

Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

Ymchwiliad y Pwyllgor i Ofal Preswyl i Bobl Hŷn yng Nghymru

Papur Tystiolaeth gan Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru ac Arolygiaeth Gofal a Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru

Diben

Mae Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru (AGIC) ac Arolygiaeth Gofal a Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru (AGGCC) wedi cael gwahoddiad i gyflwyno tystiolaeth ysgrifenedig i'r Pwyllgor ynglŷn â'r "Ymchwiliad i Ofal Preswyl i Bobl Hŷn yng Nghymru".

Mae AGIC ac AGGCC yn croesawu ymchwiliad y Pwyllgor a'r cyfle i ddarparu tystiolaeth ysgrifenedig. Byddem yn fodlon ategu ein tystiolaeth ysgrifenedig trwy gyflwyno tystiolaeth ar lafar gerbron y Pwyllgor pe byddem yn cael ein galw i wneud hynny.

Cefndir

Swyddogaeth AGIC

AGIC yw'r sefydliad annibynnol sy'n arolygu ac yn rheoleiddio pob gwasanaeth gofal iechyd yng Nghymru. Mae AGIC yn canolbwyntio'n bennaf ar:

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

Swyddogaeth graidd AGIC yw rhoi sicrwydd annibynnol am ansawdd a diogelwch sefydliadau'r GIG a sefydliadau gofal iechyd annibynnol yng Nghymru o'u cymharu ag amrywiaeth o safonau, polisïau, canllawiau a rheoliadau ac i amlygu meysydd y mae angen eu gwella. Mae AGIC hefyd yn cynnal adolygiadau arbennig lle y gallai fod methiannau systemig wrth ddarparu gwasanaethau gofal iechyd er mwyn sicrhau y gwneir gwelliannau ac y dysgir gwersi.

Swyddogaeth AGGCC

Swyddogaeth Arolygiaeth Gofal a Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru (AGGCC) yw annog gwelliannau ym meysydd gofal cymdeithasol, y blynyddoedd cynnar a gwasanaethau cymdeithasol trwy reoleiddio, arolygu ac adolygu gwasanaethau. Rydym yn darparu cyngor proffesiynol ar faterion gofal a gwasanaethau cymdeithasol i Weinidogion Cymru a llunwyr polisi. Ein nod yw codi safonau, gwella ansawdd, hybu arfer gorau a rhoi gwybod i bobl am ofal cymdeithasol.

Mae ein gwaith yn cynnwys Cymru gyfan. Rydym yn adolygu gwasanaethau yn genedlaethol ac y lleol er mwyn i ni allu rhoi gwybod i'r cyhoedd pa un a yw safon y gwasanaethau'n briodol; awgrymu ffyrdd o wella gwasanaethau, a helpu i ddiogelu buddiannau defnyddwyr gwasanaeth a'u gofalwyr. Rydym yn arolygu ac yn adolygu perfformiad awdurdodau lleol mewn meysydd penodol. Rydym yn rheoleiddio ac yn arolygu gwasanaethau ar gyfer pawb, o'r ifanc iawn i bobl hŷn. Gall ein gwaith effeithio ar fywydau'r rhan fwyaf o'r bobl sy'n byw yng Nghymru ar ryw adeg yn eu bywydau.

Canfyddiadau Allweddol o adolygiad ar y cyd gan AGIC ac AGGCC – Heneiddio fel y mynnaf: Adolygiad o Effaith y Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol ar gyfer Pobl Hŷn yng Nghymru

Cefndir

Roedd ein hadolygiad yn canolbwyntio ar y cwestiwn: *'Pa effaith y mae'r Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol yn ei chael ar ansawdd bywyd pobl hŷn yng Nghymru?'*

Gweithiodd AGIC ac AGGCC gyda'i gilydd dros gyfnod o ddwy flynedd i gasglu, asesu a gwerthuso'r wybodaeth a oedd ar gael. Agwedd allweddol ar yr adolygiad hwn oedd casglu safbwyntiau defnyddwyr gwasanaeth a'u teuluoedd, ac felly comisiynwyd Cynghrair Henoed Cymru i hwyluso digwyddiadau i ddefnyddwyr gwasanaeth a gofalwyr ledled Cymru. Roedd yr hyn a wnaed i gefnogi'r adolygiad hwn hefyd yn cynnwys nifer o ffrydiau gwaith eraill gan gynnwys digwyddiadau i randdeiliaid, ymweliadau dirybudd ag ysbytai ac anfon holiaduron at feddygon teulu.

