

Adref yn Ddiogel

Rhyddhau Cleifion yn Effeithiol o'r Ysbyty





Cynnwys

Rhagair	3
Cyflwyniad	4
Dadansoddiad	5
Ystyriaethau ar gyfer y Dyfodol	9
Achosion	10
Geirfa	29
Cyfrifoldeb a rôl yr ombwdsmon	29
Rhestr Cyfeiriadau	30

www.ombudsman.wales

communications@ombudsman-wales.org.uk

[@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 fy mhenodi'n Ombwdsmon yn 2014, mae'r gwasanaethau iechyd wedi cynhyrchu'r nifer fwyaf o gwynion ar draws gwasanaethau cyhoeddus yng Nghymru. Eleni, er ein bod wedi gweld gostyngiad o 2% yng nghyfanswm y nifer o gwynion, cynyddodd cwynion am fyrddau iechyd 11% o 676 yn 2016/17 i 747 yn 2017/18.

Felly, ni fydd yn syndod fod dau o'r tri adroddiad thematig yr wyf wedi'u cyhoeddi yn ystod fy naliadaeth wedi bod yn benodol gysylltiedig ag iechyd. Mae gweledigaeth fy swyddfa yn ddiwylliant gwasanaeth cyhoeddus sy'n rhoi gwerth ar gwynion ac sy'n dysgu yn eu sgil i wella darpariaeth gwasanaeth cyhoeddus; Rwy'n gweld yr adroddiadau thematig fel mecanwaith i hyrwyddo'r dysgu hwnnw.

Mae bil yr Ombwdsmon Gwasanaeth Cyhoeddus (Cymru) yn parhau i wneud cynnydd drwy'r broses ddeddfwriaethol ac rwy'n obeithiol y bydd gennym Ddeddf newydd ar waith erbyn 2019. Bydd hyn yn creu ffyrdd arloesol i wella safonau delio â chwynion a darpariaeth gwasanaeth. Un o'r rhain yw'r defnydd o ymchwiliadau ar fy liwt fy hun - offer mwy rhagweithiol ar gyfer ymchwilio i faterion systematig. Ni fydd hyn yn disodli adroddiadau thematig, ond yn hytrach, ei ategu.

Amlygodd fy adroddiad thematig cyntaf 'Y Tu allan i oriau: Amser i Ofalu', nifer o themâu, gan gynnwys diffyg darpariaeth ymgynghorwyr, diffyg uwch-oruchwyliaeth a methiant i gwrdd â safonau gofal gofynnol. O ganlyniad, cytunodd Llywodraeth Cymru i annog rhaglen adolygu cymheiriaid i mewn i ofal am gleifion sy'n ddifrifol wael ac sy'n dirywio ar draws Gymru. Mae'r gwaith hwnnw'n barhaus.

Mae'r adroddiad hwn yn edrych ar fater hollbwysig arall o fewn y system gofal iechyd- rhyddhau claf o'r ysbyty. Rwy'n gobeithio, yn y flwyddyn sy'n nodi 70 mlynedd ers y Gwasanaeth Iechyd Gwladol, fod hwn yn faes lle gall y gwersi o gwynion roi rhywfaint o fewnwelediad i ble mae pethau wedi mynd o'i le, a lle gall gwasanaethau cyhoeddus wneud yn well.

Dywedodd yr athronydd Tsieineaidd gwych, Confucius, fod tair ffordd o ddysgu doethineb - drwy fyfyrto, drwy efelychu a thrwy brofiad. Rwy'n gobeithio, mewn rhyw ran fach, fod yr adroddiad thematig hwn yn cynnig y cyfle i wneud pob un o'r tri!

Nick Bennett
Ombwdsmon Gwasanaeth Cyhoeddus Cymru



Cyflwyniad

Mae'n naturiol bod cleifion yn awyddus i fynd adref ac i adennill peth o'u hannibyniaeth ar ôl cyfnod mewn ysbyty. Gall gadael ysbyty fod yn broses anodd ac emosiynol ac, i lawer, mae'n gyfle i ddychwelyd i fywyd normal ac at anwyliaid neu ofalwyr ar ôl cyfnod trawmatig.

Yng Nghymru, mae tua 750,000 o achosion o dderbyn a rhyddhau i mewn ac allan o ysbytai bob blwyddyn.¹ Ni fydd angen rhagor o ofal a chymorth ar y rhan fwyaf o gleifion ar ôl iddynt adael yr ysbyty. Fodd bynnag, bydd gan tua 20% o gleifion anghenion iechyd a / neu ofal cymdeithasol ar ôl cael eu rhyddhau.² Mae cleifion o'r fath yn ymddiried mewn gweithwyr meddygol proffesiynol i sicrhau bod eu rhyddhau'n cael ei gynllunio'n dda ac yn ddiogel.

Mae canllawiau cenedlaethol eglur sy'n helpu i sicrhau bod cleifion yn cael eu rhyddhau'n ddiogel ac amserol o'r ysbyty.³ Mae'r rhain yn hybu dull aml-asiantaeth ac amlbroffesiwn i gynllunio a rheoli ochr yn ochr â chyfathrebu effeithiol sy'n rhoi'r claf yng nghanol y broses ryddhau. Gelwir ar Fyrdau ac Ymddiriedolaethau Iechyd i sicrhau bod gan bob ysbyty weithdrefnau eglur ar waith ar gyfer rhyddhau cleifion i sicrhau 'smooth transition from one stage of care to the next'.⁴

Mae'n amlwg yn ôl llwyth achosion yr Ombwdsmon bod y canllawiau hyn, mewn rhai achosion, yn cael eu hanwybyddu neu nid ydynt yn cael eu dilyn gan staff ysbytai. Gall hyn beryglu diogelwch cleifion ac arwain at eu haildderbyn i'r ysbyty a methiannau i ddiwallu anghenion cleifion.

Rydym wedi cynnal dadansoddiad thematig, o 16 o achosion mae swyddfa'r Ombwdsmon wedi ymchwilio iddynt, i greu ciplun sy'n amlygu nifer o bryderon ynglŷn â rhyddhau cleifion o ysbytai. Nid yw'r achosion a ystyrir yma'n adlewyrchiad o'r gwasanaeth a ddarperir bob dydd gan y GIG yng Nghymru, ac nid ydynt ychwaith yn benodol i Gymru – mae pryderon tebyg wedi cael eu lleisio gan wasanaethau iechyd eraill yn y DU.⁵

Mae'r achosion yn y dadansoddiad hwn yn amlygu meysydd lle gellid gwneud gwelliannau er budd cleifion ac mae'n bwysig ein bod yn dysgu gwersi yn eu sgîl i sicrhau bod cleifion yn cael gofal o'r ansawdd uchaf yn ystod ac ar ôl cael eu rhyddhau o'r ysbyty.

¹ Swyddfa Archwilio Cymru (2017) Cynllunio i Ryddhau Cleifion – Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro; Swyddfa Archwilio Cymru (2018) Cynllunio i Ryddhau Cleifion – Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg.

² Ibid.

³ Welsh Government (2016) NHS Planning Framework 2017/20; NICE Guideline (2015) Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs; Welsh Government (2013) Integrated Assessment, Planning and Review Arrangements for Older People; Welsh Government, (2011) Supplementary Guidance to WHC 2005 Procedures when discharging patients from hospital to a care setting; National Leadership and Innovation Agency for Healthcare (2008) Passing the Baton – A Practical Guide to Effective Discharge Planning; Welsh Health Circular (2005) Hospital Discharge and Planning Guidance. National Assembly for Wales; Welsh Health Circular (2002) Intermediate Care Guidance. National Assembly for Wales Circular.

⁴ Welsh Health Circular (2005) ibid, p.15

⁵ Parliamentary and Health Services Ombudsman, (2016) A report of investigations into unsafe discharge from hospital; Healthwatch England, (2015) Safely home: What happens when people leave hospital and care settings? Special inquiry findings.



Dadansoddiad

O'r achosion sydd wedi'u cynnwys yma, mae pum thema sylfaenol wedi'u nodi a'u trafod isod. Mae'r themâu hyn yn dangos y meysydd lle mae darparwyr gwasanaeth yn ddiffygiol wrth ddilyn gweithdrefnau rhyddhau cleifion. Y rhain yw:

1. Nid yw uwch feddygon ac ymgynghorwyr yn cael eu cynnwys ddigon yn y broses ryddhau.
2. Diffyg cyfathrebu effeithiol mewn a rhwng ysbytai ac â gwasanaethau cymunedol.
3. Diffyg cynllunio effeithiol i ryddhau cleifion.
4. Diffyg trefnu o ran gofal a rhyddhau cleifion yn effeithiol.
5. Methiant i gynnwys aelodau'r teulu a / neu ofalwyr yn y broses ryddhau.

Nodwyd fod methiant mewn un neu fwy o'r meysydd hyn arwain at, neu'n cynyddu'r tebygrwydd, o'r canlyniadau canlynol: trallod a / neu anghysur i gleifion a / neu'r teulu, dioddef dros gyfnod hwy i'r claf, rhyddhau cleifion yn gynnar lle nad yw'n ddiogel yn glinigol i wneud hynny, aildderbyn i'r ysbyty a diffygion mewn darparu parhad mewn gofal ar ôl rhyddhau'r claf o'r ysbyty.

1. Nid yw uwch feddygon ac ymgynghorwyr yn cael eu cynnwys ddigon yn y broses ryddhau.

Rydym wedi canfod, mewn nifer o achosion, bod cleifion yn cael eu rhyddhau heb asesu a monitro priodol gan ymgynghorwyr. Yn ein hachosion ni, nid oedd uwch feddyg wedi cymryd gofal digonol i adolygu'r claf yn llawn, nid oedd wedi adolygu'r claf o fewn amserlen briodol nac wedi bod yn bresennol ar unrhyw adeg yn ystod derbyniad y claf i'r ysbyty.

Rydym wedi canfod, mewn nifer o achosion, bod cleifion yn cael eu rhyddhau heb asesu a monitro priodol gan ymgynghorwyr. Yn ein hachosion ni, nid oedd uwch feddyg wedi cymryd gofal digonol i adolygu'r claf yn llawn, nid oedd wedi adolygu'r claf o fewn amserlen briodol nac wedi bod yn bresennol ar unrhyw adeg yn ystod derbyniad y claf i'r ysbyty.

Mae hyn yn amlwg yn achosion Mrs K a Mr L, y gellid bod wedi lleihau dioddefaint ac aildderbyn i'r ysbyty pe bai cyfnodau o arsylwi wedi digwydd a phe baent wedi cael adolygiadau neu archwiliadau meddygol pellach gan uwch feddygon cyn, ac ar ôl, cael eu rhyddhau.



Dadansoddiad

Mae'n hysbys bod prinder gweithwyr cyfredol mewn arbenigeddau meddygol yn cael effaith sylweddol ar y system gofal iechyd yng Nghymru.⁶ Mae heriau mewn recriwtio meddygol, sy'n fwy amlwg mewn ardaloedd gwledig, yn gallu cael effaith fwy eang ar y ddarpariaeth cymorth a gwasanaethau proffesiynol.⁷ Er hynny, mae angen sicrhau, pan fo'n briodol, bod uwch feddygon wedi'u cynnwys yn y broses ryddhau, a bod staff meddygol yn cael hyfforddiant priodol i ddeall gweithdrefnau rhyddhau'n drylwyr a'u bod yn gyfarwydd â pholisïau perthnasol.

