

Y defnydd o feddyginiaeth wrthseicotig mewn cartrefi gofal

Mai 2018



Cynulliad Cenedlaethol Cymru yw'r corff sy'n cael ei ethol yn ddemocrataidd i gynrychioli buddiannau Cymru a'i phobl, i ddeddfu ar gyfer Cymru, i gytuno ar drethi yng Nghymru, ac i ddwyn Llywodraeth Cymru i gyfrif.

Gallwch weld copi electronig o'r ddogfen hon ar wefan y Cynulliad Cenedlaethol: www.cynulliad.cymru/Seneddlechyd

Gellir cael rhagor o gopïau o'r ddogfen hon mewn ffurfiau hygyrch, yn cynnwys Braille, print bras, fersiwn sain a chopïau caled gan:

**Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon
Cynulliad Cenedlaethol Cymru
Bae Caerdydd
CF99 1NA**

Ffôn: **0300 200 6565**

E-bost: **Seneddlechyd@cynulliad.cymru**

Twitter: **@Seneddlechyd**

© **Hawlfraint Comisiwn Cynulliad Cenedlaethol Cymru 2018**

Ceir atgynhyrchu testun y ddogfen hon am ddim mewn unrhyw fformat neu gyfrwng cyn belled ag y caiff ei atgynhyrchu'n gywir ac na chaiff ei ddefnyddio mewn cyd-destun camarweiniol na difriol. Rhaid cydnabod mai Comisiwn Cynulliad Cenedlaethol Cymru sy'n berchen ar hawlfraint y deunydd a rhaid nodi teitl y ddogfen.

Y defnydd o feddyginiaeth wrthseicotig mewn cartrefi gofal

Mai 2018



Am y Pwyllgor

Sefydlwyd y Pwyllgor ar 28 Mehefin 2016 i archwilio deddfwriaeth a dwyn Llywodraeth Cymru i gyfrif drwy graffu ar ei gwariant, ei gweinyddiaeth a'i pholisïau, yn cynnwys y meysydd a ganlyn (ond heb fod yn gyfyngedig iddynt): iechyd corfforol, iechyd meddwl, iechyd y cyhoedd a llesiant pobl Cymru, gan gynnwys y system gofal cymdeithasol.

Cadeirydd y Pwyllgor:



Dai Lloyd AC
Plaid Cymru
Gorllewin De Cymru

Aelodau cyfredol y Pwyllgor:



Dawn Bowden AC
Llafur Cymru
Merthyr Tudful a Rhymni



Jayne Bryant AC
Llafur Cymru
Gorllewin Casnewydd



Angela Burns AC
Ceidwadwyr Cymreig
Gorllewin Caerfyrddin a De Sir
Benfro



Rhun ap Iorwerth AC
Plaid Cymru
Ynys Môn



Caroline Jones AC
UKIP Cymru
Gorllewin De Cymru



Julie Morgan AC
Llafur Cymru
Gogledd Caerdydd



Lynne Neagle AC
Llafur Cymru
Torfaen

Cynnwys

Rhagair y Cadeirydd.....	5
Argymhellion.....	7
1. Y cefndir.....	9
Ymgysylltu a chasglu tystiolaeth.....	10
2. Argaeledd data ar ragnodi meddyginiaethau gwrthseicotig mewn cartrefi gofal.....	11
Cyffredinrwydd.....	11
Archwilio a chasglu data.....	12
Ein barn ni.....	15
3. Arferion rhagnodi.....	17
Gweithredu canllawiau clinigol.....	17
Arferion rhagnodi.....	19
Ein barn ni.....	20
4. Darparu gofal sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn.....	22
Mynediad at Weithwyr Proffesiynol Perthynol i Iechyd.....	25
Monitro ac adolygu meddyginiaethau.....	28
Ein barn ni.....	33
5. Staffio.....	37
Recriwtio a chadw.....	37
Lefelau staffio.....	38
Hyfforddiant.....	39
Safonau Cenedlaethol.....	45
Cymwysterau.....	46
Hyfforddiant i feddygon teulu.....	46
Ein barn ni.....	47
6. Y defnydd o feddyginiaeth wrthseicotig mewn lleoliadau eraill.....	49
Ein barn ni.....	51

Rhagair y Cadeirydd

Mae'n destun pryder mawr bod bron i ddeng mlynedd wedi mynd heibio ers cyhoeddi adroddiad yr Athro Sube Banerjee ar y defnydd o feddyginiaeth wrthseicotig ar gyfer pobl sydd â dementia a bod pryderon sylweddol o hyd ynglŷn â'r defnydd amhriodol o feddyginiaethau gwrthseicotig mewn lleoliadau cartrefi gofal.

Mae hefyd yn peri pryder mawr bod diffyg data a chofnodion yn golygu bod anhawster mawr wrth benderfynu ar ddarlun cenedlaethol o gyffredinrwydd a phatrymau rhagnodi meddyginiaethau gwrthseicotig mewn cartrefi gofal.

Nid ydym yn awgrymu na ddylid byth rhagnodi meddyginiaethau gwrthseicotig ar gyfer pobl sydd â dementia; priodoldeb eu rhagnodi sydd dan sylw. O ystyried y risg gynyddol o gael trawiad ar y galon neu strôc sy'n gysylltiedig â'u defnydd mewn pobl sydd â dementia, rydym yn bryderus iawn yr ymddengys mewn sawl achos yr opsiwn dewis cyntaf yn hytrach na dewis olaf, pan fydd pobl sy'n byw gyda dementia yn dangos ymddygiad heriol. Mae rhoi meddyginiaeth ddiangen i bobl sy'n agored i niwed mewn gofal yn fater difrifol o ran hawliau dynol y mae'n rhaid mynd i'r afael ag ef.

Mae gan gleifion sy'n byw gyda dementia anghenion penodol a chymhleth ac mae'n debygol y bydd angen mwy o ofal arnynt na chleifion eraill. Cawsom wybod bod gan rywun sy'n byw gyda dementia ac sy'n dangos ymddygiad heriol yn aml angen heb ei ddiwallu, ac efallai na fydd yn gallu ei gyfleu. O'r herwydd, credwn ei bod yn hollbwysig edrych ar y person cyfan er mwyn deall beth allai fod yn achosi ymddygiad penodol.

Er bod ein hymchwiliad wedi canolbwyntio'n bennaf ar gartrefi gofal, nid yw'r defnydd amhriodol o feddyginiaethau gwrthseicotig yn gyfyngedig i'r sector hwn. Clywsom am broblemau tebyg mewn lleoliadau ysbytai, ac rydym yn ddiolchgar iawn i'r unigolion a gymerodd yr amser i ddod i siarad â ni am eu profiadau. Mae hefyd yn bwysig cydnabod mai meddygon teulu a/neu seiciatryddion neu glinigwyr ysbyty sy'n gyfrifol am ragnodi meddyginiaethau gwrthseicotig, nid staff cartrefi gofal.

Rydym yn siomedig gyda'r diffyg ymrwymiad amlwg i fynd i'r afael â'r mater hwn fel blaenoriaeth. Credwn fod angen newidiadau diwylliannol a systemig i sicrhau bod meddyginiaethau gwrthseicotig yn cael eu rhagnodi yn briodol, ac nid fel

opsiwn cyntaf. Rydym yn annog Llywodraeth Cymru i weithredu ar y dystiolaeth a gasglwyd gennym a'r argymhellion a wnaethom i annog cynnydd a darparu'r atebion sydd eu hangen i ddiogelu rhai o'n dinasyddion sydd fwyaf agored i niwed.

Dr Dai Lloyd AC
Cadeirydd

Argymhellion

Argymhelliad 1. Dylai Llywodraeth Cymru sicrhau bod yr holl fyrddau iechyd, o fewn 12 mis, yn casglu ac yn cyhoeddi data safonol ar y defnydd o feddyginiaeth wrthseicotig mewn cartrefi gofal ac yn cyflwyno adroddiad i'r Pwyllgor hwn ar gynnydd ar ddiwedd y cyfnod hwnnw o 12 mis. Tudalen 16

Argymhelliad 2. Dylai Llywodraeth Cymru sicrhau bod yr holl fyrddau iechyd, o fewn 12 mis, yn cydymffurfio'n llawn â chanllawiau NICE ar ddementia, sy'n cynghori yn erbyn y defnydd o unrhyw feddyginiaethau gwrthseicotig ar gyfer symptomau nad ydynt yn rhai gwybyddol neu ymddygiad heriol dementia oni bai bod yr unigolyn mewn gofid difrifol neu os oes perygl uniongyrchol o niwed iddynt hwy neu eraill, a chyflwyno adroddiad i'r Pwyllgor ar y cyfraddau cydymffurfio ar ddiwedd y cyfnod hwnnw o 12 mis. Tudalen 21

Argymhelliad 3. Dylai Llywodraeth Cymru sicrhau bod pob unigolyn sydd â dementia sy'n dangos ymddygiad heriol yn cael asesiad gofal cynhwysfawr sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn a'i anghenion. Dylai weithio gyda gweithwyr iechyd proffesiynol perthnasol i ddatblygu rhestr wirio safonol i'w defnyddio gan staff gofal cymdeithasol i nodi a mynd i'r afael â/diystyru achosion posibl ymddygiad heriol, gan gynnwys anghenion corfforol neu emosiynol sydd heb eu diwallu. Rhaid iddi gynnwys gofyniad i ymgynghori â'r unigolyn a'i ofalwr neu ei deulu. Dylai'r rhestr wirio fod ar gael o fewn chwe mis a rhaid iddi gofnodi'r camau a gymerwyd i ddangos bod yr holl opsiynau eraill wedi'u hystyried cyn rhagnodi meddyginiaethau gwrthseicotig ar gyfer pobl sydd â dementia. Tudalen 34

Argymhelliad 4. Rydym yn argymell cyflwyno adolygiadau gorfodol bob tri mis o feddyginiaethau ar gyfer pobl sydd â dementia ac sydd wedi cael presgripsiwn ar gyfer meddyginiaethau gwrthseicotig, gyda'r bwriad o leihau neu atal y feddyginiaeth yn dilyn yr adolygiad cyntaf lle bo modd. Tudalen 34

Argymhelliad 5. Dylai Llywodraeth Cymru archwilio ffyrdd y gallai'r system ail-bresgripsiwn ysgogi'r angen am adolygiad o feddyginiaethau ar y pwynt tri mis. Tudalen 34

Argymhelliad 6. Rydym yn argymell y dylai monitro meddyginiaethau fod yn rhan allweddol o arolygu cartrefi gofal, a bod Arolygiaeth Gofal Cymru yn mandadu tystiolaeth wedi'i dogfennu o fonitro meddyginiaethau ar gyfer pobl hŷn sydd wedi cael meddyginiaethau gwrthseicotig rhagnodedig yng nghofnodion cleifion. Tudalen 35

Argymhelliad 7. Rydym yn argymhell bod rôl yr ymgynghorydd proffesiynol perthynol i iechyd ar gyfer dementia yn cynnwys gofyniad i weithio gyda chartrefi gofal i wella mynediad at weithwyr proffesiynol perthynol i iechyd ar gyfer trigolion cartrefi gofal.....Tudalen 36

Argymhelliad 8. Dylai Llywodraeth Cymru gymryd camau i fynd i'r afael â phrinder therapyddion iaith a lleferydd, o ystyried eu gwerth yn gwella canlyniadau i bobl sydd â dementia, a chyflwyno adroddiad ar ei chynnydd i'r Pwyllgor hwn o fewn 12 mis.....Tudalen 36

Argymhelliad 9. Dylai Llywodraeth Cymru ddatblygu dull ar gyfer asesu'r cyfuniad priodol o sgiliau sydd ei angen ar gyfer staff cartrefi gofal, a llunio canllawiau ar hyn i sicrhau bod lefelau staffio diogel a phriodol ym mhob cartref gofal, a bod gan staff yr amser i ddarparu gofal o ansawdd uchel.....Tudalen 47

Argymhelliad 10. Rydym yn argymhell, o fewn chwe mis, y caiff safonau cenedlaethol eu datblygu ar gyfer hyfforddiant gofal dementia i roi'r sgiliau angenrheidiol i staff cartrefi gofal ymdrin ag ymddygiad heriol. Dylai hyfforddiant gofal dementia a hyfforddiant penodol i ymdrin ag ymddygiad heriol (fel y nodir yng nghanllawiau NICE: gan gynnwys technegau dad-ddwysau a dulliau atal corfforol) fod yn ofynion gorfodol ar gyfer holl staff cartrefi gofal a dylid craffu ar y cydymffurfriad â hyn fel rhan o drefn arolygu Arolygiaeth Gofal Cymru.....Tudalen 48

Argymhelliad 11. Dylai Llywodraeth Cymru gomisiynu adolygiad o lefelau a phriodoldeb y defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig mewn pobl sydd â dementia mewn gofal eilaidd. Dylid cyhoeddi canfyddiadau'r adolygiad hwn a chyflwyno adroddiad i'r Pwyllgor hwn.....Tudalen 53

1. Y cefndir

1. Mae meddyginiaethau gwrthseicotig yn grŵp o feddyginiaethau sy'n cael eu defnyddio fel arfer i drin cyflyrau iechyd meddwl megis sgitsoffrenia. Bu pryderon cynyddol dros y blynyddoedd diwethaf ynglŷn â'r defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig i drin symptomau ymddygiadol a seicolegol dementia.

2. Mae meddyginiaethau gwrthseicotig yn gysylltiedig â risg gynyddol o ddigwyddiadau niweidiol serebro-fasgwlaidd a mwy o farwolaethau pan gânt eu defnyddio mewn pobl sydd â dementia.¹ Mae astudiaethau'n amcangyfrif bod o leiaf 1,800 o farwolaethau ychwanegol bob blwyddyn ymhlith pobl sydd â dementia o ganlyniad iddynt yn cymryd meddyginiaethau gwrthseicotig, a bod y tebygolrwydd o farwolaeth gynamserol yn cynyddu os bydd pobl yn cymryd y cyffuriau hyn am fisoedd neu flynyddoedd yn hytrach nag wythnosau.²

3. Nid oes unrhyw feddyginiaeth wrthseicotig (heblaw am risperidone mewn rhai amgylchiadau) wedi'i thrwyddedu yn y DU ar gyfer trin symptomau ymddygiadol a seicolegol dementia. Fodd bynnag, mae meddyginiaethau gwrthseicotig yn aml yn cael eu rhagnodi oddi ar y label³ at y diben hwn. Awgrymwyd fod oddeutu dwy ran o dair o ragnodion meddyginiaethau gwrthseicotig ar gyfer pobl sydd â dementia yn amhriodol.

4. Yn ystod ein gwaith craffu ar strategaeth ddrafft ar ddementia Llywodraeth Cymru⁴ clywsom fod y defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig yn peri pryder mawr i bobl sydd â dementia a'u teuluoedd. Cawsom wybod bod angen gwneud gwaith i sicrhau mai dim ond lle bo'n hollol angenrheidiol y defnyddir meddyginiaethau gwrthseicotig, y cânt eu hadolygu'n rheolaidd a dim ond y dognau isaf a roddir.

