

Cynulliad Cenedlaethol Cymru
Pwyllgor Deddfwriaeth Rhif 3

Mesur Arfaethedig Iechyd Meddwl (Cymru)

Adroddiad Pwyllgor Cyfnod 1
Gorffennaf 2010



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 ac i ddwyn Llywodraeth Cymru i gyfrif.

Gallwch weld copi electronig o'r adroddiad hwn ar wefan y Cynulliad Cenedlaethol:
www.cynulliadcymru.org

I gael rhagor o gopiâu caled o'r ddogfen hon cysylltwch â:
Y Swyddfa Ddeddfwriaeth
Cynulliad Cenedlaethol Cymru
Bae Caerdydd
CF99 1NA

Ffôn: 029 2089 8019
Ffacs: 029 2089 8021
E-bost: Swyddfadeddfwriaeth@cymru.gsi.gov.uk

Cynulliad Cenedlaethol Cymru
Pwyllgor Deddfwriaeth Rhif 3

Mesur Arfaethedig Iechyd Meddwl (Cymru)

Adroddiad Pwyllgor Cyfnod 1
Gorffennaf 2010



Pwyllgor Deddfwriaeth Rhif 3

Cafodd Pwyllgor Deddfwriaeth Rhif 3 ei sefydlu gan Gynulliad Cenedlaethol Cymru i ystyried ac adrodd ar ddeddfwriaeth a gyflwynir i'r Cynulliad, yn arbennig gan Lywodraeth Cymru. Gall y Pwyllgor hefyd ystyried ac adrodd ar ddeddfwriaeth ar wahân i ddeddfwriaeth y llywodraeth, fel sy'n briodol.

Pwerau

Sefydlwyd y Pwyllgor ar 9 Rhagfyr 2008 fel un o Bwyllgorau deddfwriaeth y Cynulliad. Mae ei bwerau wedi'u nodi yn Rheolau Sefydlog Cynulliad Cenedlaethol Cymru, yn arbennig Rheolau Sefydlog 10, 22 a 23. Mae'r rhain ar gael ar www.cynulliadcymru.org

Aelodau'r Pwyllgor

<i>Aelod Pwyllgor</i>	<i>Plaid</i>	<i>Etholaeth neu Ranbarth</i>
Dai Lloyd (Cadeirydd)	Plaid Cymru	Gorllewin De Cymru
Peter Black	Democratiaid Rhyddfrydol Cymru	Gorllewin De Cymru
Christine Chapman	Llafur	Cwm Cynon
William Graham	Plaid Geidwadol Cymru	Dwyrain De Cymru
Helen Mary Jones	Plaid Cymru	Llanelli
Joyce Watson	Llafur	Canolbarth a Gorllewin Cymru

Adroddiadau Perthnasol a gyflwynwyd gan Bwyllgor Deddfwriaeth

<i>Teitl yr adroddiad</i>	<i>Dyddiad cyhoeddi</i>
Adroddiad y Pwyllgor ar y Gorchymyn Arfaethedig ynghylch Darparu Gwasanaethau Iechyd Meddwl ar Orchymyn Cynulliad Cenedlaethol Cymru (Cymhwysedd Deddfwriaethol) (Rhif 6) 2008	Mehfin 2008

Mae'r holl adroddiadau pwyllgor blaenorol i'w gweld ar www.cynulliadcymru.org

Cynnwys

Argymhellion y Pwyllgor.....	5
1. Rhagymadrodd	15
2. Y cefndir.....	17
3. Egwyddorion cyffredinol a'r angen am ddeddfwriaeth	21
4. Themâu.....	30
Cwmpas y Mesur arfaethedig: Oed.....	30
Amserlenni	38
Carcharorion.....	43
Adnoddau.....	47
5. Sylwadau ar adrannau penodol o'r Mesur arfaethedig	51
Rhan 1: Trosolwg	51
Adran 1: Ystyr 'partneriaid iechyd meddwl lleol'	53
Adran 2: Cynlluniau ar y cyd ar gyfer darparu gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol	55
Adran 2(4) – gwneud darpariaeth yn y cynllun ar gyfer cleifion nad ydynt wedi cofrestru gyda meddyg teulu	58
Adran 3: Dyletswydd i ddarparu gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol	61
Adran 5: Ystyr 'gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol'	63
Adrannau 6 – 8: Dyletswyddau i gynnal asesiadau iechyd meddwl sylfaenol.....	67
Adran 9: Cynnal asesiadau iechyd meddwl sylfaenol.....	68
Adran 10: Camau i'w cymryd yn dilyn asesiad iechyd meddwl sylfaenol.....	70
Rhan 2: Trosolwg	72
Adran 11: Ystyr 'claf perthnasol'	73
Adran 12: Ystyr 'darparwr gwasanaeth iechyd meddwl'	75
Adrannau 13 - 15: Penodi cydgysylltwyr gofal.....	77
Adran 16: Dyletswydd i gydgysylltu darpariaeth gwasanaethau iechyd meddwl	78

Adran 17: Swyddogaethau cydgysylltydd gofal	80
Rhan 3: Trosolwg	83
Adran 21 - 23: Hawl i asesiad	85
Rhan 4: Trosolwg	89
Adran 29: Eiriolaeth iechyd meddwl annibynnol: Cymru	92
Adrannau 30 - 31: Darpariaeth bellach ynghylch eiriolaeth iechyd meddwl annibynnol ar gyfer cleifion cymwys Cymru dan orfodaeth a chleifion anffurfiol	94
Adran 32: Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol - pwerau a dyletswyddau atodol.....	95
Adran 33: Cleifion cymwys Cymru dan orfodaeth	98
Adran 34: Cleifion anffurfiol cymwys Cymru	101
Adran 35: Dyletswydd i roi gwybodaeth am eiriolwyr iechyd meddwl annibynnol i gleifion cymwys Cymru dan orfodaeth.....	103
Rhan 4: Darpariaethau Is-ddeddfwriaeth	104
Tystion	106
Rhestr o'r dystiolaeth ysgrifenedig.....	108

Argymhellion y Pwyllgor

Mae argymhellion y Pwyllgor i Lywodraeth Cymru'n cael eu rhestru isod, yn y drefn y maent yn ymddangos ynddi yn yr Adroddiad hwn. Trowch i baragraffau perthnasol yr adroddiad i weld y dystiolaeth ategol a'r casgliadau:

