriau swyddfa traddodiadol.
- Rhaid i adolygiadau gan uwch-feddygon (ymgyngorwyr) fod ar gael bob amser. Dylid darparu hyn yn syth i gleifion sy'n wirioneddol sâl.
- Ar gyfer staff dan hyfforddiant sy'n cymryd rhan mewn gwasanaethau 'Ysbyty Wedi Nos' neu 'Y Tu Allan i Oriau' ac allgymorth meddygol aciwt – dylai fod ganddynt fynediad parod at yr uwch-feddygon sy'n gweithio yn yr AMU i dderbyn cefnogaeth ac adborth addysgiadol.
- Ni ddylid symud cleifion o'r uned AMU heb ddiagnosis, heb adolygu'r ymchwiliadau a heb gynllun gweithredu.
- Mae ansawdd y gofal meddygol aciwt yn y 48 awr gyntaf yn ffactor hynod bwysig gyda phenderfynu'r canlyniad clinigol ac rydym yn cydnabod bod angen gwarantu ansawdd y gofal hwn a mynediad ato, 24 awr y dydd a saith diwrnod yr wythnos (24/7).
- Dylai cleifion sy'n dioddef o salwch difrifol gael eu gweld gan yr



Dogfennau Cyfeiriol

ymgyngorydd ar-alwad cyn gynted ag y bo modd a dylai fod trefniadau clir yn eu lle i gynnwys yr ymgynghorydd yn fuan yn y gofal am gleifion sy'n arbennig o sâl.

- Wrth gynllunio trefniadau'r gweithlu, dylid disgwyl i feddyg ymgynghorol dreulio un sesiwn pedair awr o waith rhaglen (PA) yn darparu gofal clinigol uniongyrchol yn ystod PTWR. Dylai hyn roi cyfle i'r ymgynghorydd ar-alwad asesu pob claf newydd yn ystod y PTWR, adolygu'r achos a'r gwaith papur perthnasol, a siarad â pherthnasau...

Report of the Mid Staffordshire NHSFT Public Inquiry, wedi'i gadeirio gan Robert Francis QC, Chwefror 2013

'Y claf ddylai fod y flaenoriaeth gyntaf ym mhopeth a wneir gan y GIG'. O fewn adnoddau derbyniol, rhaid iddynt dderbyn gwasanaethau effeithiol gan staff gofalgar, tosturiol ac ymroddedig sy'n gweithio fel rhan o ddiwylliant cyffredin, a rhaid eu gwarchod rhag cael niwed diangen a rhag eu hamddifadu o'u hawliau sylfaenol'.

Rising to the Challenge: Improving acute care, meeting patients' needs in Wales, Coleg Brenhinol Meddygon Cymru, 2015

Safer care for the acutely ill patient: learning from serious incidents, Yr Asiantaeth Genedlaethol Diogelwch Cleifion – NPSA, 2007 a 2010

- Adroddiad sy'n nodi ac adnabod rhai o'r meysydd risg, a hefyd y pethau y gallai cyrff y GIG eu gwneud yn syth i sicrhau bod cleifion sy'n wirioneddol sâl yn cael eu monitro a'u rheoli'n effeithiol.
- Mae'r diffiniad o ddigwyddiad difrifol sydd angen ymchwilio iddo'n cynnwys marwolaeth annisgwyl neu y gellid bod wedi'i hosgoi, a niwed difrifol sy'n byrhau disgwyliad oes, poen estynedig neu niwed seicolegol.

Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management, Y Sefydliad Cenedlaethol dros Iechyd a Rhagoriaeth Glinigol, CG68, 2008

The Best Configuration of Hospital Services for Wales: A Review of the evidence, Yr Athro Marcus Longley, Athrofa Iechyd a Gofal Cymdeithasol Cymru, 2012

The Trainee Doctor, Y Cyngor Meddygol Cyffredinol, 2011

Law yn Llaw at Iechyd, Llywodraeth Cymru, 2011