¹ Asiantaeth Rheoleiddio Meddyginiaethau a Chynhyrchion Gofal Iechyd - **Diweddariad Diogelwch Cyffuriau, Mawrth 2009**

² **Y Sefydliad Gofal Cymdeithasol er Rhagoriaeth - Meddyginiaeth wrthseicotig a dementia**

³ Mae sefyllfaoedd clinigol pan y gallai'r defnydd o feddyginiaethau heb drwydded neu'r defnydd o feddyginiaethau y tu allan i delerau'r drwydded (h.y., "oddi ar y label") gael ei farnu gan y rhagnodwr er budd gorau'r claf ar sail y dystiolaeth sydd ar gael - **Diweddariad Diogelwch Cyffuriau yr Asiantaeth Rheoleiddio Meddyginiaethau a Chynhyrchion Gofal Iechyd, Ebrill 2009**

⁴ Dogfen Ymgynghori Llywodraeth Cymru, **Cyda'n Gilydd am Gymru sy'n Gyfeillgar i Dementia 2017-22** - Ionawr 2017

5. Felly, cytunwyd i ymgymryd ag ymchwiliad byr i edrych ar y defnydd o feddyginiaeth wrthseicotig mewn lleoliadau cartrefi gofal a'r ffyrdd y gellid lleihau'r defnydd amhriodol ohoni, gan gynnwys ystyried:

- argaeledd data ar ragnodi meddyginiaethau gwrthseicotig mewn cartrefi gofal, i ddeall cyffredinrwydd a phatrymau defnydd;
- arferion rhagnodi, gan gynnwys gweithredu canllawiau clinigol ac adolygiadau o feddyginiaethau;
- darparu opsiynau triniaeth amgen (di-fferyllol);
- hyfforddiant ar gyfer staff iechyd a gofal i gefnogi darpariaeth gofal sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn ar gyfer trigolion cartrefi gofal sy'n byw gyda dementia;
- nodi arfer gorau, ac effeithiolrwydd y mentrau a gyflwynwyd hyd yma i leihau achosion o ragnodi meddyginiaethau gwrthseicotig yn amhriodol;
- y defnydd o feddyginiaeth wrthseicotig ar gyfer pobl sydd â dementia mewn mathau eraill o leoliadau gofal.

Ymgysylltu a chasglu tystiolaeth

6. Rhwng 3 Mawrth a 21 Ebrill 2017 cynhaliwyd ymgynghoriad cyhoeddus. Cawsom 18 o **ymatebion ysgrifenedig**, sy'n cynrychioli ystod o sefydliadau gofal iechyd a grwpiau proffesiynol. At hynny, clywsom **dystiolaeth lafar** gan nifer o dystion. Rydym yn arbennig o ddiolchgar i'r bobl yr effeithiwyd arnynt gan y defnydd o feddyginiaeth wrthseicotig, am rannu eu profiadau gyda ni. Clywsom dystiolaeth gan Ysgrifennydd y Cabinet dros Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol "Ysgrifennydd y Cabinet" yn ein cyfarfod ar 17 Ionawr 2018.

7. Hoffem ddiolch i bawb a gyfrannodd at ein gwaith.

2. Argaeledd data ar ragnodi meddyginiaethau gwrthseicotig mewn cartrefi gofal

Cyffredinrwydd

8. Mae pryder sylweddol ynghylch y defnydd amhriodol o feddyginiaethau gwrthseicotig mewn lleoliadau cartrefi gofal. Fodd bynnag, mae'n bwysig nodi mai meddygon teulu a/neu seiciatryddion neu glinigwyr ysbyty sy'n gyfrifol am ragnodi meddyginiaethau gwrthseicotig, nid staff cartrefi gofal.

9. Cyfeiriodd nifer o'r tystion at ganfyddiadau adroddiad 2009 yr Athro Sube Banerjee: *The use of antipsychotic medication for people with dementia*, a ddaeth i'r casgliad yr ymddengys bod meddyginiaethau gwrthseicotig yn cael eu defnyddio'n rhy aml mewn dementia ac, yn ôl y lefel debygol o ddefnydd, mae'n debyg bod eu risgiau'n gorbwysu'r manteision posibl yn gyffredinol.⁵ Mae tystiolaeth o 1000 o Fywydau a Mwy i Gomisiynydd Pobl Hŷn Cymru yn awgrymu yn 70 y cant o bobl sydd â symptomau ymddygiadol a seicolegol dementia, y gellir stopio'r meddyginiaethau gwrthseicotig heb i symptomau waethygu.⁶

10. Yn ôl adroddiad yr Athro Banerjee:

“Using the best available information, I estimate that we are treating 180,000 people with dementia with antipsychotic medication across the country per year. Of these, up to 36,000 will derive some benefit from the treatment. In terms of negative effects that are directly attributable to the use of antipsychotic medication, use at this level equates to an additional 1,620 cerebrovascular adverse events, around half of which may be severe, and to an additional 1,800 deaths per year on top of those that would be expected in this frail population.”

11. Canfu hefyd fod cyffuriau gwrthseicotig wedi'u defnyddio'n amhriodol ym mhob lleoliad gofal.⁷

⁵ The use of antipsychotic medication for people with dementia, Hydref 2009

⁶ **Lle i'w Alw'n Gartref** - Adolygiad o ansawdd bywyd a gofal pobl hŷn sy'n byw mewn cartrefi gofal preswyl yng Nghymru

⁷ The use of antipsychotic medication for people with dementia, Hydref 2009

- 12.** Awgrymodd Tim Banner, Fferyllydd Ymgynghorol, Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro:

“... we don't know the levels of prescribing of antipsychotics within care homes. We don't know what is appropriate, what is inappropriate. Anecdotal evidence is there is a degree of inappropriate prescribing going on, going back to 2009 with the Banerjee report. So, there is going to be some use for antipsychotics. We just haven't got a gauge of what is appropriate and what is inappropriate at this point in time ...”⁸

- 13.** Dywedodd Andrew Evans, Prif Swyddog Fferyllol Llywodraeth Cymru wrthym:

“There are times when it is appropriate to prescribe antipsychotics, and that gives us a challenge in trying to determine, at a population level, what is appropriate use and what isn't. What we are able to do, and the plan we've been putting in place, which we hope will be ready for April 2018, around understanding how antipsychotics are being used in the care home sector, is to look at the data we can collect nationally that will allow us to identify clinical variation, particularly in those areas where it would appear that antipsychotic prescribing in older people is particularly high, and then allow the health service to implement interventions that would reduce the rate of antipsychotic prescribing in those areas.”⁹

Archwilio a chasglu data

- 14.** Amlygodd nifer o'r tystion yr anhawster yn pennu cyffredinolrwydd a phatrymau rhagnodi meddyginiaethau gwrthseicotig mewn cartrefi gofal oherwydd diffyg data.¹⁰ Yn ôl y Comisiynydd Pobl Hŷn, mae diffyg llwyr unrhyw ddata ynghyd ag effaith hyn ar bobl yn fater sy'n peri pryder mawr.¹¹ Aeth y Comisiynydd ymlaen i ddweud bod y diffyg data yn arwain at ddiffyg blaenoriaeth strategol o'r mater hwn. Awgrymodd y Comisiynydd y dylid datblygu pecyn cymorth hunan-graffu ar gyfer byrddau iechyd i wella'r sefyllfa.¹²

- 15.** Nododd tystiolaeth ysgrifenedig Confederasiwn GIG Cymru:

⁸ Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 146

⁹ Cofnod y Trafodion, 17 Ionawr 2018, paragraff 10

¹⁰ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraffau 28, 78, 242, 348

¹¹ Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 27

¹² Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon, 21 Medi 2017, Papur 1

“The lack of a central point of data makes it difficult to benchmark the level of anti-psychotic prescribing at a care home level as such data is linked back to the prescribing GP, of which there may be many covering one care home. This makes it difficult to identify patterns of use. As such, the only data available to our members in relation to the use of anti-psychotic medication across the relevant Local Health Board would be available only as a result of a manual audit of GP records or an analysis of individual care home prescribing records. However, this can be more difficult for Health Boards with large population bases.”¹³

16. Mae Cyfadran Seiciatreg yr Henoed a’r Coleg Brenhinol y Seiciatryddion yng Nghymru,¹⁴ gyda chefnogaeth Cymdeithas Alzheimer’s Cymru,¹⁵ Cymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru¹⁶ a Choleg Brenhinol y Therapyddion Lleferydd ac Iaith,¹⁷ yn galw am gylch archwiliadau ledled Cymru i gasglu data ar arferion rhagnodi meddyginiaethau gwrthseicotig, gan eu bod yn dweud bod argaeledd data cadarn ynghylch arferion rhagnodi yn hanfodol i ddeall cyffredinrwydd a phatrymau defnyddio.¹⁸

17. Amlinellodd cynrychiolwyr y byrddau iechyd lleol y gwaith yr oeddent yn ei wneud yn lleol i ddatblygu archwiliadau. Dywedodd staff Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda wrthym, pan ofynnwyd iddo roi gwybodaeth i’r Comisiynydd Pobl Hŷn ynghylch rhagnodi meddyginiaethau gwrthseicotig, y sylwedodd nad oedd ganddo wir ddealltwriaeth o faint o gleifion oedd ar feddyginiaethau gwrthseicotig. Dywedodd Sarah Isaac, Uwch-reolwr Fferyllydd – Gofal Sylfaenol:

“What we’ve done locally is developed an audit to generate data on the use of antipsychotics across primary care, but we’ve also got a subsection where we’re recording how many of those patients are also in care settings.”¹⁹

18. Dywedodd cynrychiolwyr Bwrdd Iechyd Aneurin Bevan wrthym ei fod wedi bod yn cynnal archwiliadau o fewn bwrdeistref Casnewydd ers 2012 ar y defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig gyda chleifion sydd â dementia ac sy’n byw mewn lleoliadau cartrefi gofal. O ganlyniad i hyn, roedd wedi gallu sefydlu

¹³ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 12

¹⁴ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 07

¹⁵ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 08

¹⁶ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 09

¹⁷ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 10

¹⁸ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 07

¹⁹ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 417

cyffredinrwydd a phatrymau rhagnodi yn y fwrdeistref honno ac roedd bellach yn y broses o gasglu gwybodaeth gan fwrdeistrefi eraill yn hyn o beth.²⁰

19. Amlygodd Kim Williams o Fwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf, rai o'r anawsterau sy'n gysylltiedig â choladu gwybodaeth am ragnodi:

“Can I just say, when we were putting together the briefing for this, and in looking at our annual reports for the specialist dementia intervention team, we had to look at about five different sets of notes, not all of which are very readily available, to follow through what’s happened to a single person who’s known to our team. So, they might start in the community, then they’ll have a GP set of notes; we’ve got the care home notes, and then we’ve got the secondary care mental health notes. We have a whole series, so, it’s really very difficult to pull that together...”²¹

20. Ystyriwyd hefyd fod defnyddio systemau TG gwahanol ar draws y GIG yng Nghymru yn rhwystr i gasglu data effeithiol. Dywedodd Victoria Gimson, sy'n cynrychioli Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro:

“Communication across teams, even within mental health—it’s a challenge to get, sometimes, information across the same health board to different mental health teams. Trying to pick that data out from the GPs as well—it’s a nightmare not having one single prescribing system that you can all access, where you can access the same notes. We really need it.”²²

21. Cytunodd Claire Aston o Fwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan, gan ddweud bod rhywbeth am y systemau TG nad ydynt yn siarad â'i gilydd. Felly, efallai na fydd y wybodaeth am ryddhau o achos aciwt yn cyrraedd y meddyg teulu neu'r cartref nyrsgo. Mae cyfathrebu yn mynd ar goll.²³

22. Cydnabu Ysgrifennydd y Cabinet bryderon y tystion mewn perthynas â chasglu data:

“We think this is an area for improvement. We think our current data collection isn’t where it should be. That’s why, from April, we’ll have a firmer base on which to do that, and after the first quarter we’ll have

²⁰ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 425

²¹ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 359

²² Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 360

²³ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 495

figures, and we'll learn more as we go through, and it's then about how we use that data intelligently to improve the quality of care and the outcomes from care."²⁴

23. Cadarnhaodd Andrew Evans fod gwaith wedi bod yn mynd rhagddo gyda Gwasanaeth Gwybodeg GIG Cymru a Phartneriaeth Gwasanaethau a Rennir GIG Cymru i ddeall pa systemau eraill oedd ar waith i gasglu a chysylltu data:

"We've been trialling that for the last year, and we're pretty confident now that we will be able to collect data looking at certain demographic characteristics of patients in general practice with prescriptions for antipsychotics. So, we are proposing, from April 2018, to collect data for every general practice in Wales, looking at the rate of antipsychotic prescribing amongst patients who are aged 65 years or over."²⁵

24. Tynnodd sylw hefyd at y gwaith a wneir gan Grŵp Strategaeth Feddyginiaethau Cymru Gyfan i ddiffinio archwiliad cenedlaethol, yn seiliedig ar yr un a ddatblygwyd gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan, y gall meddygon teulu unigol neu ragnodwyr eraill o feddyginiaethau gwrthseicotig ei ddefnyddio i benderfynu nid yn unig y gyfradd o ragnodi meddyginiaethau gwrthseicotig yn eu meddygfa, ond pa mor briodol ydyw yng nghyd-destun canllawiau NICE.²⁶

25. Roedd papur tystiolaeth ysgrifenedig Llywodraeth Cymru yn egluro, er y bydd cysylltu manylion am feddyginiaethau a ragnodir i oedran, rhywedd a chod post rhannol claf yn gwella'r ddealltwriaeth o sut y mae meddyginiaethau'n cael eu defnyddio, ni fydd yn caniatáu dadansoddi rhagnodi naill ai yn ôl preswylfa mewn cartref gofal neu yn ôl y rheswm dros ragnodi neu ddiagnosis.²⁷

Ein barn ni

26. Roeddem yn falch o weld ymrwymiad Llywodraeth Cymru i leihau canran y bobl sydd â diagnosis o ddementia ac sy'n derbyn meddyginiaethau gwrthseicotig a gostyngiad yng nghyfnod y driniaeth, yn enwedig mewn cartrefi gofal yn y Cynllun Gweithredu drafft ar Ddementia.²⁸ Felly, mae'n bryder mawr inni fod y cyfeiriad at gartrefi gofal wedi'i ddileu o'r cam gweithredu allweddol hwn yn y Cynllun terfynol, a gyhoeddwyd ym mis Chwefror 2018.

²⁴ Cofnod y Trafodion, 17 Ionawr 2018, paragraff 115

²⁵ Cofnod y Trafodion, 17 Ionawr 2018, paragraff 101

²⁶ Cofnod y Trafodion, 17 Ionawr 2018, paragraff 11

²⁷ Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon, 17 Ionawr 2017, Papur 1

²⁸ Llywodraeth Cymru, **Cyda'n Gilydd am Gymru sy'n Gyfeillgar i Ddementia 2017-2022**

27. Mae'n annerbyniol bod pryderon sylweddol o hyd ynghylch y defnydd amhriodol o feddyginiaethau gwrthseicotig mewn lleoliadau cartrefi gofal bron i ddegawd ar ôl cyhoeddi adroddiad yr Athro Banerjee ar y defnydd o feddyginiaeth wrthseicotig ar gyfer pobl sydd â dementia.