Un pryder mawr a amlygwyd yn gynnar iawn yn y broses o gynllunio a phennu cwmpas yr adolygiad hwn oedd nifer gynyddol y bobl sy'n dioddef o ddementia, a'r farn gyffredin na roddir diagnosis o ddementia yn ddigon cynnar na thriniaeth briodol ar ei gyfer yn aml. Gan fod cymaint o bryderon, penderfynwyd edrych ar sut yr oedd y safonau a nodir yn y Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol yn cael eu rhoi ar waith 'o safbwynt rhywun â dementia'. Yn y penodau canlynol, rydym wedi ceisio cyflwyno ein canfyddiadau fel eu bod yn cyfateb i'r camau yn y 'daith datblygiad a gofal' y gallai rhywun â dementia fod arni. Rydym wedi ceisio disgrifio'r daith honno

yng nghyd-destun yr hyn y gallai defnyddwyr gwasanaeth, gofalmwyr ac aelodau o deuluoedd ei brofi a'r hyn y dylent ei ddisgwyl.

Nododd ein hadolygiad nifer o enghreifftiau o arfer nodedig yn ogystal â bylchau sy'n bodoli mewn gwasanaethau ar hyn o bryd yng nghyd-destun poblogaeth sy'n heneiddio a'r heriau y byddwn yn sicr o'u hwynebu yn ystod y blynyddoedd i ddod. Mae'r adolygiad yn cynnwys nifer o argymhellion ar gyfer yr hyn y mae angen iddo ddigwydd nesaf.

Canfyddiadau Allweddol

Ar y cyfan, canfuwyd bod pawb a gymerodd ran yn ein hadolygiad yn gweld gwerth yn y ffaith fod y Fframwaith yn rhoi pwyslais ar yr angen i fod yn arloesol a pheidio â bod yn gaeth i'r hen ffordd o feddwl wrth ddarparu gofal a chymorth i bobl hŷn. Fodd bynnag, mae'r Fframwaith ymhell o fod wedi'i roi ar waith yn llawn, sy'n golygu nad yw ei fanteision wedi'u gwireddu ychwaith. Mae gan sefydliadau a darparwyr iechyd a gofal cymdeithasol lawer i'w wneud o hyd o ran symud pwyslais eu dull gwaith a'u agenda tuag at atal salwch a grymuso pobl.

Wrth archwilio'r syniad o hybu iechyd a lles ac atal salwch, sy'n cynorthwyo pobl hŷn i aros yn iach a pharhau i fyw eu bywyd fel y dymunant am amser hirach, gwelsom fod angen buddsoddi mwy ar lefel leol mewn gwasanaethau cymunedol a gwasanaethau hybu iechyd ac atal salwch er mwyn cynorthwyo pobl hŷn i fyw bywydau hirach ac iachach. Mae hyn yn creu cyfyng-gyngor i asiantaethau statudol gan mai yn y tymor hirach y bydd canlyniadau a manteision buddsoddiad o'r fath i'w gweld, yn hytrach nag ar unwaith. Mae angen iddynt weithio'n agosach â'r trydydd sector i weld sut y gallant, gyda'i gilydd, sefydlu dull cydlynol o hybu iechyd ac atal salwch. Tynnodd ein hadolygiad sylw at nifer o wasanaethau a dulliau cymorth arloesol a gwerthfawr, megis dosbarthiadau ymarfer corff a gweithgarwch, neu wasanaethau siopa a danfon ar y rhyngwyd e.e. y prosiect 'Datrysiadau Bwyd' yn Sir y Fflint. Fodd bynnag, mae'r ddarpariaeth yn amrywio o le i le a cheir bylchau o hyd mewn nifer o ardaloedd. Mae angen gwneud mwy yn arbennig i:

- gydgysylltu a hysbysebu gweithgareddau yn lleol;
- cynorthwyo'r bobl hŷn hynny â phroblemau camddefnyddio sylweddau;
a
- mynd i'r afael â'r agenda iechyd rhywiol ar gyfer pobl hŷn.