2. Cyfathrebu effeithiol mewn a rhwng ysbytai ac â gwasanaethau cymunedol

Mae cyfathrebu effeithiol yn hybu cydweithio a chydlyn. Mae'n hanfodol bod cyfathrebu'n llifo'n effeithlon ar bob lefel a rhwng sefydliadau a bod asesiadau, cynlluniau a statws iechyd y claf ar gael ar lefelau ysbyty a chymunedol.⁸

Yn ein hachosion ni, roedd y cyfathrebu rhwng yr ysbyty a gwasanaethau cymunedol yn annigonol weithiau, neu nid oedd tystiolaeth o gwbl ohono. Mae enghreifftiau o fethiannau i gyfleu cyfarwyddiadau'n briodol ar ddefnyddio meddyginiaethau ac ar gyfer triniaeth ddiwedd oes.

Yn achos Mr M, roedd methiannau cyfathrebu rhwng staff yr ysbyty, staff nyrsio cymunedol a gweithwyr cymdeithasol wedi golygu bod y pecyn gofal cartref a gafodd yn annigonol o ran lefel ac amllder i ddiwallu ei anghenion.

Gall diffygion mewn cyfathrebu rhwng staff ysbytai a gwasanaethau cymunedol arwain at ofal datgymalog ac ysbeidiol, neu fethiant i sicrhau bod gofal arbenigol yn cael ei ddarparu gan wasanaethau cymdeithasol ar ôl i glaf gael ei ryddhau o'r ysbyty.

Mae cyfathrebu a rhannu gwybodaeth yn ganolog i ganllawiau Llywodraeth Cymru.⁹ Mae cyfathrebu effeithiol ac effeithlon rhwng ac o fewn sefydliadau gofal sylfaenol ac eilaidd yn allweddol i gau'r bwlch gofal rhwng ysbytai a lleoliadau cymunedol. Mae cael dealltwriaeth glir o anghenion iechyd a gofal y claf pan fydd yn gadael yr ysbyty yn gallu paratoi gwasanaethau cymunedol yn well a gall ddiogelu cleifion rhag gofal annigonol.

Bydd parhad yn y cymorth i ddatblygu a defnyddio systemau e-gyfathrebu, fel Porth Cyfathrebu Clinigol Cymru (WCCG) a System Wybodaeth Gofal Cymunedol Cymru (WCCIS), yn gwella effeithlonrwydd cyfathrebu rhwng ysbytai a gwasanaethau cymunedol yn fawr a bydd yn hyrwyddo rhannu ymarfer da a ffyrdd arloesol o weithio.¹⁰

⁶ Cynulliad Cenedlaethol Cymru (2017) Recriwtio Meddygol, y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon, t.30.

⁷ Conffederasiwn GIG Cymru (2018) Rural Health and Care Services in Wales, t.4.

⁸ Welsh Health Circular (2005) op cit n.3, s.21; NICE Guideline (2015) op cit, n.3, s. 1.5.5

⁹ Welsh Government (2013) op cit, n.3.

¹⁰ Mae'r rhain yn brosiectau peilot sy'n cyflwyno e-ryddhau sy'n digwydd ar unwaith ac sy'n golygu nad oes angen pryderu y bydd yn mynd ar goll yn y post.



Dadansoddiad

3. Cynllunio'n effeithiol i ryddhau cleifion

Mae cynllunio effeithiol i ryddhau cleifion yn helpu systemau iechyd a gofal cymdeithasol i redeg yn esmwyth ac i ddiwallu anghenion cleifion. Mae rhyddhau wedi'i gynllunio'n hwyluso defnydd effeithlon o adnoddau, wrth sicrhau cymorth i unigolion a'u teuluoedd / a neu ofalwyr pan fyddant yn dychwelyd adref neu'n cael eu trosglwyddo i leoliad iechyd neu ofal cymdeithasol arall. Gall cynllunio aneffeithiol adael cleifion heb y gofal priodol sydd ei angen arnynt. Mae hyn yn arbennig o amlwg os yw claf yn agored i niwed neu'n cael gofal diweddd oes. Roedd Mr T yn cael gofal lliniarol, ond roedd methiannau cynllunio wedi golygu ei fod ef a'i deulu wedi mynd heb wasanaethau cymorth priodol, fel Tîm Gofal Lliniarol Cymunedol, dros gyfnod y Nadolig. Roedd hyn wedi golygu bod Mr T wedi dioddef yn ddiangen yn y dyddiau cyn ei farwolaeth ac wedi golygu pwysau a thrallod ychwanegol i'w deulu.

Hefyd, pan fydd rhyddhau cleifion yn cael ei gynllunio'n effeithiol mae modd rhagweld pa bryd fydd triniaeth claf yn debygol o fod yn anodd i'w ddarparu ar ôl iddo adael yr ysbyty. Gellir wedyn wneud trefniadau i fynd ati'n rhagweithiol i gyflawni hyn. Cafodd Mrs E ei throsglwyddo i ysbyty cymunedol ond ni allai gael y driniaeth briodol am nad oedd y staff yno wedi cael hyfforddiant priodol. Roedd hyn yn gadael Mrs E yn agored i gymhlethdodau iechyd pellach ac arweiniodd at bwysau ychwanegol ar ysbyty arall pan ddirywiodd ei chyflwr.

Dylai byrddau iechyd sicrhau bod llwybrau rhyddhau penodedig, sy'n nodi'r broses a'r camau sydd eu hangen i sicrhau parhad yng ngofal cleifion ar ôl iddynt adael yr ysbyty. Dylai'r cynllunio gynnwys asesiadau gofal a chymorth priodol fel y bydd cleifion yn cael y gwasanaeth sy'n addas ar eu cyfer. Bydd mwy o fynediad at hyfforddiant i staff, trwy ddefnyddio technoleg a datblygu pecynnau e-ddysgu, helpu i gynyddu a chynnal gwybodaeth am gynllunio i ryddhau, gan helpu trefniadau rhyddhau priodol, hyd yn oed yn ystod cyfnodau prysur.

4. Trefnu o ran gofal a rhyddhau cleifion yn effeithiol

Mae trefnu aneffeithiol yn effeithio ar y cyfathrebu rhwng staff ysbytai a gwasanaethau cymunedol, a gall arwain at fethiant i rannu gwybodaeth. Gall methiannau mewn trefniadau cadw cofnodion effeithlon ac i ddarparu hysbysiadau rhyddhau amserol a nodiadau trosglwyddo meddygol niweidio parhad gofal i gleifion ar ôl iddynt gael eu rhyddhau o'r ysbyty.



Dadansoddiad

Mae trefnu aneffeithiol yn yr ysbyty yn amlwg yn achos Mr B. Pan gafodd ei ryddhau'n ôl i'r cartref gofal, nid oedd yr ysbyty wedi darparu nodiadau trosglwyddo na chynghor i staff y cartref gofal staff am ei driniaeth. Nid oedd ychwaith wedi cwblhau hysbysiad rhyddhau tan bythefnos ar ôl ei ryddhau.

5. Cynnwys y claf, teulu a / neu ofalwyr yn y broses ryddhau

Dylai cleifion, teuluoedd a gofalwyr gael eu cynnwys yn briodol ym mhob cam o'r broses ryddhau. Mae paratoi perthnasau neu ofalwyr yn ddigonol yn hanfodol i'w galluogi i ymdopi â gofal am y claf ar ôl ei ryddhau a'u bod yn ymwybodol o risgiau posibl neu unrhyw ddirywiad pellach.

Nid oedd gwragedd Mr P na Mr D wedi eu cynnwys mewn trafodaethau am ofal eu gwŷr. Roedd hyn yn golygu na chawsant gyfle i fynegi eu pryderon ac i dynnu sylw at eu hanghenion, ac roeddent wedi eu gadael heb ddigon o wybodaeth am gyflwr eu gwŷr. Ni chafodd Mrs D gyfle i wneud dewisiadau am ofal a thriniaeth ei gwŷr. Nid oedd yr un o'r ddwy ohonynt wedi cael eu paratoi'n ddigonol i ymdopi â'r dirywiad yn iechyd eu gwŷr.

Dylai'r broses ryddhau ganolbwyntio ar y claf, a dylai'r cynllun gofal a chymorth ystyried y teulu a gofalwyr. Byddai rhannu gwybodaeth am y broses ryddhau, trwy ganllawiau a thaflenni hawdd eu darllen i bob claf a'u teuluoedd, yn helpu i gynyddu eu dealltwriaeth o risg, rheoli gofal a disgwyliadau.

Bydd cefnogaeth barhaol ar gyfer datblygu a defnyddio systemau e-cyfathrebu, megis Porth Cyfathrebu Clinigol Cymru (WCCG) a System Wybodaeth Gofal Cymunedol Cymru (WCCIS) yn gwella effeithiolrwydd cyfathrebu rhwng ysbytai a gwasanaethau cymuned ac yn hyrwyddo rhannu ymarfer da a dulliau arloesol o weithio.



Ystyriaethau ar gyfer y Dyfodol

Yn dilyn y dadansoddiad thematig hwn, mae nifer o feysydd sydd angen eu gwella yn y dyfodol. Dylai byrddau iechyd, Meddygon Teulu ac awdurdodau lleol sicrhau bod:

1. Pan fo'n briodol, uwch feddygon wedi'u cynnwys yn y broses ryddhau
2. Staff meddygol yn cael hyfforddiant digonol er mwyn sicrhau bod ganddynt ddealltwriaeth drylwyr o bolisiau a gweithdrefnau rhyddhau
3. Asesiadau priodol yn cael eu cynnal cyn rhyddhau cleifion a bod cynllunio ar gyfer rhyddhau'n rhoi'r claf yn ganolog i'r broses
4. Cyfathrebu effeithiol rhwng ac o fewn sefydliadau gofal sylfaenol ac eilaidd, ac â gwasanaethau cymdeithasol
5. Y teulu a gofalwyr / aelodau'r teulu wedi'u cynnwys yn y broses ryddhau a bod gwybodaeth berthnasol yn cael ei rhannu â hwy yn ystod y broses ryddhau



Achosion

Stori Mr A

Cafodd Mr A ei eni â spina bifida ac roedd ganddo hanes hir o heintiau'r arennau rheolaidd a dim ond un aren weithredol, felly roedd wedi bod o dan ofal yr adran Wroleg ers nifer o flynyddoedd. Roedd yn cathetereiddio ei hun yn rheolaidd i wagio ei bledren tua theirgwaith y dydd. Roedd rhwystr yn ei aren chwith (hydroneffrosis) ac nid oedd yn weithredol.

Cafodd Mr A ei dderbyn i'r ysbyty ar 11 Medi 2011 dan amheuaeth o haint ar ei aren, lle cafodd wrthfotigau a'i ddadhyradu â hylifau mewnwythiennol. Dangosodd ei gofnodion meddygol ei fod yn anemig, ei fod wedi colli pwysau ac nad oedd ganddo archwaeth am fwyd. Cadarnhaodd sgan uwchsain ddeuddydd yn ddiweddarach hydroneffrosis ac amheuaeth o pyoneffrosis (hydroneffrosis heintiedig) ar yr aren chwith. Ystyriwyd sgan CT a neffrostomi¹¹ ond ni aethpwyd ymlaen â hynny.

Cynhaliwyd yr unig adolygiad gan ymgynghorydd bedwar diwrnod ar ôl ei dderbyn i'r ysbyty. Daeth yr ymgynghorydd i'r casgliad y gellid rhyddhau Mr A os na fyddai'n dioddef twymyn neu gynnydd yn ei dymheredd yn ystod y 48 awr nesaf. Fodd bynnag, cafodd ei ryddhau ar y diwrnod canlynol heb adolygiad arall.