28. Mae diffyg data a chofnodion yn golygu bod anhawster mawr wrth benderfynu ar ddarlun cenedlaethol o gyffredinrwydd a phatrymau rhagnodi meddyginiaethau gwrthseicotig mewn cartrefi gofal. Rydym yn pryderu bod y defnydd o wahanol systemau TG ar draws y GIG yng Nghymru yn rhwystro'r gwaith o gasglu data effeithiol.

29. Nodwn fod Ysgrifennydd y Cabinet wedi cydnabod pryderon y tystion mewn perthynas â chasglu data, ac rydym yn falch bod y gwaith perthnasol yn mynd rhagddo â Gwasanaeth Gwybodeg GIG Cymru a Phartneriaeth Gwasanaethau a Rennir GIG Cymru i wneud gwelliannau a chasglu data newydd. Fodd bynnag, nodwn y bydd cyfyngiadau o hyd gyda'r data newydd yn cael eu casglu, a bydd bylchau o hyd yn ein dealltwriaeth o nifer y bobl hŷn mewn cartrefi gofal sy'n cael meddyginiaethau gwrthseicotig rhagnodedig yn amhriodol.

30. Nodwn fod archwiliadau o ragnodi meddyginiaethau gwrthseicotig i gleifion sydd â dementia eisoes yn cael eu cynnal mewn rhai byrddau iechyd, e.e. Bwrdd Iechyd Aneurin Bevan, ac yn credu bod angen cyflwyno hyn ar draws yr holl fyrddau iechyd fel mater o frys.

31. Rydym yn cytuno â Chomisiynydd Pobl Hŷn Cymru bod absenoldeb data, ynghyd â'r effaith bersonol amlwg ar unigolion, yn peri pryder mawr.

Argymhelliad 1. Dylai Llywodraeth Cymru sicrhau bod yr holl fyrddau iechyd, o fewn 12 mis, yn casglu ac yn cyhoeddi data safonol ar y defnydd o feddyginiaeth wrthseicotig mewn cartrefi gofal ac yn cyflwyno adroddiad i'r Pwyllgor hwn ar gynnydd ar ddiwedd y cyfnod hwnnw o 12 mis.

3. Arferion rhagnodi

Gweithredu canllawiau clinigol

32. Mae canllawiau NICE ar ddementia yn cynghori yn erbyn y defnydd o unrhyw feddyginiaethau gwrthseicotig ar gyfer symptomau nad ydynt yn rhai gwybyddol neu ymddygiad heriol dementia oni bai bod yr unigolyn mewn gofid difrifol neu os oes perygl uniongyrchol o niwed iddynt hwy neu eraill.²⁹

33. Fodd bynnag, mynegodd nifer o'r tystion bryderon fod meddyginiaethau gwrthseicotig yn cael eu defnyddio fel yr ateb diodyn mewn cartrefi gofal ac ar rai wardiau ysbyty, pan fo pobl sydd â dementia yn anodd ymdrin â hwy. Nododd Cymdeithas Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru:

“these drugs have been used to manage psychological and behavioural symptoms in dementia. Symptoms include aggression, agitation, shouting and sleep disturbance. However, uncooperativeness, restlessness, wandering, or unsociability are not sufficient reasons to justify their use.”³⁰

34. Dywedodd Cymdeithas Seicolegol Prydain wrthym fod yr arfer bresennol bron yn tybio diagnosis o ymddygiad heriol a bod meddyginiaeth ar ei gyfer, ond nad yw hyn yn briodol:

“It’s not like, ‘You’ve got pneumonia and here’s an antibiotic’.”³¹

35. Dywedodd Sue Phelps o Gymdeithas Alzheimer’s Cymru wrthym:

“... what’s the biggest issue here - that, where you have somebody with behavioural or psychological problems relating to their dementia, to routinely prescribe an antipsychotic medication without looking at what is underpinning those behaviours and causing them is wrong, and it does, as I say, seem to be the default position, which needs to be addressed.”³²

36. Tra bod y Comisiynydd Pobl Hŷn wedi dweud:

²⁹ Canllawiau NICE: **Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care** – Tachwedd 2006

³⁰ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 19

³¹ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 371

³² Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 66

“Yn syml iawn, mae’n annerbyniol fod meddyginiaeth wrthseicotig yn dal i gael ei defnyddio fel yr ymateb cyntaf i ymddygiad ‘heriol’ ar draws sawl gwasanaeth gofal preswyl.”³³

37. Dywedodd Fforwm Gofal Cymru wrthym fod y defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig mewn cartrefi gofal wedi dod yn sgandal cenedlaethol.

38. Cofnododd Cymdeithas Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru y mynegwyd pryderon yn Ymgyrch Jasmine ac adolygiad Flynn³⁴ (ar esgeuluso pobl hŷn sy’n byw mewn cartrefi gofal yng Ngwent) ynghylch y defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig fel ffurf o ataliad cemegol. Aeth y Gymdeithas Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol ymlaen i ddweud:

“Improper use of any form of restrictive physical intervention or restraint can constitute assault or negligence. It is also true for chemical restraint where its use is inappropriate.”³⁵

39. Dywed y Gymdeithas ymhellach y dylai unrhyw ataliad, gan gynnwys rhai cemegol, fod yn seiliedig ar yr egwyddorion a geir yn Neddf Galluedd Meddyliol 2005 a Deddf Iechyd Meddwl 2007, fod yn rhaid i bopeth a wneir ar gyfer unigolyn sydd heb alluedd, neu ar ei ran, fod er y budd gorau i’r unigolyn.

40. Roedd tystiolaeth ysgrifenedig Ysgrifennydd y Cabinet yn cydnabod bod tystiolaeth a phryder ynghylch y defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig ar gyfer rheoli symptomau ymddygiadol a seicolegol mewn dementia.

41. Honnodd Ysgrifennydd y Cabinet fod Llywodraeth Cymru yn disgwyl i bob clinigwr, a chyrrff y GIG ddilyn canllawiau clinigol NICE ar y mater hwn, a disgwylir i gyrff y GIG fod â phrosesau ar waith i fonitro a sicrhau eu hunain fod canllawiau NICE yn cael eu dilyn.³⁶

42. Fodd bynnag, mynegodd y Comisiynydd Pobl Hŷn a’r Gymdeithas Alzheimer’s Cymru bryderon nad yw’r arfer presennol yn cydymffurfio’n llawn â chanllawiau NICE. Dywedodd Sue Phelps o’r Gymdeithas Alzheimer’s Cymru fod y Gymdeithas yn mynd yn groes i ganllawiau NICE³⁷ ar hyn o bryd o ran cyfnod y presgripsiynau a diffyg adolygiadau (mae canllawiau NICE yn nodi y dylai triniaeth

³³ Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon, 21 Medi 2017, Papur 1

³⁴ Adroddiad Flynn – **Chwilio am atebolrwydd**, Gorffennaf 2015

³⁵ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 19

³⁶ Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon, 17 Ionawr 2017, Papur 1

³⁷ Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 75

fod yn gyfyngedig o ran amser a chael ei hadolygu'n rheolaidd (bob 3 mis neu yn ôl yr angen clinigol). Dywedodd y Comisiynydd Pobl Hŷn wrth y Pwyllgor:

“It’s not just NICE guidelines; section 27 regulations—I think it’s section 29 within that—on control and restraint. I cannot see how the current position is compliant with that. Y fframwaith canlyniadau cenedlaethol sydd gennym ar gyfer Cymru: I cannot see how that is being made real for these people and it seems to me an example of what prudent healthcare is not. This is one of those perfect examples of something that is bad for everyone but worst of all for some of our most vulnerable people for whom our duty should have been highest.”³⁸

43. Aeth yn ei blaen i ddweud:

“[...] that’s my ultimate question to health boards, Welsh Government and others: when will we be compliant in Wales with those NICE guidelines—full compliance?”³⁹

44. Cydnabu Ysgrifennydd y Cabinet efallai y bydd heriau mewn rhai rhannau o’r sector cartrefi gofal ac aeth ymlaen i ddweud:

“I wouldn’t want to give the impression that we think that every single care home is not compliant with NICE guidance, but there needs to be a recognition of the problem to be able to deal with it.”⁴⁰

Arferion rhagnodi

45. Awgrymwyd y gall fod pwysau ar weithwyr iechyd proffesiynol o wahanol ffynonellau i ragnodi meddyginiaethau gwrthseicotig pan fo person sydd â dementia yn gynhyrfus neu’n ymosodol.

46. Dywedodd Sue Phelps o’r Gymdeithas Alzheimer’s Cymru wrthym nad yw gofalu am rywun sydd â dementia yn hawdd ac weithiau y gall pwysau ddod o fewn y teulu am gymorth i ymdopi:

“If somebody is exhibiting quite difficult behaviours then, if they are agitated, if they are aggressive, et cetera, et cetera, then sometimes the

³⁸ Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 54

³⁹ Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 11

⁴⁰ Cofnod y Trafodion, 17 Ionawr 2018, paragraff 5

plea is, 'Can you please do something? I need to get some sleep. I need a break. Can you calm this person down?'"⁴¹

47. Yn ôl Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol, mae meddygon teulu yn aml dan bwysau gan staff cartrefi gofal i ddefnyddio meddyginiaeth i reoli ymddygiad afreolaidd mewn cleifion. Mae'r Coleg yn nodi bod meddygon teulu dan bwysau gan seiciatryddion i ragnodi meddyginiaethau gwrthseicotig ac roedd yn galw am gymorth gwell i feddygon teulu gan gydweithwyr iechyd meddwl i ddilyn y canllawiau clinigol da a nodir gan NICE a lleihau'r defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig ar gyfer y defnyddiau hyn heb drwydded o reoli problemau ymddygiad.⁴²

48. Roedd Conffederasiwn GIG Cymru yn awgrymu, unwaith y rhagnodir meddyginiaeth wrthseicotig, y gall fod gwrthwynebiad neu amharodrwydd i'w hatal rhag ofn i'r claf fynd yn ôl i'w hen ffordd.⁴³ Cefnogwyd hyn gan Wendy Davies o Gymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru, a ddywedodd:

"... I think sometimes it's quite hard for carers. They know that in the past, if the antipsychotic has been stopped, then their behaviour—you know, it gets really hard to look after that person at home. So, their fear is that if they stop the medication, they're going to be wandering, they might hurt themselves."

Ein barn ni

49. Rydym yn nodi bod canllawiau NICE yn cynghori yn erbyn y defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig ar gyfer symptomau nad ydynt yn rhai gwybyddol neu ymddygiad heriol dementia oni bai bod unigolyn mewn gofid difrifol neu os oes perygl uniongyrchol o niwed iddynt hwy neu eraill. Rydym yn pryderu bod y dystiolaeth a glywsom yn awgrymu nad yw'r canllawiau NICE hyn yn cael eu bodloni'n llawn. Mae tystiolaeth nifer o'r tystion yn ein pryderu'n fawr gan ei bod yn dweud wrthym fod meddyginiaethau gwrthseicotig yn cael eu defnyddio fel yr ateb diodyn mewn cartrefi gofal pan fydd pobl sy'n byw gyda dementia yn dangos ymddygiadau sy'n "anodd eu trin".

50. Mae rhoi meddyginiaeth ddiangen i bobl sy'n agored i niwed mewn gofal yn fater difrifol o ran hawliau dynol y mae'n rhaid mynd i'r afael ag ef.

⁴¹ Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 114

⁴² Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 03

⁴³ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 12

51. Rydym wedi clywed awgrymiadau bod pwysau'n cael ei roi ar weithwyr iechyd proffesiynol gan wahanol ffynonellau i ragnodi meddyginiaeth wrthseicotig pan fydd unigolyn sy'n byw gyda dementia yn aflonyddgar neu'n ymosodol. Rydym yn cytuno â'r tystion ei bod yn hanfodol bod cydymffurfiad llawn â chanllawiau clinigol NICE.

Argymhelliad 2. Dylai Llywodraeth Cymru sicrhau bod yr holl fyrddau iechyd, o fewn 12 mis, yn cydymffurfio'n llawn â chanllawiau NICE ar ddementia, sy'n cynghori yn erbyn y defnydd o unrhyw feddyginiaethau gwrthseicotig ar gyfer symptomau nad ydynt yn rhai gwybyddol neu ymddygiad heriol dementia oni bai bod yr unigolyn mewn gofid difrifol neu os oes perygl uniongyrchol o niwed iddynt hwy neu eraill, a chyflwyno adroddiad i'r Pwyllgor ar y cyfraddau cydymffurfio ar ddiwedd y cyfnod hwnnw o 12 mis.

4. Darparu gofal sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn

52. Fel y nodwyd yn flaenorol, rydym wedi clywed tystiolaeth i awgrymu bod meddyginiaethau gwrthseicotig yn cael eu defnyddio'n gynyddol mewn ymateb i ymddygiad heriol yn hytrach na cheisio nodi a mynd i'r afael ag achos sylfaenol yr ymddygiad.

53. Mae ymddygiad heriol yn aml oherwydd angen heb ei ddiwallu efallai na all rhywun sydd â dementia ei gyfleu, ac os gellir nodi'r angen hwnnw, gellir gwella'r sefyllfa yn fawr heb feddyginiaeth wrthseicotig. Eglurodd y Comisiynydd Pobl Hŷn:

“[...] to really realise what's sitting behind so-called challenging behaviour, you leave the person with something that is unaddressed, and that includes pain. We know that pain is a big issue that can sit behind perceived challenging behaviour. [...] So, not only do you unnecessarily prescribe, but you fail to treat the issues that really sit behind it as well. So, that makes it of double concern.”⁴⁴

54. Siaradodd Wendy Davies o Gymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru hefyd am bwysigrwydd edrych ar y person cyfan i ddeall yr hyn sy'n achosi ymddygiad penodol – er enghraifft rhwystredigaeth, na ellir ei mynegi, ynghylch poen neu ddiymadferthedd:

“It's really important to be able to assess that and put them on painkillers, paracetamol. If they're constipated, if they've got a urinary tract infection, all things like that, if they've got low sodium because of some of the other meds they might be on: it's really important to look at all those things to look at why they're presenting in the way they are rather than saying, 'This needs an antipsychotic'. So, it's taking that step back to look at the person as a whole.”⁴⁵

55. Mae tystiolaeth gan Gymdeithas Seicolegol Prydain yn awgrymu bod ymddygiad heriol yn aml yn digwydd pan fydd tasgau gofal personol yn cael eu perfformio ac mewn gwirionedd mae'n adwaith naturiol pan nad yw person yn deall yr hyn sy'n digwydd ac efallai nad yw'n cael ei drin yn y modd mwyaf sensitif. Dr Carolien Lamers wrthym:

⁴⁴ Cofnod y Trafodion, 29 Medi 2017, paragraff 53

⁴⁵ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 264

“Some behaviours might be driven by some damage in the brain, but, with a lot of it, you are dealing with people who are going through a very scary time in their lives, and who will respond, like all of us would be responding, if we were taken into a small room and our clothes would be taken off by a total stranger, and perhaps in a language, again—we need to be aware of different cultures, the Welsh language—that you wouldn’t understand. I bet you all of us would start hitting out, because that would be a real violation of our privacy.

