

## Adroddiad ar adolygiad yn glŷn â:

Mr G ar Gwasanaethau Iechyd  
Meddwl a ddarparwyd, yn dilyn  
Lladdiad a gyflawnwyd ym  
mis Mai 2009

Ionawr 2011

**Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru**

Tŷ Bevan  
Parc Busnes Caerffili  
Ffordd Fan  
CAERFFILI  
CF83 3ED

Ffôn: 029 2092 8850

Ffacs: 029 2092 8877

**[www.hiw.org.uk](http://www.hiw.org.uk)**

# CYNNWYS

	<b>Rhif y Dudalen</b>
<b>Pennod 1:</b> Y Dystiolaeth	1
<b>Pennod 2:</b> Y Canfyddiadau	19
<b>Pennod 3:</b> Crynodeb o'r Argymhellion	41
<b>Atodiad A:</b> Cylch Gorchwyl yr Adolygiad	45
<b>Atodiad B:</b> Cronoleg	47
<b>Atodiad C:</b> Adolygiad o Wasanaethau Iechyd Meddwl yn dilyn lladdiadau a gyflawnwyd gan bobl a oedd yn defnyddio Gwasanaethau Iechyd Meddwl	55
<b>Atodiad Ch:</b> Y trefniadau ar gyfer adolygu Gwasanaethau Iechyd Meddwl o ran Mr G	57
<b>Atodiad D:</b> Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru	61
<b>Atodiad Dd:</b> Rhestr Termiau	63



# **Pennod 1: Y Dystiolaeth**

## **Crynodeb o'r Drosedd Berthnasol**

1.1 Ar 16 Mai 2009, ymosododd Mr G ar ei fam, Mrs H, gyda chyllell, gan achosi nifer sylweddol o anafiadau. Yn drist, bu farw Mrs H o ganlyniad uniongyrchol i'r clwyfau a gafodd ac arestwyd Mr G ar yr un diwrnod. Mae'n ymddangos bod Mr G hefyd wedi cymryd gorddos o feddyginiaeth wrth-seicotig ymlaen llaw.

1.2 Ar 5 Hydref 2009, cafodd Llys y Goron Abertawe Mr G yn euog o ddynladdiad Mrs H ar sail cyfrifoldeb lleihaedig, a gorchmynnwyd ei gadw mewn uned ddiogel am gyfnod amhenodol dan y Ddeddf Iechyd Meddwl.

## **Cefndir**

1.3 Ganwyd Mr G ym 1961 ac fe'i magwyd yn ardal Solihull yng Ngorllewin Canolbarth Lloegr.

1.4 Gadawodd Mr G yr ysgol ar ôl ennill tri chymhwyster safon uwch. Aeth yn ei flaen i ennill gradd anrhydedd mewn peirianeg ac, yn ddiweddarach, dilynodd gwrs rhaglennu cyfrifiadurol.

1.5 Ar ôl cwblhau ei addysg uwch, cafodd Mr G swydd fel rhaglennydd cyfrifiadurol dan hyfforddiant. Roedd yn ddi-waith tua chwe mis cyn iddo gael ei dderbyn i ysbyty seiciatrig am y tro cyntaf ym 1985.

1.6 Ar ôl iddo gael ei ryddhau o'r ysbyty yn dilyn ei dderbyniad cyntaf ym 1985, cyflogwyd Mr G i ddechrau i wneud gwaith cynnal a chadw ar drac beiciau modur - swydd a dderbyniodd yn dilyn cynllun y cymerodd ran ynddo pan oedd yn yr ysbyty. Yn ddiweddarach, datblygodd ddiddordeb mewn

garddio ac fe'i cyflogwyd fel garddwr tan iddo gael ei ddiswyddo ychydig flynyddoedd yn ddiweddarach. Sefydlodd Mr G ei fusnes ei hun yn y pen draw, yn gwneud gwaith cynnal a chadw gerddi i gleientiaid domestig.

1.7 Yn dilyn marwolaeth ei dad, parhaodd Mr G i fyw gyda'i fam, ac yn ystod haf 2007 symudodd y ddau i Sir Benfro. Ar yr adeg hon, roedd mam Mr G yn fenyw fregus yn ei hwythdegau â phryderon iechyd sylweddol ac roedd hi'n dymuno bod yn agosach at ei merch a'i mab yng nghyfraith. Pan symudodd Mr G i Sir Benfro, nid oedd ganddo swydd ac roedd yn hawlio budd-daliadau.

1.8 Mae'n ymddangos bod Mr G yn ei chael hi'n anodd ffurfio perthynas â phobl. Fodd bynnag, roedd ganddo rai ffrindiau trwy ei ddiddordeb mewn beiciau modur a modelu awyrennau, ac roedd yn mynd ar wyliau ac i gyfarfodydd yn ymwneud â modelu awyrennau.

1.9 Ni chofnodwyd unrhyw dramgwyddau troseddol yn erbyn Mr G, er ei fod yn hysbys i'r heddlu cyn iddo gael ei dderbyn i'r ysbyty ym 1985 gan ei fod wedi bod yn ymosodol i'w deulu ar lafar sawl gwaith cyn iddo gael ei dderbyn.

## **Gofal a Thriniaeth**

### **Cysylltiad â gwasanaethau iechyd meddwl yng Ngorllewin Canolbarth Lloegr**

1.10 Daeth Mr G yn hysbys i'r gwasanaethau iechyd meddwl am y tro cyntaf ym 1985 pan wnaed atgyfeiriad gan ei feddyg teulu. Fe'i gwelwyd gan seiciatrydd ymgynghorol a nodwyd ei fod yn dangos symptomau o newid yn ei bersonoliaeth; roedd yn encilgar, yn amheus ac yn isel ei ysbryd. Cafodd ddiagnosis o sgitsoffrenia yn dilyn hynny. Roedd ei driniaeth gychwynnol yn cynnwys adsefydlu, a rhoddwyd Stelazine<sup>1</sup> iddo ar bresgripsiwn.

---

<sup>1</sup> Stelazine – cyffur yw hwn a ddefnyddir i drin mathau o seicosis (a meddyginiaeth wrth-seicotig). Mae'n perthyn i ddosbarth o gyffuriau o'r enw ffenothiasinau, a ddefnyddid ers y 1950au ac y cyfeirir atynt weithiau fel 'cyffuriau gwrth-seicotig nodweddiadol'.

1.11 Yn ystod y flwyddyn yn dilyn ei ddiagnosis cychwynnol ym 1985, nodwyd bod Mr G yn dod yn fwyfwy sefydlog. Fodd bynnag, cadwyd Mr G yn gaeth dan y Ddeddf Iechyd Meddwl ym mis Tachwedd 1987; cyn iddo gael ei gadw'n gaeth, roedd yn dangos arwyddion o fod dan straen ac yn ddryslyd. Mae'r cofnodion yn nodi ei fod wedi gwrthod bwyd a'i fod yn clywed drychiolaethau.

1.12 Rhyddhawyd Mr G o'r ysbyty ym mis Ionawr 1988 ar ôl i'w iechyd meddwl wella a chyfnodau o'r hyn a ddisgrifiwyd fel ymweliadau cartref '*boddfaol*'. Ar ôl ei ryddhau o'r ysbyty, gwelwyd Mr G mewn clinigau cleifion allanol bum gwaith yn ystod 1988, a nodwyd ar bob achlysur ei fod yn gwneud cynnydd ac yn cymryd ei feddyginiaeth, sef Haloperidol<sup>2</sup> a Procyclidine<sup>3</sup>. Yn ystod y cyfnod hwn, mynychodd uned ddydd adsefydlu dair gwaith yr wythnos hefyd.

1.13 Rhyddhawyd Mr G o'r gwasanaethau iechyd meddwl ym mis Ionawr 1989 gan ei fod yn parhau i fod yn iach ac yn cymryd ei feddyginiaeth.

1.14 Mae'n ymddangos bod Mr G wedi bod yn cymryd ei feddyginiaeth wedi hynny ac wedi bod mewn cysylltiad rheolaidd â'i wasanaeth iechyd meddwl lleol, er bod bwloch yn ei gofnodion gofal clinigol rhwng 1989 a 1996 pan mae'n ymddangos na fu angen unrhyw gysylltiad â gwasanaethau gan fod ei feddyg teulu yn rhagnodi a monitro ei feddyginiaeth.

1.15 Nid oes unrhyw gofnod bod Mr G wedi ei weld eto gan wasanaethau iechyd meddwl tan fis Hydref 1996. Fe'i hatgyfeiriwyd yn ôl i'r gwasanaethau ar yr adeg hon yn dilyn ymgais i'w ladd ei hun. Roedd wedi ceisio ei wenwyno ei hun â nwy gan ddefnyddio tân nwy. Fe'i gwelwyd mewn apwyntiad clinig cleifion allanol, a fynychwyd gan ei rieni hefyd. Mae asesiad y tîm iechyd meddwl yn cofnodi bod Mr G yn teimlo'n unig, er nad oedd yn dangos unrhyw symptomau o weld neu glywed drychiolaethau nac yn datblygu unrhyw bosibilrwydd pellach o hunan-niweidio.

---

<sup>2</sup> Haloperidol – meddyginiaeth wrth-seicotig arall yw hon, sy'n perthyn i'r dosbarth Butryphenone. Mae hwn yn '*gyffur gwrth-seicotig nodweddiadol*' arall.

<sup>3</sup> Procyclidine – cyffur yw hwn a ddefnyddir i drin rhai o sgil-efeithiau symud meddyginiaethau gwrth-seicotig, yn enwedig anystwythder y cyhyrau a chryndod.

1.16 Atgyfeiriwyd Mr G unwaith eto i'r gwasanaethau iechyd meddwl gan ei feddyg teulu ym mis Ionawr 1998, yn dilyn cais gan Mr G i'w feddyginiaeth gael ei hadolygu. Ar adeg yr atgyfeiriad, roedd yn cymryd pump mg o Haloperidol ddwywaith y dydd, yn ogystal â *Procyclidine*. Nododd y meddyg teulu fod cyflwr Mr G yn gwaethygu os nad oedd yn cymryd ei feddyginiaeth.

1.17 Gwelwyd Mr G ym mis Mawrth 1998 gan seiciatrydd ymgynghorol yn Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull, a gytunodd i leihau ei feddyginiaeth i bump mg y dydd. Fe'i gwelwyd ar sawl achlysur yn y clinig cleifion allanol, ond yn ystod yr ychydig fisoedd nesaf, roedd yn ymddangos bod ymddygiad Mr G yn gwaethygu; roedd yn mynd yn fwy dadleugar â'i deulu ac, o ganlyniad i'w ymddygiad, collodd ei swydd fel garddwr.

1.18 Ar 6 Hydref 1998, fe'i gwelwyd eto gan y seiciatrydd ymgynghorol yn y clinig cleifion allanol yn dilyn atgyfeiriad a wnaed gan ei feddyg teulu a nododd newid yn ei ymddygiad. Oherwydd y gwaethygiad hwn yn ei ymddygiad fe'i derbyniwyd i'r ysbyty ar 10 Hydref 1998.

1.19 Aethpwyd â Mr G i'r ysbyty gan yr heddlu, a oedd wedi cael eu galw i gartref Mr G gan ei fam ar ôl iddo ddechrau mynd yn ddadleugar ar ôl yfed alcohol. Roedd Mr G wedi dechrau poeni bod ei fam yn dweud celwydd amdano, gan ei chyhuddo o symud ei eiddo o gwmpas y tŷ a'i guddio. Y diwrnod ar ôl ei dderbyn, dechreuodd Mr G ymddwyn yn ddadleugar ac yn fygythiol tuag at staff yr ysbyty, ac fe'i gwnaed yn destun Adran 5(2) y Ddeddf Iechyd Meddwl; fe'i trosglwyddwyd wedyn i Adran 3 ar 16 Hydref 1998. Daeth yn fwyfwy seicotig ac aflonydd ac ni ellid ei reoli ar y ward agored, ac felly fe'i trosglwyddwyd i'r Uned Gofal Seiciatrig Dwys (PICU) ar 29 Hydref. Yn ystod y derbyniad hwn, rhoddwyd Amisulpiride, meddyginiaeth wrth-seicotig wahanol, i Mr G, ond oherwydd iddo waethygu, fe'i rhoddwyd yn ôl ar Haloperidol. Ar 24 Rhagfyr 1998, fe'i rhyddhawyd o'r ward yn ôl gartref ar 15mg o Haloperidol y dydd, er dymuniad ei fam i beidio â'i gael gartref, ac ymdrechion ganddi hi a gweithiwr cymdeithasol Mr G i ddod o hyd i lety arall.



1.20 Ar ôl ei ryddhau, gwelwyd Mr G nesaf ym mis Ionawr 1999 gan ei seiciatrydd ymgynghorol. Roedd yn cymryd ei feddyginiaeth ac yn derbyn ymweliadau cartref gan ei weithiwr cymdeithasol. Ym mis Chwefror 1999, derbyniodd Mr G ei adolygiad Dull Rhaglen Ofal (CPA) cyntaf a gynhaliwyd gan ei seiciatrydd ymgynghorol a'i weithiwr allweddol. Mae nodiadau'r cyfarfod yn dangos y cytunwyd y byddai diogelwch teulu Mr G yn cael ei fonitro'n barhaus. Cytunwyd hefyd y byddai Mr G yn aros yng nghartref y teulu.

1.21 O 1999 i 2003, adolygwyd Mr G bob tri mis mewn apwyntiadau cleifion allanol gyda'i seiciatrydd ymgynghorol. Mae ei nodiadau'n dangos iddo fod yn cymryd ei feddyginiaeth trwy gydol y cyfnod hwn. Mae'n ymddangos bod y ffaith ei fod yn cymryd ei feddyginiaeth wedi arwain at welliant i'w fywyd gartref gan fod ei iechyd meddwl wedi mynd yn fwy sefydlog.

1.22 Yn 2003, cytunodd y seiciatrydd ymgynghorol a Mr G i leihau lefel yr *Haloperidol* i ddeg mg y dydd. Ar 15 Gorffennaf 2003, nododd ei seiciatrydd ymgynghorol mewn llythyr at feddyg teulu Mr G fod Mr G *"yn teimlo ychydig yn well ers i ni leihau ei feddyginiaeth ychydig. Nodaf iddo ddechrau mynd yn sâl pan y'i lleihawyd islaw 10mg, ac felly nid wyf yn credu bod unrhyw bosibilrwydd o'i lleihau ymhellach. Rwyf wedi esbonio hyn iddo."*

1.23 Ym mis Awst 2004, ceisiodd Mr G ei ladd ei hun trwy gerdded o flaen bws. Cafodd Mr G anafiadau difrifol gan gynnwys torri esgyrn yn ei wyneb a oedd yn golygu bod angen iddo gael llawdriniaeth y genau a'r wyneb. Bu yn yr ysbyty am bedwar mis, a oedd yn cynnwys cyfnod o dri mis yn yr uned gofal dwys. Cafodd ei drin â *Haloperidol* pan oedd yn yr ysbyty, ond ni chafodd ei drosglwyddo i wely seiciatrig. Fodd bynnag, fe'i hadolygwyd gan y cofrestrydd cyswllt seiciatrig, ac ni nododd unrhyw symptomau seicotig ar adeg ei adolygiad. Yn ystod yr ymgynghoriad hwn, cadarnhaodd Mr G ei fod wedi deffro mewn cyflwr dryslyd ar fore ei ymgais i'w ladd ei hun, a'i fod mewn helbul, gan fod yn ansicr ynglŷn â phwy ydoedd a'i rywioldeb. Gwelwyd Mr G gan y gwasanaethau iechyd meddwl ar 10 Rhagfyr 2004 hefyd.

1.24 Ar ôl ei ryddhau o'r ysbyty, gwelodd Mr G ei seiciatrydd ymgynghorol yn y clinig cleifion allanol ar 26 Ionawr 2005. Roedd yn cymryd 10mg o Haloperidol y dydd. Yn yr ymgynghoriad, atgofiodd y digwyddiad gyda'r bws gan ailadrodd y profiadau seicotig cysylltiedig i'r seiciatrydd. Gwadodd ei fod wedi newid ei ddos o *Haloperidol* neu ei fod wedi colli dosau.

1.25 Ar yr adeg hon, roedd yn gweld Nyrs Seiciatrig Gymunedol (CPN) hefyd. Ar 25 Chwefror 2005, derbyniwyd Mr G i'r ysbyty yn anffurfiol yn dilyn atgyfeiriad gan ei CPN a ddywedodd ei fod yn clywed drychiolaethau ac yn cael meddyliau rhyfedd. Cynyddwyd ei Haloperidol i 15mg ac roedd ar y dos hwn pan y'i rhyddhawyd ar 21 Ebrill 2005.

1.26 Mynegodd mam a chwaer Mr G bryder am y syniadau paranöig a'r ymosodedd yr oedd Mr G wedi eu mynegi tuag at ei fam, yn ystod y cyfnodau o seibiant cartref a gafodd tra oedd yn yr ysbyty a hefyd ar ôl iddo gael ei ryddhau. Mynegodd mam Mr G broblemau i staff y ward hefyd a dywedodd wrthynt ei bod yn ofni ei mab gan ei fod wedi bod yn ymosodol tuag ati ar lafar. Dywedodd ei fam ei fod wedi ei chyhuddo o symud pethau a'i galw'n gelwyddgi. Dywedodd wrth aelodau'r staff nad oedd hi eisiau iddo fynd adref am seibiannau pellach a chytunwyd y byddai'n aros ar y ward ac y byddai ei fam yn ymweld ag ef yno. Sylwodd aelodau'r staff hefyd fod Mr G yn bigog tra ei fod ar y ward a'i fod wedi gofyn iddynt ei alw wrth enw gwahanol a dweud wrthynt nad oedd am gael ei drin '*fel plentyn*'.

1.27 Ar ôl rhyddhau Mr G o'r ysbyty, nododd ei CPN ei ymddygiad ymosodol hefyd. Yn ystod un ymweliad a wnaed gan y CPN, gwrthododd Mr G siarad â hi a'i fam, ac roedd yn fodlon siarad â'i weithiwr cymdeithasol ar ei ben ei hun yn unig. Cofnodwyd bod ei fam wedi dweud bod Mr G yn dal i fynegi rhai meddyliau paranöig tuag ati.

1.28 Ym mis Mai 2005, gwnaeth chwaer Mr G alwad ffôn i'r CPN yn mynegi pryder sylweddol am ymddygiad Mr G - nododd achosion pan oedd Mr G wedi dweud wrth alwyr ar y ffôn nad oedd ei fam gartref pan nad oedd hynny'n wir; pan oedd wedi rhoi'r ffôn i lawr ar ffrindiau ei fam; pan oedd Mr G wedi cymryd llyfr cyfeiriadau ei fam a dileu ei holl gysylltiadau ac yn haerllug iawn tuag at aelodau'r teulu. Cofnodwyd bod ei chwaer yn *'pryderu'n ddifrifol am les a diogelwch ei mam'*.