Dylai apwyntiad fod wedi'i drefnu i Mr A gael ei adolygu dair wythnos yn ddiweddarach ond ni wnaethpwyd hynny. Ar ôl cais brys gan Feddyg Teulu cafodd ei weld mewn clinig gan gofrestrydd ar 15 Tachwedd. Er bod ei boen yn yr abdomen yn parhau a'i anemia yn gwaethygu, ni chafodd brofion gwaed yn ystod yr apwyntiad hwn. Yn ôl ei dad, parhaodd Mr A i gwyno o boenau yn ei abdomen, blinder a cholli pwysau.

Cafodd ei atgyfeirio gan ei Feddyg Teulu at Haematoleg, Gastroenteroleg ac, eto, at Wroleg, ond ni chynhaliwyd adolygiad. Cafodd ei dderbyn i ysbyty gwahanol ar 27 Chwefror 2012 gyda sepsis difrifol ac yn anffodus bu farw'r diwrnod canlynol. Cadarnhaodd post-mortem 'haint aciwt neu gronig ar yr aren' fel achos marwolaeth Mr A.

Ymchwiliad

Canfu'r Ombwdsmon nad oedd dim gwybodaeth wedi'i rhoi i Mr A na'i deulu am gynlluniau ar gyfer parhau â'i ofal, nac am y risg o haint cronig a fodolai o hyd ac, yn wir, sepsis aciwt. Nid oedd cynllun ar waith i roi sylw i'r pwysau roedd Mr A yn ei golli ac nid oedd cofnod bod gwrthfotigau wedi'u rhagnodi ar adeg ei ryddhau.

¹¹ Symudiad llawfeddygol y coluddyn



Achosion

Dim ond un adolygiad gan ymgynghorydd a fu mewn naw niwrnod, heb adolygiad gan uwch feddyg cyn i Mr A gael ei ryddhau. Roedd y cyfathrebu rhwng ymgynghorwyr yn annigonol a dweud y lleiaf, a bod hynny wedi arwain at ofal darniog. Mae'n ymddangos bod yr adroddiad radioleg, a oedd yn awgrymu pyoneffrosis gyda'i risg o sepsis difrifol, wedi cael ei anwybyddu.

Nododd yr Ombwdsmon ddiffygion yn y ffordd yr oedd cyflwr Mr A wedi cael ei reoli, ac yn benodol y diffyg brys cyn trefnu apwyntiad cynnar iddo fel claf allanol ac apwyntiadau dilynol. Roedd methiant i asesu a monitro'n briodol yr haint cronig ar yr aren. Collwyd cyfle i gael triniaeth a allai fod wedi newid ei ganlyniad trist. Dylai ymchwiliadau pellach fod wedi'u cynnal cyn rhyddhau Mr A – heb amheuaeth roedd wedi cael ei ryddhau'n rhy gynnar, ac mewn ffordd nad oedd yn briodol na diogel.

Argymhellion

Argymhellodd yr Ombwdsmon y dylai'r Bwrdd Iechyd ymddiheuro am y diffygion a nodwyd a thalu swm o £5000 i gydnabod trallod y teulu. Gofynnwyd am gadarnhad bod adolygiad o'r achos wedi'i gynnal a bod camau wedi'u cymryd i roi sylw i'r diffygion a nodwyd, gan gynnwys ei ryddhau'n gynnar.

Stori Mr B

Yn dilyn atgyfeiriad gan ei gartref gofal, cafodd Mr B ei dderbyn i'r ysbyty ar 19 Medi 2013 oherwydd dirywiad yng ngweithrediad ei arennau, lefelau cynyddol o botasiwm a brech eang ar ei groen. Roedd ganddo hanes o glefyd cronig ar yr arennau, pwysedd gwaed uchel a chanser y prostad a chathetr wrinaidd mewnol tymor hir.

Er na fu dim gwelliant arwyddocaol yng nghanlyniadau ei brofion gwaed, cafodd Mr B ei ryddhau'n ôl i'r cartref gofal y diwrnod canlynol. Y diwrnod wedyn, daeth ei Feddyg Teulu i'w weld yn ei gartref nyrsio, a threfnodd ei fod yn cael ei dderbyn i ysbyty gwahanol oherwydd y frech nad oedd yn gwella, y dirywiad sylweddol yng ngweithrediad ei aren a'i 'ddirywiad cyffredinol'.

Yn ystod yr wythnosau dilynol cafodd Mr B driniaeth gan y Tim Arennol, ac yn y diwedd cafodd ei ryddhau ar 5 Tachwedd. Yn anffodus, bu farw Mr B ychydig fisoedd yn ddiweddarach yn ei gartref gofal. Ni chafodd hysbysiad rhyddhau ar ôl iddo gael ei dderbyn y tro cyntaf ei gwblhau tan 3 Hydref – bythefnos ar ôl iddo gael ei ryddhau.



Achosion

Ymchwiliad

Barnwyd fod rhyddhad cyntaf Mr B yn anniogel yn glinigol oherwydd difrifoldeb ei gyflwr arenol ar y pryd. Cafodd canlyniadau ei brofion gwaed eu trafod gan feddygon yr Adran Achosion Brys, ond nid oeddent wedi cynnwys ymgynghorydd.

Ni chymerwyd unrhyw gamau i roi sylw i lefelau potasiwm Mr B, a oedd yn beryglus o uchel, er y dylai fod wedi cael ei atgyfeirio at glinigwr a oedd yn arbenigo yn yr arenau. Hefyd, ni chafodd haint wrinaidd posibl ei drin.

Cyfaddefodd y Bwrdd lechyd nad oedd wedi darparu hysbysiad rhyddhau prydlon, a'i fod felly wedi methu â darparu unrhyw nodiadau trosglwyddo meddygol na chynghor i staff y cartref gofal ar driniaeth Mr B ar adeg ei ryddhau.

Er nad oedd dim tystiolaeth i awgrymu bod Mr B wedi dioddef niwed ar ôl cael ei ryddhau y tro cyntaf, roedd posibilrwydd y gallai niwed sylweddol fod wedi digwydd oni bai bod ei Feddyg Teulu wedi ymyrryd i drefnu ei fod yn cael ei dderbyn i ysbyty arall.

Argymhellion

Gwnaeth yr Ombwdsmon nifer o argymhellion a oedd yn cynnwys bod y Bwrdd lechyd yn sicrhau bod crynodebau rhyddhau'n cael eu paratoi'n brydlon a'u bod yn cael eu rhannu â sefydliadau partner pan fydd cleifion yn cael eu rhyddhau. Hefyd, gofynnwyd i'r Bwrdd lechyd atgoffa staff o bwysigrwydd cyfathrebu effeithiol â chleifion, a'u teuluoedd neu ofalwyr, yn gysylltiedig â'u rhyddhau.

Stori Mr D

Cwynodd Mrs D am y gofal a gafodd ei diweddar ŵr rhwng 24 Rhagfyr 2014 a 30 Ionawr 2015. Roedd dementia ar Mr D gyda nam lleferydd a gwybyddol, ac roedd yn breswlydd mewn cartref gofal Henoed Eiddil eu Meddwl (EMI). Fe'i hanfonwyd i'r SAU (Uned Asesu Llawfeddygol) ar 24 Rhagfyr 2014 am fod gwaed wedi'i weld yn ei wrin a gosodwyd cathetr wrinaidd. Cafodd ei symud i'r ward Wroleg lle cynhaliwyd cystoscopi a biopsi ar y bledren. Roedd yn aml yn gythryblus yn ystod ei arhosiad yn yr ysbyty. Cafodd y cathetr yn ei bledren ei dynnu ar 31 Rhagfyr a chafodd ei ryddhau'n fuan ar ôl hynny.

Cafodd ei aildderbyn y diwrnod canlynol yn fwy cythryblus a chydaw mwy o boen yn ei abdomen am na allai basio wrin a bod hynny wedi achosi pledren chwyddedig, a bu'n rhaid gosod cathetr arall. Ar ôl iddo gael ei dderbyn yr eildro, datblygodd niwmonia. Cafodd ei ryddhau i gartref nyrsio arall ar 30 Ionawr.



Achosion

Roedd histoleg i fiopsi'r bledren a oedd yn cadarnhau canser ar gael ar ôl 8 Ionawr, ond ni chafodd y teulu ei hysbysu tan 20 Chwefror gan eu Meddyg Teulu. Yn anffodus bu farw Mr D ar 13 Chwefror.

Ymchwiliad

Ni allai'r Bwrdd Iechyd ddweud a oedd y claf wedi pasio wrin cyn cael ei ryddhau, ond nid oedd tystiolaeth ei fod wedi gwneud, a chafodd ei ryddhau'n fuan ar ôl tynnu'r cathetr. Mae'r rhan fwyaf o ganllawiau'n argymhell cyfnod arsylwi o chwe awr, fel arfer gyda sgan o'r bledren ar ôl pasio wrin, i sicrhau bod y bledren yn gwagio. Mae hyn yn bwysicach fyth yn achos cleifion â dementia. Nid yw'n amlwg yn ôl cofnodion Mr D pam ei fod wedi ei ryddhau heb gathetr; fodd bynnag, os barnwyd nad oedd yn ddiogel yn feddygol i osod un yna dylid bod wedi oedi cyn ei ryddhau.

Nid oedd unrhyw ddogfennaeth ryddhau benodol na chynlluniau gofal wedi'u cynnwys yng nghofnodion meddygol Mr D. Nid oedd unrhyw arwyddion o unrhyw gyfathrebu â'r cartref preswyl ynglŷn â'i ryddhau. Hefyd, roedd safon y cofnodion a gadwyd ar gyfer cwblhau siartiau hylif dyddiol yn wael.

Argymhellion

Gofynnwyd i'r Bwrdd Iechyd ymddiheuro i Mrs D am y ffordd anfoddhaol roedd wedi rheoli trefniadau rhyddhau ei gŵr o'r ysbyty.

Gofynnodd yr Ombwdsmon i'r Bwrdd Iechyd atgoffa pob aelod o staff a oedd yn gysylltiedig â rhyddhau Mr D o bwysigrwydd arferion cadw cofnodion da, ac i ddarparu hyfforddiant ar bolisiau a gweithdrefnau perthnasol ar gyfer cynllunio'n briodol i ryddhau cleifion â chathetr.

Stori Mr F

Cwynodd Mrs F am ofal ei gŵr a'i ryddhau dridiau ar ôl llawdriniaeth apendectomi¹² ar 27 Gorffennaf 2015.

Cafodd Mr F ei dderbyn i'r ysbyty â phoen yn ei abdomen. Roedd wedi datblygu llid y pendics a chafodd lawdriniaeth yn ddiweddarach y diwrnod hwnnw. Cafodd ei lawdriniaeth twll clo ei newid yn llawdriniaeth agored oherwydd cymhlethdodau. Cafodd ei lawdriniaeth ei chofnodi fel 'llawdriniaeth ddofn, anodd'.