Wrth i ni edrych ar sut yr oedd pobl hŷn â dementia yn cael eu cynorthwyo i aros yn eu cartrefi eu hunain pryd bynnag yr oedd modd, yn hytrach na mynd i ofal preswyl, gwnaethom nifer o ganfyddiadau. Gwelir arwyddion bod ansawdd gwasanaethau gofal cartref yn gwella, ond mae angen sicrhau o hyd bod pobl sy'n darparu gofal personol i bobl â dementia yn derbyn yr hyfforddiant priodol. Mae defnyddwyr gwasanaeth a'u teuluoedd yn teimlo bod gwasanaethau'n ddarniog yn aml ac nad ydynt yn darparu cymorth ar gyfer eu hanghenion cyfannol. Rhaid i wasanaethau ddeall anghenion a dymuniadau pobl â dementia a'u gofalmwyr.

Mae rhai strategaethau cydgomisiynu wedi eu sefydlu ym maes iechyd a gofal cymdeithasol, ond maent yn amrywio. Mae ansawdd y protocolau ategol a sefydlwyd i sicrhau eu bod yn darparu pecynnau gofal cydgyssylltiedig ac integredig yn amrywio hefyd. Yn gyffredinol, canfuom fod angen gwella'r modd y mae asiantaethau a sectorau yn cyfathrebu ac yn cydgyssylltu eu gwaith.

Dywedodd sefydliadau'r trydydd sector wrthym eu bod yn teimlo y caiff eu cyfraniad ei ystyried yn rhywbeth '*dewisol*' yn aml, ac na ofynnir iddynt bob amser pa gyfraniad y gallent ei wneud. Codwyd pryderon ynglŷn â pha mor gynaliadwy, yn y tymor hir, yw'r gwasanaethau a ddarperir gan sefydliadau'r trydydd sector sy'n dibynnu ar grantiau tymor byr ac arian elusennol. Dylai sefydliadau iechyd a gofal cymdeithasol statudol fod yn realistig o ran yr hyn y gallant ac na allant ei ddarparu. Mae angen iddynt fod yn agored i'r syniad bod nifer o sefydliadau'r trydydd sector yn darparu rhai gwasanaethau penodol yn well, a gweithio gyda'r rhain i sicrhau y darperir gofal cyfannol sy'n canolbwyntio ar y claf.

Yn rhan o'n hadolygiad, fe archwiliwyd nifer o ffeiliau achos mewn sampl o dimau iechyd meddwl cymunedol i asesu pa ofal yr oedd y tîm yn ei ddarparu. Yn nifer o'r achosion a adolygwyd, ni welwyd tystiolaeth bod asesiad ar y cyd wedi ei gynnal na phroses asesu unedig yn cael ei dilyn, er ei bod yn ofynnol rhoi'r drefn hon ar waith yn llawn erbyn mis Hydref 2006. Roedd hyn yn destun siom i ni. Gwelwyd hefyd bod staff iechyd a gofal cymdeithasol, o bryd i'w gilydd, yn defnyddio prosesau asesu risg gwahanol.

Nid yw pobl â dementia ac aelodau o'u teuluoedd sy'n gofalu amdanynt yn teimlo eu bod yn cael eu cynnwys ddigon yn y gwaith o ddatblygu eu pecyn gofal. Dywedodd 75% o'r rhai a gymerodd ran yn ein grwpiau ffocws nad oeddent wedi cael dewis o gwbl, a dywedodd 70% ohonynt nad oeddent erioed wedi manteisio ar ofal cymdeithasol a'u bod felly'n dibynnu ar aelodau o'r teulu. Un pwynt cadarnhaol yw bod rhai timau iechyd meddwl cymunedol wedi cyflwyno swyddi gweithwyr cymorth dementia, a chafwyd bod y rhain yn hynod werthfawr. Mae'r swyddi hyn yn cefnogi pobl â dementia a'u gofalu, gan eu cynorthwyo i aros yn annibynnol, gwella eu hymdeimlad o les a rhoi mwy o reolaeth iddynt dros eu bywydau. Maent hefyd yn cynorthwyo pobl â dementia a'u gofalu i nodi eu hanghenion a chael gfael ar wasanaethau.