1.29 Gwelwyd Mr G bob mis trwy gydol 2005 gan ei weithiwr cymdeithasol, gweithiwr adfer cymunedol<sup>4</sup> ac yn y clinig cleifion allanol. Cynhaliwyd trafodaethau ynglŷn â threfnu llety arall i Mr G gan iddo fynegi y byddai'n well ganddo symud allan o dŷ ei fam gan ei fod yn teimlo ei bod hi'n ei drin fel plentyn. Fodd bynnag, nid yw'n ymddangos y datblygwyd y mater hwn gan fod Mr G yn dal i fyw yn nhŷ ei fam hyd at ei marwolaeth.

1.30 Mae'n ymddangos bod cyflwr meddyliol Mr G wedi sefydlogi yn ystod rhan olaf 2005. Fe'i gwelwyd gan ei seiciatrydd ymgynghorol yn y clinig cleifion allanol ar dri achlysur yn ystod 2006 ac mae'n ymddangos bod ei gyflwr meddyliol wedi parhau i fod yn sefydlog. Yn ystod un o'r ymgynghoriadau hyn, ar 15 Mawrth 2006, cynhaliwyd asesiad risg. Roedd cofnod o'r asesiad yn cynnwys y canlynol: *'pan fydd yn ailwaelu, ceir tensiwn ar adegau rhwng Mr G a'i fam, y mae'n byw gyda hi. Mae Mrs H wedi nod bod Mr G yn haerllug iawn tuag ati. Hefyd, gall Mr G fod yn eithaf amheus o'i fam pan ei fod yn sâl, gan ei chyhuddo o gymryd pethau oddi wrtho'*. Roedd Mr G yn dal i gymryd 15mg o *Haloperidol* bob dydd.

1.31 Gwelwyd Mr G yn y clinig cleifion allanol ar 31 Ionawr 2007, pan gynhaliwyd adolygiad CPA gan y seiciatrydd ymgynghorol a'i weithiwr cymdeithasol. Nodwyd ei fod yn sefydlog a chofnodwyd nad oedd ganddo unrhyw symptomau na meddyliau seicotig. Byddai'n parhau i gymryd 15 mg o *Haloperidol* y dydd.

---

<sup>4</sup> Mae gweithiwr adfer cymunedol yn cynorthwyo'r defnyddiwr gwasanaeth i ddychwelyd i gael ansawdd bywyd da trwy weithio gyda'r defnyddiwr gwasanaeth ac, mewn rhai achosion, gyda'i deulu a'i ofalwyr, i gymryd camau effeithiol i nodi arwyddion cynnar o ailwaelu.

## **Symud i Sir Benfro**

1.32 Gwelwyd Mr G ym mis Gorffennaf 2007 yng nghlinig cleifion allanol y seiciatrydd ymgynghorol yn Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull. Mae nodiadau'r ymgynghoriad yn dangos bod cyflwr meddyliol Mr G yn sefydlog a'i fod yn cymryd ei feddyginiaeth. Cadarnhaodd cofnod yr ymgynghoriad hefyd ei fod yn destun CPA safonol ac mai'r seiciatrydd ymgynghorol oedd ei gydgyssylltydd gofal. Yn ystod yr ymgynghoriad hwn, dywedodd Mr G wrth ei seiciatrydd ymgynghorol ei fod yn bwriadu symud i Gymru gyda'i fam. Cynghorodd y seiciatrydd ymgynghorol y dylai gofrestru â meddyg teulu lleol, a gwnaeth hynny. Ysgrifennodd ei seiciatrydd ymgynghorol at ei feddyg teulu newydd ar 12 Medi 2007 i'w hysbysu am ofnion meddyginiaeth cyfredol Mr G a'r goblygiadau pe na byddai'n cymryd ei feddyginiaeth. Nododd y seiciatrydd ymgynghorol hefyd mewn llythyr at y meddyg teulu ei fod yn amgáu nodyn ynghylch canlyniad ei ymgynghoriad cleifion allanol diwethaf gyda Mr G. Fodd bynnag, dywedodd meddyg teulu newydd Mr G wrthym nad oedd y llythyr canlyniad wedi'i gynnwys gyda'r llythyr oddi wrth seiciatrydd ymgynghorol Mr G. Ni anfonwyd unrhyw ddogfennau eraill gan Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull ar yr adeg honno, ac ni fu unrhyw drosglwyddiad CPA ffurfiol.

1.33 Anfonwyd cofnodion gan feddyg teulu Mr G yng Ngorllewin Canolbarth Lloegr at ei feddyg teulu newydd yn Sir Benfro ym mis Hydref 2007. Aseswyd Mr G wedyn gan y feddygfa deulu yn Sir Benfro ar 18 Chwefror 2008 fel rhan o broses flynyddol a gynhelid yno ar gyfer cleifion â salwch meddwl. O ganlyniad i'r asesiad hwn, fe'i hatgyfeiriwyd i Dîm Iechyd Meddwl Cymunedol (CMHT) De Sir Benfro. Amlinellodd llythyr atgyfeirio'r meddyg teulu hanes Mr G o salwch meddwl a phwysleisiodd y pwysigrwydd ei fod yn aros ar ei lefel feddyginiaeth gyfredol. Gofynnodd y meddyg teulu hefyd i Mr G dderbyn cymorth gan seiciatrydd a CPN.

## Cysylltiad â gwasanaethau iechyd meddwl yn Sir Benfro

1.34 Trafododd CMHT Sir Benfro achos Mr G ym mis Mawrth 2008 a neilltuwyd CPN o '*ddalgylch*' CMHT Arberth iddo. Gofynnwyd am nodiadau gan Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull ac fe'n hysbyswyd y derbyniwyd y rhain ychydig ar ôl 16 Ebrill 2008. Fodd bynnag, nid oedd llythyr i gyd-fynd â'r nodiadau ac nid oes unrhyw gofnod ffurfiol o'r union ddyddiad y derbyniwyd y ffeil gan y CMHT, na lle y'i cadwyd.

1.35 Gwelwyd Mr G gan seiciatrydd ymgynghorol am y tro cyntaf yn Sir Benfro ar 11 Ebrill 2008 mewn apwyntiad cleifion allanol. Mae'r cofnodion yn dangos y byddai Mr G yn aros ar ei lefel feddyginiaeth gyfredol ac yn parhau â'r apwyntiadau cleifion allanol fel y gellid ei fonitro ar gyfer Camsymudiad Arafol<sup>5</sup>.

1.36 Gwelwyd Mr G nesaf ar 16 Ebrill 2008 gan ei CPN. Hwn oedd yr ymweliad cyntaf a wnaed gan aelod o'r CMHT ers i Mr G symud o Orllewin Canolbarth Lloegr. Mae'r nodiadau'n awgrymu bod cyflwr meddyliol Mr G yn sefydlog a'i fod yn cymryd ei feddyginiaeth. Ar 18 Ebrill 2008, cwblhawyd dogfen asesu gychwynnol ar 23 Ebrill 2008 lluniwyd proffil risg gan y cydgysylltydd gofal. Cytunwyd gyda Mr G y byddai'n cael ymweliadau misol gan y CPN ac apwyntiadau cleifion allanol parhaus gyda seiciatrydd. Penderfynwyd hefyd y dylai Mr G aros ar ei lefel gyfredol o feddyginiaeth, fel yr awgrymwyd gan y seiciatrydd ymgynghorol. Yn dilyn yr ymweliad cartref cychwynnol, rhoddwyd nodyn ar y system FACE<sup>6</sup> yn amlinellu bod Mr G mewn perygl o hunanladdiad oherwydd ei hanes o geisio ei ladd ei hun a'r perygl o ailwaelu, er nad oedd unrhyw arwydd cyfredol o berygl. Mae'n ymddangos y trafodwyd Mr G mewn cyfarfod CMHT ar 17 Ebrill 2008. Fodd bynnag, mae'n ymddangos o'r cofnodion yr ydym wedi'u gweld o'r cyfarfod hwnnw, nad oedd y cydgysylltydd gofal yn bresennol.

<sup>5</sup> Mae nodweddion Camsymudiad Arafol yn cynnwys symudiadau ailadroddus, anwirfoddol, di-bwrpas megis tynnu wyneb, rhoi'r dafod allan, clecian y gwefusau, crychu a phletio'r gwefusau ac amrantu'n gyflym. Gall hefyd achosi i'r traed a'r dwylo symud yn gyflym, yn ogystal ag amharu ar symudiadau'r bysedd.

<sup>6</sup> FACE yw'r enw ar gyfres electronig o ddogfennau integredig ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl a gynhyrchir gan FACE Recording & Measurement Systems Cyf. Fe'i defnyddir gan nifer o sefydliadau'r GIG i gasglu a chofnodi gwybodaeth yn ymwneud â chysylltiadau â chleifion, asesiadau a dogfennau'n ymwneud â CPA.

1.37 Parhaodd Mr G i gael ei adolygu'n rheolaidd gan seiciatrydd cyswllt yn y CMHT yn ystod apwyntiadau cleifion allanol ym mis Mehefin a Medi 2008 a mis Mawrth 2009. Cynhaliwyd ymweliadau misol hefyd gan ei gydgyssylltydd gofal (y CPN) trwy gydol 2008, gan barhau yn 2009.

1.38 Ym mis Mai 2008, neilltuwyd y cyfrifoldeb am gydgyssylltu gofal Mr G i CPN arall. Mae'n ymddangos bod y newid hwn wedi mynd yn dda a heb unrhyw broblemau. Parhaodd Mr G i fod yn sefydlog ac i gymryd ei feddyginiaeth a pharhaodd ymweliadau misol gan ei gydgyssylltydd gofal. Mae nodiadau'r ymgynghoriadau rhwng Mr G a'r seiciatrydd cyswllt yn awgrymu bod ganddo bryder bach am symudiadau anarferol i'r tafod (sy'n esbonio'r cyfeiriad cynharach at fonitro am Gamsymudiad Arafol) er bod nodiadau diweddarach yn awgrymu ei fod yn fodlon bod hyn oherwydd y llawdriniaeth a gafodd yn 2004. Cofnododd y seiciatrydd cyswllt hefyd fod Mr G wedi crybwyll mai un o'r arwyddion ei fod yn ailwaelu oedd ei fod weithiau'n drysu sŵn traffig â sgrechian neu chwerthin.

1.39 Ar 18 Mawrth 2009, gwelodd y seiciatrydd cyswllt Mr G yn ei chlinig cleifion allanol. Mae'n ymddangos mai diben hyn oedd cynnal cyfarfod adolygu CPA. Dylai cydgysylltydd gofal Mr G fod wedi bod yn bresennol yn y cyfarfod hwn hefyd. Fodd bynnag, oherwydd diffyg cyfathrebu, ni fynychodd y cydgysylltydd gofal y cyfarfod ac felly cynhaliwyd yr adolygiad CPA mewn dau gyfarfod ar wahân – un rhwng y seiciatrydd cyswllt a Mr G ar 18 Mawrth 2009 a'r llall rhwng y cydgysylltydd gofal a Mr G ar 1 Mai 2009. Ni allem ddod o hyd i unrhyw gofnod o drafodaeth rhwng y cydgysylltydd gofal a'r seiciatrydd cyswllt o ran yr adolygiad hwn, ac mae'n ymddangos y cwblhawyd yr adolygiad gan y cydgysylltydd gofal heb gyfraniad gan y seiciatrydd cyswllt.

### **Gwaethygiad cychwynnol o ran iechyd meddwl Mr G**

1.40 Ar 8 Mai 2009, teithiodd Mr G gyda'i fam i Gernyw am wyliau teuluol. Fodd bynnag, ar 11 Mai 2009, cysylltodd â'i gydgyssylltydd gofal dros y ffôn gan ei fod yn poeni nad oedd yn teimlo'n dda ac *'efallai mai'r daith oedd yr achos'*. Dywedodd Mr G hefyd nad oedd yn cysgu'n dda a'i fod yn ofni ei fod

yn ailwaelu. Yn dilyn trafodaeth gyda'i arweinydd tîm a'r seiciatrydd ymgynghorol, cysylltodd y cydgysylltydd gofal â Mr G dros y ffôn yn ddiweddarach y diwrnod hwnnw i'w gynghori i gynyddu ei feddyginiaeth os oedd yn teimlo'n sâl.

1.41 Dechreuodd Mr G a'i fam ar eu taith adref o Gernyw ar 13 Mai 2009, gan aros dros nos ar y ffordd. Ailgychwynwyd y daith ar 14 Mai 2009 ond aethant ar goll, gan groesi Pont Hafren sawl gwaith mae'n debyg. Cynhyrfodd Mr G fwy a mwy ac wrth gyrraedd parc manwerthu ger Abertawe, parciodd y car gan adael Mrs H ynddo. Ffoniodd Mr G aelod o'r teulu yn Sir Benfro i ofyn am gymorth. Wedi hynny, daeth yr heddlu lleol o hyd iddo ar gylchfan hanner milltir i ffwrdd mewn cyflwr dryslyd. Aeth yr heddlu ag ef yn ôl i'r car.

1.42 Yn y cyfamser, cyrhaeddodd aelodau'r teulu o Sir Benfro gan yrru Mr G a'i fam adref. Tua 10:00pm y noson honno, ceisiodd Mrs H gysylltu â'r cydgysylltydd gofal ar ei ffôn symudol, ond ni lwyddodd i gael ateb. Nid oedd yn gallu gadael neges ychwaith gan mai'r unig ddewis a gynigiwyd oedd cyfleuster i adael neges destun – rhywbeth nad oedd ar gael ar ffôn Mrs H.

1.43 Ffoniodd Mr G y cydgysylltydd gofal am 5:19pm ar 15 Mai 2009. Mae nodiadau'r cydgysylltydd gofal yn dangos bod Mr G yn ymddangos '*mewn hwyliau da*' o ystyried digwyddiadau'r diwrnod cynt. Dywedodd wrth y cydgysylltydd gofal y bu'n daith '*erchyll*' yn ôl o'r gwyliau yng Nghernyw a disgrifiodd sut iddynt fynd ar goll ac iddo deimlo'n '*ddryslyd*' a'i fod wedi mynd yn rhy ofnus i yrru ac felly wedi gadael ei fam mewn maes parcio ger Abertawe. Cadarnhaodd Mr G fod yr heddlu wedi ei gasglu ar gylchfan cyfagos ac wedi mynd ag ef yn ôl i'w gar.

1.44 Siaradodd y cydgysylltydd gofal â mam Mr G hefyd yn ystod yr un alwad ffôn, a dywedodd wrtho fod mwy i'r hanes na'r hyn a amlygwyd gan Mr G a rhoddodd fanylion ychwanegol, gan gynnwys y ffaith y bu'n rhaid iddynt gael eu casglu o Abertawe gan aelodau'r teulu. Dywedodd wrth y cydgysylltydd gofal nad oedd Mr G mor iach ag y dywedodd yn ei barn hi; er nad oedd unrhyw beth penodol ac eithrio'r ffaith ei fod braidd yn bigog. Trefnodd y cydgysylltydd gofal ymweliad cartref ar gyfer 26 Mai 2009 a

hysbysodd Mrs H na fyddai yn y gwaith yr wythnos ganlynol ond y byddai'n rhannu'r wybodaeth gyda chydweithiwr arall, a enwyd, ar ôl y penwythnos. Dywedodd y cydgysylltydd gofal wrth Mrs H hefyd i gysylltu â meddyg teulu Mr G neu ffonio 999 os oedd unrhyw bryder pellach.

### **Diwrnod y lladdiad – 16 Mai 2009**

1.45 Am 2:49am ar 16 Mai 2009, cysylltodd Mr G â'r heddlu i'w hysbysu ei fod yn credu efallai ei fod wedi treisio rhywun pan oedd ar ei wyliau yng Nghernyw. Aeth yr heddlu i'w gartref am 11:00am a dywedodd Mrs H wrthynt nad oedd Mr G wedi bod yn cymryd ei feddyginiaeth a'i fod yn gweld drychiolaethau. O archwilio, canfu'r heddlu na wnaed unrhyw adroddiad am drais yng Nghernyw ac felly ni chymerwyd unrhyw gamau pellach ar yr adeg honno.

1.46 Am 10:25am, ffoniodd Mrs H rif ffôn y tu allan i oriau arferol y gwasanaethau cymdeithasol a siaradodd â Gweithiwr Iechyd Meddwl Proffesiynol Cymeradwy (AMHP) gan fynegi pryder bod Mr G yn ailwaelu. Nid oedd Mr G na'i fam yn hysbys i'r gwasanaethau cymdeithasol. Sicrhawyd Mrs H gan yr AMHP felly y byddai'n cysylltu â'r tîm Triniaeth yn y Cartref i Ddatrys Argyfwng (CRHT)<sup>7</sup> a oedd ar ddyletswydd. Cysylltodd yr AMHP â'r tîm ac fe'i hysbyswyd eu bod i gyd allan ar alwad ac y dylai ffonio yn ôl yn ddiweddarach yn y bore. Siaradodd yr AMHP â Mrs H eto am 11:15am, yn dilyn cais am gyswllt. Cymerwyd yr alwad gan yr heddlu a oedd yn dal i fod yno, gan ddweud nad oedd angen mynd â Mr G i'r ysbyty ar frys. Dywedodd yr AMHP wrth yr heddwes a oedd yn bresennol y byddai'n cysylltu â'r tîm CRHT i drefnu ymweliad cartref â Mr G.

---

<sup>7</sup> Ar yr adeg hon, roedd y tîm CRHT ar ddyletswydd yn cynnwys Ymarferydd Nyrsio Iechyd Meddwl cymwysedig a Chynorthwy-ydd Gofal Iechyd.



1.47 Yn fuan wedi hynny, siaradodd yr AMHP â'r tîm CRHT gan ddweud wrthynt am ymweld â Mr G gan nad oedd yn cymryd ei feddyginiaeth. Ffoniodd ymarferydd y CRHT Mrs H tua hanner dydd gan siarad â'r heddw a oedd yn bresennol a Mrs H. Cytunwyd y byddai ymweliad cartref yn cael ei gynnal i asesu Mr G am 1:30pm.

1.48 Ffoniodd yr AMHP hefyd, a siaradodd â chwaer Mr G tua 12:30pm er mwyn cynnig cefnogaeth ac esbonio y byddai'r tîm CRHT yn cysylltu â thîm y tu allan i oriau arferol y gwasanaethau cymdeithasol ar ôl iddynt ymweld er mwyn eu hysbysu am y sefyllfa a, phe byddai angen, byddai ymweliad pellach yn cael ei drefnu ar gyfer asesiad iechyd meddwl. Dywedodd chwaer Mr G wrth yr AMHP am ymddygiad Mr G yn y gorffennol, dan amgylchiadau tebyg. Dywedodd chwaer Mr G wrthym ni hefyd ei bod wedi ailadrodd y wybodaeth hon i'r ymarferydd CRHT dros y ffôn cyn ei ymweliad.