Ar 30 Gorffennaf, roedd yn dal i gael ocsigen, roedd y clwyf yn diferu ac roedd haint a ganfuwyd yn y clwyf yn cael ei drin â gwrthfotigau. Hefyd, roedd ei sgôr NEWS¹³ yn 3 ('Bygythiad, salwch

¹² Gweler yr Eirfa am ddiffiniad

¹³ See Glossary for meaning



Achosion

aciwt neu glefyd cronig ansefydlog') ond barnwyd ei fod yn ddigon da i gael ei ryddhau. Nid yw'n amlwg a oedd wedi'i adolygu gan yr ymgynghorydd cyfrifol ar ôl ei lawdriniaeth, gan nad oedd Mr F yn ei wely yn ystod rownd wardiau'r diwrnod canlynol.

Cafodd Mr F ei aildderbyn ar ôl cael ei rhyddhau gan ei fod yn teimlo'n boeth a chwyslyd gyda phoen yn ei abdomen o gwmpas clwyf y llawdriniaeth. Roedd abdomen Mr F wedi chwyddo ac yn dyner gyda thystiolaeth o lid yr isgroen¹⁴ o gwmpas y clwyf. Bu'n rhaid iddo gael llawdriniaeth arall ar 3 Awst, pan ail-agorwyd y clwyf i olchi clwyf heintus. Cafodd ei ryddhau am yr eildro ar 5 Awst.

Ymchwiliad

Mae'n debyg bod yr haint ar glwyf y llawdriniaeth yn bresennol pan gafodd ei ryddhau, a byddai wedi bod yn ymarfer clinigol derbyniol i ryddhau'r claf gyda'r wybodaeth hon os byddai'r claf yn cael triniaeth ddilynol yn y gymuned.

Fodd bynnag, ar 30 Gorffennaf, codwyd NEWS Mr F i 3 a oedd yn golygu y dylai'r nyrs â gofal gael ei hysbysu ac y dylai'r arsylwi gael ei ailadrodd o fewn awr. Ni ddigwyddodd hynny. Nid oedd arsylwadau Mr F yn sefydlog ac roeddent yn dangos cynnydd yng nghuriad y galon, ac roedd yn dal i gael ocsigen. Oherwydd hynny, nid oedd yn briodol i'w ryddhau.

Argymhellion

Gofynnwyd i'r Bwrdd Iechyd i ymddiheuro i Mrs F am y trallod â'r ansicrwydd a ddeilliodd o ryddhau Mr F mewn modd amhriodol.

Gofynnodd yr Ombwdsmon i'r Bwrdd Iechyd rannu'r adroddiad â'r staff a oedd yn gysylltiedig â'r achos er mwyn iddynt fyfyrion ar y canfyddiadau.

Stori Mr J

Gwnaethpwyd diagnosis o ddementia ar Mr J, 84 oed, yn 2013. Yn 2014, dechreuodd golli pwysau ac yn dilyn adolygiad gan ei Feddyg Teulu gwnaethpwyd diagnosis o ganser y prostrad a dechreuwyd ar gwrs o therapi hormonau. Roedd yn cwyno am boenau yn ei gefn a'i gluniau, a syrthiodd yn ei gartref. Cafodd ei dderbyn i ysbyty fel achos brys ar ddydd Sul 13 Ebrill 2014 yn fyr ei wynt, a gyda haint ar y frest. Gwnaethpwyd diagnosis a chafodd ei drin. Nododd cofnod meddygol byr a gwblhawyd gan feddyg iau yn ystod rownd o'r ward ar 15 Ebrill y gallai Mr J "ddychwelyd adref pan fydd hynny'n ddiogel".

¹⁴ Haint bacteriol cyffredin i'r croen yn haenaf dwfn y croen sy'n achosi i'r mannau heintiedig ymddangos yn goch a chwyddedig, ac i deimlo'n boeth a phoenus



Achosion

Pan ymwelodd mab Mr J â'r ysbyty ar yr un diwrnod dywedwyd wrtho y byddai ei dad yn cael ei ryddhau adref. Dywedwyd fod M J yn symud o gwmpas y ward ac yn teimlo'n well, ac yn llai byr ei wynt. Fodd bynnag, ar ôl iddo gyrraedd adref nid oedd Mr J yn bwyta nac yn cymryd digon o hylifau. Roedd yn parhau mewn poen difrifol ac roedd yn rhaid iddo gael help gan ei fab i ddefnyddio'r toiled, er bod y mab wedi colli un o aelodau'r corff. Gofynnwyd i'r Meddyg Teulu ddod i'w weld ond ni welwyd nyrsys ardal a ddylai fod wedi dod i weld Mr J yn ei gartref. Roedd Mr J yn parhau'n wael yn ei gartref, heb allu symud ac wedi'u gyfyngu i'w wely. Sylwodd ei fab ar friwiau gorwedd ar y diwrnod y cafodd ei ryddhau.

Cafodd Mr J ei aildderbyn i'r ysbyty ar 19 Ebrill pan nodwyd ei fod wedi bod yn gaeth i'w wely am ddeuddydd, ac wedi colli llawer o bwysau (22 pwys) mewn 4 wythnos. Yn anffodus bu farw 10 niwrnod yn unig yn ddiweddarach. Canfu post mortem niwmonia, haint y llwybr wrinol, canser y prostad a chlefyd isgemia'r galon.

Ymchwiliad

Ar ôl cael ei dderbyn codwyd CRP¹⁵ Mr J yn sylweddol a'r dybiaeth oedd bod hynny'n gysylltiedig â haint ar y frest. Ni chafodd prawf CRP ei ailadrodd, Cafodd ei symud sawl gwaith i wardiau gwahanol ond ni chafodd Mr J ei adolygu gan ymgynghorydd o fewn 24 awr ar ôl cael ei dderbyn.

Cafodd Mr J ei drosglwyddo i ward feddygol o'r Uned Asesiadau Meddygol heb ddogfennaeth drosglwyddo yn ystod noson 14/15 Ebrill a'i ryddhau adref ychydig oriau'n ddiweddarach. Ni chynhaliwyd dim asesiadau cwmpo, dementia na diogelwch ac ni chwblhawyd gwaith papur rhyddhau. Ni chafodd cynlluniau gofal unigol eu cwblhau.

Cydnabu'r Bwrdd Iechyd sawl diffyg yn gysylltiedig â rhyddhau Mr J, gan gynnwys methiant i asesu ei sefyllfa gymdeithasol cyn iddo ddychwelyd adref. Ni chafodd cymorth cymunedol ei drefnu ac ni chafodd anghenion y gofawyr eu hystyried na'u diwallu.

Argymhellion

Argymhellodd yr Ombwdsmon fod y Bwrdd Iechyd yn ymddiheuro ac yn gwneud taliad o £500 i fab Mr J am y methiannau a oedd yn gysylltiedig â rhyddhau ei dad.

Gofynnwyd i'r Bwrdd Iechyd hefyd gyflwyno tystiolaeth o'r gwelliannau i'w brosesau rhyddhau a roddwyd ar waith yn dilyn marwolaeth drist Mr J.

¹⁵ Gweler yr Eirfa am ddiffiniad



Achosion

Stori Mr L

Aethpwyd â Mr L i'r Adran Ddamweiniau ac Achosion Brys am 11.30yh ar nos Sadwrn. Roedd wedi bod yn yfed, ac roedd yn anymwybodol yn dilyn ymosodiad a achosodd anaf i'w ben. Chwydodd ddwywaith yn yr Adran Frys, ac am 04.35yb roedd yn dal yn feddw. Cafodd Mr L ei ryddhau gan feddyg iau a chytunwyd y byddai ei gariad yn mynd ag ef i ail ysbyty yn ddiweddarach y bore hwnnw i drin anaf i'w wyneb. Ar ôl cael trin yr anaf i'w wyneb, cafodd Mr L ei anfon adref. Roedd yn gysglyd am weddill y penwythnos ac nid oedd yn teimlo'n ddigon da i fynd i'w waith ar y dydd Llun. Galwodd y gwasanaethau brys yn ddiweddarach y bore hwnnw cyn llewygu. Bu'n rhaid i'r heddlu dorri i mewn i'w gartref, ac aethpwyd ag ef yn ôl i'r adran frys mewn ambiwlans.

Dangosodd sgan CT waedu ar yr ymennydd. Cafodd ei drosglwyddo i Uned Niwrolawdriniaeth ranbarthol ac ar ôl gofal ceidwadol cychwynnol (anfeddygol) cafodd lawdriniaeth ar 1 Gorffennaf i ryddhau pwysedd ar yr ymennydd. Cafodd ei ryddhau o'r ysbyty ar 9 Gorffennaf.

Ymchwiliad

Canfu ymchwiliad yr Ombwdsmon na ddylai Mr L fod wedi cael ei ryddhau heb gyfnod o arsylwi, yn enwedig o dan y fath amgylchiadau. Dylai Mr L fod wedi cael ei adolygu gan ymgynghorydd cyn ystyried ei ryddhau. Pe bai Mr L wedi cael ei adolygu felly byddai hynny'n debygol o fod wedi arwain at sgan CT i'w ben.

Roedd rhyddhau Mr L yn rhy gynnar wedi golygu ei fod wedi dioddef anawsterau diangen ar ôl dychwelyd adref, gan gynnwys llewygu yn ei gartref, pan fu'n rhaid galw'r gwasanaethau brys. Roedd hyn yn fethiant gwasanaeth difrifol a allai o dan amgylchiadau eraill fod wedi arwain at ganlyniad trychinebus.

Argymhellion

Cydnabu'r Bwrdd Iechyd y methiannau a methiant yn ei ddyletswydd gofal yn yr achos, ac o ganlyniad cynhaliodd adolygiad digwyddiad difrifol. Hefyd, argymhellodd yr Ombwdsmon y dylai, ar ôl cynnal yr adolygiad digwyddiad difrifol gymryd camau i roi sylw i'r camgymeriadau a fu yn achos gofal Mr L.



Achosion

Stori Mr M

Roedd nychdod cyhyrau myotonig ar fab 37 oed Mr B (Mr M) ac roedd yn byw gartref â'i deulu, gyda chymorth gan wasanaethau cymdeithasol. Cafodd ei dderbyn i ysbyty ar 10 Rhagfyr 2012 gyda haint ar y frest, nad oedd ar y dechrau'n ymateb i wrthfotigau. Cafodd ei symud dros dro i'r Uned Dibyniaeth Fawr gyda phroblemau anadlu. Cafodd Mr M ei adolygu gan ymgynghorydd ar 18 Rhagfyr a barnwyd ei fod yn ddigon da i gael ei ryddhau'r diwrnod canlynol. Ar ôl ei ryddhau, rhoddwyd cynllun ar waith i Mr M gael ei adolygu chwe wythnos yn ddiweddarach, er bod Mr B wedi'i gynghori i gysylltu â'i Feddyg Teulu os oedd cyflwr ei fab yn dirywio.

Cafodd Mr M ei aildderbyn ar 22 Rhagfyr, yn wael ac eiddil, yn dioddef o'r clefyd melyn ac anaemia. Cafodd ei adolygu gan sawl arbenigwr a gwellhaodd haint arall ar y frest ar ôl triniaeth wrthfotig. Cytunodd ymgynghorydd ar 2 Ionawr y gellid ei ryddhau, a chafodd fynd adref ddeuddydd yn ddiweddarach.

Bu sawl ymweliad cartref yn dilyn ei ryddhau er mai dim ond un a gofnodwyd. Yn ystod ymweliad ar 29 Ionawr, cofnodwyd yn ddiweddarach fod Mr M yn cynhyrchu gormod o boer. Cafodd hwn ei dynnu â llaw; ni wnaethpwyd cynllun i'w sugno ac ni chofnodwyd risg o allsugniad (anadlu hylif).