You wouldn’t prescribe antipsychotics for that behaviour, which actually comes from a very normal, human response to a situation that might be very difficult for people to understand.”⁴⁶

56. Amlygodd nifer o’r tystion amryw restrau gwirio arfer da y gall staff eu defnyddio i ddiystyru a nodi’r rhesymau y tu ôl i ymddygiad heriol unigolyn, gan gynnwys materion meddygol, seicolegol a chysur personol. Un ymyrraeth o’r fath yw Proffil Monitiro Meddyginiaethau mewn Iechyd Meddwl (ADRe) ar gyfer meddyginiaethau iechyd meddwl a ddatblygwyd gan yr Athro Sue Jordan o’r Coleg Gwyddorau Dynol ac Iechyd ym Mhrifysgol Abertawe, sydd wedi dangos lleihad yn y defnydd o feddyginiaethau tawelu, gan gynnwys meddyginiaethau gwrthseicotig, mewn cartrefi gofal. Mae’r ymyrraeth yn rhestru problemau a allai fod yn gysylltiedig â neu’n cael eu gwaethygu gan y meddyginiaethau hyn, ac yn gofyn i nyrsys fonitro’r rhain a rhoi gwybod i ragnodwyr neu fferyllwyr. Enghraifft arall yw’r rhestr wirio a ddatblygwyd gan Fforwm Gofal Cymru, “A Champions” (Asesu Problemau Heriol a Rheolaeth gan Sbarduno Opsiynau ar gyfer Datrysiadau Newydd (Assessment of Challenging and Management Problems Initiating Options for New Solutions)), i gynorthwyo darparwyr gofal i ddod o hyd i ymyriadau gofal priodol unigol i reoli ymddygiad heriol yn ddiogel ac osgoi defnyddio meddyginiaethau gwrthseicotig yn ddiangen.

57. Clywsom am bwysigrwydd cynnwys teulu. Soniodd Claire Aston o Fwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan am ei phrofiad o’r ddogfen “This is me”⁴⁷, sy’n adnodd cymorth a ddatblygwyd gan y Gymdeithas Alzheimer’s i ddarparu ffordd hawdd ac ymarferol o gofnodi pwy yw’r unigolyn. Mae gan y ffurflen le i gynnwys manylion am gefndir diwylliannol a theuluol yr unigolyn; digwyddiadau, pobl a lleoedd o’u bywydau; dewisiadau, arferion a’u personoliaeth, ac mae’n galluogi gweithwyr proffesiynol iechyd a gofal cymdeithasol i weld y person fel unigolyn a darparu gofal sy’n canolbwyntio ar yr unigolyn sydd wedi’i deilwra’n benodol i’w anghenion:

⁴⁶ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 370

⁴⁷ Y Gymdeithas Alzheimer’s, **This is me**

“I have personal experience of using it for my mother-in-law, and it was a very powerful tool when she was in hospital in England. I updated it when she came into a care home in Wales, and it was very useful for the carers when we weren't there to be able to understand her previous life and to talk to her about her pets, her animals, those sorts of things, because they were documented.”⁴⁸

58. Amlygodd Dr Carolien Lamers hefyd rôl hanfodol y teulu fel rhan o'r tîm amlddisgyblaethol:

“... because they'll know that, I don't know, mum always got out of the bed that way, and now you've put the bed the other way, and it actually makes her really confused and anxious because she's trapped. You know, it's the little things that we just don't know.”⁴⁹

59. Clywsom fod llawer o enghreifftiau o ymyriadau cymharol syml, rhad, heb fod yn fferyllol sydd ar gael, megis therapi dawns neu gerddoriaeth, defnyddio goleuadau tawelu, therapi atgoffa a hyd yn oed therapi anifeiliaid anwes – os yw rhywun bob cael ci neu gath gartref erioed ac mae wedi symud i leoliad gofal preswyl, mae'n colli'r rhyngweithio hwnnw ag anifail. Clywsom hefyd am fanteision cyswllt rhwng cenedlaethau, rhywbeth yr ydym wedi cymryd tystiolaeth arno o'r blaen fel rhan o'n hymchwiliad i fynd i'r afael ag unigrwydd ac unigedd.⁵⁰ Dywedodd Sue Phelps o Gymdeithas Alzheimer's Cymru wrthym:

“There are pockets of that where it's brilliant. We've got schools up in Brecon who go into a local residential home and befriend the residents—help them garden, take them for walks. There are so many things that can be done. As I say, there is good practice out there, we just need to share it and spread it.”⁵¹

60. Tynnodd Tim Banner o Fwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro sylw hefyd at yr angen i rannu arfer da, gan ddweud bod rhai defnyddiau lleol da o therapi, a datblygu cynlluniau gweithredu nad ydynt yn ffarmacolegol ond nad yw'n gyffredin ar draws y bwrdd:

“It's either in a certain locality or a certain home setting, be it nursing or residential. I think there is a lot more work to be done to pick up on

⁴⁸ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 487

⁴⁹ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 420

⁵⁰ **Ymchwiliad i unigrwydd ac unigedd**, Rhagfyr 2017

⁵¹ Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 86

that good practice and really promote and push it forward across Wales.”⁵²

61. Roedd papur tystiolaeth Llywodraeth Cymru yn nodi bod “cyflwyno dulliau gofal therapiwtig i bobl sy’n byw gyda dementia a thrallod ymddygiadol yn gofyn am ddiwylliant o gefnogi gweithredu ac mae newid diwylliannol yn broses sy’n cymryd amser i’w chyflawni”.⁵³ Dywedodd Dr Jean White, Prif Swyddog Nyrzio, wrthym:

“We have got a wide range of examples across Wales about the types of interventions that care homes are doing, but more importantly about what health boards are supporting the care homes in their area to do. A lot of the areas now have inreach teams that are working with the care homes to show them the variety of alternative types of approaches, but a lot of what care homes are doing already don’t require a great deal of equipment or anything like that. The types of interventions that we need to do is to assess people’s pain appropriately, to do things like music and drama and some life-course-type conversations to help people to keep in touch with themselves as a person. We have a wide range of examples across Wales. I think the challenge we have is that it’s not consistent everywhere.”⁵⁴

Mynediad at Weithwyr Proffesiynol Perthynol i Iechyd

62. Clywsom dystiolaeth fod cysylltiad clir rhwng anawsterau cyfathrebu ac ymddygiad heriol. Clywsom hefyd fod rhwystrau i gael mynediad at weithwyr proffesiynol perthynol i iechyd mewn cartrefi gofal. Dywedodd y Comisiynydd Pobl Hŷn wrthym, fel rhan o’i hadolygiad gwreiddiol o gartrefi gofal, ei bod wedi gweld mynediad gwahaniaethol at wasanaethau cymorth ac roedd yn ymwybodol ei bod yn fwy anodd i bobl mewn cartrefi gofal gael mynediad at wasanaethau.⁵⁵

63. Cefnogwyd hyn gan Sue Phelps o Gymdeithas Alzheimer’s Cymru, a oedd wedi cael adborth bod therapiau megis therapi galwedigaethol, ffisiotherapi, therapi lleferydd, dietegydd, trin traed – yr holl wasanaethau y gellir eu defnyddio wrth fyw yn y gymuned – yn tueddu i ddod i ben ar ôl mynd i ofal preswyl.⁵⁶

⁵² Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 171

⁵³ Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon, 17 Ionawr 2017, Papur 1

⁵⁴ Cofnod y Trafodion, 17 Ionawr 2018, paragraff 58

⁵⁵ Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 43

⁵⁶ Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 101

64. Mae cyflwyniad ar y cyd gan Goleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol a Choleg Brenhinol y Therapyddion Iaith a Lleferydd yn nodi:

“Care home residents have arguably the greatest health and social care needs yet currently may struggle to access community services available to those living in their own homes. It is not routine for speech and language therapists (SLTs), occupational therapists and other therapy professions to support care home staff and residents. This prevents residents from accessing provision such as reablement, non pharmacological interventions and behaviour support.”⁵⁷

65. Awgrymodd Karin Orman o Goleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol y gallai un rhwystr gynnwys cael mynediad at gartrefi gofal, oherwydd barn rhai rheolwyr yw y dylid ymdrin â materion yn fewnol:

“Part of that barrier traditionally is that many of the care homes are privately owned, and so we’ll go in and support that individual citizen, but we won’t go in and support the whole care home; there’s an expectation that the care home should be providing all the training and meeting all those needs. And I think those barriers really need to start changing because we can’t support that individual citizen and give them the equality of access that they would have if they were living in their own home in the community if we don’t work with the whole care staff team.”⁵⁸

66. Nododd llawer o sefydliadau werth mynediad at gymorth arbenigol a ddarperir gan weithwyr proffesiynol fel Therapyddion Iaith a Lleferydd a Therapyddion Galwedigaethol yn gwella canlyniadau i’r unigolyn ac o ganlyniad, lleihau ymddygiad “heriol”. Mae tystiolaeth gan Goleg Brenhinol y Therapyddion Lleferydd ac Iaith yn nodi:

“SLTs have the specialist knowledge and skills to directly assess the contribution that unmet speech, language and communication support needs make to behaviour that challenges and provide advice on maintaining and maximising communication function to the person with dementia, their family and carers.”⁵⁹

⁵⁷ Gwybodaeth ychwanegol, APS AI 05

⁵⁸ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 25

⁵⁹ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 10

Astudiaeth Achos 1

Roedd David yn byw mewn cartref gofal lle roedd yn aml yn dadlau gyda staff a thrigolion gan ei gwneud hi'n anodd i bawb fyw a gweithio gydag ef. Er mai ychydig o eiriau oedd gan David, roedd y staff yn credu bod David yn gwybod beth yr oedd yn ei wneud ac yn ei ddweud.

- Dangosodd asesiad Therapi Lleferydd ac Iaith fod gan David anawsterau sylweddol yn deall yr hyn a gaiff ei ddweud wrtho ac felly byddai'n mynd yn ddryslyd, nid oedd bob amser yn gwybod pam roedd pobl am iddo wneud pethau ac roedd yn gwneud camgymeriadau anfwriadol a oedd, wrth gwrs, yn rhwystredig iddo ef ac eraill.
- Rhoddodd y Therapydd Lleferydd ac Iaith arweiniad i staff ar y ffordd orau o ryngweithio â David er mwyn helpu ei ddealltwriaeth. Cafodd hyn effaith fawr ar ei ddryswch a'r dadleuon a'r straen a achoswyd gan hyn.

Coleg Brenhinol y Therapyddion Lleferydd ac Iaith

67. Er gwaethaf hyn, mae darpariaeth gwasanaethau yng Nghymru yn anghyson iawn. Nododd Coleg Brenhinol y Therapyddion Lleferydd ac Iaith:

“in sharp contrast to other nations, such as Scotland, where there have been significant developments with regard to speech and language therapy provision for people with dementia. The recent audit of memory loss services by 1000 Lives (Public Health Wales, 2016) highlighted only 0.6 full time equivalent provision of speech and language therapy in specialist teams across Wales.”⁶⁰

68. Roedd tystiolaeth gan Gonffederasiwn y GIG yn awgrymu:

“reduced occupational therapy resources often mean that opportunities for alternative treatments become even more challenging, despite the fact that our members have made it clear that such functions could be delivered and promoted more effectively by an in-reach worker.”⁶¹

69. Soniodd Ysgrifennydd y Cabinet wrthym am bwysigrwydd buddsoddi yn y gweithlu “iechyd a gofal” yn y dyfodol:

⁶⁰ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 10

⁶¹ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 12

“This year, again, I’ve announced £107 million, which is a real increase, and that’s not an easy choice because you’re taking money from somewhere else. But that’s for the future of the workforce because we really do recognise that allied health professionals, whether they’re in the care home sector, whether they can get people into their own home—you generally recognise their value to the service. We recognise they’re a partner and not just an enabler of the future as well, and it’s a greater recognition of the role that they can bring as part of that wider team. That has to be the case in the care home sector as well.”⁶²

70. Aeth ymlaen i ddweud ei fod yn cydnabod gwerth therapyddion lleferydd ac iaith yn darparu iechyd a gofal mewn ystod eang o feysydd, nid yn unig y sector cartrefi gofal, a byddai’n parhau i fuddsoddi yn eu hyfforddiant.

71. Cyhoeddwyd Cynllun Gweithredu Cymru ar gyfer Dementia 2018-2022 Llywodraeth Cymruym mis Chwefror 2018 ac mae’n cynnwys ymrwymiad i:

“D[at]blygu swydd Ymgynghorydd a fydd yn Ymarferydd Perthynol i lechyd ar gyfer Dementia yng Nghymru. Bydd yn rhoi cyngor a chefnogaeth i fyrddau iechyd ac awdurdodau lleol er mwyn llywio gwelliannau i’r gwasanaeth. (Ebrill 2018).”⁶³

Monitro ac adolygu meddyginiaethau

72. Mae canllawiau NICE ar ddementia yn cynghori y dylai unrhyw ddefnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig gynnwys trafodaeth lawn gyda’r unigolyn a’r gofalwyr ynghylch y manteision a’r risgiau posibl o driniaeth a dylai triniaeth fod yn gyfyngedig o ran amser a chael ei hadolygu’n rheolaidd (bob tri mis neu yn ôl yr angen clinigol).⁶⁴

73. Fodd bynnag, yn ôl tystiolaeth gan Gymdeithas Alzheimer’s Cymru:

“A number of people with dementia and their carers told us they weren’t aware of the name of the medication or why they were taking it. This is of great concern. People affected by dementia need to be

⁶² Cofnod y Trafodion, 17 Ionawr 2018, paragraff 88

⁶³ Llywodraeth Cymru, **Cynllun Gweithredu Cymru ar gyfer Dementia 2018-2022**

⁶⁴ Canllawiau NICE: **Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care** – Tachwedd 2006

aware of their rights when it comes to deciding to take medication; their individual choice should be supported.”⁶⁵

74. Roedd neges glir yn y dystiolaeth a gawsom nad yw adolygiadau o feddyginiaethau yn digwydd yn ddigon aml ar gyfer pobl sydd â dementia, ac unwaith y bydd meddyginiaeth yn cael ei rhagnodi (gan gynnwys meddyginiaethau gwrthseicotig) mae'n aml yn mynd rhagddi gydag ail-bresgripsiynau am gyfnodau hir heb gael ei monitro'n effeithiol.

75. Mae hyn yn arbennig o bryderus gan fod pobl hŷn yn fwy tebygol o gael salwch cronig a sawl salwch gwahanol sy'n gofyn am sawl meddyginiaeth (amlygyffuriaeth). Mae tystiolaeth gan Cymdeithas Alzheimer's Cymru yn nodi bod y gyfran o gleifion sy'n derbyn 10 neu fwy o feddyginiaethau wedi cynyddu o 1.9 y cant ym 1995 i 5.8 y cant yn 2010.⁶⁶ Dywedodd Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol wrthym fod awgrymiadau bod sgîl-ffeithiau yn digwydd yn amlach gyda defnydd hirdymor o feddyginiaethau gwrthseicotig ac yn y rheini sy'n eu defnyddio am gyfnod hir, yn ogystal â'r rhai sydd â chydafiacheddau eraill.