Gall hyfforddiant mewn sgiliau Gweithgareddau Bywyd Beunyddiol a therapi gwybyddol ymddygiadol hybu annibyniaeth o ran tasgau gofal personol megis gwisgo, ymolchi a bwyta, a chynorthwyo unigolion i reoli eu symptomau a'u hymddygiad. Roeddem yn siomedig nad oedd yr un o'r defnyddwyr gwasanaeth y siaradwyd â hwy yn ystod ein hadolygiad wedi cymryd rhan mewn rhaglen hyfforddiant o'r fath. Mae'n amlwg hefyd nad oes digon o gymorth cymunedol ar gael ym maes therapi galwedigaethol a seicolegol. Dylid defnyddio egwyddorion Gweithgareddau Bywyd Beunyddiol i ddatblygu cynlluniau gweithgaredd sy'n cynnwys yr unigolyn a'i ofalydd mewn amrywiaeth o weithgareddau er mwyn sicrhau bod yr unigolyn yn dod yn rhan o'i gymuned leol. Dywedodd y rhai hynny a siaradodd â ni eu bod yn gweld gwerth mewn clybiau cinio a'r gweithgareddau a drefnir gan sefydliadau'r

trydydd sector, ond nad oedd y gweithgareddau'n addas ar eu cyfer bob amser a'u bod yn teimlo bod yn rhaid iddynt wneud y tro ar yr hyn a oedd ar gael.

Mae'r darlun ledled Cymru yn ymddangos yn amrywiol o ran cynnal asesiadau llawn o anghenion pobl hŷn am gymhorthion ac addasiadau. Soniodd y bobl a gyfrannodd at yr adolygiad am oedi wrth ddarparu cymhorthion, a dywedodd nifer ohonynt y darparwyd cymhorthion o'r fath ar gyfer eu hanghenion corfforol yn hytrach nag ar gyfer eu cof. Mae teleofal yn faes lle y gall buddsoddiad mewn technoleg hybu urddas ac annibyniaeth, ac mae'n faes sy'n ehangu. Gellir ei ddefnyddio i atal problemau rhag codi, er enghraifft trwy fonitro iechyd neu les unigolyn, yn ogystal ag ymateb i angen uniongyrchol, er enghraifft pan fo rhywun yn cwmpo. Mae enghreifftiau o wasanaethau tebyg yn cael eu cyflwyno mewn cynlluniau peilot ledled Cymru.

Dywedodd y gofawyr a siaradodd â ni eu bod weithiau'n teimlo iddynt fynd yn angof, a'u bod yn cael trafferth annog asiantaethau statudol i gyfathrebu a chydgysylltu â hwy. Roedd grwpiau cymorth gofawyr yn amhrisiadwy yn eu barn hwy, megis caffis clefyd Alzheimer lle y gallant alw heibio a chael sgwrs â phobl eraill yn yr un sefyllfa.

Canfuwyd hefyd fod y ddarpariaeth o ofal seibiant, cymorth y tu allan i oriau arferol, a gofal dydd ar y penwythnos yn annigonol a bod angen gwneud mwy i gyflawni'r nod o gynnal annibyniaeth gartref am gyn hired â phosibl. Gall gofal seibiant o ansawdd da, a ddarperir naill ai yng nghartref yr unigolyn ei hun, mewn cartref gofal neu mewn cyfleuster ysbyty cymunedol, ar adeg sy'n gyfleus i'r gofalydd, helpu pobl â dementia i allu byw gartref am hirach. Fodd bynnag, roedd llawer o'r gofawyr y siaradwyd â hwy yn teimlo nad oedd y lefel o ofal seibiant a gynigid iddynt yn ddigonol, ac nad oedd yn bosibl ei drefnu ymlaen llaw yn aml. Mewn sawl achos, dywedwyd wrthym mai dim ond pan oeddent ar fin cyrraedd pwynt argyfwng y cynigiwyd gofal seibiant iddynt. Dywedodd rhai gofawyr wrthym eu bod wedi gweld dirywiad yn iechyd a lles cyffredinol yr unigolyn yr oeddent yn gofalu amdano, yn dilyn cyfnod o ofal seibiant.