Cafodd ei dderbyn am y trydydd tro ar 11 Chwefror oherwydd oedema¹⁶ a oedd yn gwaethygu a dargadw wrin yn y corff. Ddeuddydd yn ddiweddarach, yn dilyn trafodaeth ag ymgynghorydd am ddirywiad Mr M yn ystod y chwe mis diwethaf, gwnaethpwyd DNAR¹⁷. Yn anffodus, bu farw Mr M yr un diwrnod.

Ymchwiliad

Er y cysylltwyd â gweithiwr cymdeithasol pan gafodd ei ryddhau y tro cyntaf, ni chysylltwyd â'r nyrsys ardal. Ni chafodd datganiad y Bwrdd Iechyd fod llythyr trosglwyddo gofal wedi'i ysgrifennu ei gadarnhau gan unrhyw dystiolaeth ddogfennol.

Er gwaethaf proses trosglwyddo gofal strwythuredig, nid oedd gofalwyr â'r gweithiwr cymdeithasol yn ymwybodol ei fod wedi cael ei ryddhau am yr eildro; ni chafodd ffisiotherapi ei drefnu ac ni chafodd tad Mr M ddim gwybodaeth am drefniadau dilynol. Roedd angen sugno ar gyfer secretiadau bronciol, ond ni chafodd hynny ei drefnu. Yn dilyn ei ryddhau am yr eildro, daeth nyrsys ardal i'w weld ar dri achlysur gan ddechrau ar 11 Ionawr am gyfnod o 19 diwrnod gyda bwlch o 13 diwrnod cyn yr ymweliad at 29 Ionawr.

¹⁶ Cyflwr sy'n cael ei nodweddu gan hylif dyfrllyd sy'n casglu yng ngwagleoedd a meinweoedd y corff

¹⁷ Gweler yr Eirfa am ddiffiniad



Achosion

Ni chafodd tad y claf ddigon o gymorth gan y nyrsys ardal ar ôl pob un o'r gollyngiadau, yn ddigon aml na gyda'r dwyster gofal a oedd ei angen i ddiwallu anghenion Mr M. Nid oedd y trosglwyddiad gofal o ysbyty i'r gymuned, ei mwyn ailgychwyn pecyn gofal cartref Mr M, yn ddigonol. Roedd y cyfathrebu rhwng ward yr ysbyty a'r nyrsys cymunedol ym mis Rhagfyr 2012 yn wael. Nid oedd cynllun i fonitro poen yn y pecyn cynllun gofal, ac ni chafwyd trafodaeth â thad y claf na'r Meddyg Teulu ynglŷn â rheoli poen. Yn gryno, roedd y trefniadau i'w ryddhau ym mis Rhagfyr yn wael heb ddim tystiolaeth o gyfathrebu rhwng staff y ward a'r staff nyrsio cymunedol, gyda gweithiwr cymdeithasol yn cysylltu â hwy yn hytrach na staff y ward.

Argymhellion

Ymhlith argymhellion eraill, argymhellwyd y dylid caniatáu i Mr B rannu ei brofiadau, mewn fforwm priodol o fewn y Bwrdd Iechyd, i helpu'r Bwrdd i ddysgu yn sgil yr achos hwn.

Stori Mr P

Yn 1992, cafodd Mr P, 37 oed, ddiagnosis o ganser y croen ac roedd wedi cael nifer o driniaethau gan gynnwys llawdriniaeth a chemotherapi yn yr 20 mlynedd ers hynny.

Yn gynnar yn 2014, roedd Mr P yn profi cur pen gwaeth, yn ogystal â chyfog, chwydu a dadhydradu. Dioddefodd gyfres o 'fân strociau' yn yr wythnosau dilynol a chafodd ei dderbyn i'r ysbyty ar 22 Ebrill a chynhaliwyd nifer o brofion, gan gynnwys sgan MRI ar yr ymennydd nad oedd wedi canfod unrhyw metastases¹⁸.

Roedd Mr P yn awyddus i fynd yn ôl adref er nad oedd y cur pen wedi gwella. Fodd bynnag, nodwyd fod mwy o reolaeth dros y boen, ac ar 16 Mai caniatwyd iddo fynd adref am y penwythnos, i baratoi trefniadau ar gyfer gofal uwch yn y cartref pan fyddai'n cael ei ryddhau'n llwyr. Dywedodd ei wraig na fu'r penwythnos yn llwyddiannus oherwydd aflonyddwch a dryswch ei gŵr, ei fod yn ansad ar ei draed ac mewn perygl o gwmpo.

Dychwelodd Mr P i'r ysbyty, ac ar 19 Mai aeth ei wraig i'r ysbyty i gymryd rhan mewn cyfarfod amlddisgyblaethol i drafod gofal pellach i'w gŵr. Fodd bynnag, cafodd y cyfarfod ei ganslo'n ddirybudd, a chafodd ei hysbysu bod ei gŵr wedi cael ei ryddhau ac y gellid mynd ag ef adref. Rhoddwyd presgripsiwn meddyginiaeth iddi ar er gyfer.

¹⁸ Canser yn ymledu o'r tiwmor gwreiddiol i rannau eraill o'r corff



Achosion

Ar ôl iddo gael ei ryddhau, roedd Mr P wedi parhau i gwympo ac roedd angen goruchwyliaeth 24 awr arno cyn iddo gael ei dderbyn i hosbis leol ar 27 Mai. Yn anffodus bu farw ar 10 Mehefin.

Ymchwiliad

Nid oedd dim cynlluniau wedi'u llunio i leddfu poen Mr P nac ar gyfer ei faethiad, naill ai ar adeg ei dderbyn na'i ryddhau o'r ysbyty. Rhoddwyd 'bag o feddyginiaethau' i Mrs P a oedd yn cynnwys ampylau morffin (sy'n gyffur a reolir sydd i'w weinyddu gan nyrsys cofrestredig yn unig), a steroidau, heb gyfarwyddiadau ar ba mor aml i'w gweinyddu, na sut. Ni chysylltwyd â'r nyrs ardal ynglŷn â'r ampylau morffin, ac nid oedd dim cyfarwyddiadau ynglŷn â pha mor aml oedd angen newid y patshys a oedd yn rhyddhau opoid yn raddol.

Nododd cynghorydd yr Ombwdsmon na ellir 'diystyru'r potensial am gamgymeriad meddyginiaeth difrifol, oherwydd y methiannau hyn'.

Roedd y llythyr rhyddhau dyddiedig 14 Mai wedi'i gyfeirio'n anghywir at hosbis, ac nid oedd tystiolaeth bod penysgafnder Mr P na'i anawsterau â'i gydbwysedd wedi ei drafod â Mr P a'i wraig, a oedd yn golygu nad oeddent wedi'u paratoi i ymdopi â'i gwympiadau. Er bod Mr P yn awyddus i ddychwelyd adref, ni chafodd ei wraig gyfle i drafod na lleisio ei phryderon am ofal cartref ei gŵr gan fod y cyfarfod wedi'i ganslo. Mae'r achos hwn yn dangos pwysigrwydd cynnwys gofalmwyr yn y broses i gynllunio i ryddhau cleifion, yn enwedig mewn sefyllfaoedd lle mae claf yn debygol o barhau i ddirywio gartref.

Argymhellion

Gofynnwyd i'r Bwrdd Iechyd i ymddiheuro i Mrs P a thalu swm o £3000 iddi am yr oedi wrth dderbyn ei gŵr i'r ysbyty, methiannau yn ei driniaeth glinigol, y diffyg cynllunio effeithiol a chyfathrebu o ran ei ryddhau o'r ysbyty, a diffygion yn ymdrin â chwynion y Bwrdd Iechyd.

Gofynnodd yr Ombwdsmon hefyd i'r Bwrdd Iechyd gyflwyno cynllun gweithredu iddo i ddangos sut y bydd yn delio â'r methiannau mewn gofal nyrsio a amlygwyd yn yr achos hwn.

Mr T's story

Cwynodd Mrs T ar ran ei diweddar gŵr am nad oedd y trefniadau i'w ryddhau wedi'u cynllunio'n briodol, gan ei adael heb wasanaethau digonol dros gyfnod y Nadolig.

Gwnaethpwyd diagnosis o ganser ymosodol yr ysgyfaint ar Mr T ym mis Mai 2012, ac ym mis Tachwedd yr un flwyddyn canfuwyd ei fod wedi ymledu i'w ymennydd. Cafodd ei dderbyn i'r ysbyty ar



Achosion

6 Rhagfyr ar gyfer ymchwiliadau ac asesiadau pellach. Nodwyd ei fod yn risg uchel o friwiau gorwedd a diffyg maethiad. Cwblhawyd ffurflen DNAR¹⁹ ar 7 Rhagfyr a chafodd ei atgyfeirio at y tîm gofal lliniarol. Cafodd radiotherapi ymennydd cyfan ei drefnu a'i weinyddu o 12 Rhagfyr ymlaen. Gwnaeth oncolegydd ymgynghorol benderfyniad i ryddhau Mr T ar 18 Rhagfyr. Y diwrnod canlynol cynhaliwyd cyfarfod MDT (tîm amlddisgyblaethol) a oedd wedi'i gynllunio i drafod dyfodol Mr T a nodwyd ei fod wedi cael ei ryddhau'n gynharach na'r disgwyl.

Gwnaeth Mrs T sawl cais am amryw o wasanaethau cymorth, gan gynnwys cymorth gan y tîm gofal lliniarol cymunedol, ond dywedwyd wrthi nad oedd Mr T wedi cael ei atgyfeirio atynt.

Cafodd Mr T ei aildderbyn i'r ysbyty ar 26 Rhagfyr am fod ei wraig yn poeni am na allai ei ddeffro. Bu farw'n fuan ar ôl cyrraedd yr ysbyty.

Ymchwiliad

Ni fu trafodaeth am ddirywiad cyflym posibl. Nid oedd gwasanaethau cymunedol a meddygon teulu'n ymwybodol o'r penderfyniad DNAR. Ni chafodd ei ryddhad o'r ysbyty ei gynllunio'n briodol, gan adael Mr T heb wasanaethau digonol dros gyfnod y Nadolig a bod hynny wedi achosi dioddef diangen iddo yn ystod ei ddyddiau olaf. Er cysylltu â'r tîm nyrsio ardal, nid oes cofnod bod gwybodaeth wedi'i chyfnwid yn briodol i sicrhau dilyniant yn y gofal. Roedd yn cael gofal lliniarol yn yr ysbyty gyda gyrrydd chwistrell i reoli poen, ond roedd canwla mewnwythiennol wedi'i adael yn ei le mewn camgymeriad. Nid oedd trefniadau wedi'u gwneud ar gyfer Therapi Galwedigaethol. Nid oedd llwybr diwedd oes ac ni chysylltwyd â'r Tîm Gofal Lliniarol Cymunedol (roedd yn debygol y byddai angen ei ymyriad cynnar), er bod y Tîm Amlddisgyblaethol wedi cydnabod y byddai angen hynny. Ni chafodd y ffurflen DNAR ei hanfon adref gyda Mr T. Roedd y Bwrdd Iechyd wedi cydnabod nad oedd cynllun rhyddhau ffurfiol wedi'i ddogfennu.