76. Mae gwybodaeth ar wefan Cymdeithas Alzheimer's yn nodi:

“Antipsychotic drugs can cause serious side effects, especially when used for longer than 12 weeks. This is why all prescriptions should be monitored and if possible stopped after 12 weeks.”⁶⁷

77. Clywsom gan unigolyn yr effeithiwyd arno gan y defnydd o feddyginiaeth wrthseicotig, y cafodd ei fam ddiagnosis o ddementia a'i rhoi mewn cyfanswm o dri chartref gofal o ganlyniad i'w hymddygiad heriol. Cysylltodd y Nyrs Seiciatrig Gymunedol a rhagnododd Quetiapine, Lorazepam a Diazepam yn y cartref gofal cyntaf. I ddechrau, daeth y Nyrs unwaith y mis i gynnal adolygiadau o feddyginiaethau ond daeth hynny i ben pan aeth y Nyrs ar absenoldeb salwch ac ni chafwyd unrhyw un yn ei lle. Arhosodd mam yr unigolyn ar feddyginiaeth wrthseicotig ac yng ngeiriau'r unigolyn “[g]orchudd cemegol enfawr” tan ei dyddiau olaf.⁶⁸

78. Galwodd Fforwm Gofal Cymru am adolygiadau gorfodol bob tri mis. Dywedodd Steve Ford wrthym:

⁶⁵ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 08

⁶⁶ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 08

⁶⁷ Cymdeithas Alzheimer's, **Drugs for behavioural and psychological symptoms**

⁶⁸ Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon, 5 Hydref 2017, Papur 8

“I’d like to see the circumstance whereby people are not caught in this dreadful repeat prescription mechanism, whereby it rolls on and on and on, and you could go for two years and nobody refers to it. Some GPs, some practices, are better at reviewing than others. But, theoretically, because you’re caught up in this repeat prescription mechanism, it could carry on and on and on. I’d like to see—if you’re prescribed an antipsychotic and you have a diagnosis of dementia, there should be a three-month mandatory review, with a second GP having to sign it off, rather than the responsibility of just one individual.”⁶⁹

79. Cafodd pwysigrwydd rôl y tîm amlddisgyblaethol wrth gynnal adolygiadau o feddyginiaethau ei amlygu gan nifer o’r tystion.

80. Dywedodd Dr Jane Fenton-May, sy’n cynrychioli Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol:

“I think pharmacists do a great job, but their kind of medication review is not the same as a doctor would do and I think we mustn’t forget the importance of the holistic care that potentially somebody like a GP can do for a patient, that they can look at the mental health and the physical side of things, and we need to have the wider team—the speech and language therapist, the physiotherapist, the occupational therapists, and the pharmacist and the psychiatrist and the psychiatric nurses.”⁷⁰

81. Fodd bynnag, awgrymodd nifer o’r tystion rôl well ar gyfer fferyllwyr o fewn y tîm amlddisgyblaethol.

82. Dywedodd y Gymdeithas Fferyllol Frenhinol:

“As part of a multi-disciplinary review, all residents should receive a review of their medication by a pharmacist when they first move into a care home in order to optimise their medication regimen.”⁷¹

83. Aeth ymlaen i awgrymu y dylai trigolion wedyn dderbyn o leiaf un adolygiad blynyddol o feddyginiaethau gan fferyllwyr, gyda chefnogaeth ychwanegol ar gyfer newidiadau sylweddol i feddyginiaeth. I gleifion sydd â threfniadau

⁶⁹ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 151

⁷⁰ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 124

⁷¹ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 09

cymhleth ar gyfer meddyginiaethau, dylai'r adolygiad hwn gynyddu i bob tri i chwe mis.

84. Dywedodd Steve Simmonds o Fferylliaeth Gymunedol Cymru wrthym:

“I think it's clear from all the submissions that everybody is saying that an integrated, multidisciplinary approach is the way forward. To me, I think it must start at community pharmacy level. The reason it should start with community pharmacy that actually supplies the medicines to the care home is because, if you think about it, they already have a list of all the care home residents and of all the medicines they're taking.”⁷²

85. Aeth ymlaen i dynnu sylw at dreial mewn cadwyn o fferyllfeydd yn Lloegr lle roedd fferyllwyr dros gyfnod o ddwy flynedd wedi gweithio gyda 463 o gartrefi gofal gyda'r nod o leihau'r defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig. Y canlyniad terfynol oedd gostyngiad o 20 y cant mewn dognau, atal 17 y cant o'r cyffuriau a gwelliant sylweddol mewn ansawdd bywyd.⁷³

86. Nododd tystiolaeth ysgrifenedig Ysgrifennydd y Cabinet:

“Yn 2017-18, cytunodd Llywodraeth Cymru i ddarparu gwasanaeth ychwanegol dan gyfarwyddyd y Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol ar gyfer cartrefi gofal sy'n anelu at wella'r gofal a ddarperir i breswylwyr cartrefi gofal drwy fodel gofal cydlynus, cyfannol a rhagweithiol. Mae'n ofynnol i bractisau meddygon teulu sy'n cymryd rhan yn y gwasanaeth ychwanegol dan gyfarwyddyd gynnal o leiaf un adolygiad o feddyginiaeth, gan roi sylw penodol i amlgyffuriaeth, rhagnodi meddyginiaeth gwrthseicotig a meddyginiaethau risg uchel eraill, ar gyfer pob preswilydd yn y cartref gofal.”⁷⁴

87. Dywedodd Ysgrifennydd y Cabinet wrthym:

“The new directed enhanced service is about improving the quality of care that people receive in care homes, and I'm pleased that we were able to conclude that agreement with the BMA to ensure that that service is more consistently available for care home residents.”

The requirement for at least one medication review is exactly that: at least. So, we are setting a baseline for every resident, and not every

⁷² Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 286

⁷³ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 281

⁷⁴ Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon, 17 Ionawr 2017, Papur 1

resident in a care home, of course, will be on antipsychotic medication.”⁷⁵

88. Roedd Coleg Brenhinol y Seiciatryddion yng Nghymru⁷⁶ a Chonffederasiwn GIG Cymru⁷⁷ yn galw am i'r holl ragnodi o feddyginiaethau gwrthseicotig angenrheidiol gael ei ategu gan ddadansoddiad risg/budd ar gyfer pob claf wedi'i wneud gan arbenigwr sydd wedi'i hyfforddi'n briodol fel rhan o'r tîm amlddisgyblaethol, a'i fonitro'n agos gydag adolygiad bob tri mis o leiaf. Awgrymwyd y gallai monitro p'un a fyddai'r adolygiadau hynny yn digwydd fod yn rhan o'r arolygiadau a gynhelir gan Arolygiaeth Gofal a Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru (Arolygiaeth Gofal Cymru ers 15 Ionawr 2018).⁷⁸

89. Roedd neges a ddaeth i law mewn tystiolaeth ysgrifenedig o'r farn y dylai Arolygiaeth Gofal Cymru roi mwy o bwyslais ar reoli meddyginiaethau wrth graffu ar gartrefi gofal. Roedd y Gymdeithas Alzheimer's Cymru a sefydliadau eraill yn argymhell mewn tystiolaeth ysgrifenedig bod Arolygiaeth Gofal Cymru yn mandadu tystiolaeth a ddogfennir o fonitro meddyginiaethau ar gyfer pobl hŷn sy'n derbyn meddyginiaethau iechyd meddwl rhagnodedig. Gwnaethant alw am i dystiolaeth o'r fath gael ei rhoi yng nghofnodion cleifion, ynghyd â chofnodion gorfodol eraill, megis y rhai ar gyfer statws maeth.⁷⁹

90. Mewn ymateb i bryderon a fynegwyd gan Aelodau'r Pwyllgor yn y cyfarfod ar 19 Hydref ynghylch y blaenoriaeth y mae Arolygiaeth Gofal Cymru yn ei rhoi i fonitro meddyginiaethau,⁸⁰ ysgrifennodd David Francis, Prif Arolygydd Cynorthwyol Arolygiaeth Gofal Cymru, atom yn cadarnhau bod yr Arolygiaeth wedi adolygu ei fframweithiau arolygu yn sgil yr adborth gan y Pwyllgor ac y byddai'n eu diweddarau i gyfeirio'n benodol at amseroldeb adolygiadau o feddyginiaethau a'r defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig fel meysydd y mae'n rhaid i arolygwyr eu hystyried wrth arolygu.

91. Dywedodd hefyd y byddai'n archwilio i sut y gallai gael adborth gan fferyllwyr cymunedol sy'n gysylltiedig â chartrefi a fydd yn cael eu hariannu o dan y contract gwell newydd i wirio adolygiadau o feddyginiaethau a'r defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig mewn cartrefi gofal. Bydd hefyd yn ystyried y defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig wrth gynnal adolygiad cenedlaethol

⁷⁵ Cofnod y Trafodion, 17 Ionawr 2018, paragraffau 44-45

⁷⁶ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 07

⁷⁷ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 12

⁷⁸ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 332

⁷⁹ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 08

⁸⁰ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 184

thematig o ansawdd gofal mewn gofal preswyl ar gyfer pobl yn 2019/20. At hynny, o 2019 mae Arolygiaeth Gofal Cymru yn bwriadu gofyn i gartrefi gofal gyflwyno adroddiad ar amllder adolygiadau o feddyginiaethau a'r defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig yn yr hunanasesiadau blynyddol ar-lein sy'n cael eu cwblhau gan gartrefi gofal. Bydd hyn yn galluogi arolygwyr i weld y rhai lle mae'r defnydd yn arbennig o uchel.⁸¹

92. Pwysleisiodd y Gymdeithas Fferyllol Frenhinol a Fferylliaeth Gymunedol Cymru yr angen i bob fferyllydd sy'n ymwneud yn uniongyrchol â gofal cleifion (gyda chaniatâd y claf) gael mynediad llawn i ddarllen ac ysgrifennu yng nghofnod iechyd y claf er budd gofal cleifion o ansawdd uchel, diogel ac effeithiol.⁸² Dywedodd Sam Fisher, Fferylliaeth Gymunedol Cymru:

“So, whilst we currently will start to have access to what we call the GP record, which would just be a list of medication, for these to be really effective, we need to understand what's going on behind that—so, what conditions. You can't really say whether something is appropriately prescribed until you understand what condition the patient has and the background.”⁸³

Ein barn ni

93. Rydym wedi clywed tystiolaeth i awgrymu bod meddyginiaethau gwrthseicotig yn cael eu defnyddio'n gynyddol mewn ymateb i ymddygiad heriol, yn lle bod staff yn ceisio nodi achos sylfaenol yr ymddygiad. Mae rhywun sy'n byw gyda dementia ac sy'n dangos ymddygiad heriol yn aml gydag angen heb ei ddiwallu, ac efallai na fydd yn gallu ei gyfleu. O'r herwydd, credwn ei bod yn hollbwysig edrych ar y person cyfan er mwyn deall beth allai fod yn achosi ymddygiad penodol. Mae'r dystiolaeth a roddwyd inni yn awgrymu bod amryw restrau gwirio arfer da y gellid eu defnyddio gan staff mewn cartrefi gofal i nodi'r achosion posibl y tu ôl i ymddygiad unigolyn.

94. Nodwn fod Ysgrifennydd y Cabinet wedi cydnabod bod tystiolaeth bod meddyginiaethau gwrthseicotig yn cael eu defnyddio ar gyfer rheoli symptomau ymddygiadol a seicolegol mewn dementia, a bod heriau penodol wedi codi mewn rhannau o'r sector cartrefi gofal. Credwn fod angen newidiadau diwylliannol a systemig i sicrhau bod meddyginiaethau gwrthseicotig yn cael eu rhagnodi yn briodol, ac fel y dewis olaf un, nid yr opsiwn cyntaf diodyn.

⁸¹ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS AI 03

⁸² Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 09

⁸³ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 340

Argymhelliad 3. Dylai Llywodraeth Cymru sicrhau bod pob unigolyn sydd â dementia sy'n dangos ymddygiad heriol yn cael asesiad gofal cynhwysfawr sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn a'i anghenion. Dylai weithio gyda gweithwyr iechyd proffesiynol perthnasol i ddatblygu rhestr wirio safonol i'w defnyddio gan staff gofal cymdeithasol i nodi a mynd i'r afael â/diystyru achosion posibl ymddygiad heriol, gan gynnwys anghenion corfforol neu emosiynol sydd heb eu diwallu. Rhaid iddi gynnwys gofyniad i ymgynghori â'r unigolyn a'i ofalwr neu ei deulu. Dylai'r rhestr wirio fod ar gael o fewn chwe mis a rhaid iddi gofnodi'r camau a gymerwyd i ddangos bod yr holl opsiynau eraill wedi'u hystyried cyn rhagnodi meddyginiaethau gwrthseicotig ar gyfer pobl sydd â dementia.

95. O ystyried yr effeithiau niweidiol y gall meddyginiaethau gwrthseicotig eu cael, credwn ei fod yn annerbyniol nad yw adolygiadau o feddyginiaethau ar gyfer pobl sy'n byw gyda dementia yn digwydd yn aml. Rydym hefyd yn pryderu, unwaith y caiff meddyginiaeth ei rhagnodi, y caiff ei hychwanegu'n aml at bresgripsiynau sy'n cael eu dosbarthu ar gylch ailadrodd heb gael ei monitro'n effeithiol.

96. Credwn fod y dystiolaeth a gawsom yn nodi dadleuon cadarn ar gyfer cynnal adolygiadau rheolaidd (o leiaf bob tri mis) o feddyginiaethau. Rydym hefyd yn nodi ac yn cytuno â'r tystion bod gan y tîm aml-ddisgyblaethol rôl bwysig i'w chwarae yn cynnal yr adolygiadau hyn, ac rydym yn cefnogi'r awgrym hefyd bod angen rôl well ar gyfer fferyllwyr.

97. Rydym yn croesawu cadarnhad Ysgrifennydd y Cabinet fod y gwasanaeth gwell a gyfeirir yn canolbwyntio ar wella ansawdd y gofal a gaiff pobl mewn cartrefi gofal. Fodd bynnag, nid ydym yn argyhoeddedig bod hyn yn mynd yn ddigon pell. Credwn nad yw'n briodol i ail-bresgripsiynau ar gyfer meddyginiaethau gwrthseicotig barhau am gyfnod estynedig ac yn cytuno â'r tystion bod adolygiadau rheolaidd o feddyginiaethau yn hanfodol ar gyfer pobl hŷn sy'n cael presgripsiwn ar gyfer y feddyginiaeth hon a allai fod yn niweidiol.

Argymhelliad 4. Rydym yn argymhell cyflwyno adolygiadau gorfodol bob tri mis o feddyginiaethau ar gyfer pobl sydd â dementia ac sydd wedi cael presgripsiwn ar gyfer meddyginiaethau gwrthseicotig, gyda'r bwriad o leihau neu atal y feddyginiaeth yn dilyn yr adolygiad cyntaf lle bo modd.

Argymhelliad 5. Dylai Llywodraeth Cymru archwilio ffyrdd y gallai'r system ail-bresgripsiwn ysgogi'r angen am adolygiad o feddyginiaethau ar y pwynt tri mis.