1.49 Cyrhaeddodd y tîm CRHT gartref y teulu am 1:30pm a chynhaliodd yr ymarferydd CRHT asesiad iechyd meddwl o Mr G, a fynnodd bod Mrs H yn gadael yr ystafell ar gyfer rhan gyntaf yr asesiad. Yn ystod yr asesiad hwn, cyfaddefodd Mr G wrth yr ymarferydd nad oedd wedi bod yn cymryd ei feddyginiaeth yn iawn a'i fod yn gweld drychiolaethau ac yn clywed lleisiau.

1.50 Ar ôl cwblhau'r asesiad, ymunodd aelodau'r teulu a Mrs H â Mr G a'r tîm CRHT. Mae cofnod asesu'r ymarferydd CRHT yn nodi bod Mrs H a'i merch wedi dweud yn ystod trafodaethau bod Mr G yn *'ddadleugar/ymosodol, yn ddryslyd a'i bod yn anodd rhagweld yr hyn fyddai'n ei wneud nesaf'* ac *'nad oedd yn iawn'*. Mae cofnodion y CRHT yn nodi bod y tîm wedi gadael tua 2.45pm ar ôl i Mr G gytuno i gymryd ei feddyginiaeth. Cofnodwyd bod chwaer Mr G wedi dweud bod ei mam wedi dweud wrthi wedyn ei bod wedi gweld Mr G yn cymryd un o'i dabledi am 4:00pm.

1.51 Cysylltodd chwaer Mr G â'r AMHP tua 4.50pm gan ei bod yn poeni bod Mr G yn gwaethygu a bod y sefyllfa'n dirywio. Dywedodd fod Mr G yn ymosodol ar lafar ac yn ddadleugar. Gofynnodd am gyfraniad pellach gan y CRHT. Cysylltodd yr AMHP â'r CRHT am tua 5.10pm a siaradodd â chynorthwy-ydd gofal iechyd y tîm i gyfleu pryderon y teulu. Cyfleodd yr

AMHP hefyd gais y teulu i'r CRHT gysylltu ag aelodau'r teulu yng Nghernyw i drafod ymddygiad Mr G pan oedd ar ei wyliau. Dywedodd yr AMHP wrth gynorthwy-ydd gofal iechyd y CRHT fod y teulu'n poeni am waethygiad cyflym cyflwr meddyliol Mr G ac esboniodd fod Mr G wedi cael ei dderbyn i'r ysbyty yn y gorffennol pan oedd yn dangos arwyddion tebyg.

1.52 Erbyn i'r alwad gan yr AMHP gael ei derbyn gan y CRHT, roedd yr ymarferydd CRHT wedi mynd oddi ar ddyletswydd (er ei fod dal yn swyddfa'r CRHT yn ysgrifennu ei nodiadau) ac roedd arweinydd y tîm CRHT wedi cymryd drosodd. Ffoniodd arweinydd y tîm CRHT Mrs H a siaradodd â hi am tua 5:30pm. Pan ofynnwyd iddi am y sefyllfa bresennol, dywedodd Mrs H fod Mr G yn 'o lew' a'i bod hi yn 'iawn'. Cadarnhaodd arweinydd y tîm CRHT y byddai'r tîm yn ymweld y diwrnod canlynol.

1.53 Yn syth ar ôl siarad â Mrs H, ffoniodd arweinydd y tîm CRHT chwaer Mr G i gynnig asesiad pellach y noson honno. Fodd bynnag, gan y dywedwyd wrthi na fyddai'n bosibl i feddyg fynychu, roedd chwaer Mr G yn teimlo nad oedd pwrpas cynnal asesiad pellach y noson honno. Dywedodd wrthym ei bod yn ofni y byddai hynny'n gwaethygu cyflwr Mr G heb ei symud o gartref ei mam, ac felly roedd hi wedi cytuno o'i hanfodd â chynnig arweinydd y tîm CRHT i ohirio'r asesiad hwn tra y disgwylid asesiadau pellach gan y CRHT a chan feddyg. Cadarnhawyd y byddai'r tîm CRHT yn ymweld eto am 12:30pm y diwrnod canlynol (dydd Sul) ac y byddai asesiad yn cael ei gynnal gan feddyg ar y dydd Llun. Dywedodd arweinydd y tîm CRHT y dylai Mrs H ffonio 999 os oedd yn pryderu.

1.54 Gwnaed galwad ffôn arall i gartref y teulu y noson honno tua 8:30pm, gan gynorthwy-ydd gofal iechyd y CRHT, i ddweud y byddai'r CRHT yn ymweld am 12:30pm y diwrnod canlynol. Fodd bynnag, ni chafwyd ateb ac felly gadawodd neges ar y peiriant ateb yn cadarnhau'r trefniant.

1.55 Am 9:43pm, derbyniodd AMHP arall, a oedd bellach yn darparu'r gwasanaeth y tu allan i oriau arferol, neges gan chwaer Mr G yn dweud bod Mr G wedi honni ei fod wedi lladd Mrs H a'i bod hi ar y ffordd i gartref ei mam. Yn ôl yr hyn a ddywedodd Mr G yn ddiweddarach, digwyddodd y lladdiad hwn

rhwng 7:30pm ac 8:00pm. Cysylltodd yr heddlu â'r AMHP am 10:13pm i'w hysbysu am y sefyllfa ac i gadarnhau bod Mr G yn cael ei drosglwyddo i'r adran Damweiniau ac Achosion Brys leol gan yr honnwyd ei fod wedi cymryd gorddos o feddyginiaeth.

## **Rheoli a Threfnu Gwasanaethau**

### **Y trefniadau ar gyfer darparu gwasanaethau iechyd meddwl yng Nghymru**

1.56 Ad-drefnwyd y Gwasanaeth Iechyd Gwladol yng Nghymru yn 2003. Arweiniodd hyn at ddiddymu Awdurdodau Iechyd Cymru a sefydlu Ymddiriedolaethau'r GIG a Byrddau Iechyd Lleol. Cyfrifoldeb y Byrddau Iechyd Lleol (BILIau) oedd comisiynu gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol a'r holl rai eilaidd. Yn 2008 a 2009, Ymddiriedolaeth GIG Hywel Dda oedd yn darparu gwasanaethau eilaidd yn ardal Sir Benfro, a Bwrdd Iechyd Lleol Sir Benfro oedd yn comisiynu gwasanaethau eilaidd. Bu ad-drefnu pellach ym mis Hydref 2009 trwy gyfuno Ymddiriedolaeth GIG Hywel Dda â thri BILI (gan gynnwys BILI Sir Benfro) i ffurfio Bwrdd Iechyd Lleol Hywel Dda. Bwrdd Iechyd Lleol Hywel Dda oedd y corff gwasanaeth iechyd oedd yn darparu gwasanaethau iechyd meddwl ar lefel eilaidd yn Ne Sir Benfro ar yr adeg y comisiynwyd yr adolygiad hwn.

### **CMHT De Sir Benfro**

1.57 Ceir dau CMHT yn ardal Sir Benfro, sef CMHT De Sir Benfro a CMHT Gogledd Sir Benfro. Y CMHT perthnasol at ddiben yr adolygiad hwn oedd CMHT De Sir Benfro. Mae CMHT De Sir Benfro wedi'i leoli yn Noc Penfro a cheir swyddfa ategol (a elwir yn '*ddalgyrch*') yn Arberth. Mae CMHT Gogledd Sir Benfro wedi'i leoli yng Nghanolfan Bro Cerwyn yn Hwlfordd. Mae'r seiciatryddion ymgynghorol a chyswllt wedi'u lleoli yng Nghanolfan Bro Cerwyn. Mae'r gwelyau iechyd meddwl aciwt ar gyfer Sir Benfro wedi'u lleoli yn y safle hwn a chaiff cofnodion meddygol cleifion eu cadw yma hefyd; ceir mynediad at FACE o'r safle hwn hefyd. Mae Cyngor Sir Penfro hefyd yn

darparu cyfraniad gan weithwyr cymdeithasol i'r CMHTau yn ardal Cyngor Sir Penfro. Mae'r CMHTau yn amlddisgyblaethol ac yn cynnwys gweithwyr cymdeithasol, seiciatryddion ymgynghorol, nyrsys seiciatrig cymunedol, seicolegwyr, gweithwyr gofal cymunedol, therapyddion galwedigaethol, cynorthwywyr gofal iechyd ac aelodau staff gweinyddol. Yn 2007, cynhaliodd Swyddfa Archwilio Cymru adolygiad sylfaenol o wasanaethau iechyd meddwl i oedolion yng Nghymru. Amlygodd yr adolygiad hwnnw mai Sir Benfro oedd un o'r ardaloedd yng Nghymru a oedd â'r nifer leiaf o swyddi a ariennir (CPNau, AMHPau (ASW) a swyddi gwaith cymdeithasol eraill a ariennir) – sef tua 2.1 o swyddi a ariennir fesul 10,000 o'r boblogaeth oedolion.

1.58 Nod y CMHT yw sicrhau bod pobl ag anghenion iechyd meddwl yn derbyn asesiadau, gofal a thriniaeth amserol ac effeithiol, a hynny yn yr amgylchedd mwyaf priodol yn unol â'u hanghenion a nodwyd.

1.59 Mae'r CMHT yn cynnig cyngor ac asesiadau i unigolion a atgyfeirir i'r tîm trwy broses un pwynt mynediad. Mae unigolion yn derbyn asesiad cynhwysfawr o'u hanghenion. Ar ôl cynnal asesiad, trafodir anghenion yr unigolyn mewn cyfarfod amlddisgyblaethol i ddarparu Dull Rhaglen Ofal (CPA) sy'n diwallu ei anghenion.

1.60 Mae'r CMHT yn gweithredu o ddydd Llun i ddydd Gwener yn ystod oriau gwaith arferol. Ceir darpariaeth ar gyfer gwasanaeth y tu allan i oriau arferol trwy wasanaeth argyfwng y tu allan i oriau arferol y gwasanaethau cymdeithasol (sy'n gweithredu 24 awr y dydd) a thîm Triniaeth yn y Cartref i Ddatrys Argyfwng (CRHT) Sir Benfro sy'n gweithredu bob dydd o 9.00am tan hanner nos.

## Triniaeth yn y Cartref i Ddatrys Argyfwng (CRHT)

1.61 Cyfarwyddir polisi gweithredol y Bwrdd Iechyd ar gyfer y gwasanaeth CRHT gan Gylchlythyr Iechyd Cymru 2005 (048) - *'Policy Implementation Guidance on the development of Crisis Resolution / Home Treatment (CR/HT) services in Wales'* a'r canllawiau a gyhoeddwyd gan Ganolfan Sainsbury ar gyfer Iechyd Meddwl yn 2001 ynglŷn â datblygu Timau Datrys Argyfwng. Nodir mai'r egwyddorion arweiniol yw:

- Rheoli argyfwng, hyd y bydd yn cael ei ddatrys.
- Ymgysylltu â defnyddwyr, teuluoedd a gofalwyr.
- Dull cyfannol.
- Defnyddio dull o weithio sy'n canolbwyntio ar gryfderau defnyddwyr yn hytrach na model *'salwch'*.
- Gwella a chynnal iechyd meddwl trwy seico-addysg.
- Dull cydweithredol.

1.62 Mae'r Bwrdd Iechyd wedi cyflwyno ei amcanion ar gyfer y gwasanaeth CRHT i ddiwallu anghenion defnyddwyr gwasanaeth sy'n:

- Profi argyfwng ar hyn o bryd o ganlyniad i salwch meddwl difrifol.
- Agored i niwed neu'n anabl i'r graddau y mae angen cyfnod dwys neu estynedig arnynt ar gyfer triniaeth a chymorth.
- Tebygol o fod angen triniaeth fel cleifion mewnol os nad oes cymorth dwys ar gael.

1.63 Rhagwelir hefyd y byddai'r defnyddwyr gwasanaeth hyn:

- Yn hŷn na 18 oed neu'n hŷn nag 16 oed a heb fod mewn addysg lawn amser, yn unol â'r polisi CAMHS.
- Yn bodloni'r meini prawf ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl i oedolion waeth beth yw'r terfyn oedran uchaf.

1.64 Ac y byddai'r gwasanaethau a ddarperir i'r defnyddwyr hyn yn cynnwys:

- Darparu gwasanaeth sy'n gweithio'n agos â gwasanaethau iechyd meddwl eraill, gofal sylfaenol a'r sector gwirfoddol.
- Gweithredu fel *'porthor'* i welyau cleifion mewnol aciwt a hwyluso rhyddhau'n gynnar pan fo'n bosibl.
- Darparu gwasanaeth sy'n ddewis arall yn lle'r ysbyty, rhwng 9.00am a hanner nos, saith niwrnod yr wythnos.

### **Canllawiau'n ymwneud â gwasanaethau iechyd meddwl yng Nghymru**

1.65 Mae Cynulliad Cenedlaethol Cymru a Llywodraeth Cynulliad Cymru wedi cyhoeddi canllawiau i gyrrff y gwasanaeth iechyd mewn nifer o gyhoeddiadau. Mae'r canlynol yn arbennig o berthnasol i'r adolygiad hwn: *'Gwasanaethau Iechyd Meddwl Oedolion yng Nghymru: Tegwch, Grymuso, Effeithiolrwydd, Effeithlonrwydd (Cynulliad Cenedlaethol Cymru 2001)'*, *'Canllawiau Polisi Iechyd Meddwl: Y Dull Rhaglen Ofal ar gyfer Defnyddwyr Gwasanaethau Iechyd Meddwl, (Llywodraeth Cynulliad Cymru 2003)'* ac, o ran disgwyliadau presennol ynglŷn â gwasanaethau iechyd meddwl, Cylchlythyr Iechyd Cymru (2006) 053 *'Adult mental health services in primary healthcare settings in Wales (Llywodraeth Cynulliad Cymru 2006)'*. Mae Cylchlythyr Iechyd Cymru (2005) 048 hefyd yn cyfeirio'n benodol at *'Policy Implementation Guidance on the development of Crisis Resolution/Home Treatment (CRHT) services in Wales'*. Mae'r Asiantaeth Genedlaethol Arwain ac Arloesi mewn Gofal Iechyd (NLIAH) hefyd wedi cyhoeddi adroddiad yn 2009, yn adolygu'r defnydd o'r Dull Rhaglen Ofal (CPA) yng Nghymru. Yn fwy diweddar, ym mis Gorffennaf 2010, mae Llywodraeth Cynulliad Cymru wedi cyhoeddi canllawiau gweithredu polisi dros dro ar ddarparu'r Dull Rhaglen Ofal yng Nghymru. Ar yr un pryd, mae hefyd wedi cyhoeddi canllawiau gweithredu polisi dros dro ar swyddogaeth CMHTau o ran darparu gwasanaethau iechyd meddwl cymunedol.

## **Pennod 2: Y Canfyddiadau**

### **Y Lladdiad a Gyflawnwyd gan Mr G**

2.1 Prin iawn yw'r dystiolaeth yn hanes clinigol Mr G i awgrymu bod eraill mewn perygl o gael eu niweidio ganddo. Pan oedd yn sâl, mae'n ymddangos bod Mr G yn y perygl mwyaf o'i niweidio ei hun.

2.2 Wedi dweud hynny, ar ôl i Mr G ddechrau dangos arwyddion o ailwaelu, gellid bod wedi rhagweld digwyddiad seicotig o bwys, er nad oedd unrhyw ffordd unwaith eto i aelodau staff rhagweld natur unrhyw ddigwyddiad o'r fath na'i ganlyniadau trasig.

2.3 Mae'n debygol y byddai derbynriad i'r ysbyty ar 16 Mai 2009 wedi atal y lladdiad a ddigwyddodd ar y diwrnod hwnnw. Fodd bynnag, gan ei fod wedi cytuno i gynyddu ei *Haloperidol* a pharhau i weld y gwasanaethau iechyd meddwl ac yr ystyriwyd y gellid ei reoli gartref, roedd yn rhesymol i'r CRHT gynnig triniaeth a goruchwyliaeth gartref.

2.4 O ystyried ymddygiad Mr G a'i barodrwydd ymddangosiadol i gymryd ei feddyginiaeth, nid oedd y CRHT mewn sefyllfa i'w gadw'n gaeth dan y Ddeddf Iechyd Meddwl. Mae AGIC o'r farn felly bod y tîm CRHT a welodd Mr G ar 16 Mai 2009 wedi ymddwyn yn rhesymol a dilyn llwybr a oedd yn cyd-fynd â'r hyn y gallai ymarferwyr CPN eraill fod wedi ei wneud dan yr un amgylchiadau a chyda'r wybodaeth a oedd ganddynt ar y pryd.

### **Roedd y gwasanaethau a ddarparwyd i Mr G yn llai na pherffhaith**

2.5 Er ein bod wedi dod i'r casgliad na ellid fod wedi rhagweld y lladdiad trasig a gyflawnwyd gan Mr G, mae AGIC o'r farn bod diffygion yn y gofal a'r driniaeth a ddarparwyd i Mr G yn ystod ei holl ymgysylltiad â gwasanaethau

iechyd meddwl yn Sir Benfro. Yn benodol, rydym o'r farn bod llwybr gofal Mr G yn amlygu materion o bryder cyffredinol o ran y ddarpariaeth o wasanaethau iechyd meddwl gan Fwrdd Iechyd Hywel Dda.

### **Y trefniadau ar gyfer trosglwyddo gofal Mr G o Orllewin Canolbarth Lloegr i Sir Benfro**

2.6 Cynhaliwyd apwyntiad cleifion allanol olaf Mr G gyda'i seiciatrydd ymgynghorol yn Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull ar 10 Gorffennaf 2007. Dywedodd Mr G wrthi ei fod yn symud i Sir Benfro ac anfonodd hi llythyr at feddyg teulu newydd Mr G yn Sir Benfro yn ddiweddarach. Nododd yn ei llythyr fod Mr G yn cymryd pump mg o *Haloperidol* dair gwaith y dydd ac y byddai angen iddo barhau â'r dos hwn am y dyfodol rhagweladwy. Roedd yr holl wybodaeth uchod yn y dogfennau a ddarparwyd i CMHT De Sir Benfro ym mis Ebrill 2008 gan Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull.

2.7 Pwysleisiodd seiciatrydd ymgynghorol Mr G hefyd yr angen i Mr G barhau i gymryd ei lefel gyfredol o Haloperidol, gan rybuddio bod unrhyw ostyngiad yn y gorffennol wedi arwain at ailwaelu a chael ei gadw yn yr ysbyty. Nododd y seiciatrydd ymgynghorol hefyd ei bod yn amgáu copi o'i llythyr a ddilynodd ei hymgynghoriad clinigol olaf gyda Mr G. Fodd bynnag, mae'r meddyg teulu yn Sir Benfro wedi cadarnhau nad oedd unrhyw beth wedi'i amgáu gyda llythyr y seiciatrydd ymgynghorol ac ni ellid dod o hyd i'r llythyr hwn yn nodiadau meddyg teulu Mr G. Roedd y llythyr hwn a aeth ar goll yn cadarnhau bod Mr G ar CPA safonol.