Edrychodd ein hadolygiad ar y gofal a ddarperir mewn ysbytai hefyd. Er nad yw llawer o'r canfyddiadau'n berthnasol i'r adolygiad hwn, roedd cynllunio ar gyfer rhyddhau cleifion i ddychwelyd adref neu i leoliad gofal priodol yn rhan o'n gwaith. Amcangyfrifir bod pobl â dementia yn cyfrif am dros hanner y bobl hynny sy'n aros yn yr ysbyty heb fod angen. Nodir yn benodol yn aml nad yw gwelyau adsefydlu a gofal canolraddol ar gael i bobl â dementia, er y gellid eu cynnig i gleifion nad oes angen mwy o ofal aciwt arnynt. Er bod rhai enghreifftiau rhagorol ar gael o ofal cydgysylltiedig, a chynlluniau rhyddhau cleifion, ceir bylchau a diffygion yn aml. Dywedodd gweithwyr proffesiynol ym maes iechyd ac ym maes gofal cymdeithasol wrthym fod gwneud penderfyniadau ynglŷn â gofal iechyd parhaus yn gallu bod yn anodd ac yn heriol. Yn benodol, ceir prinder lleoedd mewn cartrefi preswyl a chartrefi nyrsio ar gyfer y rhai hynny sydd ag anghenion cymhleth, a all arwain at oedi wrth drosglwyddo cleifion i'r lleoliad gofal priodol. Y ffordd orau o fynd i'r afael â'r her hon yw datblygu mwy ar gomisiynu a chynllunio cydweithredol rhwng y

gwasanaeth iechyd a'r gwasanaeth gofal cymdeithasol, ynghyd â gwneud ymdrech i ryddhau adnoddau o wasanaethau traddodiadol.

Dylid cynllunio ar gyfer rhyddhau cyn unrhyw dderbyniad dewisol, a hefyd yn ddi-oed mewn unrhyw achos o dderbyniad brys. Fodd bynnag, nodwyd sawl achos gennym pan fu oedi wrth gynllunio ar gyfer rhyddhau oherwydd i'r broses cynllunio gofal fod yn hwyr neu heb ei chyd-drefnu. Mae hyn yn arwain at oblygiadau eang i'r unigolyn, ac mae hefyd yn effeithio'n ariannol ar y GIG. Ni ddylai pobl aros yn yr ysbyty yn hwy nag sydd angen – nid lle ar gyfer pobl iach ydyw. Gall aros yn yr ysbyty am gyfnod hwy nag sydd angen hefyd gael effaith andwyol ar allu neu hyder unigolyn i ddychwelyd i fyw'n annibynnol neu gyda chymorth.

Yn gyffredinol, o ystyried ein hymgyngoriadau gyda phobl â dementia, eu gofaluwr a'u perthnasau, mae'n amlwg nad yw'r rhai hynny sydd â dementia bob amser yn derbyn gofal da sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn. Mae'r gofal yn aml yn dameidiog ac yn adweithiol, yn hytrach na rhagweithiol ac ymatebol. Fodd bynnag, gwelwyd arwyddion o gynnydd a gwelliant, gan fod y rhan fwyaf o'r gweithwyr proffesiynol ym maes iechyd a gofal cymdeithasol yn cydnabod bod angen newid arferion gwaith, a bod angen iddynt weithio gyda'i gilydd. Er enghraifft, yn rhan o'r fenter Buddsoddi i Arbed gan Lywodraeth Cymru, rhoddwyd pecyn cymorth gwerth £9 miliwn i *'Raglen Eiddilwch Gwent'* ym mis Medi 2010. Nod y Rhaglen hon yw creu model cyfannol o ofal yn y gymuned. Nid yw Rhaglen Eiddilwch Gwent ond yn un enghraifft o'r dulliau arloesol sy'n cael eu datblygu ar draws Cymru.

Mae ein gwaith adolygu cyffredinol, ynghyd â'n cyfrifoldebau statudol dros fonitro'r Ddeddf Iechyd Meddwl a'r Trefniadau Diogelu rhag Colli Rhyddid, hefyd yn darparu gwybodaeth ddiddorol i'r Pwyllgor y mae rhywfaint ohoni'n cyd-fynd â'r canfyddiadau a nodir uchod. Unwaith eto, un o'r prif broblemau a ganfyddir gennym ynglŷn â phobl hŷn sydd yn yr ysbyty yw oedi a rhwystredigaeth o ran y broses ryddhau, pa un ai yn ôl adref neu i leoliadau priodol sy'n darparu gofal preswyl, nyrsio neu adsefydlu. Dywedir wrthym fod nifer o ffactorau yn achosi hyn:

- Prinder lleoliadau preswyl a gofal sydd â'r sgiliau a'r cyfleusterau angenrheidiol i fodloni anghenion unigolion
- Cymhlethdod y prosesau asesu y mae angen eu cynnal, a sicrhau cyfranogiad prydlon gan y gwahanol weithwyr proffesiynol ym maes iechyd a gofal cymdeithasol er mwyn datblygu dealltwriaeth gyfannol ac amlddisgyblaethol o anghenion unigolyn
- Cael trafferth cytuno ar gyllid ar gyfer pecynnau gofal