98. Rydym yn croesawu'r ffaith bod Arolygiaeth Gofal Cymru eisoes wedi adolygu ei fframweithiau arolygu yn sgil yr adborth gan y Pwyllgor ac y bydd yn

diweddarau'r fframweithiau hynny i gyfeirio'n benodol at amseroldeb adolygiadau o feddyginiaethau a'r defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig fel meysydd y mae'n rhaid i arolygwyr eu hystyried wrth arolygu. Fodd bynnag, rydym yn cytuno â'r tystion y dylai hyn fod yn rhan orfodol o'r drefn arolygu ar gyfer cartrefi gofal.

Argymhelliad 6. Rydym yn argymhell y dylai monitro meddyginiaethau fod yn rhan allweddol o arolygu cartrefi gofal, a bod Arolygiaeth Gofal Cymru yn mandadu tystiolaeth wedi'i dogfennu o fonitro meddyginiaethau ar gyfer pobl hŷn sydd wedi cael meddyginiaethau gwrthseicotig rhagnodedig yng nghofnodion cleifion.

99. Roedd y dystiolaeth a gawsom ar yr enghreifftiau niferus o'r ymyriadau cymharol syml a rhad nad ydynt yn ffarmacolegol sydd ar gael wedi creu argraff arnom. Mae'r ymyriadau hyn, megis therapi dawns neu gerddoriaeth, y defnydd o oleuadau tawelu, therapi atgoffa a therapi anifeiliaid anwes, yn gwarantu ymchwiliad a sylw pellach. Clywsom hefyd am fanteision cyswllt rhwng cenedlaethau fel ymyriad nad yw'n ffarmacolegol; mae hwn yn rhywbeth a amlygwyd yn flaenorol inni yn ystod ein hymchwiliad i fynd i'r afael ag unigrwydd ac unigedd. Rydym yn ymwybodol bod defnydd lleol da yn cael ei wneud o'r mathau hyn o therapi, a datblygu cynlluniau gweithredu nad ydynt yn ffarmacolegol, ond heb rannu arfer da nid yw'r camau cadarnhaol hyn yn cael eu cymryd ar raddfa fawr.

100. Yn ystod y broses o gasglu tystiolaeth, clywsom am y manteision y gall gweithwyr iechyd proffesiynol perthynol i iechyd eu cyflwyno i ofal a thriniaeth pobl sy'n byw gyda dementia mewn cartrefi gofal, yn enwedig o ran gwella canlyniadau i'r unigolyn a lleihau achosion o ymddygiad heriol. Felly, rydym yn pryderu bod y dystiolaeth yn awgrymu bod rhwystrau ar waith ar hyn o bryd sy'n atal yr unigolion hynny rhag cael mynediad at wasanaethau gweithwyr proffesiynol, gan gynnwys therapyddion galwedigaethol, ffisiotherapyddion, therapyddion lleferydd, dietegwyr a cheiropodyddion. Mae'r dystiolaeth sy'n awgrymu bod y gwasanaethau a ddarperir gan weithwyr iechyd proffesiynol perthynol i iechyd ar gyfer dementia, sydd ar gael i unigolyn sy'n byw yn y gymuned, yn dod i ben unwaith y bydd yr unigolyn hwnnw'n mynd i ofal preswyl, yn ein poeni'n fawr.

101. Rydym yn croesawu'r syniad o greu swydd ymgynghorydd proffesiynol perthynol i iechyd ar gyfer dementia er mwyn annog gwelliannau i wasanaethau ac yn gobeithio y bydd rhan o'r rôl hon yn cynnwys gweithio gyda chartrefi gofal i wella mynediad at weithwyr proffesiynol perthynol i iechyd ar gyfer trigolion cartrefi gofal.

Argymhelliad 7. Rydym yn argymell bod rôl yr ymgynghorydd proffesiynol perthynol i iechyd ar gyfer dementia yn cynnwys gofyniad i weithio gyda chartrefi gofal i wella mynediad at weithwyr proffesiynol perthynol i iechyd ar gyfer trigolion cartrefi gofal.

Argymhelliad 8. Dylai Llywodraeth Cymru gymryd camau i fynd i'r afael â phrinder therapyddion iaith a lleferydd, o ystyried eu gwerth yn gwella canlyniadau i bobl sydd â dementia, a chyflwyno adroddiad ar ei chynnydd i'r Pwyllgor hwn o fewn 12 mis.

5. Staffio

Recriwtio a chadw

102. Awgrymodd tystiolaeth gan Gofal Cymdeithasol Cymru fod y sector gofal cymdeithasol dan bwysau ar hyn o bryd o ran recriwtio a throsiant. Dywedodd Gerry Evans, Cyfarwyddwr Rheoleiddio a Gwybodaeth:

“Mae recriwtio staff yn anodd. Mae recriwtio rheolwyr i’r cartrefi yn anodd. Ac mae trosiant staff hefyd yn uchel, rydym ni’n gwybod—mae yna sôn am 30 y cant o drosiant mewn blwyddyn mewn rhai llefydd. Felly, yn y sefyllfa yna, mae’n mynd i fod yn anodd sicrhau bod y staff yn deall yn glir bwysigrwydd deall y maes yma a deall effaith y feddyginiaeth y maen nhw’n ei darparu.”⁸⁴

103. Tynnodd sylw at delerau ac amodau cyflogaeth, gan ddweud mai un o’r problemau sy’n wynebu’r sector yw, unwaith y bydd staff wedi’u hyfforddi, yn aml maent yn symud i’r sector ieched, lle mae’r cyflog a’r amodau cyflogaeth yn well.

104. Awgrymodd hefyd fod angen hybu proffil y sector er mwyn sicrhau bod pobl yn ymwybodol ei bod hi’n bosibl cael gyrfa gwerth chweil a chadarnhaol ym maes gofal cymdeithasol.

105. Amlygodd Rhiannon Davies o Iechyd Cyhoeddus Cymru bwysigrwydd recriwtio’r staff cywir i weithio mewn cartrefi gofal. Soniodd wrthym am y gwaith yr oedd wedi bod yn rhan ohono, dan arweiniad David Sheard, a oedd yn awgrymu:

“not everyone can be a carer, [...]. Yet, the way that posts are often advertised is such that it appears as though anyone could come in. And, of course, the pay is not high either. So, really, it’s making sure that the questions that are asked when you recruit people are the appropriate questions that actually really draw out, ‘Is this person a caring, understanding person?’”⁸⁵

106. Roedd Steven Ford o Fforwm Gofal Cymru yn cytuno. Dywedodd wrthym:

⁸⁴ Cofnod y Trafodion, 25 Hydref 2017, paragraff 9

⁸⁵ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, 5

“...it’s about, first of all, the quality of the staff that’s providing the care [] not everybody’s cut out for this. You’ve got to have empathy to begin with. Without empathy, I think people are going to struggle.”⁸⁶

107. Dywedodd Sue Phelps o Gymdeithas Alzheimer’s Cymru wrthym hefyd fod problem anferth gyda chadw staff cartrefi gofal. Mae’n credu, os yw pobl yn teimlo y gallant ddarparu gofal sy’n canolbwyntio ar yr unigolyn, i gael cydberthynas ddwyochrog â’r person y maent yn gofalu amdano, ac wir yn deall eu problemau, y byddant yn fwy hyderus ac o bosibl yn aros yn eu rolau gofalu.⁸⁷

Lefelau staffio

108. Nododd tystiolaeth gan y Coleg Nyrsio Brenhinol fod gan gleifion â dementia anghenion penodol a chymhleth, ac mae’r rhai sydd â dementia mewn cartref gofal yn debygol o fod angen mwy o ofal na chleifion eraill. Felly, cred y dylid adlewyrchu hyn wrth gyfrifo lefelau staff nyrsio.

109. Dadleuodd y Coleg Nyrsio Brenhinol, gan fod sail dystiolaeth i lywio lefelau staff nyrsio mewn lleoliadau aciwt, cyffredinol a llawfeddygol, mae angen un ar gyfer cartrefi gofal, gan fod gan y trigolion anghenion cymhleth iawn.

110. Dywedodd Alison Davies, sy’n cynrychioli’r Coleg Nyrsio Brenhinol:

“We’ve got no national tool or measurement that helps us understand that. We need that to understand what level and type of staff we need to care for people there. That’ll help us inform meeting people’s needs, providing quality of care and workforce planning for the future.”⁸⁸

111. Dywedodd Dr Jean White, y Prif Swyddog Nyrsio fod un o’r dyletswyddau, o dan y ddeddfwriaeth lefelau staff nyrsio a ddaeth i rym ym mis Ebrill 2017, yn ymwneud â chael digon o nyrsys i ofalu am gleifion mewn modd sensitif:

“... that means, when the health boards commission placements in care homes, there is a duty on them to ensure that the commissioned place actually has enough nurses to look after the patients. We are starting to look forward to the integrated medium-term plans that will come out shortly, which is the planning process for the health boards, and they will need to demonstrate to us, sensitively, how they have taken this first

⁸⁶ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 139

⁸⁷ Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 88

⁸⁸ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 198

duty on board, and how they're going to use it in their commissioning arrangements.”⁸⁹

Hyfforddiant

Ymwybyddiaeth o ddementia

112. Roedd yr angen i wella hyfforddiant staff iechyd a gofal cymdeithasol ar ymwybyddiaeth a dealltwriaeth o ddementia a dulliau ymarferol o ymdrin ag ymddygiad heriol yn thema glir a ddaeth i'r amlwg o'r dystiolaeth.

113. Yn ei thystiolaeth ysgrifenedig, dywedodd Arolygiaeth Gofal Cymru (AGC) y cred “y dylai staff ym mhob cartref gofal i bobl hŷn dderbyn hyfforddiant, a'u bod yn gymwys wrth ofalu am bobl sydd â dementia”.⁹⁰

114. Awgrymodd Sue Stephens o Fwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda y dylid rhoi ystyriaeth i wneud hyfforddiant gofal dementia i staff cartrefi gofal yn ofyniad gorfodol.⁹¹

115. Roedd tystiolaeth gan Goleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol yn nodi:

“the majority of care homes have not specifically been designed to provide care for people with the complex needs of those with severe/late stages of dementia. This means that residents with dementia often have multiple unmet needs such as: involvement in everyday activities, isolation and anxiety and depression. These unmet needs can lead to decreased quality of life and increased costs of care due to managing the resulting symptoms of behavioural and psychological symptoms of dementia.”⁹²

116. Mae tystiolaeth ysgrifenedig gan AGC yn awgrymu bod gan gyfran sylweddol o gartrefi gofal yng Nghymru ddisbarthiadau cofrestru “henoed bregus eu meddwl” neu “dementia” hanesyddol, ac maent yn nodi yn eu llyfrynnau Datganiad o Ddiben eu bod yn gofalu am bobl sydd â dementia, ond mewn sawl achos maent yn canfod nad yw'r staff na'r rheolwr wedi cael unrhyw hyfforddiant arbenigol mewn dementia.

⁸⁹ Cofnod y Trafodion, 17 Ionawr 2018, paragraff 71

⁹⁰ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 18

⁹¹ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 490

⁹² Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 04

117. Dywedodd David Francis, y Prif Arolygydd Cynorthwyol:

“... about four years ago we made a very strong move to get rid of all those classifications, and we pushed very hard. The trouble is that there were legacy holder registrations that took place in 2002 when the Care Standards Act 2000 came in, and there was a legal pushback against us. So, we’re using the new Act [Regulation and Inspection of Social Care (Wales) Act 2016] as an opportunity to actually take away those classifications, and we are driving down now on our expectations that services set out very clearly in their statements of purpose who they’re providing care for and how they do it, and we’re going to be policing that.”⁹³

Ymagwedd at ofal sy’n canolbwyntio ar yr unigolyn

118. Yn ei dystiolaeth ysgrifenedig, dywedodd Gofal Cymdeithasol Cymru ei bod yn hollbwysig bod pob cartref gofal yn cael ei staffio gan bobl sydd â digon o sgiliau i ddarparu ymagwedd ataliol sy’n canolbwyntio ar yr unigolyn tuag at ofal⁹⁴ ac i gefnogi’r nod hwn, mae wedi cynhyrchu ystod o ddeunyddiau hyfforddi.

119. Siaradodd Cymdeithas Alzheimer’s Cymru hefyd am yr angen i staff gael mwy o ddealltwriaeth o ddementia a beth sy’n achosi ymddygiadau penodol a phwysigrwydd ymagwedd sy’n canolbwyntio ar yr unigolyn tuag at ddarparu gofal i rywun sydd â dementia. Tynnodd Sue Phelps sylw at y gwaith a wnaed ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf:

“So, for example, I know that Cwm Taf Local Health Board have got a care home intervention team. So, they’ve been concentrating a lot on upskilling the knowledge and skills of their care home staff to take that more person-centred approach.”⁹⁵

120. Aeth ymlaen i ddweud, er bod enghreifftiau o arfer da ledled Cymru, nid yw’n gyson, ac yn sicr nid yw cystal ag y byddai’n hoffi ei weld.

121. Amlygwyd pecyn cymorth “This is Me” y Gymdeithas Alzheimer’s⁹⁶ fel adnodd defnyddiol i staff ddeall mwy am drigolion unigol a’r pethau sy’n bwysig iddynt.

⁹³ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 223

⁹⁴ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 02

⁹⁵ Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 68

⁹⁶ **Cymdeithas Alzheimer’s** – This is me – Adnodd cymorth i alluogi gofal sy’n canolbwyntio ar yr unigolyn

Astudiaeth Achos 2

Roedd dyn yn byw mewn cartref gofal, roedd yn ymddangos yn ofidus iawn, yn gynhyrfus iawn, yn ddiogel iawn; roedd yn taro ei ben yn erbyn drws gwydr yn gyson. Ni fyddai unrhyw beth y byddai'r staff yn ei wneud yn ei dawelu. Roedd yn dod yn risg iddo'i hun ac i eraill. Felly, ar y cam hwn, efallai y byddech yn dechrau meddwl bod rôl ar gyfer cyffuriau gwrthseicotig, ond dechreuodd aelod o staff gwestiynu pam yr oedd yr un drws bob tro – unlle arall; dim ond yr ardal hon oedd yn ei wylltio. Mae'n ymddangos, pan siaradodd â'i berthnasau, fod y dyn hwn wedi bod yn arddwr brwd drwy gydol ei oes. Roedd ganddo dŷ gwydr; dyna oedd cariad ei fywyd; dyna'r lle, rwy'n amau, ei fod yn dianc iddo pan oedd popeth arall yn ormod iddo ac yn rhy swnllyd. Dyma ei lle diogel. Felly, mae'n mynd i gartref gofal; mae ganddo ofn, mae'n ofidus, mae'n bryderus, ac mae'n gweld tŷ gwydr drwy'r drws – yr un lle na chaiff fynd. Felly, yn hytrach na rhagnodi meddyginiaethau gwrthseicotig, fe wnaethant ei helpu i fynd yn ôl i'r tŷ gwydr, a daeth yn lle diogel iddo mewn byd o drallod ac arswyd, a newidiodd ei ymddygiad yn llwyr.

Sarah Rochira, Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru

Astudiaeth Achos 3

Roedd rhywun yn yr ysbyty lle rwy'n gweithio wedi datblygu dementia ond roedd yn fferylllydd ac roedd yn awyddus i fynd i weld y troli cyffuriau, oherwydd, yn ei waith, dyna beth fyddai wedi'i wneud – gwirio'r cyffuriau. Yn amlwg, roedd yn edrych fel ei fod yn ymyrryd, ond, mewn gwirionedd, o ran yr unigolyn hwnnw, roedd yn mynd yn ôl i'w atgofion cynharach. Felly, yn hytrach na defnyddio meddyginiaeth mewn sefyllfaoedd felly, gwnaethom roi poteli a Smarties a phethau iddo gael eu labelu, fel y gallai ddefnyddio'r egni hwnnw mewn modd cadarnhaol.