2.8 Er i'r wybodaeth a nodir uchod gael ei throsglwyddo i feddyg teulu newydd Mr G a'r CMHT, nid oedd unrhyw drosglwyddiad CPA o'r seiciatrydd ymgynghorol yn Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull i CMHT De Sir Benfro. Pan symudodd Mr G i Gymru, roedd ar yr hyn a adnabyddir fel '*CPA Safonol*' yn Lloegr yn hytrach na '*CPA Uwch*'. Yn Lloegr, mae CPA Safonol yn berthnasol i bobl sy'n derbyn gofal gan un asiantaeth ac sy'n gallu hunan-reoli eu problemau iechyd meddwl a chadw mewn cysylltiad â gwasanaethau. Mae CPA Uwch yn darparu mwy o gymorth i unigolion ag anghenion gofal lluosog o amrywiaeth o asiantaethau, sy'n debygol o fod mewn perygl uwch ac o golli cysylltiad â gwasanaethau.<sup>8</sup>

2.9 Roedd gan y tîm iechyd meddwl yn Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull berthynas barhaus â Mr G ac roedd yn gyfarwydd â'i salwch a'i dderbyniadau i'r ysbyty. Mae AGIC yn cwestiynu pam na throsglwyddwyd gofal Mr G yn uniongyrchol i CMHT De Sir Benfro yn yr achos hwn. Roedd gan Mr G broblem iechyd meddwl hirdymor a difrifol ac roedd mewn cysylltiad hirdymor â gwasanaethau iechyd meddwl. Roedd yn hysbys bod ei gyflwr meddyliol yn ansefydlog pan leihawyd ei feddyginiaeth, ac roedd hyn wedi arwain at dderbyniadau i'r ysbyty a sawl ymdrech i'w niweidio ei hun. Roedd ei dderbyniad diwethaf i'r ysbyty ddwy flynedd yn unig cyn iddo symud i Gymru. Roedd ei gyfleoedd cymdeithasol a galwedigaethol yn gyfyngedig ac roedd yn ddibynnol ar ei deulu agos. O ystyried difrifoldeb, cymhlethdod a natur gronig problemau Mr G, byddem yn ystyried y byddai'n arfer da gwneud atgyfeiriad yn uniongyrchol i CMHT De Sir Benfro. Byddai atgyfeiriad uniongyrchol wedi gwella'r cyfathrebu rhwng y ddau ddarparwr iechyd meddwl ac wedi rhoi cyfle i'r ffactorau risg a chymhlethdod y ffactorau ailwaelu gael eu hamlinellu'n eglur.

2.10 Pan gynhaliodd y seiciatrydd ymgynghorol a'r CPN o CMHT De Sir Benfro asesiad cychwynnol Mr G, nid oeddent wedi gweld ei nodiadau o Orllewin Canolbarth Lloegr. Deellir, fodd bynnag, bod y CPN wedi cael cyfle i '*fwrw golwg*' ar nodiadau Mr G o Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull cyn iddo gwblhau ei asesiad, er mwyn cadarnhau'r

---

<sup>8</sup> Refocusing the Care Programme Approach: policy and positive practice guidance. Canllawiau'r Adran Iechyd, 20 Mawrth 2008

wybodaeth yr oedd wedi'i derbyn eisoes gan Mr G a'i fam. Ni fu unrhyw ymdrech ar ran CMHT De Sir Benfro i gysylltu â chyn-seiciatrydd ymgynghorol Mr G (ei gydgysylltydd gofal neilltuedig blaenorol) yn uniongyrchol i gael unrhyw wybodaeth ychwanegol am iechyd meddwl Mr G, gan gynnwys, er enghraifft, manylion unrhyw arwyddion nodweddiadol o ailwaelu.

2.11 Rydym o'r farn bod y trefniadau ar gyfer trosglwyddo gofal Mr G o Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull i CMHT De Sir Benfro yn llai na pherffaith. Gellir crynhoi'r prif bryderon yn ymwneud â hyn fel a ganlyn:

- Dim cysylltiad clinigol uniongyrchol rhwng CMHT De Sir Benfro ac Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull ar ôl i Mr G symud i Sir Benfro.
- Dim atgyfeiriad na throsglwyddiad gofal uniongyrchol rhwng Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull a CMHT De Sir Benfro.
- Ni ddarparwyd digon o wybodaeth am hanes blaenorol Mr G, na'i ffactorau risg ac ailwaelu gan Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull i feddyg teulu Mr G yn Sir Benfro.

### **Asesiad cychwynnol a chysylltiad cynnar CMHT Sir Benfro â Mr G**

2.12 Mae'r dystiolaeth yr ydym wedi'i gweld yn dangos bod aelodau staff y CMHT yn gweithredu dan bwysau sylweddol ar adeg trosglwyddo Mr G i Sir Benfro, o ran cydbwysu'r amser a oedd ar gael i gynnal asesiadau trylwyr o gleifion newydd yn erbyn y posibilrwydd o beryglu'r gofal a ddarperir i gleifion eraill. O ystyried yr anawsterau hyn, nid yw AGIC o'r farn bod asesiad CPA cychwynnol Mr G a'r crynodeb o'i hanes iechyd meddwl yn amhriodol, er y gellid bod wedi darparu mwy o fanylion yn yr asesiad.

2.13 Mae'n amlwg na fu unrhyw asesiad amlddisgyblaethol na thrafodaeth o Mr G yn ystod ei gysylltiad cynnar â thîm dalgylch Arberth y CMHT. Yn benodol, nid oes unrhyw dystiolaeth fod gweithiwr cymdeithasol wedi bod yn rhan o'r broses, er y cydnabyddir bod gweithiwr cymdeithasol y tîm dalgylch yn absennol o'r gwaith oherwydd salwch hirdymor.

2.14 Dywedodd meddyg teulu Mr G wrth AGIC hefyd y byddai wedi bod yn barod i gyfrannu mwy at ofal iechyd meddwl Mr G, ond na chafodd y cyfle i wneud hynny. O'r wybodaeth yr ydym wedi'i gweld, mae'n amlwg nad oedd yn fater o drefn i wahodd meddygon teulu i gymryd rhan yn y broses CPA nac i fynychu cyfarfodydd y Tîm Amlddisgyblaethol (MDT). O ystyried cyfyngiadau'r CMHTau o ran staffio a maint y dalgylch (cyfeirir at hyn yn ddiweddarach yn yr adroddiad hwn), byddai mwy o gysylltiad â phersonél gofal sylfaenol wedi bod yn ddymunol.

2.15 Mae'n ymddangos mai prin oedd yr ystyriaeth a roddwyd i'r swyddogaethau gofalu eglur a gyflawnwyd gan Mrs H ar gyfer Mr G ac fel arall. Mae hyn yn peri pryder o ystyried breuder ac oedran Mrs H. Mae'n ofynnol ac yn ddyletswydd ar bob cydgysylltydd gofal i gynnig a chynnal asesiad gofalydd. Er y dywedwyd wrthym nad oedd Mrs H yn dymuno cael asesiad gofalydd (ni chofnodwyd hyn ar ffeil), ar y cyfan, rydym yn teimlo y dylid bod wedi cynnal asesiad mwy ffurfiol a chynhwysfawr o amgylchiadau cymdeithasol Mr G a'i fam, o ystyried ei breuder a'r ffaith mai hi oedd prif ofalydd Mr G.

2.16 Yn ein barn ni, dylid bod wedi cynnig cyfle i fam Mr G gyfrannu mwy at asesiad y CMHT o anghenion gofal a thriniaeth Mr G. Roedd ei gynllun gofal yn canolbwyntio'n bennaf ar ymyrraeth fferyllol yn hytrach na bod yn gynllun gofal cyfannol yn cynnwys gofalwyr, y teulu a rhwydweithiau cymorth.

2.17 Nid yw'n ymddangos y cynhaliwyd cyfarfod CPA amlddisgyblaethol ffurfiol i drafod cynllun gofal ac asesiad risg Mr G. Roedd yn ymddangos bod y cydgysylltydd gofal wedi paratoi cynllun gofal ac asesiad risg i'w trafod yng nghyfarfod y tîm CMHT. Fodd bynnag, nid yw cofnodion y cyfarfod a

gynhaliwyd ar 17 Ebrill 2008, pryd y trafodwyd gofal Mr G, yn gwneud unrhyw gyfeiriad at ei gynllun gofal ac nid yw'n ymddangos ychwaith bod y cydgysylltydd gofal a baratôdd y cynllun gofal yn bresennol.

2.18 Rydym yn pryderu nad oedd cynllun gofal cychwynnol Mr G yn dangos dadansoddiad cyson o hanes blaenorol Mr G a bod diffyg asesiad risg eglur yn seiliedig ar nodi hanes clinigol. Rydym yn teimlo bod y dull a ddefnyddiwyd wedi arwain at ddangosyddion ailwaelu a oedd wedi'u llunio'n wael a chynllun argyfwng a chynllun wrth gefn annigonol ar gyfer ymdrin ag ailwaelu. Dylai'r tîm amlddisgyblaethol cyfan fod wedi bod yn gyfrifol am ddatblygu, monitro a diweddarau'r cynllun yn rheolaidd.

2.19 Fel y nodwyd yn gynharach, rydym o'r farn bod tîm dalgylch Arberth wedi bod yn gweithio dan bwysau sylweddol yn ystod y cyfnod rhwng trosglwyddiad Mr G i Sir Benfro a'r digwyddiad trasig. Awgrymwyd gan y rhai a gyfwelwyd nad oedd digon o amser wedi'i neilltuo i ymarferwyr gynnal asesiadau cychwynnol a datblygu crynodebau o gofnodion hanesyddol cleifion.

2.20 Mae'n werth nodi bod y seiciatrydd cyswllt a welodd Mr G yn ei chlinig cleifion allanol ym mis Mehefin 2008 wedi nodi un o arwyddion ailwaelu arwyddocaol Mr G yn yr ymgynghoriad hwn. Fodd bynnag, nid yw'n ymddangos bod y wybodaeth hon wedi cyrraedd cynllun gofal Mr G nac wedi'i defnyddio i gyfrannu at gynllunio mewn argyfwng a chynllunio wrth gefn, oherwydd, mae'n debyg, yr anawsterau yr oedd y staff yn eu cael wrth gopïo neu sganio llythyrau a'u cofnodi ar y system FACE. Ystyrir rhannu gwybodaeth yn fwy manwl yn ddiweddarach.

2.21 Yn ein barn ni, nid oedd y broses asesu cychwynnol a gyflawnwyd ar gyfer Mr G yn gadarn nac yn ddigon trylwyr i ddatgelu'r anghenion a'r peryglon a oedd yn ymwneud â Mr G a'i deulu. Mae'r prif ffactorau cyfrannol yn cynnwys:

- Diffyg proses asesu cychwynnol drylwyr, gan gynnwys methiant i gynnal cyfarfod amlddisgyblaethol gwirioneddol i drafod achos Mr G yn fanwl, i egluro ffactorau cymdeithasol, teuluol a hanesyddol, i lunio asesiad risg eglur ac i ddatblygu cynllun gofal cynhwysfawr.
- Dim digon o amser ac adnoddau neilltuedig i aelodau staff CMHT De Sir Benfro gynnal Asesiad CPA cadarn, yn enwedig o ystyried diffyg trosglwyddiad ffurfiol dan y CPA.
- Heb gynnwys y meddyg teulu digon yn yr asesiad cychwynnol a'r broses cynllunio gofal ddilynol.
- Dim digon o ystyriaeth o fam Mr G yn y broses cynllunio gofal, yn ogystal â methiant i'w chynnwys yn ddigonol.
- Diffyg o ran casglu, dadansoddi a chynnwys ffactorau cymdeithasol, teuluol a hanesyddol i gyfrannu at yr asesiad.
- Cynllunio mewn argyfwng a chynllunio wrth gefn annigonol.
- Trafferth cofnodi llythyrau ymgynghoriad cleifion allanol ar y system FACE.

### **Ymgysylltiad parhaus y Gwasanaethau Iechyd Meddwl â Mr G**

2.22 Yn fuan ar ôl sefydlu cynllun gofal ac asesiad risg cychwynnol Mr G, trosglwyddwyd y cyfrifoldeb am gydgyssylltu ei ofal i CPN arall. Mae'n ymddangos bod y trosglwyddiad rhwng y ddau CPN wedi digwydd yn ddidrafferth ac nid oes gennym unrhyw bryderon am y broses hon. Yn dilyn ei gyflwyniad i Mr G, ymwelodd yr ail gydgyssylltydd gofal ag ef bob rhyw fis. Rydym o'r farn bod y dull a ddefnyddiwyd yn ystod yr ymweliadau hyn yn gyffredinol statig, yn hytrach na deinamig. Roedd y dull o gynnal ymweliadau'n ddiffwdan ac yn hamddenol. Defnyddiwyd yr un dull ar gyfer adolygu risg, monitro a darparu gofal therapiwtig.

2.23 Rydym yn amau pa un a oedd y dull ymweld hwn a oedd yn *'gymdeithasol'* yn bennaf wedi arwain at agwedd fwy hunanfodlon ar yr adeg y dechreuodd Mr G ailwaelu. Rydym hefyd yn amau pa un a arweiniodd at dybiaeth ehangach yn y gwasanaeth fod Mr G yn cynrychioli perygl is nag ydoedd mewn gwirionedd, a methiant y gwasanaethau i sylweddoli bod yr arwyddion o ailwaelu mor ddifrifol ag yr oeddent.

2.24 Yn ystod yr adolygiad hwn, daethom i'r casgliad ei bod yn ymddangos bod yr aelodau staff sy'n gweithio o ddalgylch Arberth yn gweithio ar eu pennau eu hunain i raddau helaeth, heb fawr o gyfle i gael cysylltiad â'u cymheiriaid. Rydym yn pryderu am natur ymddangosiadol anffurfiol y trefniadau ar gyfer cyflenwi yn ystod salwch hirdymor a maint bychan tîm dalgylch Arberth ar y pryd, gan fod hyn yn effeithio ar ei allu i ymdopi â cholli aelodau o'r tîm. Byddwn yn sôn mwy am hyn yn ddiweddarach wrth drafod materion rheoli.

2.25 Er gwaethaf y sicrwydd a roddwyd gan y Bwrdd Iechyd, mae'n ymddangos i ni y bu rhywfaint o ddiffyg cysylltiad rhwng ymarferwyr dalgylch Arberth a'u cydweithwyr meddygol (a oedd yn dal i fod yn amlwg ar adeg ein hadolygiad). Rydym yn nodi bod patrymau gweithio'r ymarferwyr yn nalgylch Arberth (roedd dau o'r tri ymarferydd yn darparu cyfraniad rhan-amser i'r dalgylch) yn golygu'n aml nad oedd unigolion yn gallu mynychu'r cyfarfodydd CMHT rheolaidd a oedd yn cael eu cynnal ar ddiwrnodau penodol ar yr adeg honno. Roedd hyn yn golygu'n anochel bod gostyngiad pellach yn y cyfleoedd i gysylltu â chymheiriaid a thrafod materion proffesiynol, a llai fyth o gyfraniad meddygol.

2.26 Rydym hefyd o'r farn y bu methiant i gydymffurfio â disgwyliadau'r CPA o ran cyfraniad rhwng ac o fewn asiantaethau wrth lunio cynlluniau gofal ac yn ystod prosesau adolygu'r CPA. Nid oedd yn ymddangos y bu'n flaenoriaeth i weithwyr proffesiynol gynnal asesiadau amlddisgyblaethol. Ceir enghraifft o hyn yn y ffordd y cynhaliwyd yr adolygiad CPA cyntaf – y cyfarfod cyntaf rhwng y seiciatrydd cyswllt a Mr G ac ail gyfarfod rhwng Mr G a'r CPN; ni chofnodwyd unrhyw drafodaeth amlddisgyblaethol.

2.27 Yn ein barn ni, nid oedd y gofal a'r driniaeth a ddarparwyd i Mr G yn ystod y flwyddyn yn arwain at y lladdiad yn ddigon cadarn, ac mae hyn yn adlewyrchu'n gyffredinol y ffordd y mae'r gwasanaethau iechyd meddwl lleol wedi'u trefnu a'u staffio yn ne Sir Benfro. Roedd natur cysylltiad y gwasanaethau iechyd meddwl â Mr G yn golygu y collwyd cyfleoedd i sicrhau y lluniwyd cynlluniau argyfwng a chynlluniau wrth gefn priodol i reoli'r risg yr oedd Mr G yn ei pheri pan oedd yn ailwaelu. Mae prif achosion hyn, yn ein barn ni, yn cynnwys:

- Diffyg asesiadau cynhwysfawr rheolaidd, gan gynnwys asesiadau risg.
- Cynllunio gofal annigonol, yn enwedig y diffyg cynllun i ymdrin ag ailwaelu ac argyfwng.
- Methiant i bennu ac adolygu canlyniadau gwaith cynllunio CPA.
- Dim digon o weithio ac adolygu amlddisgyblaethol.
- Ymweliadau '*cymdeithasol*' yr oedd eu pwyslais yn aneglur ac o bosibl yn rhy gyfyngedig.
- Perthynas â Mr G a'i ofalydd a oedd yn ymddangos yn anffurfiol yn hytrach na phroffesiynol.
- Arfer clinigol ynysig.
- Dim digon o gyfraniad meddygol at asesiadau a phenderfyniadau clinigol yn nalgylch Arberth.
- Diffyg ystyriaeth ac asesiad o anghenion gofalydd hyn a'r disgwyliadau arno/arni.

- Diffyg cynllun gofal a oedd yn seiliedig ar ganlyniadau i gyfarwyddo a chyfeirio cyfranogiad y cydgysylltydd gofal.
- Diffyg gwerthusiad o effeithiolrwydd y cynllun gofal fel rhan o brosesau goruchwylio staff.

### **Gwaethygiad – Cyfranogiad y gwasanaethau iechyd meddwl a'r gwasanaethau cymdeithasol yn ystod y diwrnodau yn arwain at y lladdiad**

2.28 Teithiodd Mr G a'i fam i Gernyw ar wyliau ar 8 Mai 2009 a thra oedd yno, mae'n ymddangos bod Mr G wedi dechrau teimlo'n sâl. Sylweddolodd ei fod yn mynd yn sâl a chysylltodd â'i gydgysylltydd gofal dros y ffôn ar 11 Mai 2009. Nododd y cydgysylltydd gofal fod hwn yn arwydd cyntaf posibl o ailwaelu ac roedd yn teimlo ei fod yn briodol ystyried cynyddu dos Mr G o Haloperidol. Trafododd y cam hwn gyda'i arweinydd tîm a'r seiciatrydd ymgynghorol, a gytunodd y byddai cynyddu'r dos yn briodol. Dywedodd y cydgysylltydd gofal wrthym fod Mr G wedi dweud ei fod yn amharod i gynyddu ei feddyginiaeth ond dywedodd y byddai'n gwneud hynny *'am y tro'*. Gofynnodd y cydgysylltydd gofal i Mr G gysylltu ag ef ar ôl iddo ddychwelyd o'i wyliau. Rydym yn fodlon bod y camau hyn yn rhesymol, er y byddai hwn wedi bod yn gyfle priodol i ailystyried yr asesiad risg a pharatoi cynllun wrth gefn, o ystyried yr arwyddion o ailwaelu.