Egwyddorion cyffredinol a'r angen am ddeddfwriaeth

Ar sail y farn a fynegwyd gan y mwyafrif yn y dystiolaeth a ddaeth i law, rydym yn cefnogi egwyddorion cyffredinol y Mesur arfaethedig a'r angen am ddeddfwriaeth, i sicrhau ymyrraeth gynharach i'r rhai sydd â phroblemau iechyd meddwl, ac i ddarparu gwasanaethau iechyd meddwl cyson ac effeithiol yng Nghymru. (Paragraff 40)

Pe bai'r Gweinidog yn derbyn ein hargymhellion mewn perthynas â chwmpas y Mesur arfaethedig, rydym yn disgwyl y bydd y Gweinidog yn dod â diwygiadau canlyniadol ger bron yn y cyfnod nesaf i ddiwygio Adrannau perthnasol y Mesur arfaethedig yn unol â hynny. (Paragraff 44)

Cwmpas y Mesur arfaethedig: Oed

Rydym o'r farn y bydd deddfu ynghylch darparu gwasanaethau iechyd meddwl i blant ac oedolion yn help i wella'r ddarpariaeth gwasanaethau, yr asesu a'r driniaeth i bobl ifanc â phroblemau iechyd meddwl yng Nghymru. (Paragraff 73)

Rydym yn argymhell y dylai cwmpas Rhannau 1 i 3 y Mesur arfaethedig hwn gael eu ehangu i gynnwys plant a phobl ifanc. Ni ddylai hynny gael ei adael i Fesur ar wahân yn y dyfodol. (Paragraff 74)

Rydym yn argymhell bod y Gweinidog yn archwilio ffyrdd o ehangu cwmpas y Mesur arfaethedig i gynnwys plant a phobl ifanc, ac rydym yn ceisio sicrwydd cyn gynted â phosibl fod y gwaith hwn yn mynd rhagddo. (Paragraff 75)

Rydym yn argymhell bod y Gweinidog yn dod â gwelliannau priodol ger bron i ehangu cwmpas y Mesur arfaethedig. (Paragraff 76)

Amserlenni

Cytunwn â nifer o weithwyr iechyd proffesiynol a darparwyr gwasanaethau ynglŷn â'r perygl y gallai canlyniadau nas bwriadwyd godi pe bai amserlenni cyfarwyddol yn cael eu cynnwys yn y Mesur arfaethedig. Credwn y dylai gwasanaethau gael eu blaenoriaethu ar sail anghenion clinigol y claf, yn hytrach na chael eu pennu gan dargedau. (Paragraff 93)

Rydym o'r farn na fyddai'n briodol cynnwys amserlenni penodol ar wyneb y Mesur arfaethedig. (Paragraff 94)

Carcharorion

Rydym yn pryderu ynglŷn â'r diffyg eglurder mewn perthynas â charcharorion, a chredwn y gallai hyn arwain at anawsterau i ddarparwyr gwasanaethau wrth gynllunio ar gyfer anghenion cleifion. Nodwn y sicrwydd a roddwyd gan y Gweinidog y bydd yn rhoi sylw i'r mater hwn ac rydym yn argymhell bod y Gweinidog yn sicrhau bod y Mesur arfaethedig a'r Memorandwm Esboniadol i gyd-fynd ag ef yn egluro'r darpariaethau sydd wedi'u cynnwys yn Rhannau 1 i 4 o'r Mesur arfaethedig mewn perthynas â charcharorion. Mae hyn yn berthnasol hefyd i unrhyw wybodaeth sy'n cyd-fynd â'r Mesur fel y caiff ei basio. (Paragraff 105)

Adnoddau

Bydd y Pwyllgor Cyllid yn ystyried goblygiadau ariannol y Mesur arfaethedig yn fanwl. Fodd bynnag, rydym am danlinellu'r angen i ddarparu adnoddau digonol i ddatblygu'r sgiliau a'r capasiti sy'n ofynnol i weithredu'r Mesur arfaethedig yn llwyddiannus. (Paragraff 121)

Rhan 1

Gallai gwneud darpariaeth statudol ar gyfer ymyrraeth gynharach drwy well cymorth ar lefel gofal sylfaenol helpu i atal dirywiad pellach yn lles meddyliol cleifion. Felly, rydym yn fodlon ag egwyddorion cyffredinol Rhan 1 a'i hamcanion. (Paragraff 129)

Adran 1: Ystyr 'Partneriaid Iechyd Meddwl Lleol'

Mae Adran 1 yn darparu diffiniad clir o 'bartneriaid iechyd meddwl lleol', ac mae cynnwys yr Awdurdodau Lleol yn ogystal â'r Byrddau

Iechyd Lleol i'w groesawu, i sicrhau darparu gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol lleol ar y cyd, a chyd atebolrwydd am hynny. Felly, rydym yn fodlon â'r diffiniad sydd wedi'i gynnwys yn Adran 1. (Paragraff 136)

Rydym hefyd yn croesawu'r darpariaethau yn Adran 42 a fydd yn galluogi partneriaid iechyd meddwl i weithio ar sail ranbarthol o fewn ardal bwrdd iechyd lleol perthnasol. (Paragraff 137)

Adran 2: Cynlluniau ar y cyd ar gyfer darparu gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol

Sicrhaodd y Gweinidog ni y caiff Model Gwasanaeth Cenedlaethol ei ddatblygu, i sicrhau gwasanaeth cydradd ar draws Cymru, ond bydd yn hyblyg fel y gall partneriaid ymateb i angen lleol. Croesawn amcanion y Gweinidog yn datblygu'r Model Gwasanaeth Cenedlaethol. (Paragraph 149)

O gofio'r pwysigrwydd a roddir i'r Model Gwasanaeth Cenedlaethol, a'i rôl yn sicrhau gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol cydradd ar draws Cymru, rydym yn argymhell y dylid newid y Memorandwm Esboniadol i ddarparu rhagor o wybodaeth am y Model Gwasanaeth Cenedlaethol, ac y dylai unrhyw gyfarwyddyd esboniadol i gyd-fynd â'r Mesur fel y caiff ei basio hefyd gynnwys y wybodaeth hon. (Paragraff 150)

Rydym yn argymhell felly y dylai meini prawf ar bennu pwy sy'n gymwys i gael gwasanaethau iechyd meddwl gael eu nodi'n benodol mewn canllawiau. (Paragraff 151)

Adran 2(4) - gwneud darpariaeth yn y cynllun ar gyfer cleifion nad ydynt wedi cofrestru gyda meddyg teulu

Rydym yn argymhell diwygio Adran 2(4) i'w gwneud yn ofynnol i gynlluniau iechyd meddwl lleol gynnwys darpariaeth gwasanaethau ar gyfer y rhai nad ydynt wedi cofrestru gyda meddyg teulu. (Paragraff 162)

Adran 3: Dyletswydd i ddarparu gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol

Yr ydym yn fodlon bod y darpariaethau yn Adran 3, ynghyd â'r darpariaethau yn Adran 5, yn sefydlu dyletswydd glir i drin. (Paragraph 169)

Adran 5: Ystyr 'gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol'

Rydym yn fodlon fod y diffiniad o 'gleifion' yn briodol. Rydym hefyd yn fodlon a'r diffiniad o 'ofalwyr', a chytunwn a'r dystiolaeth fod y diffiniad hwn yn ddigon eang i gwmpasu'r amrywiaeth o unigolion a allai fod â rhan yn gofalu am glaf. (Paragraff 184)

Mae'r diffiniad o 'wasanaethau gofal cymunedol' yn arbennig o gymhleth gan ei fod yn deillio o nifer o offerynnau deddfwriaethol. Er bod y diffiniad hwn yn glir o safbwynt cyfreithiol, efallai ei fod yn aneglur i ddefnyddwyr gwasanaethau neu eu gofalwyr, a gallai arwain at anawsterau i'r unigolion hynny o ran deall eu hawliau. Rydym yn argymhell felly y dylid ei egluro yn y Memorandwm Esboniadol, ac mewn unrhyw wybodaeth esboniadol a fydd yn cyd-fynd a'r Mesur, fel y caiff ei basio. (Paragraff 185)

Rydym yn argymhell y dylai pwysigrwydd cyfeirio cleifion a'u gofalwyr at y gwasanaethau cymorth hynny a ddarperir gan y sector gwirfoddol gael ei nodi'n glir mewn canllawiau. (Paragraff 186)

Adran 9: Cynnal asesiadau iechyd meddwl sylfaenol

Rydym yn argymhell y dylid pwysleisio yn y Memorandwm Esboniadol, mewn canllawiau ac mewn unrhyw wybodaeth esboniadol a fydd yn cyd-fynd â'r Mesur hwn fel y caiff ei basio, mor bwysig yw asesiadau cyfannol i sicrhau bod y gwasanaethau i gleifion yn cael eu seilio ar y Model Adferiad. (Paragraff 198)

Ailadroddwn ein pryder fod y diffiniad o 'wasanaethau gofal cymunedol' yn neilltuol o gymhleth ac y gallai fod yn aneglur i'r defnyddiwr gwasanaethau gan ei fod yn deillio o nifer o offerynnau deddfwriaethol. Rydym felly yn argymhell y dylai gael ei egluro yn y Memorandwm Esboniadol ac mewn unrhyw wybodaeth esboniadol a fydd yn cyd-fynd â'r Mesur fel y caiff ei basio (Paragraff 199)

Adran 10: Camau i'w cymryd yn dilyn asesiad iechyd meddwl sylfaenol

Rydym yn fodlon y dylai gweithwyr proffesiynol benderfynu ar y ddarpariaeth gwasanaethau ar sail angen clinigol ac rydym felly yn fodlon â darpariaethau Adran 10. (Paragraff 205)

Rhan 2

Rydym yn cytuno â'r angen i wneud darpariaeth statudol ar gyfer cynllunio gofal a thriniaeth i'r rhai sy'n cael gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd. Rydym felly yn cytuno ag egwyddorion cyffredinol Rhan 2. (Paragraff 211)

Adran 11: Ystyr 'claf perthnasol'

Mae'r Mesur arfaethedig yn diffinio oedolion sy'n cael gwasanaethau gofal iechyd eilaidd fel 'claf perthnasol', heb unrhyw ofyniad am lefel gymhwyso o gyswllt y byddai gofyn i'r claf ei chael gyda gwasanaethau eilaidd er mwyn i gydgyssylltydd gofal gael ei benodi. Fodd bynnag, rydym o'r farn y byddai'n amhriodol diffinio'r lefel hon o gyswllt ar wyneb y Mesur. Rydym yn fodlon felly â'r darpariaethau yn Adran 11. (Paragraff 222)

Ailadroddwn ein barn fod rhaid i'r cynllunio ar ofal claf gael ei yrru gan angen clinigol. Dylai penodi cydgyssylltydd gofal gael ei seilio, felly, ar angen clinigol a dylai fod yn gymesur. Rydym o'r farn y dylai hyn gael ei egluro mewn canllawiau, er mwyn rheoli disgwyliadau cleifion ac i dawelu meddyliau darparwyr gwasanaethau. (Paragraff 223)

Adran 12: Ystyr 'darparwr gwasanaeth iechyd meddwl'

Yn fodlon â'r diffiniadau a gynhwyswyd yn Adran 12. Rydym hefyd yn fodlon, a chredwn ei bod yn briodol, fod gwasanaethau yn cael eu diffinio mewn deddfwriaeth yn y ffordd hon. (Paragraff 228)

Ailadroddwn ein pryderon fod angen canllawiau clir ynglŷn â'r lefel o gyswllt y byddai angen i glaf ei chael â darparwyr gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd er mwyn bod yn gymwys am y darpariaethau yn Rhan 2 o'r Mesur arfaethedig, ac y dylai hyn fod yn gymesur a chael ei yrru gan angen clinigol. (Paragraff 229)

Adrannau 13 - 15: Penodi cydgysylltwyr gofal

Rydym yn bryderus ynglŷn â'r diffyg eglurder o ran y broses datrys anghydfod mewn achosion lle gallai bwrdd iechyd ac awdurdod lleol fod yn darparu gwasanaeth eilaidd, ond fod anghytuno. (Paragraff 235)

Rydym yn argymhell y dylai anghydfodau o'r fath gael eu datrys yn gyflym gan Weinidogion Cymru, ac y dylai hyn gael ei nodi'n glir yn y rheoliadau a wneir o dan Adran 14(4). (Paragraff 237)

Adran 16: Dyletswydd i gydgysylltu darpariaeth gwasanaethau iechyd meddwl

Ni chredwn fod angen diwygio Adran 16(2) a (3) i'w gwneud yn ofynnol i'r darparwr gwasanaethau geisio cyngor y cydgysylltydd gofal ynglŷn â chyflawni ei ddyletswydd o dan Adran 16(1). Amgylchiadau unigol fydd yn pennu a yw hyn yn angenrheidiol, ac rydym yn fodlon felly y bydd darpariaethau Adran 16(2) a (3) yn caniatáu ar gyfer hyn. (Paragraff 243)

Croesawn y cyfeiriad yn y Mesur arfaethedig at 'unrhyw wasanaethau sy'n ymwneud ag iechyd meddwl ac sy'n cael eu darparu ar gyfer y claf gan gorff gwirfoddol', ac rydym o'r farn fod hyn yn dangos yn glir fod rhaid i'r darparwyr gwasanaethau gydgysylltu gofal â darpariaeth y sector gwirfoddol. Rydym yn fodlon felly â'r darpariaethau sydd wedi'u cynnwys yn Adran 16. (Paragraff 244)