Wendy Davies, Cymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru

Technegau dad-ddwysau

122. Soniodd nifer o'r tystion am fanteision hyfforddiant dad-ddwysau ac atal diogel ac yn wir mae canllawiau NICE yn nodi:

“Health and social care staff should be trained to anticipate behaviour that challenges and how to manage violence, aggression and extreme agitation, including de-escalation techniques and methods of physical restraint.”⁹⁷

123. Disgrifiodd Cymdeithas Seicolegol Prydain yr hyfforddiant cyfathrebu a rhyngweithio a ddatblygwyd ganddi, sy'n ymgorffori sgiliau gofal cwsmer a thechnegau dad-ddwysau. Dywedodd Dr Ian James wrthym:

“... we've gone to Marks and Spencer, we've gone to John Lewis, and we've got their customer care skills [] then we've gone to the police. So, how do police de-escalate situations? People don't want to get arrested. [] Mae yna beth a elwir yn 'judo verbal' y maent yn ei ddefnyddio, gan George Thompson, ac mae yna rai cyfarwyddiadau - pethau i'w ddweud pan fo rhywun yn ofidus - ac rydym wedi cymryd y rheiny ac rydym wedi paratoi'r rhain i mewn i driniaeth o'r enw CAIT.”⁹⁸

124. Dywedodd Gerry Evans wrthym fod Gofal Cymdeithasol Cymru wedi cyhoeddi canllawiau ac adnoddau i hyrwyddo ymddygiad cadarnhaol, a ddatblygwyd o'r sector anabled dysgu ond sydd hefyd yn berthnasol i ofalu am bobl â dementia, yn enwedig o ran ymddygiad heriol. Aeth ymlaen i ddweud, er bod rhai cartrefi lle mae staff yn ymwybodol o dechnegau dad-ddwysau, nad oedd yn gwybod maint a dyfnder y wybodaeth sydd gan staff o'r technegau hynny, ond mae'n faes y byddai Gofal Cymdeithasol Cymru am ei ddatblygu.⁹⁹

Y fframwaith “Gwaith Da”

125. Roedd tystiolaeth ysgrifenedig Llywodraeth Cymru yn tynnu sylw at “Gwaith Da” – fframwaith dysgu a datblygu dementia¹⁰⁰ a lansiwyd yn 2016 mewn cydweithrediad â Chyngor Gofal Cymru (sef Gofal Cymdeithasol Cymru erbyn hyn), GIG Cymru ac Iechyd Cyhoeddus Cymru. Mae'r fframwaith “Gwaith Da” yn darparu

⁹⁷ **Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care** – Tachwedd 2006

⁹⁸ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 434

⁹⁹ Cofnod y Trafodion, 25 Hydref 2018, paragraff 49

¹⁰⁰ “**Gwaith da**” – Fframwaith dysgu a datblygu dementia i Cymru, 2016

egwyddorion eang ar gyfer addysg a hyfforddiant sy'n seiliedig ar arfer gorau. Yn ôl Gofal Cymdeithasol Cymru:

“The new resource aims to change the way in which dementia care is provided in Wales by creating a single, shared vision for health and social care workers to provide the best possible care and support for those living with dementia. The framework has people with dementia at its heart and recognises that people with dementia, their families and carers should all be central to the care and support they receive.”¹⁰¹

126. Disgrifiodd Arolygiaeth Gofal Cymru hyfforddiant mewn gofal dementia fel ‘tirlun amrywiol a dryslyd’. Mae’n dweud bod y llwybr newydd “Gwaith Da” wedi bod yn ddefnyddiol ond yn ei phrofiad hi, mae ymwybyddiaeth o’r llwybr yn isel ac nid yw llawer o gartrefi gofal wedi’i ddefnyddio eto. Mae Arolygiaeth Gofal Cymru hefyd wedi nodi ei bod hi’n anodd asesu cymhwysedd gan nad oes safonau sydd wedi’u mabwysiadu’n gyffredinol, ac mae amrywiad enfawr mewn cyrsiau hyfforddi.¹⁰²

127. Pan holwyd Ysgrifennydd y Cabinet ynghylch sylwadau Arolygiaeth Gofal Cymru, dywedodd:

“Well, it’s disappointing that there isn’t not just a greater awareness, but a greater take-up of ‘Good Work’. It’s been designed with the health and care sectors, the third sector and Social Care Wales. So, we want to see greater take-up of that, and the dementia plan will be an opportunity to reset some of this.”¹⁰³

128. Mae tystiolaeth ysgrifenedig Ysgrifennydd y Cabinet wedi nodi y bydd cyflwyno “Gwaith Da” ymhellach yn ofyniad i’r cynllun dementia sydd i ddod, a bydd y gefnogaeth ar ei gyfer yn cael ei fonitro drwyddo draw. Aeth Ysgrifennydd y Cabinet ymlaen i ddweud:

“I’m not going to prioritise every single part of the plan, but there will be an expectation that, actually, there’s not just greater awareness but a greater take-up of that training, which, as I said, is for everyone within the health and care sector, because we think that will improve the quality of care that people will receive. And actually, it will help staff to do a better job, and that’s likely to make staff feel better about the job that they do as well.”

¹⁰¹ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 02

¹⁰² Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 18

¹⁰³ Cofnod y Trafodion, 17 Ionawr 2018, paragraff 68

DS: Cyhoeddwyd Cynllun Gweithredu Cymru ar gyfer Dementia Llywodraeth Cymru ym mis Chwefror 2018. Mae'r cynllun yn cynnwys camau allweddol i:

- Sicrhau bod holl aelodau'r staff a gyflogir gan y GIG sy'n dod i gysylltiad â'r cyhoedd yn derbyn lefel briodol o hyfforddiant ar ofal dementia (fel y nodwyd yn "Gwaith Da" – Fframwaith Dysgu a Datblygu Dementia) (Ebrill 2018 ac adolygiad blynyddol wedi hynny).

129. Mae'r Cynllun Gweithredu yn mynd ymlaen i ddweud bod y targed ar gyfer hyn yn 75 y cant erbyn diwedd 2019.

130. Amlygodd nifer o'r tystion bwysigrwydd sicrhau bod y math iawn o hyfforddiant yn cael ei ddarparu a bod cartrefi gofal yn cael eu cefnogi drwy gydol y broses. Dywedodd Dr Ian James wrthym:

"... in Scotland, they threw a lot of money at training. NHS Education for Scotland put a programme together [] but people just attended. They didn't get the supervision. They didn't get the training around one-to-one skills."¹⁰⁴

131. Dywedodd Rhiannon Davies o Iechyd Cyhoeddus Cymru wrthym ei bod hi'n credu bod hyfforddiant yn fwyaf effeithiol pan fo perthynas agosach rhwng y bwrdd iechyd a'r cartref gofal fel y gall eu harwain gyda'r math o hyfforddiant sydd ei angen. Dywedodd mai un o fanteision 1000 o Fywydau a Mwy oedd ei fod wedi galluogi rhannu arfer da a datblygu modelau sydd wir yn gweithio.¹⁰⁵

132. Amlygodd Karin Orman, sy'n cynrychioli Coleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol, rôl y tîm amlddisgyblaethol mewn perthynas â hyfforddiant. Dywedodd:

"... we've got clear models in other areas. We've got liaison psychiatry teams in hospitals, which are often multidisciplinary, we can see how effective they are at delivering training and modelling and changing people's attitudes. Why aren't we applying that to care homes?"¹⁰⁶

133. Aeth ymlaen i roi enghraifft lle mae therapyddion galwedigaethol cyswllt iechyd meddwl ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf wedi bod yn darparu hyfforddiant i nyrsys a chynorthwywyr nyrsio, gan feithrin dealltwriaeth pobl o ran ymwybyddiaeth o ddementia.

¹⁰⁴ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 433

¹⁰⁵ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 51

¹⁰⁶ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 37

“Again, it’s very applicable in the care home sector, and that service has been held up as an exemplar of best practice to be implemented across Wales. So, we don’t have to look far at examples that we could actually apply in a care home setting.”¹⁰⁷

Safonau Cenedlaethol

134. Cawsom wybod, er bod rhai enghreifftiau da o hyfforddiant, nid yw unrhyw un o’r enghreifftiau wedi’u hachredu. Dadleuodd Mair Davies o’r Gymdeithas Fferyllol Frenhinol:

“... we don’t actually know whether it’s the right training, whether it’s the appropriate training or whether every carer, nurse or anybody working in these homes is having the same training. So, we would advocate for there to be some national standards for that training. We would also say that there needs to be uniformity across Wales— there shouldn’t be different training in different places.”¹⁰⁸

135. Cefnogwyd hyn gan Kim Williams, Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf, a oedd yn pryderu nad oes safonau gofynnol ar gyfer staff mewn cartrefi gofal. Dywedodd wrthym fod hyn yn rhoi staff mewn sefyllfa anodd iawn:

“... if they have no training in de-escalation or physical restraint, they’re often in a situation where they have somebody who’s at risk or who poses a risk to somebody else. They’ve got no training in physical intervention, so what they turn to is the medication. What we would want them to do is to say, ‘Okay, that might work now, but we need very quickly to review that and to put an alternative in place’, and there isn’t a mechanism for doing that. I think if we had some minimum training standards for care staff in homes, as they do in some areas of England, we would be in a much better position across Wales.”¹⁰⁹

136. Cytunodd Sue Stephens, Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda, gan awgrymu y dylid datblygu safonau cenedlaethol ar gyfer hyfforddiant gofal dementia i ddarparu’r sgiliau a’r wybodaeth angenrheidiol am risgiau a manteision meddyginiaethau gwrthseicotig i staff cartrefi gofal.¹¹⁰

¹⁰⁷ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 50

¹⁰⁸ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 298

¹⁰⁹ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 295

¹¹⁰ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 490

Cymwysterau

137. Mae Gofal Cymdeithasol Cymru yn gweithio gyda Cymwysterau Cymru ar gyfres newydd o gymwysterau ar gyfer iechyd a gofal cymdeithasol o 2019, y dywed y mae ganddynt bwyslais cryf ar ofal sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn, gyda llwybr penodol ar gyfer y sgiliau sydd eu hangen i ofalu am bobl sydd â dementia. Bydd gofyn i bobl sy'n gweithio yn y proffesiwn gael y cymwysterau hyn.¹¹¹

138. Dywedodd Gerry Evans wrthym fod y gwaith hwn yn cynnwys datblygu cyfres newydd o gymwysterau ar gyfer y sector gofal, sy'n gymwysterau iechyd a gofal cymdeithasol ar y cyd. Aeth ymlaen i amlinellu beth fyddai'r gwahanol fodiwlau'n ymdrin â hwy:

"[they] range from an initial induction for staff in health and social care, which covers things like medicines management and also dementia, albeit not at a hugely in-depth level, because we are talking about an induction for staff. Moving on from there, manager qualifications are being developed that provide more detail about what they need to be aware of in terms of managing medicines and, again, dementia, and there are specialist modules being developed for managers at the sort of post-initial qualifying level for homes that want to specialise in dementia care. So, those are coming on-stream in the near future."¹¹²

139. Aeth ymlaen i ddweud:

"... we are looking at a range of modules for staff to develop their understanding and their skills in both areas of dementia and medicines management, including the use of antipsychotic drugs. So, the work is being developed, the qualifications are being developed, and they're now an awarding body that's looking to develop the detail of those qualifications. They will come into being in 2019, but there are already significant amounts of training and resources available."¹¹³

Hyfforddiant i feddygon teulu

140. Fel y nodir ym Mhennod 2, mae'n bwysig cofio mai meddygon teulu a/neu seiciatryddion neu glinigwyr ysbyty sy'n gyfrifol am ragnodi meddyginiaethau gwrthseicotig.

¹¹¹ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 02

¹¹² Cofnod y Trafodion, 25 Hydref 2017, paragraff 19

¹¹³ Cofnod y Trafodion, 25 Hydref 2017, paragraff 20

141. Dywedodd Wendy Davies o'r Gymdeithas Fferyllol Frenhinol wrthym:

“We did an audit of GP prescribing of antipsychotics in Cardiff. It was part of the quality and outcomes framework a few years ago [] looking at what the prescribing of the antipsychotics was. Some were very good and some were not so good, but you can't just look at the prescribing. You've got to look at whether it's appropriate or inappropriate. So, I think there's a level of training and understanding for the GPs.”¹¹⁴

142. Amlygodd Iechyd Cyhoeddus Cymru a'r Coleg Nyrsio Brenhinol yr angen hefyd am hyfforddiant i feddygon teulu a gwella eu gwybodaeth a'u dealltwriaeth, yn ogystal â'u canfyddiad a'u hagweddau.¹¹⁵

Ein barn ni

143. Rydym yn gwerthfawrogi bod y sector gofal cymdeithasol dan bwysau ar hyn o bryd o ran recriwtio a throsiant staff. Rydym hefyd yn ymwybodol bod staff hyfforddedig y sector gofal cymdeithasol yn symud fwyfwy i'r sector iechyd oherwydd gall cyflogau ac amodau cyflogaeth fod yn well. Rydym yn cytuno â'r tystion a ddywedodd wrthym, os yw pobl yn teimlo y gallant ddarparu gofal sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn, efallai y byddant yn fwy tueddol o aros mewn rôl ofalu.

144. Mae'n amlwg bod gan bobl sy'n byw gyda dementia anghenion penodol a chymhleth ac mae'n debygol y bydd angen mwy o ofal arnynt na thrigolion eraill cartrefi gofal. Rydym yn nodi'r dystiolaeth gan y Coleg Nyrsio Brenhinol sy'n credu y dylid adlewyrchu hyn wrth gyfrifo lefelau staff nyrsio. Rydym yn cytuno â phwynt y Coleg bod sail dystiolaeth bellach i lywio lefelau staff nyrsio mewn ysbytai, ac y dylid datblygu dull tebyg ar gyfer cartrefi gofal, o ystyried cymhlethdod anghenion trigolion cartrefi gofal.

Argymhelliad 9. Dylai Llywodraeth Cymru ddatblygu dull ar gyfer asesu'r cyfuniad priodol o sgiliau sydd ei angen ar gyfer staff cartrefi gofal, a llunio canllawiau ar hyn i sicrhau bod lefelau staffio diogel a phriodol ym mhob cartref gofal, a bod gan staff yr amser i ddarparu gofal o ansawdd uchel.