Mae gofaluwr yn rhoi gwybod i ni hefyd am bryderon ynglŷn â phrosesau rhyddhau, gan gynnwys diffyg gwybodaeth, rhyddhau brys, teimlo nad oes neb yn gwrandao arnynt ynglŷn â gallu'r claf i ymdopi gartref, neu eu gallu hwy i ofalu am y claf, dim amser i wneud dewisiadau a hefyd ddiffyg gwybodaeth

am drefniadau cyllido ac eglurder ynglŷn â'r broses gwneud penderfyniadau. Canfuwyd hefyd fod y broses o gynnal asesiadau gofalwyr yn anghyson.

Rydym hefyd yn ymwybodol fod prinder gwasanaethau arbenigol ar gyfer rhai pobl hŷn a chanddynt anhwylderau meddwl sy'n mynd ymlaen i ddatblygu dementia. Er enghraifft, cleifion sydd wedi cael triniaeth yn flaenorol mewn ysbytai diogelwch isel neu ganolig: weithiau bydd yr unigolion hyn yn cael eu symud i leoliadau preswyl neu ofal nyrsio sydd â'r sgiliau a'r ddealltwriaeth angenrheidiol i reoli dementia, ond nid i reoli anghenion cymhleth yr unigolion hyn.

Mewn cyferbyniad, hoffem nodi hefyd y ceir llawer o enghreifftiau o arferion gwaith nodedig lle y mae staff o Fyrddau Iechyd a thimau cymunedol lleol yn darparu cymorth, cyngor a hyfforddiant i staff sydd mewn lleoliadau gofal preswyl.

Rydym hefyd yn teimlo bod angen i wasanaethau gofal preswyl a gwasanaethau gofal iechyd ddeall yr hyn a ddisgwylir oddi wrth ei gilydd, a'r hyn y gellir ac na ellir ei ddarparu, er enghraifft:

- Cynlluniau gweithredu cytunedig pe byddai'n ymddangos bod preswilydd mewn lleoliad gofal yn gwaethygu, er enghraifft, pryd a sut i gysylltu â thîm argyfwng y gwasanaethau iechyd meddwl lleol
- yr hyn y bydd ei angen ar staff iechyd i'w galluogi i gadarnhau hunaniaeth preswilydd sydd â phroblemau cyfathrebu neu alluedd meddyliol os eir ag ef/hi i gael triniaeth fel claf allanol gan staff gofal
- pa gymorth y dylai gwasanaethau iechyd ei ddisgwyl gan leoliad gofal pe byddai preswilydd yn cael ei dderbyn i'r ysbyty.

Yn olaf, hoffem bwysleisio'r angen i sicrhau bod penderfyniadau ynglŷn ag unigolion, nad oes ganddynt y galluedd i wneud eu penderfyniadau eu hunain, yn cael eu gwneud yn unol â fframwaith cyfreithiol y Ddeddf Galluedd Meddyliol. Er bod arbenigedd i'w gael yma ac acw ym mhob sefydliad, canfuom fod dealltwriaeth llawer o staff iechyd o'r Ddeddf Galluedd Meddyliol, a'u gwybodaeth amdani, yn dal i fod yn gyfyngedig ac yn arwain weithiau at ansicrwydd ynglŷn â'r hyn yr oedd angen ei wneud. O ystyried hyn, efallai y byddai o fudd i'r Pwyllgor glywed tystiolaeth gan wasanaethau eirioli statudol (a sefydlwyd dan y Ddeddf Galluedd Meddyliol) ynglŷn â'r graddau y maent yn cymryd rhan mewn prosesau gwneud penderfyniadau. Mae AGIC hefyd wedi bod yn awyddus i hyrwyddo dealltwriaeth y cyhoedd o sut y gall unigolion gymryd camau i sicrhau bod eu barn yn cael ei chlywed, a sut i wneud trefniadau i'w sefyllfa gael ei rheoli fel y maent yn dymuno, trwy ddefnyddio penderfyniadau a wneir ymlaen llaw a phwerau atwrneiaeth arhosol. Rydym yn gobeithio y gallai'r Pwyllgor nodi'r pwerau sydd ar gael i unigolion yn rhan o'u canfyddiadau.