Argymhellion

Ymddiheurwyd a thalwyd swm o £1500 i Mrs T am y methiannau a nodwyd. Gofynnwyd i'r Bwrdd Iechyd i'u rheoli poen a systemau gofal canwla. Argymhellwyd i glinigwyr ystyried y materion ynghylch cyfathrebu yn yr achos yma a bod hyfforddiant ar gael ar gynnal urddas claf, cyflawni a diweddarau cynlluniau gofal, a'r pwysigrwydd o gyfeirio cleifion i'r arbenigwyr priodol wrth baratoi rhyddhad claf o'r ysbyty. Argymhellwyd archwiliad o drefniadau rhyddhau cleifion o'r ward hon.

¹⁹ Gweler yr Eirfa am ddiffiniad



Achosion

Stori Mr X

Cafodd Mr X ei dderbyn i'r Adran Ddamweiniau ac Achosion Brys ar 25 Mawrth 2015 gyda phoen yn ei abdomen a phoen sydyn yn ei frest, roedd yn fyr ei wynt ac roedd ganddo beswch cynhyrchiol. Roedd ganddo hanes hir o glefyd y galon gyda nam sylweddol ar weithrediad ei galon. Roedd wedi dioddef dolur rhydd ysbeidiol a chwydu yn ystod y saith diwrnod blaenorol. Yn dilyn pelydr-x ar ei frest, roedd amheuaeth bod Mr X wedi cael trawiad ar y galon a chafodd ei drosglwyddo i'r uned gofal coronaidd (CCU). Fodd bynnag, y bore canlynol adolygwyd canlyniadau prawf Mr X gan yr ymgynghorydd ar ddyletswydd a daeth i'r casgliad nad oes ganddo broblemau â'i galon. Roedd amheuaeth o isgemia cronig y coluddyn²⁰ ond nid oedd profion yn dangos dim abnormaleddau, felly barnwyd fod Mr X yn ddigon da i fynd adref gyda sgan CT wedi'i gynllunio ar gyfer tair i bedair wythnos yn ddiweddarach.

Dywedodd gwraig Mr X wrth y nyrsys ei fod yn rhy wael i fynd adref, ac am 4:00yh gofynnwyd i gofrestrydd ei adolygu a chadarnhaodd yntau y gallai fynd adref. Yn oriau mân y bore canlynol, cafodd Mr X ei aildderbyn gyda phoen difrifol yn ei abdomen, a oedd wedi gwaethygu yn yr oriau ers ei ryddhau. Trefnwyd sgan CT brys ar ei abdomen ond nid oedd Mr X yn ymateb yn ystod y sgan ac yn anffodus bu farw'n ddiweddarach y bore hwnnw. Dangosodd post-mortem fod Mr X wedi marw o glefyd isgemia'r galon a niwmonia.

Ymchwiliad

Roedd yr ymgynghorydd wedi anwybyddu canfyddiadau'r meddyg iau, a oedd yn cynnwys claf byr ei wynt, peswch cynhyrchiol, synau cracio yn y frest a thwymyn a barodd drwy'r nos, ac oherwydd hynny ni archebwyd prawf CRP²¹. Cafodd yr ymgynghorydd ddiagnosis gwahanol i un y meddyg iau ac nid oedd wedi adolygu'r pelydr-X cyntaf ar frest Mr X. Ymddiheurodd am beidio rhagnodi gwrthfotigau'n gynharach, a chydnabu'r Bwrdd Iechyd ei fod wedi torri ei ddyletswydd gofal ond honnodd nad oedd hyn wedi achosi niwed i Mr X. Nid yw'r haerid hwn yn cyd-fynd â'r canllawiau ar gyfer canfod sepsis cynnar a'r pwyslais ar ymyrraeth gynnar.

Roedd nodiadau'r ymgynghorydd yn annigonol ac nid oeddent yn cynnwys dim manylion am amser, llofnod clinigol na'r clinigwyr a oedd yn gysylltiedig â'r achos. O ganlyniad i hyn, roedd anghysondeb rhwng yr hyn a gofnodwyd a'r datganiad diweddarach gan yr ymgynghorydd yn yr adolygiad o'r achos.

Argymhellion

Canfu'r Ombwdsmon na ddylai Mr X fod wedi cael ei ryddhau ar 26

²⁰ Llid ar y coluddyn mawr o ganlyniad i ddiffyg gwaed

²¹ Gweler yr Eirfa am ddiffiniad



Achosion

Mawrth. Argymhellodd y dylai'r Bwrdd Iechyd ymddiheuro i deulu Mr X a thalu swm o £1500 iddynt. Cafodd y clinigwyr a oedd yn gysylltiedig â'r achos eu hatgoffa o'r angen i ddilyn canllawiau cadw cofnodion perthnasol a gofynnwyd iddynt i edrych ar adroddiad yr Ombwdsmon a myfyrio ar ei ganfyddiadau.

Stori Mrs C

Roedd Mrs C, 75 oed, ac roedd wedi bod yn fwy byr ei gwynt yn y dyddiau cyn i'w Meddyg Teulu ei derbyn i ysbyty ar 11 Ionawr 2013, lle cafodd ei rhoi ar ward Cardioleg. Roedd yn hysbys bod ganddi gyflwr ar ei chalon, clefyd rhwystrol cronig yr ysgyfaint (COPD) a bod nam sylweddol ar weithrediad ei harenau, ac roedd wedi cael dau apwyntiad blaenorol i drafod dialysis yn y dyfodol.

Ar adeg ei derbyn, roedd yn dioddef o achos difrifol o ddargadw hylif a methiant y galon yn ddiweddarach. Gofynnwyd am gyngor arennol ar 23 Ionawr, ond ni chafwyd y cyngor hwnnw am ni wnaethpwyd dim atgyfeiriadau.

Cafodd Mrs C ei rhyddhau ar y prynhawn canlynol ond tua 12 awr ar ôl ei rhyddhau cafodd ei haillderbyn. Roedd yn fyrrach ei gwynt ers y prynhawn blaenorol, a gwaethygodd yn ystod y nos. Dywedodd merched Mrs C ei bod hi wedi 'dechrau llenwi â dŵr cyn cael ei rhyddhau', gyda thystiolaeth glinigol o ddargadw hylif gan gynnwys oedema yn yr ysgyfaint (hylif yn yr ysgyfaint). Ar noson 26/27 Ionawr cafodd staff nyrsio eu cyfarwyddo gan gofrestrydd i anwybyddu lefelau ocsigen isel Mrs C gan ostwng y NEWS²² o 10 i 5. Yn anffodus, bu farw Mrs C y diwrnod canlynol ar ôl methiant i ymateb i ragor o therapi diwretig ymosodol, ac ymdrech i roi dialysis yn yr HDU/ITU.

Ymchwiliad

Bu methiant i gadw siartiau hylif digonol a oedd yn golygu nad oedd modd asesu effeithiolrwydd y therapi diwretig yn effeithiol. Ni fu asesiad manwl nac archwiliad meddygol o'r claf cyn ei rhyddhau, na digon o amser i asesu effeithiolrwydd y newid i ddiwretigau drwy'r geg. Nid oedd y cyngor gan yr adran arennol leol yn ddigonol, ac mae'n ymddangos bod y cyngor arennol gan ymgynghorydd yn brin. Ni chafwyd trafodaeth ar lefel uwch (ymgynghorydd) rhwng yr adrannau arennol a chardioleg, ac roedd diffygion yn y cyfathrebu rhwng adrannau'n amlwg.

O weld ymateb y Bwrdd Iechyd, nid yw'n ymddangos bod gwersi wedi'u dysgu, a bod y clinigwyr dan sylw'n parhau i gyfiawnhau'r

²² Gweler yr Eirfa am ddiffiniad



Achosion

gofal a roddwyd i'r claf. Derbyniwyd fodd bynnag bod y claf wedi'i rhyddhau'n amhriodol, a bod hynny'n fethiant.

Roedd diffygion yn y gofal a ddarparwyd i Mrs C, gan gynnwys y methiant i ystyried dialysis yn gynt, wedi lleihau'r tebygrwydd o ganlyniad gwell.

Argymhellion

Gofynnodd yr Ombwdsmon i'r Bwrdd Iechyd i gyflwyno tystiolaeth ei fod wedi rhoi sylw i'r methiannau yn achos Mrs C, gan gynnwys y penderfyniad i beidio cychwyn dialysis yn gynharach, a'r cyfathrebu gwael rhwng adrannau a'r methiannau yn y system atgyfeirio.

Stori Mrs E

Ar 23 Tachwedd 2014 cafodd Mrs E lawdriniaeth am dorgest caeth endoriadol trwy graith o lawdriniaeth dorgest flaenorol ²³. Roedd Mrs E yn dioddef o ddiabetes a COPD ²⁴ (clefyd rhwystrol cronig yr ysgyfaint). Roedd y llawdriniaeth yn un gymhleth ac yn ddiweddarach roedd angen llawdriniaeth arall ar yr abdomen arni. Cafwyd trydedd llawdriniaeth ar 9 Rhagfyr i gau'r clwyf yn yr abdomen. Cadwyd Mrs E yn yr Uned Dibyniaeth Fawr am sawl wythnos cyn dychwelyd i ward lawfeddygol ar 31 Rhagfyr. Roedd angen VAC (therapi cau gyda chymorth gwactod) i helpu i ddraenio'r clwyf.

Roedd amheuaeth ar 21 Chwefror bod gan Mrs E haint wrinol, ond nid yw'n amlwg a gafodd hyn ei gadarnhau, na'i drin. Cafodd Mrs E ei hadolygu eto dridiau'n ddiweddarach pan gofnodwyd nad oedd angen gofal aciwt arni. Ar 25 Chwefror, cafodd ei throsglwyddo i ysbyty cymunedol, ond nid oedd y staff yno wedi cael eu hyfforddi i ddefnyddio VAC na'r dresin cymhleth ar gyfer y clwyf. Roeddent yn ddibynnol ar staff nyrsio o ward aciwt brysur i ddod atynt os oedd problem. Hefyd, roedd tystiolaeth o haint ar ochr chwith y clwyf, ac oherwydd hynny cafodd ei dychwelyd i'r prif ysbyty ar 26 Chwefror am un diwrnod am nad oedd yn teimlo'n dda'n gyffredinol. Cafodd ei haildderbyn yn ffurfiol i'r prif ysbyty ar 2 Mawrth, yn dilyn arwyddion o haint a dirywiad, lle gwnaethpwyd diagnosis o sepsis. Yn anffodus bu Mrs E farw ar 13 Mawrth.

Ymchwiliad

Nid oedd dim cofnodion meddygol o bresenoldeb Mrs E yn yr ysbyty ar 26 Chwefror. Ni chadwyd cofnod o unrhyw drafodaeth am ei rhyddhau, ac ni chyfarfu'r Tîm Amlddisgyblaethol (MDT) i drafod na chynllunio ar gyfer ei gofal yn y dyfodol.

²³ Lle mae dolan o goluddyn yn cael ei ddal y tu mewn i'r dorgest endoriadol ac mewn perygl o isgemia.

²⁴ Gweler yr Eirfa am ddiffiniad



Achosion

Oherwydd eiddilwch Mrs E, roedd ei throsglwyddo i ysbyty arall yn weithdrefn arferol, ond nid oedd ei throsglwyddo i ysbyty cymunedol yn rhesymol nac wedi'i gynllunio'n briodol ac roedd yn ymateb i'r ffaith bod gwely ar gael. Nid oedd yr ysbyty hwn yn gallu diwallu anghenion penodol Mrs E, yn enwedig am nad oedd staff nyrsio wedi'u hyfforddi i ddefnyddio VAC. Hefyd, nid oes dim tystiolaeth i awgrymu bod yr arwyddion o sepsis wrinaidd wedi'u hystyried nac y byddai triniaeth ddigonol ar gyfer hyn ar gael mewn ysbyty cymunedol.