2.29 Dychwelodd Mr G a'i fam o'u gwyliau ar 14 Mai 2009 ac, fel y nodwyd ym Mhennod 1, bu eu taith adref yn *'erchyll'* a bu'n rhaid i'r heddlu lleol a theulu Mr G ei *'achub'* ef a'i fam. Ar ôl iddynt ddychwelyd adref, cysylltwyd â'r gwasanaethau iechyd meddwl sawl gwaith yn ystod y diwrnodau yn arwain at y lladdiad.



2.30 Wrth i ni ystyried y digwyddiadau yn arwain at 16 Mai 2009, fe'n tarwyd gan y ffordd drws gl a rhwystredig yr oedd yn rhaid i ofalwyr ac aelodau'r teulu gysylltu ag ymarferwyr amrywiol yn y timau cymdeithasol a gofal iechyd. Yn ogystal â hyn, rydym o'r farn bod y systemau cyfathrebu sydd ar gael i alluogi cysylltiad rhwng aelodau timau yn aneffeithlon.

2.31 Er bod y dystiolaeth a dderbyniwyd gennym yn awgrymu y darparwyd manylion cyswllt prif swyddfeydd y CMHT i Mrs H ac y darparwyd rhif ffôn argyfwng y tu allan i oriau arferol y meddyg teulu iddi hi a Mr G hefyd, mae'n ymddangos nad oedd Mr G nac aelodau eraill o'r teulu yn deall y broses gywir ar gyfer cael gafeael ar gymorth y tu allan i oriau arferol.

2.32 Roedd cysylltiad cychwynnol y teulu â gwasanaethau ar 16 Mai 2009 gyda'r AMHP y tu allan i oriau arferol, sy'n gweithio i Wasanaethau Cymdeithasol Sir Benfro. Mae gwasanaeth y tu allan i oriau arferol y gwasanaethau cymdeithasol yn wasanaeth argyfwng na ddisgwylir iddo ddarparu'r holl wasanaethau sydd ar gael yn ystod y dydd, ond sydd wedi'i lunio i ymateb i argyfyngau na allant ddisgwyl tan oriau gwaith y dydd. Un aelod o staff sy'n gyfrifol am y gwasanaeth ar y tro a daw galwadau i'r tîm drwy'r ganolfan alwadau yn Hwlfordd, a dyna lle'r oedd yr AMHP wedi'i leoli ar adeg y digwyddiad.

2.33 Nid oedd Mr G a'i fam yn hysbys i'r gwasanaethau cymdeithasol tan ddiwrnod y digwyddiad ac nid oedd unrhyw wybodaeth am unrhyw aelod o'r teulu ar system gyfrifiadurol '*Care First*<sup>9</sup> y gwasanaethau cymdeithasol. Oherwydd hyn, bu'n rhaid i Mrs H gyfleu hanes iechyd meddwl Mr G i'r AMHP. Bu'n rhaid iddo ef wedyn gysylltu â'r tîm CRHT i gael mwy o wybodaeth am Mr G. Gan nad oedd aelodau'r tîm CRHT yn eu pencadlys ym Mro Cerwyn, nid oeddent yn gallu darparu gwybodaeth ychwanegol i'r AMHP tan iddynt ddychwelyd ar ôl ymweld â chleient arall.

---

<sup>9</sup> '*Care First*' yw system gyfrifiadurol Gwasanaethau Cymdeithasol Sir Benfro ar gyfer rheoli gwybodaeth am gleientiaid

2.34 Ar ôl dychwelyd i Fro Cerwyn, cysylltodd y CRHT â'r ymarferydd AMHP, ond prin oedd y wybodaeth a ddarparwyd iddo. Rydym o'r farn, o ystyried y wybodaeth a oedd ar gael, fod y penderfyniadau a wnaed gan yr AMHP yn briodol. Roedd yn briodol iddo ofyn i'r tîm CRHT ymweld er mwyn asesu Mr G ac, yn benodol, i archwilio pa un a oedd Mr G yn cymryd ei feddyginiaeth. Rydym hefyd yn fodlon nad oedd y wybodaeth a roddwyd i'r AMHP drwy'r CRHT, y teulu a'r heddlu (a oedd wedi treulio peth amser gyda Mr G a'i fam) ar fore 16 Mai 2009 yn awgrymu bod y sefyllfa'n gofyn am asesiad dan y Ddeddf Iechyd Meddwl.

2.35 Ffoniodd yr ymarferydd CRHT yn ddiweddarach gan siarad â mam a chwaer Mr G ar wahân. Bu'n rhaid i'r ddwy ailadrodd gwybodaeth am hanes iechyd meddwl Mr G yr oeddent wedi ei rhoi i'r AMHP yn gynharach. Roedd yn amlwg nad oedd ganddynt fynediad at nodiadau sgysiau a gafwyd gyda chydgysylltydd gofal Mr G ar 15 Mai 2009 ac, fel y nodwyd yn gynharach, nid oedd unrhyw gynllun argyfwng eglur wedi'i sefydlu i roi arweiniad i unigolion nad oeddent yn gyfarwydd â Mr G, o ran sut y dylent ymdrin ag achos o ailwaelu.

2.36 Yn ddiweddarach y diwrnod hwnnw, newidiwyd sifft y gweithwyr a oedd yn golygu y bu'n rhaid i deulu Mr G siarad ag aelod gwahanol o'r CRHT ac esbonio'r sefyllfa a hanes iechyd meddwl Mr G am y trydydd tro.

2.37 Mae teulu Mr G hefyd wedi codi pryderon am y ffaith nad oeddent yn gallu cysylltu â'r gwasanaethau cymdeithasol y tu allan i oriau arferol na'r tîm CRHT yn uniongyrchol. Canfuwyd ganddynt fod angen galwad yn ôl. Rydym o'r farn nad yw trefniadau o'r fath ar gyfer dychwelyd galwad bob amser yn gyfleus, neu y gallent fod yn ymwithiol neu gynyddu'r risg pan fo sefyllfa sensitif yn ymwneud â chleient sy'n fregus neu'n gwaethygu. Er ein bod yn cydnabod mai ymateb ar unwaith i alwad ffôn fyddai'r dewis gorau o safbwynt defnyddiwr gwasanaeth, rydym yn derbyn nad yw hyn yn ymarferol bob amser, yn enwedig mewn tîm bychan. Mae'r system dychwelyd galwad yn fanteisiol hefyd oherwydd bod gwasanaeth ffôn wedi'i staffio yn sicrhau y bydd galwad y defnyddiwr gwasanaeth/gofalydd yn cael ei hateb bob amser.

2.38 Rydym o'r farn bod y prosesau ar gyfer cael mynediad at asesiad a gofal iechyd meddwl brys wedi bod yn annigonol ac yn feichus. Nodwyd y canlynol fel gwraidd y broblem:

- Nid oedd unrhyw gynllun argyfwng wedi'i sefydlu i'r CRHT ei ddilyn ac i hysbysu Mr G a'i ofalydd/wyr.
- Nid oedd y wybodaeth a gadwyd gan y CRHT ar gael i AMHP y gwasanaethau cymdeithasol. (Cynigir sylwadau pellach ar hyn yn adran rhannu gwybodaeth yr adroddiad hwn).
- Nid yw AMHPau'r gwasanaethau cymdeithasol wedi'u lleoli yn yr un cyfleuster â'r CRHT. Mae hyn yn lleihau eu heffeithiolrwydd ac o bosibl yn creu rhwystr rhag datblygu perthynas waith agosach rhwng y ddau wasanaeth.
- Nid oedd gan deulu a gofawyr Mr G unrhyw wybodaeth i'w galluogi i gysylltu â'r tîm CRHT yn uniongyrchol.
- Nid yw'n ymddangos bod Mrs H wedi cael ei hysbysu'n ddigon eglur am y prosesau a oedd wedi'u sefydlu i gael cymorth y tu allan i oriau arferol.
- Nid oedd digon o adnoddau ar gael i ddarparu cymorth / cysur dros y ffôn i gleifion neu ofalwyr a oedd yn pryderu y tu allan i oriau arferol.
- Ni sylweddolwyd yn llawn pa mor gyflym yr oedd Mr G yn ailwaelu na'r amser y byddai'n ei gymryd i'w gyflwr meddyliol wella, ac ni chynhaliwyd ailasesiad uniongyrchol o gyflwr ei iechyd meddwl.
- Ni chofnodwyd y wybodaeth a ddarparwyd gan Mr G a'i fam ddydd Gwener 15 Mai 2009 ar unwaith, ac ni adolygwyd ei gynllun gofal, ei gynllun wrth gefn na'i asesiad risg yng ngoleuni'r ailwaelu y cydnabuwyd a oedd yn datblygu. Yn hyn o beth, nid oedd trefniadau hwylus wedi'u sefydlu i aelodau staff gael mynediad at FACE, gan wneud y broses o gofnodi gwybodaeth yn aneffeithlon ac yn feichus.

## Asesiad y CRHT o Mr G ac ymgysylltiad â'r teulu

2.39 Rydym wedi clywed tystiolaeth o ddiffyg eglurder am weithdrefnau a pholisi o ran y gwasanaeth ymateb i argyfwng cyn yr hyn a ddigwyddodd ar 16 Mai 2009. Mae hyn yn cynnwys disgwyliadau anghyson o ran swyddogaeth aelodau staff cymorth yn y tîm argyfwng; llwythi gwaith aciwt a thrwm; gweithio ar wahân a diffyg dulliau gweithio fel tîm.

2.40 Dywedwyd wrthym nad oedd diffyg gwely yn broblem ar yr achlysur penodol hwn, gan fod gwely aciwt ar gael i Mr G ar 16 Mai 2009. Fodd bynnag, ar 16 Mai 2009, roedd y CRHT dan bwysau sylweddol oherwydd nifer o sefyllfaoedd argyfwng a ddigwyddodd ar y diwrnod, ynghyd â gofynion gwasanaethu ardal ddaearyddol fawr. Mae'n ymddangos bod hyn wedi arwain at ymdeimlad o *'weithio'n reddfol'*. Fodd bynnag, dylid pwysleisio nad ydym yn beirniadu'r penderfyniad a wnaed gan yr ymarferydd CRHT a'i gydweithiwr yn dilyn eu hasesiad o Mr G ar 16 Mai 2009. Er, fel y nodwyd gennym yn gynharach, ei bod yn debygol y byddai derbynriad i'r ysbyty wedi atal y lladdiad a ddigwyddodd ar y diwrnod hwnnw, roedd Mr G wedi cytuno i gynyddu ei Haloperidol, i barhau i weld y gwasanaethau iechyd meddwl, ac ystyriwyd y gellid ei reoli gartref, ac felly roedd yn rhesymol i'r CRHT gynnig triniaeth a goruchwyliaeth gartref. Mae AGIC o'r farn bod y tîm CHRT a welodd Mr G ar 16 Mai 2009 wedi gweithredu'n rhesymol ac wedi dilyn camau a oedd yn cyd-fynd â'r hyn y gallai ymarferwyr CRHT eraill fod wedi ei wneud dan yr un amgylchiadau a chyda'r wybodaeth a oedd ganddynt ar y pryd.

2.41 Dywedodd y teulu wrthym eu bod yn teimlo y collwyd cyfleoedd i gael gwybodaeth ganddynt am ymddygiad Mr G a'i hanes o ailwaelu yn y gorffennol. Roeddent yn teimlo iddynt gael eu *'diystyru'* gan y CRHT pan wnaethant geisio rhoi gwybodaeth ychwanegol ar ben y wybodaeth a gyflwynwyd gan Mr G ei hun. Un enghraifft benodol a nodwyd oedd y ffordd y gwrthododd y tîm ymgysylltu ag aelod o'r teulu a aeth atynt wrth iddynt adael ar ôl eu cyfarfod â Mr G. Ni allwn weld unrhyw reswm penodol pam ei bod yn ymddangos bod y CRHT yn amharod i ymgysylltu ag aelodau'r teulu pan nad oedd Mr G yn bresennol. Byddem yn awgrymu nad yw derbyn (yn hytrach na rhoi) gwybodaeth yn mynd yn groes i reolau cyfrinachedd cleifion. Mewn

gwirionedd, rydym o'r farn y byddai wedi bod yn gwbl dderbyniol gwrando ar eu pryderon a'u hystyried yng ngoleuni profiad y teulu o ymdrin â salwch Mr G dros 25 mlynedd.

2.42 Wedi dweud hynny, hyd yn oed â'r fantais o ôl-ddoethineb, nid ydym o'r farn y byddai gwybodaeth o'r fath wedi cael effaith o bwys ar y penderfyniad i beidio â mynd â Mr G i'r ysbyty.

### **Rhannu gwybodaeth, rheoli cofnodion a chyfathrebu**

2.43 Mae'r defnydd o ffonau symudol fel ffordd o gyfathrebu â chleifion a'u gofalmwr yn peri pryder. Rydym wedi clywed gan aelodau staff y rhoddwyd rhifau ffôn symudol ymarferwyr unigol i gleientiaid yr oeddent i fod i'w defnyddio yn ystod oriau gwaith yn unig. Nid ydym yn amau mai ceisio bod yn gynorthwyol yn unig oedd yr ymarferwyr hyn trwy ddarparu eu rhifau ffôn symudol. Fodd bynnag, nid dyma'r dull yr oedd y CMHT yn disgwyl y byddai'n cael ei ddefnyddio i gysylltu â chydgyssylltwyr gofal. Mae llawer o risgiau'n gysylltiedig â gadael neges mewn sefyllfa frys, megis gwyliau neu salwch, a gallai hynny olygu na fyddai negeseuon yn cael eu clywed.

2.44 Mae hefyd yn bwysig crybwyll ar yr adeg hon yr anawsterau a fynegwyd i ni o ran gweithio gyda FACE fel y'i gweithredir gan y Bwrdd Iechyd ar hyn o bryd. Amlygwyd y materion hyn eisoes yn yr adroddiad hwn ac fe'u codwyd dro ar ôl tro gan y rhai a gyfwelwyd yn ystod yr adolygiad. Pryderon am reoli cofnodion a rhannu gwybodaeth yw un o'r prif faterion i ni ddod ar eu traws yn ystod yr adolygiad hwn, ac yn wir mewn adolygiadau blaenorol o laddiadau a gynhaliwyd gan AGIC.

2.45 Nododd adroddiad mewnol y Bwrdd o'i adolygiad o'r digwyddiad bryder am gadw cofnod hanesyddol Mr G, o Birmingham, yn swyddfa dalgylch Arberth yn hytrach na'i ddychwelyd i'r swyddfa cofnodion meddygol yn Hwlfordd. Rydym wedi cael gwybod yn ystod ein hadolygiad nad oedd yn anghyffredin i gofnodion gael eu cadw yn swyddfa'r dalgylch oherwydd yr anawsterau ymarferol o ran cael gafael ar gofnodion cleientiaid, er enghraifft, o ystyried yr amser y mae'n ei gymryd i deithio i Ganolfan Bro Cerwyn ac yn

ôl. Byddai'n ymddangos yn gam synhwyrol sicrhau bod yr holl gofnodion cleifion ar gael yn ganolog i'r rhai sydd eu hangen. Fodd bynnag, rydym yn sylweddoli hefyd bod cyflawni taith ddwyffordd o 20 milltir bob tro y mae angen edrych ar gofnod claf yn aneffeithlon ac, fel yr awgrymwyd gan aelodau'r staff, gallai hynny effeithio ar yr amser y gellid ei dreulio'n gofalu am gleifion. Mae'n werth nodi hefyd nad oedd gan y Bwrdd Iechyd Bolisi Ffurfiol ar adeg y digwyddiad hwn o ran cadw cofnodion o'r fath, er i ni gael ein hysbysu bod polisi o'r fath wedi'i gyflwyno ers hynny.

2.46 Mae aelodau staff y Bwrdd Iechyd wedi dweud wrthym nad yw'n dechnegol bosibl ar hyn o bryd sganio cofnodion hanesyddol, megis cofnodion Mr G o Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull, i'r system FACE, a fyddai'n golygu eu bod ar gael i'r holl weithwyr proffesiynol sydd eu hangen. Rydym wedi clywed hefyd na neilltuir digon o amser i aelodau staff baratoi crynodebau iechyd meddwl manwl. O ganlyniad, mae'n ymddangos bod diffygion yn bosibl o ran y ffordd y sicrheir bod gwybodaeth hanesyddol ar gael i bob gweithiwr proffesiynol cyn belled ag y bydd y sefyllfa hon yn parhau.

2.47 Serch hynny, o ran gwraidd y broblem, mae AGIC o'r farn bod y ffaith fod cofnodion hanesyddol Mr G o Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Meddwl Birmingham a Solihull yn cael eu cadw yn swyddfa dalgylch Arberth yn amherthnasol i ganlyniad yr achos hwn. Rydym o'r farn y dylid bod wedi crynhoi'r cofnodion hanesyddol helaeth yn briodol. Gellid bod wedi'u defnyddio hefyd fel sail i baratoi asesiad risg cynhwysfawr, gan gynnwys dadansoddiad o arwyddion ailwaelu wedi'i lunio'n briodol er mwyn creu cynllun argyfwng a chynllun wrth gefn i ymdrin ag achosion o ailwaelu sy'n dod i'r amlwg. Pe byddai hyn wedi digwydd, yna rydym o'r farn bod man cadw'r cofnod hanesyddol yn amherthnasol.

2.48 Yn yr un modd, pe byddai'r Bwrdd Iechyd wedi sicrhau y gellid sganio cofnodion hanesyddol ar y cofnod claf a gedwir ar FACE, byddai hyn unwaith eto wedi golygu y byddai lleoliad y cofnodion papur wedi bod yn amherthnasol ac y byddai'r cofnod cyfan wedi bod ar gael i bob gweithiwr proffesiynol a chanddo fynediad at FACE.

2.49 Anhawster arall gyda'r systemau rhannu gwybodaeth a weithredir gan yr Ymddiriedolaeth ar hyn o bryd yw ei bod yn ymddangos, ar ôl derbyn galwad ffôn y tu allan i oriau arferol, mai'r unig ffordd fyddai gan y cydgysylltydd gofal o ddiweddarau gwybodaeth ar y cofnod FACE, fyddai troi yn ôl a dychwelyd i'r swyddfa agosaf â therfynell ar gyfer cael mynediad at FACE.