Adran 17: Swyddogaethau cydgysylltydd gofal

Croesawn ddarpariaethau Adran 17, sydd yn ein barn ni yn nodi'n glir swyddogaethau cydgysylltydd gofal a'r ffordd o ymdrin â chynllun gofal. (Paragraff 253)

Rydym o'r farn na ddylai ffurf a chynnwys cynlluniau gofal a thriniaeth, sydd i gael eu gwneud o dan Adran 17(8), fod yn faterion gweinyddol yn unig. Credwn y dylai'r cynlluniau gofal adlewyrchu'r Model Adferiad gan ystyried gwybodaeth gyd-destunol arall a allai helpu'r claf yn ei adferiad, a dylent gael eu harwain gan y claf. Argymhellwn fod hyn yn cael ei adlewyrchu yn y rheoliadau. (Paragraff 254)

O ystyried mor bwysig yw'r cynlluniau gofal a thriniaeth i helpu adferiad claf, a'r angen am eglurder ynglŷn ag amcanion cynlluniau gofal, rydym yn argymhell bod y set gyntaf o reoliadau a wneir o dan

Adran 17(8) yn cael eu gwneud gan ddefnyddio'r weithdrefn gadarnhaol. (Paragraff 256)

Rhan 3

Nodwn y gefnogaeth gyffredinol i Ran 3 o'r Mesur arfaethedig sy'n rhoi ffordd gyflym yn ôl at wasanaethau, os oes angen hynny, i gleifion a ryddheir o wasanaethau eilaidd. Yn ein barn ni bydd y darpariaeth hyn yn grymuso cleifion ac yn eu cynorthwyo i wella. Rydym felly yn cefnogi egwyddorion cyffredinol Rhan 3 o'r Mesur arfaethedig. (Paragraff 264)

Adran 21 - 23: Hawl i asesiad

Nodwn bryderon tystion ynglŷn â pha gleifion sy'n gymwys i ofyn am ailatgyfeiriad, a phwysigrwydd sicrhau bod cleifion yn deall nad oes gwarant o driniaeth os nad ystyrir bod hynny'n angenrheidiol yn glinigol. Nodwn hefyd y sylwadau ynglŷn â'r diffyg diffiniad o lefel gymhwyso o gyswllt blaenorol â gwasanaethau, i sicrhau bod gwasanaethau'n cael eu targedu at y rhai sydd â'r angen mwyaf. Credwn y bydd angen diffinio terfynau, a chytunwn gyda bwriad y Gweinidog i ddiwygio'r Mesur arfaethedig yn unol â hynny. (Paragraff 277)

Credwn fod y ddarpariaeth yn Adran 21(1)(d), sy'n rhoi'r disgrisiwn i ddarparwyr gwasanaethau i ystyried a yw cais am asesiad yn flinderus neu'n wacsaw, yn briodol a'i bod yn caniatáu i benderfyniadau gael eu seilio ar farn glinigol. Fodd bynnag, rydym yn argymhell bod canllawiau clir yn cael eu datblygu i reoli disgwyliadau cleifion ac i gefnogi penderfyniadau darparwyr gwasanaethau. (Paragraff 278)

Rydym yn bryderus ynglŷn â'r diffyg eglurder o ran y cyfnod rhyddhau, a pha gleifion sydd wedi cael Gwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed yn y gorffennol sy'n gymwys ar gyfer darpariaethau Rhan 3. Pe bai'r Gweinidog yn gwrthod ein hargymhellion ynglŷn â'r angen i'r Mesur arfaethedig fod yn 'ddall i oedran', rydym yn argymhell y dylai'r rheoliadau a wneir o dan Adran 22, a fydd yn diffinio'r cyfnod rhyddhau perthnasol, egluro a yw defnyddwyr blaenorol Gwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed yn gymwys. (Paragraff 279)

Rydym yn argymhell y dylai'r rheoliadau a wneir o dan Adran 22, i sefydlu am ba gyfnod o amser ar ôl cael ei ryddhau y byddai cyn-

ddefnyddiwr gwasanaethau yn parhau'n gymwys i gael ailasesiad o dan Adran 21, ddilyn y weithdrefn gadarnahol. (Paragraff 280)

Rhan 4

Cytunwn â nod Rhan 4 o'r Mesur arfaethedig ac rydym felly yn fodlon ag egwyddorion cyffredinol Rhan 4. (Paragraff 292)

Ni chredwn y byddai mynediad i bawb at wasanaethau eiriolaeth statudol yn briodol ar hyn o bryd.(Paragraff 293)

Adran 29: Eiriolaeth iechyd meddwl annibynnol: Cymru

Credwn y dylai'r egwyddor o annibyniaeth eiriolwyr iechyd meddwl statudol gael ei chadw ac rydym yn fodlon felly fod y darpariaethau a fewnosodir gan Adran 29 yn cadw'r annibyniaeth hon. (Paragraff 302)

Adrannau 30 – 31: Darpariaeth bellach ynghylch eiriolaeth iechyd meddwl annibynnol ar gyfer cleifion cymwys Cymru dan orfodaeth a chleifion anffurfiol

Credwn fod Adrannau newydd 130F a 130G i *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adrannau 30 a 31 o'r Mesur arfaethedig) yn briodol a'u bod yn rhoi diffiniadau clir o swyddogaethau'r Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol yng nghyswllt cleifion cymwys Cymru dan orfodaeth a chleifion anffurfiol. Galwn am ganllawiau clir ar swyddogaethau'r Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol mewn perthynas â'r categorïau newydd o cleifion cymwys yng Nghymru. (Paragraff 307)

Adran 32: Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol – pwerau a dyletswyddau atodol

Nodwn o dan Adran 130E o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adran 29 o'r Mesur arfaethedig) fod Gweinidogion Cymru o dan ddyletswydd i wneud trefniadau i sicrhau bod Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol ar gael i gleifion cymwys dan orfodaeth a chleifion anffurfiol ac rydym yn cymryd bod hyn yn rhoi hawl barhaus i'r claf. Ar y sail fod y dybiaeth hon yn gywir, rydym yn fodlon nad yw'r claf yn cael ei gynnwys ar y rhestr o'r rhai a all ofyn am ymweliad gan Eiriolwr Iechyd Meddwl Annibynnol yn Adran 130H o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adran 32 o'r Mesur arfaethedig). Rydym yn argymhell bod y Gweinidog yn cadarnhau'r sefyllfa hon. Pe na bai hyn yn gywir, rydym yn argymhell bod y claf yn cael ei ychwanegu at y rhestr

o'r rhai a all ofyn am ymweliad gan Eiriolwr Iechyd Meddwl Annibynnol. (Paragraff 316)