Nid oedd dim nodiadau na chofnodion MDT o unrhyw drafodaeth â Mrs E neu'r teulu ynglŷn â lleoliad priodol ar gyfer ei gofal ac adsefydlu.

Argymhellion

Canfu'r Ombwdsmon fod y ffordd y cafodd Mrs E ei throsglwyddo rhwng ysbytai yn amhriodol. Argymhellodd fod y Bwrdd Iechyd yn ymddiheuro i deulu Mrs E ac yn talu swm o £250.

Hefyd, gofynnwyd i'r MDT cyfrifol i gwrdd ac i drafod cynllunio gwael ar gyfer rhyddhau, yn enwedig trosglwyddo Mrs E i ysbyty na allai ddiwallu ei hanghenion yn ddigonol.

Stori Mrs Y

Cafodd Mrs Y ei derbyn i'r Adran Frys (ED) am 11:15yh ar 17 Ionawr 2014 yn cwyno bod ganddi boen yn ei brest. Nid oedd meddyg iau wedi cymryd sylw o'r boen yng ngwddf Mrs Y a thriniaeth â warfarin ac felly methodd â gwneud diagnosis o ymlediad aortaidd dyrannol. Cafodd y claf ei rhyddhau ar ôl dim ond pedair awr ac yn anffodus bu farw'n ddiweddarach y bore hwnnw.

Ymchwiliad

Cyrhaeddodd Mrs Y yr Uned Ddamweiniau ac Achosion Brys gyda phoen di-drawma amheus dros ben yn ei brest. Roedd sawl diagnosis yn bosibl – syndrom coronaidd aciwt / trawiad ar y galon, clot yn yr ysgyfaint neu ymlediad dyrannol. Byddai unrhyw un o'r diagnosisau hyn wedi golygu y byddai angen ei derbyn i ysbyty a chael ei harchwilio gan uwch feddyg. Fodd bynnag, cafodd Mrs Y ei rhyddhau, a oedd yn golygu ei bod wedi cael ei hamddifadu o gyfnod o naw awr pan fyddai wedi gallu cael profion ychwanegol a thriniaeth.

Argymhelliad

Yn anffodus, er ei bod yn annhebygol y gellid bod wedi atal marwolaeth Mrs Y hyd yn oed pe byddai wedi cael ei derbyn,



Achosion

roedd y Bwrdd Iechyd yn barod i gydnabod y diffygion yng ngofal a rhyddhau Mrs Y. Cytunwyd i ddiweddarau'r llawlyfr meddygon iau fel rhan o'r broses ddysgu. Byddai'r llawlyfr hwn yn cynnwys yr egwyddorion na fyddai meddygon iau yn rhyddhau cleifion â phoen di-drawma yn y frest cyn trafod y mater ag uwch glinigydd.

Stori Mrs W

Cafodd Mrs W ei derbyn i'r Adran Achosion Brys am tua hanner nos ar 3 Chwefror 2015 ar ôl aros mewn ambiwlans am dair awr. Roedd ei lleferydd yn aneglur, roedd yn chwydu ac yn teimlo'n oer, gyda'r boen yn ei choesau'n gwaethygu o ganlyniad i wlserau gwythiennol cronig yn yr aelodau isaf. Roedd yn dioddef o bwysedd gwaed uchel ac roedd yn cael triniaeth â beta-atalyddion. Roedd ei phwysedd gwaed yn isel.

Wrth adolygu Mrs W, nododd meddyg iau ei bod yn teimlo'n gyfoglyd ac yn 'benysgafn a chrynedig'. Roedd ei choesau wedi'u gorchuddio â dresin ond gellid gweld peth cochni yn uwch na'r dresin. Er bod y teulu'n cofio bod y dresin wedi'i dynnu ar gyfer yr archwiliad, nid oedd cofnod o hyn nac o'r penderfyniad i'w hanfon adref. Rhagnodwyd gwrthfotigau i Mrs W a chafodd ei rhyddhau am 04:00.

Yn dilyn ymweliad rheolaidd gan y nyrs ardal y diwrnod ar ôl iddi gael ei rhyddhau, cafodd Mrs W ei haillderbyn i'r ysbyty. Cyrhaeddodd am 11:48 pan oedd mesur ei NEWS²⁵ yn 9, a gwnaethpwyd diagnosis o anaf aciwt i'r aren a gweinyddwyd hylifau a gwrthfotigau mewnwythiennol.

Yn anffodus, nid oedd yn ymateb i'r mesurau hyn, a dirywiodd ymhellach tan i'r meddygon benderfynu y dylai Mrs W gael gofal lliniarol yn unig. Cafodd Mrs W ei throsglwyddo i'r hosbis lle'r oedd ei gwŷ r yn breswlydd, ac yn anffodus bu farw o sepsis, wythnos yn unig ar ôl cael ei derbyn gyntaf i'r ysbyty.

Ymchwiliad

Ni wnaethpwyd dim profion gwaed pan aeth Mrs W i'r Adran Ddamweiniau ac Achosion Brys y tro cyntaf ac nid oes cofnod ffurfiol bod y dresin wedi'i dynnu i archwilio ei choesau, er bod cofnodion blaenorol yr ysbyty yn nodi bod ganddi heintiadau difrifol ar ei choesau wlseraidd.

Gwnaethpwyd profion gwaed pan gafodd Mrs W ei derbyn i'r Adran am yr eildro ac roeddent yn dangos sepsis difrifol a nam ar weithrediad yr arenau. Byddai'r ddau ganlyniad hyn wedi bod yn annormal iawn pe baent wedi cael eu mesur y diwrnod blaenorol.

²⁵ Gweler yr Eirfa am ddiffiniad



Achosion

Roedd cofnodion meddygol a'r nodiadau a gadwyd yn annigonol. Roedd yn annigol i adael Mrs W mewn ambiwlans am dair awr, er nad oedd hyn wedi effeithio ar y canlyniad trist oherwydd nid oedd y camau a gymerwyd wedyn yn yr Adran Frys yn ddigonol nac yn briodol. Pe bai gwrthfotigau a hylifau wedi cael eu gweinyddu'n gynharach, byddai gallu Mrs W i wrthsefyll y sepsis wedi bod yn well. Mae'n siomedig nad oedd ymchwiliad y Bwrdd Iechyd ei hun i'r achos wedi canfod unrhyw fethiannau yng ngofal a thriniaeth Mrs W.

Argymhellion

Cafodd y Bwrdd Iechyd ei gyfarwyddo i ymddiheuro i'r teulu, ac i dalu swm o £2500. Gofynnwyd i'r Adran Achosion Brys adolygu sut mae'n rheoli sepsis, gan gynnwys brysbennu effeithiol ar gyfer sepsis, a sicrhau dogfennaeth ddigonol o asesiadau'r Adran Achosion Brys.

Stori Ms B

Roedd Ms B yn 43 oed gyda hanes o hunan niweidio a cham-drin alcohol. Ar 27 Ebrill 2013, dywedodd person anhysbys ei bod 'ar goll', a daethpwyd o hyd iddi yn yr awyr agored dros 12 awr yn ddiweddarach. Credid ei bod wedi cymryd gorddos o fethadon ac aethpwyd â hi i'r ysbyty.

Roedd ei sgôr GCS cyntaf yn 3 (15 yw normal)²⁶ ac roedd parafeddygon wedi gweinyddu dau ddos o naloxone i wrthweithio effeithiau tawelu'r methadon cyn cyrraedd yr ysbyty. Roedd yn hypothermig ac angen hylifau mewnwythiennol, ocsigen a'i chynhesu. Dywedwyd fod ei brest yn glir. Roedd ei CRP²⁷ yn normal ond roedd cyfrif y celloedd gwynion yn uchel iawn. Roedd angen rhagor o naloxone yn yr Adran Ddamweiniau ac Achosion Brys cyn ei symud i'r Uned Penderfyniadau Clinigol am 19:55. Cynhaliwyd adolygiad gan ymgynghorydd y bore canlynol lle barnwyd ei fod yn ddigon da'n feddygol i gael ei rhyddhau, er ei bod yn dal i gael ocsigen.

Roedd Nyrs Seiciatrïg Cymunedol o'r farn bod risg 'ymddangosiadol' Ms B o hunan niweidio'n isel, a chafodd ei rhyddhau'r diwrnod hwnnw. Ni chafodd amser ei rhyddhau ei gofnodi. Yn anffodus, canfuwyd Ms B yn farw yn ei hystafell wely yn ei chartref am 8am y diwrnod canlynol. Canfu cwest mai achos ei marwolaeth oedd niwmonia ynghyd â chymryd citalopram a methadon.

Ymchwiliad

Roedd angen ocsigen a sawl dos o naloxone ar Ms B a dylai fod wedi cael gofal mewn amgylchiadau a oedd yn cael eu monitro'n ofalus

²⁶ Graddfa Coma Glasgow – dull a ddefnyddir i raddio difrifoldeb coma yn dilyn asesiad o allu unigolyn i agor ei lygaid, symud a siarad. Yn gyffredinol, mae sgoriau GCS o 3 – 8 (ni ellir cael sgôr is na 3), 9 – 12 a 13 – 15 yn dangos colled ymwybyddiaeth difrifol, cymedrol ac ysgafn yn y drefn honno

²⁷ Gweler yr Eirfa am ddiffiniad



Achosion

fel Uned Dibyniaeth Fawr. Ni ddylai asesiad a phenderfyniad i'w rhyddhau fod wedi'i wneud tra'r oedd hi'n dal i fod angen ocsigen. Ni fu arsylwadau pellach ar ôl adolygiad yr ymgynghorydd. Nid oedd yr ymgynghorydd wedi archwilio brest Ms B yn gorfforol, ac yn ddiweddarach cyfaddefodd y Bwrdd Iechyd nad oedd canlyniadau ei phelydr-X yn normal.

Hefyd, roedd y claf mewn perygl sylweddol o allsugno, anadlu hylif i mewn, ac nid oedd dim tystiolaeth nad oedd angen rhagor o naloxone arni. Mae'n debygol bod niwmonia cynnar heb ei ganfod ac, ar ôl pwyso a mesur, byddai arsylwi dros gyfnod hwy, ac felly oedi cyn ei rhyddhau, wedi arwain at ganlyniad gwahanol.

Daeth yr Ombwdsmon i'r casgliad bod y ffordd y cafodd ei rhyddhau'n afresymol. Roedd yn achos pryder i ddarganfod nad oedd gan yr ysbyty, ar adeg yr achos hwn, bolisi rhyddhau ar waitth.

Argymhellion

Gwnaeth yr Ombwdsmon sawl argymhelliad a oedd yn cynnwys bod y Bwrdd Iechyd yn llunio cynllun gweithredu i roi sylw i'r methiannau clinigol yng ngofal Ms B. Un o'r prif gamau gweithredu fyddai cwblhau ei bolisi rhyddhau.

Stori Mrs K

Ar 12 Ionawr 2014, derbyniwyd Mrs K i ysbyty ar ôl iddi gwmpo yn ei chartref. Roedd yn dioddef o anaemia ers talwm ac roedd nam ar weithrediad ei haren ac roedd ei choes wedi chwyddo a chleisio. Rhoddwyd gwrthfotigau ar gyfer haint heb ei gadarnhau, ac o ffynhonnell anhysbys.