2.50 At ei gilydd, rydym o'r farn mai dyna beth y dylai fod wedi'i wneud gan y byddai hynny wedi sicrhau bod y cysylltiad ffôn yn cael ei gofnodi'n gywir a bod cynllun gweithredu'n cael ei nodi'n eglur ar FACE. Fodd bynnag, rydym hefyd yn cydnabod nad oedd y Bwrdd, trwy beidio â chynnig system gwbl hygyrch ar gyfer diweddarau FACE, yn darparu lefel resymol o gefnogaeth i'w ymarferwyr i'w galluogi i gyflawni eu dyletswyddau yn effeithlon a heb roi pwysau diangen ar ei aelodau staff.

2.51 Mae hefyd yn berthnasol nodi nad yw pob gweithiwr proffesiynol a allai ddod yn rhan o ddarparu gofal i gleifion yn gallu cael mynediad at FACE. Er bod FACE ar gael i aelodau staff y gwasanaethau cymdeithasol sy'n aelodau o CMHT, nid yw ar gael i aelodau staff gwasanaethau cymdeithasol y tu allan i oriau arferol megis yr AMHP. Mae gan aelodau staff y gwasanaethau cymdeithasol fynediad at eu system electronig ar gyfer rheoli cofnodion cleientiaid, sef '*Care First*'. Yn anffodus, nid oes modd i'r systemau FACE a Care First gysylltu â'i gilydd yn weithredol. Nid yw FACE ar gael i feddygon teulu ychwaith, er i'r Bwrdd lechyd ddweud y cynigiwyd mynediad o'r fath yn y gorffennol.

2.52 Mae aelodau staff hefyd wedi dweud wrthym fod FACE yn rhy gymhleth i'w ddefnyddio fel dull o reoli gwybodaeth a chynorthwyo i weithredu CPA. Rydym hefyd wedi derbyn cwynion bod FACE yn anaddas fel dull o gynorthwyo aelodau staff i lunio cynlluniau gofal priodol y gellir eu rhannu gyda chleifion. Achwynir hefyd bod FACE, fel dull o gynorthwyo i baratoi asesiadau risg, yn dibynnu gormod ar '*flychau ticio*' ac na cheir digon o gyfle nac anogaeth i gynnwys sylwadau ychwanegol.

2.53 Yn ogystal â phryderon am y system ei hun, mae aelodau staff hefyd wedi mynegi pryder am annibynadwyaeth y cysylltiad (trwy gyswllt ffôn) rhwng swyddfa'r dalgylch a'r brif swyddfa CMHT. Rydym hefyd wedi clywed pryderon am yr anawsterau a gafwyd wrth orfod dychwelyd i'r pencadlys i ychwanegu unrhyw wybodaeth at y system trwy derfynell briodol ac nad oes cyfleuster ar gael i ddiweddarau gwybodaeth o bell.

2.54 Mae'n amlwg i ni nad yw system rheoli gwybodaeth FACE, fel y'i gweithredir ac y darperir adnoddau ar ei chyfer ar hyn o bryd yn CMHT Sir Benfro, yn cefnogi'r ddarpariaeth o wasanaeth iechyd meddwl yn ddigonol. Mae'r casgliad hwn hefyd yn adlewyrchu pryder ehangach a fynegwyd gan NLIAH<sup>10</sup> a ddywedodd '*Nid yw'r trefniadau rheoli gwybodaeth presennol yn cefnogi'r ddarpariaeth o ofal yn effeithiol. Nid yw systemau TG yn cefnogi'r rhyng-gysylltiad rhwng cleientiaid a gweithwyr proffesiynol ac mae ymarferwyr o'r farn eu bod yn drwsogl ac yn fiwrocraidaidd*'. Mae'r achosion a gyfrannodd at yr annigonolrwydd a nodwyd o ran rhannu gwybodaeth a welwyd yn yr achos hwn, yn ein barn ni, yn niferus ac yn cynnwys (heb fod mewn unrhyw drefn benodol):

- Anallu neu ddiffyg cyfleuster i sganio gwybodaeth hanesyddol ar y system.
- Diffyg crynodeb llawn o hanes achos clinigol Mr G.
- Anhawster trosglwyddo llythyrau cleifion allanol i FACE.
- Pryder ynglŷn ag addasrwydd i'r diben o ran amlinellu cynlluniau gofal ac asesiadau risg ar gyfer y CPA.
- Anallu'r system i gyfathrebu â system rheoli achosion electronig yr awdurdod lleol.
- Anallu i gael mynediad at FACE o bell.
- Ansefydlogrwydd y system pan y'i defnyddir mewn swyddfeydd ategol.
- Anallu aelodau staff, megis ymarferwyr gwasanaethau cymdeithasol y tu allan i oriau arferol, i gael mynediad at FACE.

---

<sup>10</sup> Review of the Care Programme Approach in Wales 2009 – Yr Asiantaeth Genedlaethol Arwain ac Arloesi mewn Gofal Iechyd (NLIAH)



## **Materion rheoli a llywodraethu**

2.55 Yn ystod yr adolygiad hwn, rydym wedi nodi nifer o bryderon yn ymwneud â'r prosesau rheoli a llywodraethu sydd ar waith yng ngwasanaethau iechyd meddwl Bwrdd Iechyd Hywel Dda, ac rydym o'r farn eu bod wedi cyfrannu'n sylweddol at lawer o'r diffygion a nodwyd uchod.

### **Adnoddau a lefelau staffio – cynaliadwyedd timau bach**

2.56 Ar ôl dadansoddi'r wybodaeth a ddarparwyd gan y Bwrdd Iechyd am lefelau staffio yn nhimau'r gwasanaeth iechyd meddwl yn Sir Benfro, a maint y boblogaeth yn yr ardal honno, rydym o'r farn nad oedd gan dîm CMHT De Sir Benfro a thîm dalgylch Arberth ddigon o aelodau staff yn 2009 a bod hyn yn dal i fod yn wir ar adeg ein hadolygiad. Ym mis Mai 2009, roedd tîm dalgylch Arberth yn cynnwys: un arweinydd tîm llawn amser; un CPN ac un therapydd galwedigaethol (yr oedd y ddau ohonynt yn gweithio yn y dalgylch am dri diwrnod yr wythnos yr un), a gweithiwr cymdeithasol llawn amser a oedd wedi bod yn absennol oherwydd salwch hirdymor am gyfnod sylweddol, cyn y lladdiad. Yn ein barn ni, dylid pennu'r lefel staffio ar 5.0 cyfwerth ag amser cyflawn (WTE)<sup>11</sup> ar gyfer tîm sy'n gwasanaethu maint y boblogaeth yn ardal dalgylch Arberth. Rydym hefyd o'r farn y dylai maint, cyfansoddiad a gweithrediad y tîm ystyried natur wasgaredig y boblogaeth yn yr ardal ddaearyddol hon.

2.57 Mae'r cyfraniad meddygol i'r CMHT yn isel ac yn parhau felly (ym mis Gorffennaf 2010) gan fod y seiciatrydd ymgynghorol yn cyflawni ei chyfrifoldebau cymunedol ei hun yn ogystal â chyflenwi swydd ymgynghorol wag ar gyfer y gwasanaeth cleifion mewnol. Yn ogystal â hyn, mae'r seiciatrydd cyswllt wedi'i lleoli yn Hwlfordd y rhan fwyaf o'r amser.

---

<sup>11</sup> Cafwyd yr amcangyfrifon o - Boardman, J. a Parsonage, M. (2007). Delivering the Government's Mental Health Policies. Services, staffing and costs. Llundain: Canolfan Sainsbury ar gyfer Iechyd Meddwl.

2.58 Ni all CMHTau ddiwallu anghenion cynhwysfawr defnyddwyr gwasanaeth a'u teuluoedd oni bai bod gan dimau ddigon o adnoddau. Ni all timau sy'n gweithio ar wahân, nad oes ganddynt sgiliau digonol, ac sydd â diffyg her a chefnogaeth broffesiynol ddarparu gwasanaethau cymunedol integredig. Mae hefyd angen i dimau greu ethos o asesu a gofal sy'n darparu gwasanaeth o ansawdd da sy'n seiliedig i raddau helaeth ar dystiolaeth ac yn ystyried safbwyntiau'r cleifion y mae'n eu trin.

2.59 Ar adeg y lladdiad, nid yw'n ymddangos bod prinder staff yn y tîm CRHT. Fodd bynnag, dim ond dau aelod o staff oedd ar ddyletswydd y tu allan i oriau arferol ar gyfer Sir Benfro gyfan. Aethpwyd i'r afael â'r mater hwn ers hynny ac mae aelodau staff ychwanegol wedi'u recriwtio bellach i weithio y tu allan i oriau arferol.

### **Diwylliant o atebion pragmatig / gwneud y tro**

2.60 Rydym wedi gweld tystiolaeth fod cyfyngiadau o ran adnoddau wedi arwain at gymryd camau nad ydynt o reidrwydd yn cydymffurfio â pholisi CPA y Bwrdd Iechyd ei hun.

2.61 Dylai pob claf sy'n destun CPA (boed hynny'n CPA safonol neu uwch) yng Nghymru gael cydgysylltydd gofal. Deallir y codwyd pryder gyda'r rheolwyr ynglŷn â sut y byddai dalgyrch Arberth yn cydymffurfio â'r gofyniad hwn pe byddai aelod o'r tîm yn absennol (oherwydd gwyliau neu salwch). Prin iawn yw'r cyfle i benodi cydgysylltydd gofal arall yn y dalgyrch gan fod gan bob aelod o'r staff lwythi achosion llawn eisoes.

2.62 Dywedwyd wrthym, yn dilyn trafodaethau gyda'r rheolwyr, y cytunwyd pe byddai aelod o'r tîm yn absennol, y byddai ymarferwyr unigol yn dirprwyo fel cydgysylltwyr gofal ar gyfer y cleifion hynny a oedd ar CPA uwch yn unig. Byddai hyn yn golygu gadael y cleifion hynny ar CPA safonol heb gydgysylltydd gofal dynodedig, yn groes i bolisi CPA y Bwrdd Iechyd ei hun; nid yw hyn yn dderbyniol.

## **Rhaniad rhwng goruchwyliaeth gan reolwyr a goruchwyliaeth glinigol**

2.63 Mae pryder arall sydd gennym yn ymwneud â'r rhaniad rhwng goruchwyliaeth gan reolwyr a goruchwyliaeth glinigol ar gyfer aelodau staff, sy'n arwain at ddatgysylltiad rhwng y ddwy broses. Mae goruchwyliaeth gan reolwyr yn orfodol ac fe'i cynhelir gan reolwyr llinell uniongyrchol fel rheol. Fodd bynnag, mae goruchwyliaeth glinigol yn wirfoddol, nid yn orfodol, ar gyfer unigolion, ond argymhellir ei bod ar gael i bob ymarferydd. Dywedwyd wrthym hefyd bod unrhyw oruchwyliaeth glinigol a dderbynnir gan aelodau staff yn dibynnu ar ba un a ydynt yn gofyn amdani'n benodol yn hytrach na'i bod yn cael ei chynnig. Hyd yn oed pan fo trefniadau goruchwyliaeth glinigol a goruchwyliaeth gan reolwyr wedi'u sefydlu ar gyfer aelodau staff, nid yw'n ymddangos bod dull, ffurfiol neu fel arall, ar waith i un gyfrannu at y llall. Nid ydym yn ystyried bod trefniadau o'r fath yn arfer da.

2.64 Cyflawnir llawer o'r gwaith a wneir gan y CMHT ar wahân ac ychydig o gysylltiad a geir rhwng ymarferwyr a'u cymheiriaid. Prin yw'r cyfleoedd i drafod o ganlyniad. Ynghyd â'r oruchwyliaeth glinigol eithaf anghyson, fe'n harweinir i'r casgliad nad oes gan aelodau staff ddealltwriaeth briodol, o reidrwydd, o'r hyn sy'n cynrychioli arfer clinigol da ac nad oes digon o gyfle iddynt ddysgu o brofiad pobl eraill. Rydym yn pryderu hefyd y gallai hyn effeithio ar y broses o asesu a rheoli risg yng nghyd-destun arferion clinigol pob dydd, ac rydym o'r farn y dylid defnyddio dull mwy rhagweithiol o herio penderfyniadau clinigol.

### **Dysgu gwersi – gweithredu'n ymarferol**

2.65 Rydym o'r farn nad yw'n ymddangos bod rhai o'r gwersi y dylid bod wedi eu dysgu o ganlyniad i'r digwyddiad hwn wedi arwain at newidiadau mewn arferion gwaith ac adnoddau, er gwaethaf y ffaith fod rhai o'r pryderon a godwyd gennym yn yr adroddiad hwn wedi eu hamlygu mewn adolygiad mewnlol cynharach a gynhaliwyd gan y Bwrdd.

2.66 Mae'n amlwg i ni bod nifer o ddiffygion o ran TG, cyfathrebu ac arwahanrwydd daearyddol nad ydynt wedi eu datrys eto. Rydym hefyd yn pryderu nad oedd cyfleoedd i drafod a dysgu o'r digwyddiad trasig hwn, fel rhan o ddull cadarnhaol o wella arferion gwaith a rheolaeth, wedi eu trefnu ar gyfer yr holl aelodau staff perthnasol ym maes iechyd a gwasanaethau cymdeithasol.

## Pennod 3: Crynodeb o'r Argymhellion

3.1 O ystyried y canfyddiadau sy'n codi o'r adolygiad hwn, rydym yn argymhell:

1. Y dylai Bwrdd Iechyd Hywel Dda a Chyngor Sir Penfro gydweithio ar lefel strategol er mwyn:
  - Gwella'r trefniadau ar gyfer cydweithio ar lefel strategol a chynllunio ar y cyd rhwng gwasanaethau iechyd meddwl a'r gwasanaethau cymdeithasol er mwyn ystyried, er enghraifft, materion megis maint dalgylchoedd, lefelau staffio a chyflenwi, a'r swyddogaethau, y cysylltiadau a'r modd y mae'r gwahanol wasanaethau iechyd meddwl a ddarperir gan y ddau wasanaeth yn cydweddu â'i gilydd.
  - Ymsefydlu prosesau o ansawdd da ar gyfer asesu risg a rheoli risg, a chynllunio mewn argyfwng a chynllunio wrth gefn wrth ddatblygu a gweithredu'r cynllun gofal mewn cydweithrediad â'r gofalydd a phobl bwysig eraill ym mywyd y defnyddiwr gwasanaeth.<sup>12</sup> Dylai'r cynlluniau wrth gefn ac mewn argyfwng fod ar gael yn rhwydd i aelodau staff iechyd a gwasanaethau cymdeithasol 24 awr y dydd.
  - Ymsefydlu yn eu harferion gwaith a'u polisiau yr ethos bod '*asesu risg cywir yn dibynnu ar gofnodi hanes o ansawdd uchel, rhannu gwybodaeth rhwng unigolion a gwasanaethau, a dod o hyd i wybodaeth berthnasol o'r gorffennol a allai nodi meysydd risg presennol ac yn y dyfodol*'.
  - Ymgymryd â phrosiect gyda sefydliadau gofalwyr a defnyddwyr gwasanaethau iechyd meddwl gyda'r nod o gynyddu nifer yr asesiadau gofalwyr a gynhelir a pha mor ddefnyddiol ydynt.

---

<sup>12</sup> Cyflawni'r Dull Rhaglen Ofal yng Nghymru: Canllawiau Interim ar gyfer Rhoi'r Polisi ar Waith, Llywodraeth Cynulliad Cymru, Gorffennaf 2010

- Gofalu bod y gwasanaethau'n adolygu eu polisïau CPA er mwyn sicrhau eu bod yn cydymffurfio â'r canllawiau polisi dros dro a gyhoeddwyd yn ddiweddar gan Lywodraeth Cynulliad Cymru (gweler troednodyn 12 uchod) ac i weithredu argymhellion Adolygiad 2009 o'r Dull Rhaglen Ofal yng Nghymru<sup>13</sup>.
2. O ran CPA, mae angen i Fwrdd Iechyd Hywel Dda a, phan fo'n briodol, Cyngor Sir Penfro, oherwydd ei fod yn rhan o'r gwaith o gydgyssylltu a darparu gofal, sicrhau:
- Strwythurau gwell ar gyfer cyfarfodydd tîm clinigol er mwyn gwella'r broses o adolygu cleifion newydd a chynnal trafodaethau clinigol ynglŷn â phobl y ceir cysylltiad parhaus â hwy.
  - Bod athroniaeth ac egwyddorion arweiniol y CPA yn cael eu gweithredu'n gyson a bod y dull yn gyfannol, gan gynnwys modelau gofal clinigol a chymdeithasol sy'n asesu ac yn mynd i'r afael ag amgylchiadau ac anghenion meddygol, cymdeithasol a theuluol. Mae angen ymsefydlu hyn mewn arferion gwaith trwy hyfforddiant, goruchwyliaeth, dogfennau a defnyddio prosesau sicrhau ansawdd priodol er mwyn cynnwys yr holl ymarferwyr, gan gynnwys meddygon, cydgysylltwyr gofal a goruchwylwyr.
  - Pan fo aelod(au) o deulu claf yn cael cynnig asesiad gofalydd, y dywedir wrthynt y cânt fod yn rhan o waith cynllunio mewn argyfwng a chynllunio wrth gefn gan eu bod wedi'u nodi'n ofalwyr.
  - Y rhoddir ystyriaeth fanwl i ddarparu mwy o gyfleoedd i feddygon teulu gael eu cynnwys yng ngofal/triniaeth cleifion â salwch meddwl difrifol.
  - Ei bod yn ofynnol i dimau argyfwng ystyried safbwyntiau a thystiolaeth ategol a ddarperir gan aelodau o'r teulu a gofalwyr.

---

<sup>13</sup> Review of the Care Programme Approach in Wales 2009, Yr Asiantaeth Genedlaethol Arwain ac Arloesi mewn Gofal Iechyd

3. O ran FACE, mae angen i Fwrdd Iechyd Hywel Dda sicrhau:

- Y cynhelir gwerthusiad ac adolygiad trylwyr o addasrwydd y system FACE i'w diben ac y darperir hyfforddiant trylwyr i bob aelod o'r staff ar sut i'w defnyddio.
- Bod nodiadau hanesyddol cleifion ar bapur yn cael eu cynnwys yn y cofnod FACE ar ffurf crynodebau trylwyr, ac y rhoddir digon o amser neilltuedig i gydgyssylltwyr gofal gwblhau crynodebau o'r fath. Fodd bynnag, mae AGIC yn cydnabod pe byddai'r gwasanaeth iechyd meddwl y trosglwyddwyd y claf ohono wedi ymgymryd â phroses drosglwyddo'r CPA ar ôl cael gwybod bod Mr G ar fin symud o'r ardal, yna byddai'r angen am y camau a argymhellir uchod wedi lleihau. Am y rheswm hwnnw, bydd yr adroddiad hwn yn cael ei gyflwyno i'r adrannau perthnasol yn Llywodraeth Cynulliad Cymru a'u cymheiriaid yn yr adran iechyd er mwyn iddynt ystyried y mater ymhellach fel sy'n briodol.
- Y rhoddir ystyriaeth i gynnwys '*tudalen flaen*' a ddylai, yn ogystal â manylion arferol diagnosis, meddyginiaeth ac ati, gynnwys sbardunau ac arwyddion ailwaelu, cynlluniau argyfwng/wrth gefn a manylion unrhyw blant neu oedolion agored i niwed sy'n byw yn yr un cyfeiriad.
- Bod FACE ar gael i aelodau staff y gwasanaethau cymdeithasol ac, os yw'n briodol, meddygon teulu.