Dylai gweithwyr cymorth hefyd allu gofyn am ymweliad gan eiriolwr ar ran cleifion dan orfodaeth a chleifion anffurfiol fel ei gilydd, ac y dylent felly gael eu cynnwys ar y rhestrau o'r rhai a gaiff wneud ceisiadau o'r fath yn Adran 130H o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adran 32 o'r Mesur arfaethedig). Rydym yn argymhell bod y Gweinidog yn egluro, yn debyg i'r ddarpariaeth sy'n galluogi rheolwyr ysbytai i ddirprwyo'r gallu i wneud cais ffurfiol am eiriolwr i staff yr ysbyty, a fydd gweithwyr cymdeithasol yn gallu dirprwyo hyn i weithwyr cymorth. (Paragraff 317)

Adran 33: Cleifion cymwys Cymru dan orfodaeth

Rydym yn fodlon fod y diffiniad o gleifion cymwys Cymru dan orfodaeth, a gynhwysir yn Adran 130I (a fewnosodir gan Adran 33 o'r Mesur arfaethedig), yn briodol. (Paragraff 329)

Adran 34: Cleifion anffurfiol cymwys Cymru

Rydym yn fodlon â'r diffiniad o 'gleifion anffurfiol cymwys Cymru' yn Adran 130J o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adran 34 o'r Mesur arfaethedig), ond credwn y dylai gael ei egluro mewn canllawiau i gyd-fynd â'r Mesur a rheoliadau perthnasol. (Paragraff 335)

Adran 35: Dyletswydd i roi gwybodaeth am eiriolwyr iechyd meddwl annibynnol i gleifion cymwys Cymru dan orfodaeth

Rydym yn fodlon fod Adran 130K yn ei chyfanrwydd o fewn cymhwysedd deddfwriaethol Cynulliad Cenedlaethol Cymru ac rydym felly'n fodlon ag Adran 130K newydd *Deddf Iechyd Meddwl 1983*, fel y'i mewnosodir gan Adran 35 o'r Mesur arfaethedig. (Paragraff 341)

Rhan 4: Darpariaethau Is-ddeddfwriaeth

Mae *Deddf Iechyd Meddwl 1983* yn darparu ar hyn o bryd y bydd rheoliadau yn ymwneud ag eiriolaeth yn ddarostyngedig i ddirymiad (gweithdrefn negyddol). Yng ngoleuni'r datblygiadau polisi sydd i gael eu gweithredu drwy'r rheoliadau hyn, rydym o'r farn y byddai'r weithdrefn gadarnhaol yn fwy priodol. Rydym yn argymhell bod gwelliant addas yn cael ei ddwyn ger bron i sicrhau'r diwygiad

perthnasol i *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983*. Rydym, fodd bynnag, yn barod i gydsynio mai dim ond i'r rheoliadau cyntaf a wneir o dan y darpariaethau newydd y dylai'r weithdrefn gadarnhaol fod yn gymwys. (Paragraff 343)

1. Rhagymadrodd

1. Ar 22 Mawrth 2010, cyflwynodd y Gweinidog dros lechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol, Edwina Hart AC (y cyfeirir ati o hyn ymlaen fel 'y Gweinidog') Fesur Arfaethedig lechyd Meddwl (Cymru) i ynghyd â'r Memorandwm Esboniadol.² Gwnaeth y Gweinidog ddatganiad yn y cyfarfod llawn³ y diwrnod wedyn.⁴

2. Yn ei gyfarfod ar 9 Chwefror, cytunodd Pwyllgor Busnes Cynulliad Cenedlaethol Cymru i gyfeirio'r Mesur arfaethedig at Bwyllgor Deddfwriaeth Rhif 3 iddo ystyried yr egwyddorion cyffredinol (Cyfnod 1), yn unol â Rheol Sefydlog 23.21. Cytunodd y Pwyllgor Busnes fod rhaid i Bwyllgor Deddfwriaeth Rhif 3 adrodd ar y Mesur arfaethedig erbyn 2 Gorffennaf 2010 fan hwyaf.

Cylch craffu

3. Cytunasom ar y fframwaith isod wrth graffu ar egwyddorion cyffredinol y Mesur arfaethedig.

Ystyried:

- yr angen am Fesur arfaethedig i wireddu'r canlyniadau a fwriedir (gweler paragraff 10);
- a yw'r Mesur arfaethedig yn cyflawni'r amcanion a nodwyd ai peidio;
- y darpariaethau allweddol a nodwyd yn y Mesur arfaethedig ac a ydynt yn briodol er mwyn gwireddu'i amcanion;
- rhwystrau posibl rhag gweithredu'r darpariaethau allweddol ac a yw'r Mesur arfaethedig yn eu hystyried;
- barn rhanddeiliaid y bydd y trefniadau newydd yn effeithio arnynt.

¹ Mesur Arfaethedig lechyd Meddwl (Cymru): <http://www.cynulliadcymru.org/bus-home/bus-guide-docs-pub/bus-business-documents/bus-business-documents-doc-laid.htm?act=dis&id=173835&ds=3/2010>

² Llywodraeth Cymru, Memorandwm Esboniadol ar y Mesur arfaethedig ynghylch lechyd Meddwl (Cymru), Mawrth 2010: <http://www.cynulliadcymru.org/bus-home/bus-guide-docs-pub/bus-business-documents/bus-business-documents-doc-laid.htm?act=dis&id=173836&ds=3/2010>

³ Cyfarfod llawn o Gynulliad Cenedlaethol Cymru

⁴ Cofnod y Trafodion, 23 Mawrth 2010, ar gael ar:

http://www.assemblywales.org/bus-home/bus-chamber/bus-chamber-third-assembly-Cofnod_y_Trafodion.htm?act=dis&id=174417&ds=3/2010#datdeddf

Dull gweithredu'r Pwyllgor

4. Cyhoeddwyd galwad am dystiolaeth gennym a gwahoddwyd amryw o grwpiau buddiant, yn bennaf o'r sectorau iechyd a gofal cymdeithasol, i gyflwyno tystiolaeth ysgrifenedig i'n cynorthwyo yn ein gwaith. Cawsom nifer helaeth o ymatebion. Mae'r manylion i'w gweld ar ddiwedd yr adroddiad hwn.