145. Mae'n amlwg bod angen gwella'r hyfforddiant a ddarperir i staff iechyd a gofal cymdeithasol ar ymwybyddiaeth a dealltwriaeth o ddementia a dulliau ymarferol o ymdrin ag ymddygiad heriol. Mae'r dystiolaeth gan Coleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol, a ddywedodd wrthym nad yw'r mwyafrif o gartrefi

¹¹⁴ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 317

¹¹⁵ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 65

gofal wedi'u cynllunio i ddarparu gofal i bobl ag anghenion cymhleth neu'r rheini sydd â dementia difrifol neu ddementia datblygedig, yn peri pryder inni. Mae tystiolaeth Arolygiaeth Gofal Cymru hefyd yn ein poeni o ran cartrefi gofal sydd â dosbarthiadau cofrestru "henoed bregus eu meddwl" neu "dementia" hanesyddol heb staff sydd wedi cael hyfforddiant arbenigol mewn dementia. Rydym yn cytuno â Gofal Cymdeithasol Cymru a ddywedodd wrthym ei bod yn hanfodol bod gan gartrefi gofal staff sydd â digon o sgiliau i ddarparu gofal sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn ac ymagwedd ataliol tuag at ofal.

146. Roedd disgrifiad Arolygiaeth Gofal Cymru o hyfforddiant mewn gofal dementia fel amrywiol a dryslyd hefyd yn peri pryder inni. Mae hyfforddiant sylfaenol ar gyfer staff, yn enwedig y rhai sy'n gweithio mewn cyfleusterau sy'n cynnig gofal dementia, yn hanfodol ac mae angen hyfforddiant safonol. Rydym yn croesawu ymrwymiad Ysgrifennydd y Cabinet i gyflwyno "Gwaith Da" ymhellach yn y cynllun gweithredu ar gyfer dementia. Fodd bynnag, nodwn fod yr ymrwymiad hwn yn cyfeirio'n benodol at staff cyflogedig y GIG a byddem yn tynnu sylw at y ffaith bod y Pwyllgor wedi clywed tystiolaeth bod angen hyfforddiant dementia gwell ar staff gofal cymdeithasol hefyd.

Argymhelliad 10. Rydym yn argymhell, o fewn chwe mis, y caiff safonau cenedlaethol eu datblygu ar gyfer hyfforddiant gofal dementia i roi'r sgiliau angenrheidiol i staff cartrefi gofal ymdrin ag ymddygiad heriol. Dylai hyfforddiant gofal dementia a hyfforddiant penodol i ymdrin ag ymddygiad heriol (fel y nodir yng nghanllawiau NICE: gan gynnwys technegau dad-ddwysau a dulliau atal corfforol) fod yn ofynion gorfodol ar gyfer holl staff cartrefi gofal a dylid craffu ar y cydymffurfiad â hyn fel rhan o drefn arolygu Arolygiaeth Gofal Cymru.

6. Y defnydd o feddyginiaeth wrthseicotig mewn lleoliadau eraill

147. Er bod yr ymchwiliad hwn wedi canolbwyntio'n bennaf ar y defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig mewn cartrefi gofal, mae eu defnydd yn llawer ehangach na'r boblogaeth cartrefi gofal yn unig.

148. Nodwyd yn y dystiolaeth a gafwyd fod y presgripsiwn cychwynnol ar gyfer meddyginiaethau gwrthseicotig yn aml yn digwydd yn yr ysbyty, ac yna'n parhau mewn cartrefi gofal ar ôl eu rhyddhau (drwy ail-bresgripsiynau).

149. Yn ôl adroddiad Bannerjee:

“There needs to be attention to their use in all settings. This includes the community, where people with dementia may be living with a family carer or alone in their own household, in sheltered and other supported housing, in general hospitals, in mental health units and in NHS continuing care settings.”¹¹⁶

150. Mae tystiolaeth gan Ganolfan Therapiwteg a Thocsicoleg Cymru Gyfan wedi nodi y dylai'r gwaith monitro ac adolygu priodol o driniaeth gwrthseicotig mewn cleifion sydd â dementia fod yn berthnasol i bob claf ni waeth beth fo'r lleoliad gofal. Aeth ymlaen i ddweud:

“Feedback from one health board indicates that all of the above measures apply equally to other care settings and the audit of antipsychotic use in dementia will include patients in all care settings. A leaflet will be available in ward settings and offered to carers to raise awareness of the risks and benefits of using antipsychotics in dementia. The provision of this leaflet will be documented in patient records, and consideration given to ways of monitoring service user feedback.”¹¹⁷

151. Disgrifiodd Victoria Gimson o Fwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro waith yr oedd wedi bod yn rhan ohono i ddatblygu rhestr wirio meddyginiaethau gwrthseicotig ar gyfer cleifion dementia mewn ysbyty:

¹¹⁶ The use of antipsychotic medication for people with dementia, Hydref 2009

¹¹⁷ Tystiolaeth ysgrifenedig, APS 15

“They fill this in, tick the target indication, tick who’s reviewing and tick what should be the arrangement on discharge. It’s a piece of paper at the moment, we’re trying to get it in an e-form, so it gets pinged electronically to the GP on discharge, but then you’ve got somewhere to start. You’ve got somewhere that, if you’re reviewing that patient, you know [] the reason why they were prescribed it and you know what behaviour to look for.”¹¹⁸

152. Awgrymodd y Comisiynydd Pobl Hŷn fod ffocws cryfach ar fonitro ac adolygu yn y sector ysbytai nag sydd yn y sector cartrefi gofal:

“I’m not saying it’s perfect, but when you can find a report, you can pretty much guarantee it’s talking about a hospital. When you can find data, you can pretty much guarantee it’s talking about hospital care as well.”¹¹⁹

153. Mae tystiolaeth ysgrifenedig gan Ysgrifennydd y Cabinet wedi nodi astudiaethau a gynhaliwyd yn y DU i ddangos lefelau’r defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig mewn pobl sydd â dementia mewn gofal eilaidd ond dywedodd nad yw’n ymwybodol o unrhyw astudiaeth sydd wedi mesur cyffredinrwydd rhagnodi meddyginiaethau gwrthseicotig mewn gwasanaethau iechyd meddwl yng Nghymru. Roedd y papur yn egluro fel a ganlyn:

“... nid yw data ar gyfer rhagnodi mewn gofal eilaidd yn gysylltiedig ag oedran, rhyw, cod post na diagnosis cleifion. I ryw raddau, mae data gofal eilaidd yn fwy cyfyngedig oherwydd gall meddyginiaethau gael eu cyflenwi i wardiau/gwasanaethau naill ai fel eitemau ar gyfer cleifion penodol neu fel eitemau stoc. Yn achos yr olaf mae hyn yn golygu y gellid eu gweinyddu i fwy nag un claf. Gellir codio meddyginiaethau a gyflenwir mewn gofal eilaidd i gyfarwyddiaethau ar sail y meddyg ymgynghorol neu’r tîm sy’n eu rhagnodi neu yn uniongyrchol i wardiau. Mae hyn yn golygu pan ragnodir meddyginiaeth i glaf, gan gynnwys meddyginiaeth gwrthseicotig, ni fydd o reidrwydd yn cael ei gysylltu â’r ward neu’r uned lle y bydd yn glaf mewnol.”¹²⁰

154. Clywsom hefyd y gall problemau godi pan fydd claf yn cael ei ryddhau o’r ysbyty i gartref gofal. Dywedodd Dr Jane Fenton-Mai o Goleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol wrthym:

¹¹⁸ Cofnod y Trafodion, 19 Hydref 2017, paragraff 343

¹¹⁹ Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 56

¹²⁰ Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon, 17 Ionawr 2017, Papur 1

[] they become a temporary patient of a local GP and the GP does not know that patient at all. They don't get any information about that patient. Efallai y byddant yn cael nodyn rhyddhau os ydynt yn ffodus. So, all they have is what medication the patient came out of hospital with, they don't have any indications about why the patient is on that medication, and this makes life very difficult for them. We are hoping that the electronic discharge letters will help improve that situation."¹²¹

155. Dywedodd Sue Phelps o Gymdeithas Alzheimer's Cymru wrthym ei bod yn ymwybodol o enghreifftiau o ddefnydd amhriodol o feddyginiaethau gwrthseicotig yn yr ysbyty:

"... we've got a case study from somebody who was admitted to hospital and was difficult—difficult to manage. No account, really, was made of the fact that, actually, that person had gone into a very unfamiliar environment, didn't know why they were in hospital, didn't want to be there, very scared, frightened, and were prescribed an antipsychotic, which essentially rendered that person unable to feed themselves. They were immobile, became bed bound. When they did put that person in a chair, their carer went to visit [] and he was slumped in a chair, not able to speak, in her words, 'Dribbling into his lap', and he'd gone into hospital for a problem unrelated to his dementia. So, that is completely unacceptable and it does happen, because it was easier for the nurse to manage, I guess."¹²²

156. Clywsom stori debyg gan Suzanne Tarrant, a soniodd wrthym am brofiad ei mam ar ôl iddi gael ei derbyn i'r ysbyty ar gyfer llawdriniaeth brys ar ôl iddi dorri ei chlun. Gweler Astudiaeth Achos 4.

Ein barn ni

157. Er bod ein tystiolaeth wedi canolbwyntio'n bennaf ar gartrefi gofal, mae'n bwysig cydnabod bod meddyginiaethau gwrthseicotig yn cael eu rhagnodi'n gynyddol y tu allan i'r lleoliad hwn.

¹²¹ Cofnod y Trafodion, 5 Hydref 2017, paragraff 93

¹²² Cofnod y Trafodion, 21 Medi 2017, paragraff 126

Astudiaeth Achos 4

... ar ôl nifer o ddiwrnodau [] gwnaethom sylwi yr ymddengys fod cyflwr meddyliol mam wedi dirywio, gan ei bod hi'n gysglyd iawn, iawn, nid oedd yn gallu siarad yn iawn, ni allai roi sylw i bethau, ac nid oedd yn gallu cysylltu â ni yn y ffordd yr oedd hi wedi bod yn gwneud, hyd yn oed ar ôl llawdriniaeth, drwy'r trawma a'r boen, ac yn sicr nid yn y ffordd yr oedd hi wedi bod cyn iddi syrthio. Roedd hefyd wedi syrthio ar y ward, lle roedd wedi syrthio ymlaen o gadair gan daro ei phen ar y bwrdd wrth fynd i lawr. Yn ffodus, nid oedd yn ddifrifol, ond roedd nifer o bethau fel hyn yn digwydd, y mathau o brofiadau rwy' newydd eu crybwyll, nad oeddem yn eu deall. Nid oeddem yn gwybod pam fod ei chyflwr meddyliol yn dirywio fel hyn. A dim ond drwy ddamwain, ar ôl i fy nhad ofyn cwestiynau i'r staff, rwy'n credu, i wneud â rhywfaint o'i meddyginiaethau, y datgelwyd inni ei bod wedi bod yn cael meddyginiaethau gwrthseicotig am 10 niwrnod heb inni gael gwybod, heb unrhyw drafodaeth ynglŷn â hynny ar y pryd. Felly, rhagnodwyd quetiapine a diazepam iddi ar yr un pryd, ac yn amlwg dyna pam ei bod yn gysglyd, yn methu â siarad, ac rwy'n credu bod y ddau beth hynny wedi arwain at pan syrthiodd o'i chadair.

Pan gefais wybod ei bod wedi cael presgripsiwn ar gyfer meddyginiaethau gwrthseicotig, a cheisiais wneud synnwyr o'r hyn yr oeddem yn ei sylwi yn mam, yna dechreuais drafod hynny gyda'r staff, mynegi fy mhryderon gyda'r staff, cael cyfarfod gyda'r brif weinyddes nyrsio ar y uned a chyda'r cofrestrydd seiciatrig – na, mae'n ddrwg gen i, nid y cofrestrydd seiciatrig, y cofrestrydd orthopedig – a ddywedodd, "Wel, dyma sut rydyn ni'n gwneud pethau yma". Dyna'r rheswm a roddwyd i fy mam yn cael meddyginiaethau gwrthseicotig rhagnodedig. Nid oedd yn glir o gwbl a oedd unrhyw gofnod wedi'i gadw o'r ymddygiadau targed cyn dechrau'r feddyginiaeth neu hyd yn oed ar ôl ddechrau ei rhoi.

Felly, nid oedd unrhyw ffordd o ganfod a oedd y feddyginiaeth, a ragnodwyd i reoli ei hymddygiad – gan ei bod hi'n gwrthsefyll gofal personol, a'i bod yn eithaf treisgar ac ymosodol tuag at staff wrth iddyn nhw geisio mynd ati a chyflwyno'r gofal personol – a dyna pham, yn ôl pob tebyg, y cafodd y feddyginiaeth wrthseicotig, er mwyn ei thawelu a'i gwneud hi'n fwy hylaw i'r staff.

Ond, yr hyn y gallwn i ei weld pan oeddwn i yno yn gweld staff yn rhyngweithio â hi oedd ei fod efallai oherwydd eu hanwybodaeth, lefelau staffio, eu diffyg dealltwriaeth am yr hyn a allai sbarduno ymddygiad mam – y gallai fod wedi bod ffyrdd eraill o ymdrin â hi na fyddai wedi golygu ei thawelu fel hyn.

Suzanne Tarrant

158. Felly, mae'n bryder bod cyn lleied o ddata ar gael ar ragnodi a monitro meddyginiaethau gwrthseicotig mewn gofal eilaidd. Mae'n arbennig o bryderus y gall rhywun gael ei dderbyn i'r ysbyty pan fydd mewn argyfwng a chael meddyginiaeth wrthseicotig ar bresgripsiwn heb iddo wybod, neu heb i'w ofalwr/teulu gael gwybod, fel y dangoswyd gan Suzanne Tarrant. Heb y gwaith monitro ac adolygu priodol, gall y feddyginiaeth hon barhau fel rhan o'r cylch ail-ragnodi, hyd yn oed pan fydd yr argyfwng wedi mynd heibio a bod y claf wedi cael ei ryddhau o'r ysbyty.

159. Credwn ei bod yn hanfodol, cyn cyflwyno meddyginiaeth wrthseicotig, y dylid cael trafodaeth gyda'r unigolyn sy'n cael y feddyginiaeth a'i ofalwr neu ei deulu, fel bod pawb yn cael mynegi eu barn ynghylch yr hyn a ragnodir, ac, yn bwysicach fyth, dealltwriaeth o'r effaith y gallent ei chael.

160. Nodwn y dystiolaeth gan Ganolfan Therapiwteg a Thocsicoleg Cymru Gyfan ynglŷn â darparu gwybodaeth mewn wardiau ysbytai i godi ymwybyddiaeth ymhlith gofalwyr o'r risgiau a'r manteision o ddefnyddio meddyginiaethau gwrthseicotig mewn dementia, a chred fod hon yn fenter rhad sy'n hawdd i'w gweithredu y dylid ei chyflwyno ar draws yr holl fyrddau iechyd.

161. Nodwn hefyd y dystiolaeth a ddarparwyd gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro wrth ddatblygu rhestr wirio meddyginiaethau gwrthseicotig ar gyfer cleifion dementia y gellir ei throsglwyddo gyda'r claf wrth iddo gael ei ryddhau o'r ysbyty a chred y dylid ystyried ymestyn yr arfer hwn yn ehangach.

Argymhelliad 11. Dylai Llywodraeth Cymru gomisiynu adolygiad o lefelau a phriodoldeb y defnydd o feddyginiaethau gwrthseicotig mewn pobl sydd â dementia mewn gofal eilaidd. Dylid cyhoeddi canfyddiadau'r adolygiad hwn a chyflwyno adroddiad i'r Pwyllgor hwn.