4. O ran gweithrediad y CMHT a'r CRHT, dylai Bwrdd Iechyd Hywel Dda a, phan fo'n briodol, Cyngor Sir Penfro:

- Adolygu'r trefniadau ar gyfer gweithredu goruchwyliaeth glinigol a goruchwyliaeth gan reolwyr, ac i ba raddau y mae ar gael, er mwyn sicrhau y cefnogir aelodau staff yn briodol.
- Ceisio cynyddu nifer y staff yn y ddau dîm.
- Sicrhau bod trefniadau ffurfiol wedi'u sefydlu ar gyfer cyflenwi pan fo aelodau staff yn absennol am gyfnod hir.

- Egluro a datblygu canllawiau ar y swyddogaethau a'r cyfrifoldebau priodol ar gyfer cydgysylltu ymateb i argyfyngau sy'n cynnwys cyfraniad gan y gwasanaeth y tu allan i oriau arferol a'r CRHT. Yn benodol, dylent adolygu a nodi'r amgylchiadau a'r dangosyddion er mwyn cadarnhau pryd y dylid ystyried a chynnal ymweliad ar y cyd gan y CRHT a'r ymarferydd y tu allan i oriau arferol.
- Adolygu'r ddarpariaeth o wasanaethau yn nalgylch Arberth a CMHT De Sir Benfro er mwyn sicrhau eu bod yn adlewyrchu gofynion yr ardal ddaearyddol.



### Adolygiad Arbennig gan Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru o'r Gofal a'r Driniaeth a Ddarparwyd i Mr G

#### Cwmpas yr Adolygiad

Bydd yr adolygiad yn:

- Ystyried y gofal a ddarparwyd i Mr G mor bell yn ôl â'i gysylltiad cyntaf â'r gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol er mwyn deall a rhoi cefndir y digwyddiad angheuol ar 16 Mai 2009\*.
- Adolygu'r penderfyniadau a wnaed o ran gofal Mr G.
- Nodi unrhyw newidiadau yn ymddygiad ac ymddangosiad Mr G a gwerthuso a oedd unrhyw asesiadau risg a chamau gweithredu cysylltiedig a gymerwyd cyn y digwyddiad ar 16 Mai 2009 yn ddigonol.
- Llunio cynllun yn rhoi gwybodaeth am y canfyddiadau perthnasol a nodi argymhellion ar gyfer gwella.
- Gweithio gyda rhanddeiliaid allweddol i ddatblygu cynllun(iau) gweithredu, er mwyn sicrhau bod gwersi yn cael eu dysgu o ganlyniad i'r achos hwn.

---

\*Rhoddir ystyriaeth i hanes cymdeithasol Mr G fel rhan o'r ymarfer hwn.



## 2009 Cronoleg

Dyddiad	Mai			
Tîm Iechyd Meddwl Cymunedol (CMHT)		11/05/09: Mr G yn cysylltu â'r CMHT tra'i fod ar ei wyliau yng Nghernyw, gan ddweud nad yw'n teimlo'n dda er ei fod wedi cymryd ei feddyginiaeth. Mr G yn crybwyll y gallai'r <i>'daith fod wedi achosi'r peth'</i> , ac yn dweud nad yw'n cysgu'n iawn. Mae'n poeni y gallai fynd yn wael eto. Mae'r cydgysylltydd gofal yn dychwelyd ei alwad ac yn ei gynghori i gymryd dos uwch o feddyginiaeth ar ôl cael cyngor gan ei Arweinydd Tîm ac Ymgynghorydd Mr G.		
Tîm Triniaeth yn y Cartref i Ddatrys Argyfwng (CRHT)				
CYMDEITHASOL	08/05/09: Mr G yn mynd ar wyliau gyda'r teulu i Gernyw.		13/05/09: Mae'n cychwyn ar ei daith adref gan aros dros nos ar y ffordd.	14/05/2009: Mae'r daith adref yn cymryd dros ddeg awr. Aeth Mr G yn ddryslyd a mynd ar goll wrth yrru adref. Mae'n aros mewn parc manwerthu ger Abertawe ac yn gadael y car. Gadawyd Mrs H wedi'i chloi yn y car. Daeth yr heddlu o hyd i Mr G ar gylchfan ger Abertawe mewn cyflwr drslyd. Aeth y teulu â Mr G a Mrs H adref.

Paratowyd llinell amser gan y tîm adolygu, i'w gynorthwyo i ddeall y cysylltiadau rhwng y gwahanol ddigwyddiadau a gwasanaethau yn achos Mr F. Darperir y llinell amser hon i ategu'r dystiolaeth a roddir ym mhrif ran yr adroddiad ac i ddangos un dull a ddefnyddiwyd i ddadansoddi'r wybodaeth a oedd ar gael i'r tîm adolygu.

**Mai**

<p>14/05/09: (10:10pm) Mrs H a'i merch yn ceisio cysylltu â'r cydgysylltydd gofal ond yn methu â chael ateb, a dim ond neges destun y mae modd iddynt ei gadael.</p>	<p>15/05/09: (5:20pm) Mr G yn cysylltu â'i Nyrs Seiciatrig Gymunedol dros y ffôn. Yn ôl asesiad y Nyrs Seiciatrig Gymunedol o'i gyflwr, mae Mr G yn ymddangos yn briodol a bodlon ei fyd o ystyried profiad anodd y diwrnod cynt. Cadarnhawyd ymweliad cartref ar gyfer 26/05/09. Dywedwyd y byddai Nyrs Seiciatrig Gymunedol arall yn cael y wybodaeth hon, ond y byddai hynny'n digwydd ddydd Llun gan ei bod yn hwyrach na 5pm. Siaradodd y Cydgysylltydd Gofal â Mrs H hefyd a'i chynghori i gysylltu â'r meddyg teulu neu ffonio 999 os oedd yn bryderus.</p>	
		<p>16/05/09: (02:49am) Mr G yn cysylltu â'r heddlu ac yn dweud ei fod yn meddwl y gallai fod wedi treisio rhywun yng Nghernyw, ar ôl cael cwsg aflonydd.</p>

**Mai**

<p>16/05/09: (10:25am) Mrs H yn cysylltu â Gweithiwr Proffesiynol Iechyd Meddwl Cymeradwy (AMHP) y gwasanaethau cymdeithasol y tu allan i oriau arferol. Dywedodd Mrs H wrth yr AMHP fod ei Nyrs Seiciatrig Gymunedol wedi dweud wrth Mr G am gynyddu ei ddos o feddyginiaeth ond nad oedd i'w weld yn gwella. Mynegodd Mrs H bryder fod Mr G yn dirywio. Ceisiodd yr AMHP gysylltu â'r Tîm CRHT i gael mwy o wybodaeth ond gan eu bod allan ar ymweliad, ffoniodd Mrs H yn ôl i ddweud wrthi y byddai'n ceisio cysylltu â nhw eto'n ddiweddarach.</p>	<p>16/05/09: (11:00am) Aeth yr heddlu i gartref Mr G yn sgil ei alwad ffôn. Dywedodd Mrs H wrth yr heddlu fod Mr G wedi datgelu nad oedd wedi cymryd ei feddyginiaeth a'i fod yn gweld drychiolaethau. Ni chymerodd yr heddlu unrhyw gamau pellach gan nad oedd tystiolaeth i neb gael ei dreisio yng Nghernyw.</p>	<p>16/05/09: (11:15am) Derbyniodd yr AMHP neges i gysylltu â chwaer Mr G. Mae'n ffonio Mrs H mewn camgymeriad ac yn siarad â'r heddlu, sydd yno o hyd. Dywedodd yr heddlu wrtho nad yw'n ymddangos bod angen i Mr G fynd i'r ysbyty ar frys. Dywedodd yr AMHP wrth y tîm CRHT y dylid ymweld â Mr G i'w ddarbwylllo i gymryd ei feddyginiaeth.</p>

**Mai**

16/05/09: (11:20) Cysylltodd yr AMHP â'r tîm CRHT, a gytunodd i gysylltu â Mrs H a chynnig ymweld pe byddai angen.	16/05/09: (12:00PM) Cysylltodd yr ymarferydd CRHT â Mrs H dros y ffôn. Mae'r ymarferydd CRHT hefyd yn siarad â Mr G. Mae'r CRHT yn trefnu ymweliad ar gyfer 1:30pm.	16/05/09: (12:15pm) Gofynnodd yr heddlu am gael galwad yn ôl gan y CRHT.	
			16/05/09 (12:30pm) Ffoniodd yr AMHP chwaer Mr G, a roddodd wybodaeth gefndir dros y ffôn. Dywedodd wrtho fod Mr G a Mrs H yn byw mewn llecyn anghysbell; rhoddodd yr AMHP y wybodaeth hon i'r tîm CRHT. Dywedodd yr AMHP wrth chwaer Mr G y byddai'r tîm CRHT yn cysylltu ag ef ar ôl eu hymweliad, pe byddai angen asesiad iechyd meddwl llawn.

**Mai**

<p>16/05/09: (amser anhysbys) Siaradodd yr ymarferydd CRHT â chwaer Mr G. Mae hi'n ailadrodd y wybodaeth a roddodd i'r AMHP.</p>	<p>16/05/09: (1:30pm) Asesiad yn y cartref gan y CRHT. Gwelwyd Mr G ar ei ben ei hun ac yna gyda'i deulu. Dywedodd ei deulu fod Mr G yn ymosodol a drowslyd, a'i bod yn amhosibl rhagweld beth roedd yn mynd i'w wneud nesaf. Roedd y cofnodion FACE yn nodi bod cyflwr meddyliol Mr G yn dirywio. Cyfaddefodd Mr G nad oedd yn cymryd ei feddyginiaeth fel y dylai, a'i fod yn clywed drychiolaethau.</p>		
		<p>16/05/09 (4:00pm) Dywedodd Mrs H wrth ei merch ei bod wedi gweld Mr G yn cymryd meddyginiaeth ac ei fod yn parhau i ddod yn fwy dadleuol a sarhaus tuag at Mrs H.</p>	<p>16/05/09 (4:55pm) Ffoniodd yr AMHP chwaer Mr G ar ôl cael neges yn gofyn iddo wneud hynny. Mynegodd chwaer Mr G bryder fod y sefyllfa'n gwaethygu. Roedd Mr G yn mynd yn ddadleugar ac yn sarhaus tuag at Mrs H. Gofynnodd am gyfraniad ychwanegol gan y tîm CRHT. Trosglwyddodd yr AMHP y wybodaeth i'r tîm CRHT.</p>

**Mai**

	<p>16/05/09: (5:30pm) Ffoniodd Arweinydd y Tîm CRHT Mrs H. Atebodd hi, gan ddweud bod Mr G yn <i>'alright'</i>. Dywedodd y swyddog CRHT y byddai rhywun yn ffonio eto'r diwrnod wedyn.</p>	<p>16/05/09: (5:40pm) Ffoniodd Arweinydd y Tîm CRHT chwaer Mr G. Cynigiodd yr Arweinydd Tîm ymweld y noswaith honno. Gwrthododd chwaer Mr G y cynnig gydag anffodlonrwydd er mwyn osgoi cythruddo Mr G ymhellach. Rhoddodd yr Arweinydd Tîm sicrwydd y byddai'r tîm yn ymweld y diwrnod canlynol am 12.30pm. Dywedodd yr Arweinydd Tîm na fyddai doctor ar gael y noson yna er y byddai doctor yn gallu asesu Mr G ar y Dydd Llun. Dywedodd yr Arweinydd Tîm y dylai Mrs H ffonio 999 os oedd yn teimlo dan fgythyad.</p>
<p>16/05/09: (5:18PM) Derbyniodd y tîm CRHT alwad gan yr AMHP ynglŷn â'r alwad ffôn gan chwaer Mr G. Gofynnodd yr AMHP i'r tîm CRHT gysylltu ag aelod o'r teulu yng Nghernyw i gael gwybodaeth am ymddygiad diweddar Mr G, tra'i fod ar ei wyliau. Dywedodd wrth y tîm CRHT hefyd am bryderon y teulu ynglŷn â dirywiad cyflym Mr G, a rhoddodd wybod bod Mr G wedi cael ei anfon i'r ysbyty yn y gorffennol pan ei fod yn ymddwyn fel hyn. Dywedodd yr AMHP wrth chwaer Mr G ei fod wedi gofyn i'r tîm CRHT wneud galwad arall.</p>		



**Mai**

<p>16/05/09: Mae'n ymddangos o gyfweiliadau diweddarach â Mr G ei fod wedi ymosod ar Mrs H rywbryd rhwng 7.30pm ac 8.00pm.</p>				
	<p>16/05/2009: (8:30pm) Ffoniodd Swyddog Cymorth Gofal Iechyd y tîm CRHT gartref Mrs H i roi gwybod iddi hi a Mr G y byddai rhywun o'r tîm CRHT yn ymweld y diwrnod canlynol am 12:30pm. Ond gan na wnaeth neb ateb y ffôn, gadawyd neges ar y peiriant ateb.</p>			
		<p>16/05/09: (9:43pm) Derbyniodd yr AMHP neges gan chwaer Mr G yn rhoi gwybod ei fod yn ôl pob golwg wedi lladd Mrs H. Ffoniodd yr AMHP 999 ond dywedwyd wrtho fod yr heddlu eisoes wedi cyrraedd.</p>	<p>16/05/09: (10:13pm) Cysylltodd yr heddlu â'r AMHP gan ddweud yr aed â Mr G i adran Damweiniau ac Achosion Brys yr ysbyty lleol gan y dywedwyd bod Mr G wedi cymryd gorddos o'i feddyginiaeth.</p>	<p>16/05/09: (10:15pm) Ffoniodd yr AMHP y tîm CRHT i roi gwybod bod Mr G wedi lladd Mrs H.</p>



### **Adolygiad o Wasanaethau Iechyd Meddwl yn dilyn lladdiadau a gyflawnwyd gan bobl a oedd yn defnyddio Gwasanaethau Iechyd Meddwl**

Yng Nghymru a Lloegr, cyflawnir tua 52 o laddiadau'r flwyddyn gan bobl a oedd yn dioddef o salwch meddwl ar adeg y drosedd. Mae hynny'n 10% o'r achosion o lofruddiaeth a dynladdiad yr ymdrinnir â hwy yn ein llysoedd. Mae tua 97 (18%) o'r holl bobl a gafwyd yn euog o laddiad bob blwyddyn wedi bod mewn cysylltiad â gwasanaethau iechyd meddwl rywbryd yn ystod eu hoes.

Wrth reswm, mater i'r system cyfiawnder troseddol yw sicrhau y cynhelir ymchwiliadau ac y gwneir dyfarniadau ynglŷn â'r lladdiadau hynny. Fodd bynnag, mae'n briodol hefyd fod pob digwyddiad yn cael ei archwilio o safbwynt y gwasanaethau a sefydlwyd i ddarparu gofal a thriniaeth ar gyfer y rheini sy'n profi problemau iechyd meddwl. Yng Nghymru, mae Llywodraeth Cynulliad Cymru wedi disgwyl bod adolygiad allanol annibynnol yn cael ei gynnal ynglŷn â phob achos o laddiad a gyflawnwyd gan unigolyn sydd â hanes o gysylltiad â gwasanaethau iechyd meddwl.

Mae adroddiadau'r adolygiadau allanol annibynnol yn cyfrannu at y broses ehangach a drefnir dan nawdd yr Asiantaeth Genedlaethol Diogelwch Cleifion (NPSA) i adolygu pob lladdiad o'r fath yn y DU. Cynhelir y broses honno gan yr Ymchwiliad Cyfrinachol Cenedlaethol i Hunanladdiad a Lladdiad gan Bobl â Salwch Meddwl.

## Y Trefniadau ar gyfer Adolygiadau yng Nghymru

Hyd at 2007, câi adolygiadau allanol annibynnol o laddiadau gan bobl â phroblemau iechyd meddwl eu comisiynu gan Fyrddau Iechyd Lleol. Cynhelid yr ymchwiliadau eu hunain gan dimau adolygu a ffurfiwyd o sefydliadau iechyd trydydd parti neu drwy gomisiynu o'r sector preifat/annibynnol.

O fis Ionawr 2007 ymlaen, bydd holl adolygiadau allanol annibynnol o'r achosion hyn yn cael eu cynnal gan Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru. Pan fo'r gwasanaethau a adolygir yn cynnwys y gwasanaethau cymdeithasol, gwneir trefniadau i gynnwys Arolygwyr Gwasanaethau Cymdeithasol o Arolygiaeth Gofal a Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru yn y tîm adolygu.

### Y Trefniadau ar gyfer adolygu Gwasanaethau Iechyd Meddwl o ran Mr G

Mae adolygiadau ac ymchwiliadau gan AGIC yn defnyddio'r dulliau, y technegau a'r sgiliau a fydd yn fwyaf effeithlon ac effeithiol yn unol â natur y mater sydd i'w ymchwilio, ei helaethrwydd ac unrhyw gyfyngiadau o ran amser neu adnoddau eraill. Fodd bynnag, mae AGIC yn cydnabod pwysigrwydd ymchwiliadau strwythuredig, ac mae'n ymroddedig i ddefnyddio *'Dadansoddiad o Wraidd y Broblem'* (RCA) i ddarparu strwythur ffurfiol ar gyfer ymchwiliadau. Gellid addasu'r strwythur hwnnw os yw'r amgylchiadau'n golygu bod hynny'n briodol. Wrth gynnal yr adolygiad hwn, mae AGIC wedi sicrhau y dilynwyd yr egwyddorion cyffredinol sy'n berthnasol i ymchwilio ac y mae'r RCA yn darparu canllawiau ar eu cyfer. Mae hefyd wedi defnyddio nifer o'r dulliau sydd wedi eu cynnwys yn yr RCA.

Yn ei chais i AGIC ymgymryd â'r adolygiad hwn, nododd Adran Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol Llywodraeth Cynulliad Cymru ei bod yn cefnogi dull adolygu a fyddai'n defnyddio'r RCA.