5. Cymerasom dystiolaeth lafar hefyd gan nifer o dystion dros 6 chyfarfod, ac mae'r manylion hyn i'w gweld ar ddiwedd yr adroddiad hwn.

6. Mae'r adroddiad canlynol yn cyflwyno'r casgliadau a'r argymhellion yr ydym wedi dod iddynt ar sail y dystiolaeth a ddaeth i law yn ystod ein hymchwiliad. Hoffem ddiolch i bawb sydd wedi cyfrannu.

2. Y cefndir

Cymhwysedd deddfwriaethol

7. Mae'r prif bwerau sy'n galluogi Cynulliad Cenedlaethol Cymru i wneud Mesur mewn perthynas ag iechyd meddwl wedi'u cynnwys yn Adran 93 o *Ddeddf Llywodraeth Cymru 2006*.⁵ Mae Adran 93 yn rhoi'r pŵer i'r Cynulliad Cenedlaethol i wneud Mesurau Cynulliad mewn perthynas â 'materion' a restrir ym Maes 9 (Gwasanaethau Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol), a Maes 15 (Lles Cymdeithasol), Rhan 1 o Atodlen 5 i'r Ddeddf honno. Yn benodol, materion 9.2 a 15.10 yw'r rhain, ac fe'u dangosir isod:

“Mater 9.2

Asesu iechyd meddwl a thrin anhwylderau meddyliol.

Nid yw'r mater hwn yn cynnwys unrhyw un o'r canlynol –

- (a) gwneud cleifion yn ddarostyngedig i'r canlynol -
 - (i) gorfodaeth i fynd i unrhyw le at ddibenion asesiad neu driniaeth,
 - (ii) goruchwyliaeth orfodol, neu
 - (iii) gwarcheidiaeth;
- (b) cydsynio i asesiad neu driniaeth;
- (c) atal;
- (d) cadw.

At ddibenion y mater hwn, ystyr “trín anhwylderau meddyliol” (“treatment of mental disorder”) yw triniaeth i leddfu anhwylder meddyliol, neu atal anhwylder meddyliol rhag gwaethygu, neu un o'i symptomau neu ei amlygiadau; ac mae'n cynnwys (ond nid yw'n gyfyngedig i hynny) nyrsio, ymyrraeth seicolegol, sefydlu, adsefydlu a gofal.”

“Mater 15.10

Gwasanaethau Gofal Cymdeithasol sy'n gysylltiedig ag iechyd meddwl.

⁵ *Deddf Llywodraeth Cymru 2006*
http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2006/ukpga_20060032_en_1

Nid yw'r mater hwn yn cynnwys y gwasanaethau eiriolaeth galluedd meddyliol annibynnol a sefydlwyd gan Ran 1 o Ddeddf Galluedd Meddyliol 2005.”

8. Rhoddwyd y cymhwysedd i ddeddfu yn y maes hwn gan Orchymyn Cynulliad Cenedlaethol Cymru (Cymhwysedd Deddfwriaethol) (Iechyd a Gwasanaethau Iechyd a Lles Cymdeithasol) 2010,⁶ a Gorchymyn Cynulliad Cenedlaethol Cymru (Cymhwysedd Deddfwriaethol) (Lles Cymdeithasol a Meysydd Eraill) 2008.⁷

Y Memorandwm Esboniadol

9. Mae'r Memorandwm Esboniadol sy'n cyd-fynd â'r Mesur yn egluro mai pwrpas y Mesur arfaethedig yw:

- darparu gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol, a hynny'n gynt nag sy'n digwydd ar hyn o bryd, i unigolion sy'n cael problemau iechyd meddwl. Y nod fydd lleihau'r perygl o ddirywiad pellach mewn iechyd meddwl ac, mewn rhai achosion, lleihau'r angen am driniaeth yn y dyfodol fel cleifion mewnol ac o bosibl lleihau'r angen i gadw cleifion dan orfodaeth;
- sicrhau bod pob unigolyn sy'n cael ei dderbyn gan y gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd yng Nghymru yn cael gydgysylltydd gofal penodol ac yn cael cynllun gofal a thriniaeth, a bod defnyddwyr gwasanaethau a gafodd eu rhyddhau o wasanaethau iechyd meddwl eilaidd yn medru ailafael yn y gwasanaethau hynny pan fyddant yn credu fod eu fod eu hiechyd meddwl yn dirywio;
- ymestyn y categorïau o gleifion sy'n gymwys i gael darpariaeth eiriolaeth iechyd meddwl y tu hwnt i'r gofynion presennol.⁸

10. Yn ôl y Memorandwm Esboniadol, bydd effaith fwriadedig y Mesur arfaethedig yn cael ei chyflawni drwy bum amcan polisi, sef:

- asesu iechyd meddwl unigolyn a, lle bo hynny'n briodol, trin anhwylder meddwl unigolyn o fewn gofal sylfaenol, drwy sefydlu dyletswydd i Fyrddau Iechyd Lleol ac awdurdodau lleol ddarparu gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol ledled Cymru;

⁶ Memorandwm Esboniadol, paragraffau 2 - 9

⁷ Ibid

⁸ Ibid, paragraff 17

- cyflwyno gofynion statudol mewn perthynas â chynllunio gofal a thriniaeth a chydlynu gofal o fewn gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd
- ei gwneud yn ofynnol bod gan wasanaethau iechyd meddwl eilaidd drefniadau i sicrhau bod cyn-ddefnyddwyr gwasanaethau yn medru cael asesiadau mewn da bryd;
- ehangu'r grŵp 'cleifion cymwys' o dan Ddeddf Iechyd Meddwl 1983 sydd â hawl i gael cymorth gan Eiriolwr Iechyd Meddwl Annibynnol (IMHA), fel bod modd i bob claf sy'n ddarostyngedig i bwerau ffurfiol y Ddeddf gael cymorth Eiriolwr Iechyd Meddwl Annibynnol lle bo angen;
- galluogi pob claf sy'n cael gofal a thriniaeth ar gyfer anhwylder meddwl mewn ysbyty i gael mynediad at Eiriolwr Iechyd Meddwl Annibynnol arbenigol a phroffesiynol.⁹

11. Mae'r amserlen a fwriedir gan Lywodraeth Cymru o ran cychwyn a gweithredu'r Mesur arfaethedig yn cael ei hamlinellu yn y Memorandwm Esboniadol:

“Caiff y rhan fwyaf o ddarpariaethau'r Mesur arfaethedig eu cychwyn ar yr adegau hynny sydd, ym marn Gweinidogion Cymru, yn briodol neu'n hwylus. Cydnabyddir y bydd yn ofynnol i rai Byrddau Iechyd Lleol ac awdurdodau lleol wella'r gwasanaethau presennol, neu efallai ddatblygu gwasanaethau newydd, i fodloni eu rhwymedigaethau o dan y ddeddfwriaeth hon.