Rhyddhawyd Mrs K bythefnos yn ddiweddarach a hynny, mae'n ymddangos, heb archwiliad corfforol arall, na dim trefniadau dilynol. Fodd bynnag, cafodd ei haillderbyn i'r ysbyty gan ei Meddyg Teulu'r diwrnod canlynol gyda choes wedi chwyddo'n 'ddrwg' ac yn llidus, ac roedd yn credu mai Thrombosis Gwythiennau Dwfn oedd yn gyfrifol. Disgrifiodd y Meddyg Teulu ei phoen ofnadwy, coes chwith chwyddedig nad oedd prin yn gallu cynnal ei phwysau a dywedodd fod 'y goes chwith wedi cael ei hanwybyddu braidd'. Dangosodd sganau thrombosis eang yng ngwythiennau agosaf y goes, a dechreuwyd ei thrin. Cafodd Mrs K ei rhyddhau adref yr un diwrnod.

Bedwar diwrnod yn ddiweddarach roedd cyflwr Mrs K wedi dirywio ymhellach a chafodd ei hanfon i'r ysbyty eto, ond yn anffodus bu farw'n fuan wedyn. Roedd y gwahanol ddiagnosisau'n cynnwys



Achosion

sepsis difrifol llethol, gwaedu mewnabdominal ac emboledd yr ysgyfaint, ond ni chynhaliwyd post-mortem.

Ymchwiliad

Heblaw am yr asesiad cyntaf yn yr Adran Achosion Bryd gan feddyg iau, ni welodd yr Ombwdsmon ddim tystiolaeth ddogfennol o archwiliadau clinigol pellach yn ystod y pythefnos pan fu Mrs K yn yr ysbyty'r tro cyntaf.

Trefnodd meddyg iau i'w rhyddhau'r tro cyntaf heb ddim cofnod wedi'i wneud am goes chwyddedig y claf, ond nid oedd y claf wedi cael ei harchwilio ac nid oedd dim trefniadau dilynol wedi'u gwneud. Roedd yr ymgynghorydd cyfrifol i ffwrdd rhwng 16 a 24 Ionawr, ond mae'n ymddangos nad oedd trefniadau i rywun gymryd ei le wedi'u gwneud neu roeddent yn annigonol.

Yn ystod yr ail dderbyniad, cafodd anaemia Mrs K ei anwybyddu pan ddechreuwyd ei thrin â herapin. Hefyd, cafodd y thrombosis gwythiennol ei ddisgrifio fel bod o dan y pen-glin, a oedd yn anghywir, ac roedd hynny felly'n anwybyddu peryglon mwy o emboledd yr ysgyfaint sy'n gysylltiedig â thrombosis y wythien forddwydol. Nid oedd ei rhyddhau ar yr achlysur hwn wedi'i gymeradwyo gan yr ymgynghorydd cyfrifol. Ni roddwyd sylw i'r rhesymau am ei derbyn yr eildro cyn ei rhyddhau. Mae dechrau rhoi heparin therapiwtig ym mhresenoldeb anaemia diffyg haearn yn arwain at ragor o risg o gymhlethdodau sy'n achosi gwaedu yn y llwybr gastroberfeddol (GIT).

Roedd Mrs K yn wael iawn ar adeg ei derbyn am y trydydd tro bedwar diwrnod yn ddiweddarach gyda diagnosis gwahanol a wnaethpwyd gan drydydd ymgynghorydd gan gynnwys sepsis, gwaedu GIT ac emboledd yr ysgyfaint. Yn rhyfeddol ni ofynnwyd am bost-mortem.

Roedd ymateb cychwynnol y Bwrdd Iechyd wedi'i seilio ar farn yr ymgynghorydd cyntaf, a oedd wedi bod i ffwrdd. Roedd yr ymateb yn anghywir ac fe'i tynnwyd yn ôl yn ddiweddarach, ynghyd ag ymddiheuriad.

Argymhellion

Gwnaeth yr Ombwdsmon nifer o argymhellion i'r Bwrdd Iechyd a oedd yn cynnwys cynnal archwiliad o achosion o ryddhau a oedd wedi methu yn yr ysbyty lle bu Mrs K yn glaf, yn ystod y 18 mis cyn yr ymchwiliad, a'i fod yn cyflwyno'i ganfyddiadau ar camau mae'n bwriadu eu cymryd. Yn dilyn yr archwiliad hwn, nododd y Bwrdd Iechyd feysydd i'w gwella gan gynnwys dogfennaeth yn gysylltiedig â chynllunio i ryddhau cleifion yn nodiadau clinigol cleifion.



Geirfa

Term	Ystyr
Sgôr Rhybudd Cynnar Cenedlaethol (NEWS)	Mae hwn yn becyn sy'n cael ei ddefnyddio mewn ysbytai ledled y DU i wella sut y mae dirywiad clinigol mewn cleifion yn cael ei ganfod a sut yr ymatebir iddo. Mae tri phwynt trothwy ar gyfer risg isel, canolig ac uchel wedi'u gosod ar sgôr NEWS o 3, 6 a 9 yn y drefn honno. Am ragor o wybodaeth gweler: 1000 o Fwyddau (2013) The Good NEWS for Wales. Mae GIG Cymru yn Gweithredu'r Sgôr Rhybudd Cynnar Cenedlaethol (NEWS), Llywodraeth Cymru.
Protein C-adweithiol (CRP)	Mae hwn yn farciwr prawf gwaed ar gyfer llid yn y corff. Bydd lefelau CRP yn y corff yn codi mewn ymateb i lidiau.
Na Cheisier Dadebru (DNAR)	Mae hwn yn benderfyniad clinigol i beidio â cheisio dadebru cardio-anadlol
Clefyd rhwystrol cronig yr ysgyfaint (COPD)	Enw am grŵp o amodau'r ysgyfaint sy'n achosi anhawsterau anadlu

Cyfrifoldeb a rôl yr Ombwdsmon

Mae gan Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru bwerau cyfreithiol i ymchwilio i gwynion am wasanaethau cyhoeddus. Mae hefyd yn ystyried cwynion bod aelodau llywodraeth leol wedi torri cod ymddygiad eu hawdurdod. Mae ganddo dîm o bobl sy'n ei helpu i ystyried ac i ymchwilio i gwynion. Mae'n annibynnol ar holl gyff y llywodraeth ac mae'r gwasanaeth a ddarperir ganddo'n ddiduedd ac am ddim.

Nod yr Ombwdsmon yw cywiro pethau i ddefnyddwyr gwasanaethau cyhoeddus ac i annog gwelliant yn y gwasanaethau hynny ac mewn safonau bywyd cyhoeddus, gan ddefnyddio'r hyn a ddysgwyd yn sgil cwynion a gafwyd.



Rhestr Cyfeiriadau

Academi'r Colegau Meddygol Brenhinol (2008) Guidance on standard of medical records.

Yr Adran Iechyd (2004) Achieving timely simple discharge from hospital: toolkit for the multidisciplinary team. Best Practice Guidance.

Yr Adran Iechyd (2007) Safer management of controlled drugs. A guide to good practice in secondary care (England), Royal Pharmaceutical Society.

Yr Adran Iechyd (2008) End of Life Care Strategy. Promoting high quality care for all adults at the end of life.

Yr Adran Iechyd (2011) End of life Care Strategy. 3rd Annual Report.

Asiantaeth Genedlaethol Arweiniad ac Arloesoldeb dros Ofal Iechyd (2008) Passing the Baton – A Practical Guide to Effective Discharge Planning.

Burden. R., Tomson. C., (2005) Identification, management and referrals of adults with chronic kidney disease: concise guidelines, Journal of the Royal College of Physicians, 5:6, 635-642.

Coleg Brenhinol Meddygaeth Frys (2016/17) Consultation Sign-off. Clinical Audit Information 2016/17, Clinical Audits.

Cylchlythyr Iechyd Cymru WHC (2005) Hospital Discharge and Planning Guidance.

Y Cyngor Meddygol Cyffredinol (2013) Good Medical Practice.

Y Cyngor Meddygol Cyffredinol (2010) Treatment and care towards end of life: good practice in decision making.

Y Cyngor Nyrsio a Bydwreigiaeth (NMC) (2007) Standards for Medicine Management.

Cynulliad Cenedlaethol Cymru (2017) Medical Recruitment. Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon.

Dellinger, R. P., Levy, M. M., Rhodes, A., Annane, D., Gerlack, H., Opal, S. M., & Sevransky, J. E. (2013) Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock, Intensive Care Medicine, 29:2, 165-228.

Department of Health (2011) End of life Care Strategy. 3rd Annual Report.



Rhestr Cyfeiriadau

Department of Health (2008) End of Life Care Strategy. Promoting high quality care for all adults at the end of life.

Department of Health (2007) Safer management of controlled drugs. A guide to good practice in secondary care (England), Royal Pharmaceutical Society.

Department of Health (2004) Achieving timely simple discharge from hospital: toolkit for the multidisciplinary team. Best Practice Guidance.

Y Gymdeithas Arennol (2014) Planning, initiating and withdrawal of renal replacement therapy, Clinical Practice Guideline.

Y Gymdeithas Arennol (2002) Treatment of adults and children with renal failure. Standards and audit measures. Royal College of Physicians of London, 3ydd arg.

Healthwatch England, (2015) Safely home: What happens when people leave hospital and care settings? Special inquiry findings. Available at: https://www.healthwatch.co.uk/sites/healthwatch.co.uk/files/170715_healthwatch_special_inquiry_2015_1.pdf.

Lim, W. S., Baudouin, S. V., George, R. C., Hill, A. T., Jamieson, C., Jeune, I. L., Macfarlane, J. T., Read, R. C., Roberts, H. J., Levy, M. L., Wani, M. & Woodhead, M. A. (2009) Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2011, Thorax, 66:2.

NCEPOD (2009) Acute kidney injury: Adding Insult to Injury.

NCEPOD (2005) An acute problem? A report of the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death.

NICE Cancer Service Guideline (2004) Improving supportive and palliative care for adults with cancer, 4.

NICE Clinical Guideline (2006) Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care, 42.

NICE Clinical Guideline (2007) Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital, 50.

NICE Clinical Guideline (2015) Venous thromboembolic diseases: diagnosis, management and thrombophilia testing, 144.



Rhestr Cyfeiriadau

NICE Clinical Guideline (2016) Chest pain of recent onset: assessment and diagnosis, 95.

NICE Clinical Guidelines (2017) Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management, 68. NCEPOD (2009) Acute kidney injury: Adding Insult to Injury.

NICE Guideline (2015) Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs, 27.

NICE Quality Standard (2017) End of life care for adults, 13.

Nursing and Midwifery Council (NMC) (2007) Standards for Medicine Management.

Parliamentary and Health Services Ombudsman, (2016) A report of investigations into unsafe discharge from hospital. Available at: <https://www.ombudsman.org.uk/sites/default/files/page/A%20report%20of%20investigations%20into%20unsafe%20discharge%20from%20hospital.pdf>.

The Renal Association (2014) Planning, initiating and withdrawal of renal replacement therapy, Clinical Practice Guideline.

The Renal Association (2002) Treatment of adults and children with renal failure. Standards and audit measures. Royal College of Physicians of London, 3rd ed.

Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M., Antonelli, M., Ferrer, R., & Kumar, A. (2016) Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock, Intensive Care Medicine, 43:3, 304-377.

Royal College of Emergency Medicine (2016/17) Consultation Sign-off. Clinical Audit Information 2016/17, Clinical Audits.