Mae'r RCA yn cyfuno llawer o'r arferion gorau sy'n cyfrannu at brosesau ymchwilio. Trwy ddefnyddio'r RCA, gellir nodi'r hyn sydd wrth wraidd canlyniad nas dymunir, a chynllunio camau gweithredu i'w atal rhag digwydd eto neu i wneud hynny'n llai tebygol. Mae dadansoddiad o wraidd y broblem yn ymwneud â systemau, ac yn adolygu trwy barhau i *'balu i lawr'* trwy'r rhesymau canfyddedig dros ddigwyddiad nes y bydd ffactorau cyfundrefnol gwreiddiol wedi eu nodi neu nes yr archwiliwyd y data i gyd.

Datblygwyd yr RCA ym maes peirianeg, ac mae'n helpu gweithwyr proffesiynol mewn ystod eang o sefyllfaoedd, a allai fod yn anghyfarwydd â dulliau ymchwilio, i bennu'r hyn a ddigwyddodd, sut y digwyddodd a pham y digwyddodd. Mae wedi ei gynllunio i annog sefydliadau i ddysgu o

broblemau, methiannau a damweiniau'r gorffennol ac i ddileu neu addasu systemau er mwyn atal digwyddiadau tebyg rhag codi yn y dyfodol. Mae'n darparu patrymlun ar gyfer pobl nad ydynt yn ymchwilyr proffesiynol, gan sicrhau dull ymchwilio systematig yn seiliedig ar arfer ymchwilio da. Ar gyfer y rheini sy'n fwy profiadol, mae'n rhoi rhestr ddefnyddiol o gamau ymchwilio angenrheidiol ac yn darparu pecyn o dechnegau sydd wedi bod yn llwyddiannus yn y gorffennol wrth ddatgelu'r achosion sylfaenol wrth wraidd digwyddiadau.

Yn y DU, addaswyd yr RCA i'w ddefnyddio yn y GIG gan yr Asiantaeth Genedlaethol Diogelwch Cleifion (NPSA) Yn ogystal â datblygu'r RCA i'w ddefnyddio yn y Gwasanaeth Iechyd, mae'r NPSA yn darparu hyfforddiant ar gyfer holl staff y GIG o ran defnyddio'r RCA ac mae'n gyfrifol am gasglu adroddiadau ar ddigwyddiadau a darparu arweiniad ac atebion cenedlaethol ynglŷn â phroblemau a nodwyd yn sgil y gwaith hwnnw. Ar hyn o bryd, mae gwaith yr NPSA yn cynnwys y Gwasanaeth Asesu Clinigol Cenedlaethol (NCAS); y Gwasanaeth Moeseg Ymchwil Cenedlaethol (NRES) – COREC yn flaenorol; yr Ymchwiliad Cyfrinachol Cenedlaethol i Ganlyniadau a Marwolaeth Cleifion (NCEPOD); yr Ymchwiliad Cyfrinachol i Iechyd Mamau a Phlant (CEMACH); yr Ymchwiliad Cyfrinachol Cenedlaethol i Hunanladdiad a Lladdiad gan Bobl sydd â Salwch Meddwl (NCISH); ac Ystadau'r GIG (agweddau diogelwch ar gynllun, glendid a bwyd ysbytai).

Cychwynnodd yr ymchwiliad hwn trwy nodi'r math o arbenigedd y byddai ei angen i ymgymryd â'r adolygiad. Sefydlwyd tîm adolygu a oedd yn darparu'r ystod o sgiliau a gwybodaeth yr oedd eu hangen. Roedd y tîm yn cynnwys:

Dr Jed Boardman	Seiciatrydd Ymgynghorol
Mr Graham Williams	Nyrs Gofrestredig Iechyd Meddwl
Mrs J Phillipson	Arolygwr Gwasanaethau Cymdeithasol, AGGCC
Mrs J Hepworth	Adolygwr Lleyg, Panel AGIC
Dr G Jones	Rheolwr Ymchwiliadau, AGIC
Mr R Jones	Rheolwr Ymchwiliadau, AGIC
Mr L Dyas	Rheolwr Cynorthwyol Ymchwiliadau, AGIC
Mrs J Fellows	Cydgysylltydd Ymchwiliadau, AGIC

Casglwyd gwybodaeth ar gyfer yr adolygiad rhwng mis Mawrth 2010 a mis Gorffennaf 2010. Roedd y gwaith hwn yn cynnwys:

- Archwilio dogfennau a oedd yn ymwneud â threfnu a darparu gwasanaethau gan gyn Ymddiriedolaeth GIG Hywel Dda â Chyngor Sir Benfro, ynghyd â phapurau a ddarparwyd gan y Bwrdd Iechyd Lleol a'r meddyg teulu. Er nad oes gennym unrhyw awdurdod i fynnu gwybodaeth gan yr heddlu, roedd cofnodion yr Heddlu ynglŷn â'r achos ar gael i'r tîm adolygu hefyd, a chynhaliwyd trafodaeth â'r uwch swyddog ymchwilio. Roeddem yn ddiolchgar i'r Heddlu am eu cydweithrediad.
- Darllen y cofnodion a gedwir gan Sefydliadau Iechyd ac Awdurdodau Lleol ynglŷn ag achos Mr G.
- Darllen nodiadau cyfweiliadau a datganiadau ysgrifenedig a ddarparwyd gan y staff a oedd yn gweithio gyda Mr G fel rhan o brosesau ymchwilio yr heddlu neu brosesau ymchwilio mewnol.
- Cyfweld pobl allweddol, yn enwedig y rhai a oedd â chyfrifoldeb strategol am ddarparu'r gwasanaethau.

Proseswyd y wybodaeth gan uned archwilio fewnol AGIC. Yn ogystal â hyn, darllenodd pob aelod o'r tîm adolygu yr holl ddeunydd a gynhyrchwyd gan yr adolygiad.

Datblygwyd y cam dadansoddi gan y tîm adolygu. Darparodd adolygwyr sy'n gymheiriaid eu dadansoddiad cychwynnol eu hunain o'r materion allweddol i'w gilydd. Yn dilyn hynny, cyfarfu'r tîm adolygu i ymgymryd â dadansoddiad trylwyr, gan gyfeirio ei ystyriaeth trwy'r materion allweddol i'r achosion sylfaenol wrth wraidd y broblem. Canlyniad y broses honno oedd pennu i ba raddau y gellid sefydlu systemau neu brosesau i atal digwyddiadau pellach a natur y systemau neu'r prosesau hynny. Amlinellir canlyniadau'r cam hwnnw yn yr adroddiad hwn fel canfyddiadau ac argymhellion.



### Swyddogaethau a Chyfrifoldebau Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru

Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru yw'r arolygiaeth a'r rheoleiddiwr annibynnol ar gyfer pob gwasanaeth gofal iechyd yng Nghymru. Mae AGIC yn canolbwyntio'n bennaf ar:

- Wneud cyfraniad sylweddol i wella diogelwch ac ansawdd gwasanaethau gofal iechyd yng Nghymru.
- Gwella profiad dinasyddion o ofal iechyd yng Nghymru pa un ai fel claf, defnyddiwr gwasanaeth, gofalwr, perthynas neu weithiwr.
- Atgyfnerthu llais cleifion a'r cyhoedd yn y modd yr adolygir gwasanaethau iechyd.
- Sicrhau bod gwybodaeth amserol, ddefnyddiol, berthnasol a rhwydd cael gafael arni am ddiogelwch ac ansawdd gofal iechyd yng Nghymru ar gael i bawb.

Swyddogaeth graidd AGIC yw adolygu ac archwilio sefydliadau'r GIG a sefydliadau gofal iechyd annibynnol yng Nghymru er mwyn darparu sicrwydd annibynnol i gleifion, y cyhoedd, Llywodraeth Cynulliad Cymru a darparwyr gofal iechyd bod gwasanaethau yn ddiogel ac o ansawdd da. Adolygir gwasanaethau yn erbyn amrywiaeth o safonau, polisïau, canllawiau a rheoliadau cyhoeddedig. Yn rhan o'r gwaith hwn, bydd AGIC yn ceisio nodi a chefnogi gwelliannau mewn gwasanaethau a'r camau sydd eu hangen i gyflawni hyn. Os bydd angen, bydd AGIC hefyd yn cynnal adolygiadau ac ymchwiliadau arbennig lle y mae'n ymddangos bod diffygion systemig wrth ddarparu gwasanaethau gofal iechyd, er mwyn sicrhau bod modd gwella a dysgu yn gyflym. Yn ogystal, AGIC yw rheoleiddiwr darparwyr gofal iechyd annibynnol yng Nghymru, a'r Awdurdod Arolygu Lleol ar gyfer Goruchwyliaeth Statudol Bydwagedd. Mae AGIC yn cyflawni ei swyddogaethau ar ran Gweinidogion Cymru, ac er ei bod yn rhan o Lywodraeth Cynulliad Cymru,

mae gweithdrefnau wedi eu sefydlu ar gyfer diogelu ei hannibyniaeth weithredol. Mae swyddogaethau a chyfrifoldebau AGIC yn deillio o'r ddeddfwriaeth ganlynol:

- Deddf Iechyd a Gofal Cymdeithasol (Iechyd Cymunedol a Safonau) 2003.
- Deddf Safonau Gofal 2000 a'r rheoliadau cysylltiedig.
- Deddf Iechyd Meddwl 1983 a Deddf Iechyd Meddwl 2007.
- Goruchwyliaeth Statudol Bydwagedd fel y nodir yn Erthyglau 42 a 43 o Orchymyn Nyrsio a Bydwreigiaeth 2001.
- Rheoliadau Ymbelydredd Ïoneiddio (Datguddio Meddygol) 2000 a Rheoliadau Diwygio 2006.

Mae AGIC yn gweithio'n agos gydag arolygiaethau a rheoleiddwyr eraill wrth gynnal adolygiadau traws-sector mewn gofal cymdeithasol, addysg a chyfiawnder troseddol, ac wrth ddatblygu dulliau mwy cymesur a chydgysylltiol ar gyfer adolygu a rheoleiddio gofal iechyd yng Nghymru.

### Rhestr Termau

**Gweithiwr Proffesiynol Iechyd Meddwl Cymeradwy (AMHP)** – Gweithiwr proffesiynol megis Gweithiwr Cymdeithasol, Nyrs Iechyd Meddwl, Therapydd Galwedigaethol neu Seicolegydd sydd wedi cwblhau hyfforddiant cynhwysfawr ac arbenigol pellach er mwyn cael ei gymeradwyo gan yr Awdurdod Lleol a chyflawni swyddogaethau penodedig dan y Ddeddf Iechyd Meddwl. Gall ei swyddogaethau gynnwys helpu i asesu pa un a oes angen cadw unigolyn yn gaeth dan orchymyn fel rhan o'i driniaeth (secsiyntu).

**Cydlynnydd Gofal** – yw'r unigolyn sydd yn gyfrifol am sicrhau bod cynllun gofal a thriniaeth yn cael ei ddatblygu a'i ddarparu, a phan bo angen, ei adolygu a'i ddiwygio. Maent hefyd yn gyfrifol am gydlynw'r gofal sydd yn cael ei ddarparu (ganddynt hwythau ac eraill), ac am gadw mewn cysylltiad gyda defnyddiwr y wasanaeth.

**Dull Rhaglen Ofal (CPA)** – System o ddarparu gwasanaethau cymunedol i'r rhai sydd â salwch meddwl. Mae'n ofynnol i wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol asesu anghenion, darparu cynllun gofal ysgrifenedig, neilltuo cydgysylltydd gofal, ac adolygu'r cynllun yn rheolaidd gyda rhanddeiliaid. Ceir dau gategori o CPA: 'Safonol' a 'Manwl', a disgrifir yn rhain yn y Canllawiau Polisi a gyhoeddwyd yn 2003 (Llywodraeth Cynulliad Cymru (2003) Y Dull Rhaglen Ofal ar gyfer Defnyddwyr Gwasanaethau Iechyd Meddwl – Canllawiau Polisi Iechyd Meddwl. Caerdydd. GIG Cymru).

**Timau Iechyd Meddwl Cymunedol (CMHT)** – Mae'r timau hyn wrth wraidd gwasanaethau gofal eilaidd. Mae CMHTau yn derbyn atgyfeiriadau yn bennaf o ofal sylfaenol; maent yn cynnal asesiadau sgrinio, a phan fo aelodau staff priodol yn y tîm, maent yn cynnal amrywiaeth o asesiadau ac ymyraethau mwy arbenigol.

**Nyrs Seiciatrig Gymunedol (CPN)** – Nyrs seiciatrig sy'n gweithio yn y gymuned yn hytrach nag mewn ysbyty.

**Triniaeth Datrys Argyfwng Gartref (CRHT)** – Gwasanaeth ar gyfer oedolion (18 i 65 oed) sy'n profi argyfwng iechyd meddwl aciwt. Mae'r gwasanaeth hwn ar gael 24 awr y dydd, saith diwrnod yr wythnos ac mae'n cynnwys ymateb cyflym yn dilyn atgyfeiriad, cymorth ac ymyrraeth ddwys yng nghamau cynnar yr argyfwng a pharhad drwy gydol y broses o'i reoli.

**Diagnosis** – Nodi cyflwr meddygol trwy ei batrwm o symptomau (ac weithiau hefyd ei achos a'i ddatblygiad).

**Meddyg Teulu (GP)** – Meddyg sy'n darparu gofal sylfaenol ac sy'n arbenigo mewn meddygaeth ar gyfer y teulu.

**Y Drosedd Berthnasol** – Y drosedd y cafwyd y claf yn euog ohoni ac sydd wedi arwain at ei gadw dan orchymyn.

**Byrddau Iechyd Lleol (BILI)** – Sefydliadau statudol a oedd yn gyfrifol am weithredu strategaethau i wella iechyd y boblogaeth leol, sicrhau a darparu gwasanaethau gofal iechyd sylfaenol a chymunedol a sicrhau gwasanaethau gofal eilaidd.

**Salwch Meddwl** – Anhwylderau seicolegol yw'r rhain, ac fe'u dosberthir fel arfer dan systemau rhyngwladol cydnabyddedig, megis DSM-IV ac ICD, ac maent yn cynnwys amrywiaeth o ddiagnosisau, gan gynnwys seicosisau, anhwylderau'r ymennydd a phroblemau emosiynol neu ymddygiadol sy'n ddigon difrifol i olygu bod angen ymyrraeth seiciatrig.

**Deddf Iechyd Meddwl 1983** – Y Ddeddf sy'n darparu'r fframwaith cyfreithiol y gellir ei ddefnyddio i ddarparu Gwasanaethau Iechyd Meddwl heb ganiatâd y claf.

**Ymddiriedolaeth y Gwasanaeth Iechyd Gwladol (GIG)** – Sefydliadau hunanlywodraethol o fewn y GIG, a arferai ddarparu gwasanaethau gofal iechyd. Roedd ymddiriedolaethau yn cyflogi ystod lawn o weithwyr gofal iechyd proffesiynol gan gynnwys meddygon, nyrsys, dietegwyr, ffisiotherapyddion, ayyb.

**Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol** – Safonau gofal cenedlaethol a gyhoeddir ar gyfer ystod o gyflyrau gyda'r nod o wella ansawdd gofal a lleihau amrywiadau o ran safonau gofal.

**Gofal Sylfaenol** – Y pwynt cyswllt cyntaf gyda'r gwasanaethau iechyd. Yn y DU, cyflawnir y swyddogaeth hon gan wasanaethau iechyd teuluol a ddarperir gan feddygon teulu, deintyddion, fferyllwyr, optegwyr ac eraill megis nyrsys cymunedol, ffisiotherapyddion a rhai gweithwyr cymdeithasol.

**Seiciatrydd** – Meddyg sy'n arbenigo mewn seiciatreg.

**Seicosis (salwch seicotig)** – Dryswch meddwl difrifol sy'n ymwneud â'r bersonoliaeth gyfan. Anhwylderau meddwl difrifol yw'r rhain a nodweddir gan symptomau seicotig e.e. rhithdybiaethau, rhithweledigaethau a meddwl anhrefnus. Cyfeiriwyd at yr anhwylderau hyn, yn hanesyddol ac ar lafar gwlad, fel *'gwallgofrwydd'*. Fe'u rhennir yn aml yn Seicosisau Anorganig (yn bennaf sgitsoffrenia a seicosis iselder manig (neu Anhwylder Affeithiol Deubegynol)) a Seicosisau Organig (cyflyrau dryslyd neu ddeliriwm, dementia, seicosis a achosir gan gyffuriau).

**Dadansoddiad o Wraidd y Broblem (RCA)** – Ffordd systematig o ddadansoddi problemau i ddarganfod y rhesymau sylfaenol drostynt.

**Sgitsoffrenia** – Cyflwr iechyd meddwl cronig sy'n achosi ystod o symptomau seicolegol, gan gynnwys rhithdybiaethau – credu mewn pethau nad ydynt yn wir, a rhithweledigaethau - clywed neu weld pethau nad ydynt yn bodoli. Cyfeirir at rithweledigaethau a rhithdybiaethau yn aml fel symptomau seicotig, neu symptomau o seicosis.

**Gwasanaethau Cymdeithasol** – Term a ddefnyddir yn gyffredinol i gyfeirio at adrannau gwasanaethau cymdeithasol awdurdodau lleol. Mae'r rhain yn gyfrifol am ofal a lles anfeddygol oedolion a theuluoedd sydd mewn angen. Ymhlith gwasanaethau eraill, maent yn asesu anghenion pobl ac yn darparu gwasanaethau gofal cymunedol ar gyfer oedolion, plant a theuluoedd.

**Gweithiwr Cymdeithasol** – Unigolyn sydd wedi cymhwyso a'i gofrestru'n broffesiynol i ymgymryd â gwaith cymdeithasol ar gyfer unigolion a'u teuluoedd mewn ystod o leoliadau. Mae llawer o weithwyr cymdeithasol yn gweithio i'r gwasanaethau cymdeithasol mewn awdurdodau unedol lleol. Mae gweithwyr cymdeithasol yn hybu newid cymdeithasol, datrys problemau yn y berthynas rhwng pobl â'i gilydd, a grymuso a rhoi'r rhyddid i bobl er mwyn gwella lles. Gan ddefnyddio damcaniaethau ynglŷn ag ymddygiad pobl a systemau cymdeithasol, mae gwaith cymdeithasol yn ymyrryd ar yr adegau hynny pan fydd pobl yn rhyngweithio â'u hamgylchedd. Mae egwyddorion hawliau dynol a chyfiawnder cymdeithasol yn elfennau sylfaenol o waith cymdeithasol.

**Ystod Therapiwtig** – Yr ystod o ddsau o gyffur a fydd yn cynhyrchu canlyniadau buddiol heb unrhyw sgil-ffeithiau.

**Awdurdodau Iechyd Cymru** – Sefydliadau a ragflaenodd fyrddau iechyd lleol ac Ymddiriedolaethau'r GIG, ac a oedd yn gyfrifol am ddarparu gofal iechyd yng Nghymru cyn 1 Ebrill 2003.