Y bwriad ar hyn o bryd felly yw cyflwyno amryfal agweddau'r Mesur arfaethedig yn raddol, a sicrhau ar yr un pryd fod y buddiannau y disgwylir i'r trefniadau newydd esgor arnynt yn cael eu cyflawni cyn gynted â phosibl. Yr amserlen gyffredinol yw tair blynedd i weithredu'r Mesur yn llawn.

Ar y sail hon (ac yn amodol ar fod y Mesur arfaethedig yn cael ei wneud yn y flwyddyn ariannol 2010/11) disgwylir y bydd:

- y gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol yn dod i'w llawn rym ym Mlwyddyn 3 (2012/13). Caiff gwaith datblygu ei wneud ym Mlynnyddoedd 1 a 2 cyn y dyddiad cychwyn;

⁹ Memorandwm Esboniadol, paragraff 18

- cynllunio gofal ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd yn dod i'w llawn rym yn 2011;
- asesiadau iechyd meddwl eilaidd yn dod i'w llawn rym yn 2011;
- eiriolaeth iechyd meddwl ar gyfer cleifion dan orfodaeth (hynny yw y rhannau hynny o Ddeddf 1983 nad ydynt ar hyn o bryd yn cael eu cefnogi gan eiriolaeth) yn dod i'w llawn rym yn 2011;
- eiriolaeth iechyd meddwl ar gyfer cleifion mewnol anffurfiol (hynny yw y rheini nad ydynt yn gleifion dan orfodaeth o dan Ddeddf 1983) yn dod i'w llawn rym yn 2011/12.”¹⁰

¹⁰ Memorandwm Esboniadol, paragraffau 63 - 64

3. Egwyddorion cyffredinol a'r angen am ddeddfwriaeth

Y cefndir

12. Yn y paragraffau isod ceir crynodeb o Rannau 1 i 4 o'r Mesur arfaethedig. Ni wnaethom gymryd tystiolaeth ar Rannau 5 a 6, sy'n cynnwys darpariaethau technegol.

13. Mewn perthynas â Rhan 1 o'r Mesur arfaethedig, 'Gwasanaethau Cymorth Iechyd Meddwl Sylfaenol Lleol', dywed y Memorandwm Esboniadol:

“Nod yr amcan polisi hwn yw sicrhau y bydd gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol ar gael ledled Cymru ac y caiff y rhain eu darparu gan y Byrddau Iechyd Lleol ac awdurdodau lleol, a fydd yn gweithio mewn partneriaeth.

Bydd y gwasanaethau hyn yn cynnig asesiad o iechyd meddwl unigolyn ac yn rhoi cyngor a/neu driniaeth ar gyfer anhwylder meddwl unigolyn o fewn gofal sylfaenol.

Ni fwriedir i'r gwasanaethau hyn fod yn rhan o gyfundrefn bresennol y Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol a ddarperir (yn bennaf) gan feddygon teulu; yn hytrach bwriedir iddynt fod yn bont rhwng y ddarpariaeth meddygon teulu a gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd.”¹¹

14. O ran 'Cydgysylltu a Chynllunio Gofal ar gyfer Defnyddwyr Gwasanaethau Iechyd Meddwl Eilaidd', Rhan 2 y Mesur arfaethedig, mae'r Memorandwm Esboniadol yn egluro y bydd pob unigolyn ledled Cymru yn cael cynllun gofal a thriniaeth a gaiff ei adolygu'n rheolaidd.¹²

15. Â'r Memorandwm Esboniadol ymlaen i ddweud:

“Bydd y Mesur arfaethedig yn rhoi dyletswyddau ar ddarparwyr gwasanaethau (Byrddau Iechyd Lleol ac awdurdodau lleol) i weithredu'n gydgyssylltiedig i wella effeithiolrwydd y gwasanaethau iechyd meddwl a ddarperir i unigolyn. Bydd:

¹¹ Memorandwm Esboniadol, paragraff 19

¹² Ibid, paragraff 28

- cynllun gofal a thriniaeth ar gyfer pob defnyddiwr gwasanaethau 18 oed a hŷn yr aseswyd eu bod angen gofal a thriniaeth gan y gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd;
- caiff y cynllun ei ddatblygu gan gydgysylltydd gofal drwy ymgynghori â'r defnyddiwr gwasanaethau (cyn belled ag y bo hynny'n ymarferol, gan gymryd i ystyriaeth ei allu a'i gydweithrediad), a chaiff ei oruchwyllo gan y cydgysylltydd gofal;
- bydd y cynllun yn amlinellu'r canlyniadau a ddisgwylir gan y gwasanaethau, a sut y bwriedir gwireddu'r canlyniadau hynny. Bydd asesiad o anghenion ac asesiad risg yn cyfrannu at y broses hon;
- bydd y cynllun yn ysgrifenedig;
- bydd y cynllun yn amodol ar gael ei adolygu'n rheolaidd a chaiff ei amrywio i adlewyrchu unrhyw newidiadau yn y math o ofal a thriniaeth y gallai defnyddiwr y gwasanaeth fod eu hangen gydag amser.”¹³

16. Mewn perthynas â Rhan 3 o'r Mesur arfaethedig, 'Asesiadau ar Ddefnyddwyr Blaenorol Gwasanaethau Iechyd Meddwl Eilaidd', dywed y Memorandwm Esboniadol:

“Nod y polisi hwn yw galluogi unigolion sydd wedi'u rhyddhau o'r gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd, ond sy'n credu bod cyflwr eu hiechyd meddwl wedi dirywio i'r fath raddau ers hynny fel bod angen ymyrraeth arbenigol arnynt eto, i gyfeirio'u hunain yn ôl at y gwasanaethau eilaidd yn uniongyrchol, heb fod angen iddynt o reidrwydd gael eu hatgyfeirio at y gwasanaethau hynny gan eu meddyg teulu neu gan rywun arall.”¹⁴

17. Â'r Memorandwm Esboniadol ymlaen i ddweud:

“Nod y polisi hwn felly yw annog y gwasanaethau i ryddhau unigolion yn ddiogel ac yn effeithiol drwy roi sicrwydd iddynt y gallant ail-afael yn y gwasanaethau'n gyflym pe byddai arnynt eu hangen eto yn y dyfodol.”¹⁵

¹³ Memorandwm Esboniadol, paragraff 32

¹⁴ Ibid, paragraff 36

¹⁵ Ibid, paragraff 39

18. Mae Rhan 4 o'r Mesur arfaethedig yn cynnwys darpariaethau i ddiwygio *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* mewn perthynas ag Eiriolaeth Iechyd Meddwl Annibynnol. Eglura'r Memorandwm Esboniadol:

“Mae'r Mesur arfaethedig hwn yn darparu ar gyfer cynllun statudol estynedig o eiriolaeth iechyd meddwl annibynnol ar gyfer cleifion sy'n destun gorfodaeth o dan *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983*, yn ogystal â'r rhai sydd mewn ysbytai yn anffurfiol (hynny yw heb fod dan orfodaeth).”¹⁶

19. Mewn perthynas ag eiriolaeth statudol i gleifion sy'n cael eu cadw dan orfodaeth o dan *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983*, dywed y Memorandwm Esboniadol:

“Yr amcan polisi yn y Mesur arfaethedig hwn yw ehangu'r grŵp o gleifion cymwys yng Nghymru sydd â hawl o dan *Ddeddf 1983* i gael cymorth [Eiriolwr Iechyd Meddwl Annibynnol], i gynnwys cleifion sy'n ddarostyngedig i adrannau tymor byr y *Ddeddf* honno, nad ydynt yn cael y cyfryw gymorth ar hyn o bryd, sef unigolion sy'n ddarostyngedig i adrannau 4, 5(2), 5(4), 135(1), 135(2) a 136 o *Ddeddf 1983*.”¹⁷

20. O ran cleifion anffurfiol, categori newydd o gleifion a fydd yn gymwys i gael eiriolaeth statudol, dywed y Memorandwm Esboniadol:

“Bwriad y Mesur arfaethedig mewn perthynas â chleifion anffurfiol yw sicrhau fod eiriolaeth annibynnol ar gael i bob claf mewnol sy'n cael triniaeth am anhwylder meddwl, (gan gynnwys y rhai mewn lleoliadau iechyd nad ydynt yn rhai iechyd meddwl).”¹⁸

21. Mae'r Memorandwm Esboniadol yn egluro'r sail resymegol i'r darpariaethau hyn:

“Drwy ehangu'r gwasanaethau eiriolaeth statudol i sicrhau eu bod ar gael i bob claf mewnol sy'n cael triniaeth ar gyfer anhwylder meddwl, boed hwnnw'n glaf dan orfodaeth ai peidio, mae'r Mesur arfaethedig yn anelu at ddiogelu hawliau'r grŵp hwn o gleifion, sy'n aml iawn yn grŵp hyglwyf. Bydd eiriolaeth

¹⁶ Memorandwm Esboniadol, paragraff 47

¹⁷ Ibid, paragraff 52

¹⁸ Ibid, paragraff 57

statudol yn helpu cleifion mewnol i wneud penderfyniadau deallus am eu gofal a'u triniaeth, a'u helpu i gael llais.”¹⁹

Tystiolaeth gan Dystion

22. Roedd cefnogaeth fras i'r Mesur arfaethedig, a chytundeb â'r angen am ddeddfwriaeth i ddarparu ymyrraeth gynharach i'r rhai sydd â phroblemau iechyd meddwl.

23. Dywedodd Gofal Cymru wrthym fod gan y Mesur arfaethedig y potensial i wneud gwahaniaeth gwirioneddol i fywydau pobl sydd ag afiechyd meddwl.²⁰ Adleisiwyd y farn hon gan amryw o dystion, yn cynnwys Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol, a ddywedodd wrthym y byddai gweithredu'r Mesur yn arwain at fynediad cyflymach at wasanaethau i gleifion:

“There is evidence that early intervention in mental health problems produces better outcomes for individuals whether this is for episodes of psychosis or less serious illness. Primary care already offers early access for initial assessment by a general practitioner but the Measure may help speed access to other more appropriate care.”²¹

24. Clywsom hefyd y byddai cyflwyno deddfwriaeth yn mynd i'r afael â'r bylchau o ran gweithredu polisi, ac yn help i sicrhau y byddai ymyrraeth gynharach yn cael ei darparu i ddefnyddwyr gwasanathau ym mhob rhan o Gymru. Dywedodd Mind Cymru wrthym fod y ddarpariaeth gwasanaethau yn gallu amrywio ar hyn o bryd, yn dibynnu ar leoliad y defnyddiwr.

“We would say that there is a need for the proposed Measure. We know that, for many years, mental health services in Wales have been patchy. People have a completely different experience depending on where they live.”²²

25. Credai rhai ymatebwyr fod y Mesur arfaethedig “signals sign up from the highest level to delivering” yr agenda iechyd meddwl, sy'n:

¹⁹ Ibid, paragraff 61

²⁰ Cofnod y Trafodion, paragraff 123, 22 Ebrill 2010

²¹ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 37

²² Cofnod y Trafodion, paragraff 55, 22 Ebrill 2010

“... brings together the whole system approach to mental health taking into account the range of needs within our communities without discrimination.”²³

26. Roedd nifer o dystion yn cefnogi egwyddorion cyfrifoldeb ar y cyd i ddarparu gwell gofal iechyd meddwl sylfaenol, fel yr amlinellir yn y Mesur arfaethedig. Dywedodd Bwrdd Iechyd Cyhoeddus Cymru, er enghraifft, wrthym:

“Enhanced primary mental healthcare may further help break down barriers between primary and secondary healthcare providers and impact positively on improving communication and skills across boundaries. There is still a perceived stigma regarding mental health issues and greater awareness and improved access may go some way to address this issue in Wales.”²⁴

27. Cefnogwyd y farn hon gan Fwrdd Iechyd Hywel Dda, a eglurodd y gallai gofyniad i ymyrryd yn gynharach drwy weithio mewn partneriaeth leihau'n sylweddol y tebygolrwydd y byddai claf yn dirywio ymhellach:

“We are already working very closely with our local authority colleagues but this Measure will strengthen joint working in various ways and assist in pool funding for targeted areas. We feel that **clinically** there is a strong case to make such an assumption (that is to say it will reduce the risk of further decline and ultimately reduce the need for admission let alone compulsory detention).”²⁵

28. Mewn cyferbyniad, clywsom dystiolaeth gan yr Athro Phil Fennell yn tynnu sylw at y ffaith y dylai'r deddfwriaeth, y polisi a'r canllawiau presennol fod yn darparu safon uwch o wasanaethau ac ymyrraeth gynharach. Fodd bynnag, yn ymarferol nid yw hynny'n digwydd. Mewn tystiolaeth lafar, cwestiynodd a oedd angen deddfwriaeth bellach:

“I am willing to accept the evidence of service users and the charities that they have tried to access services and have not

²³ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 9

²⁴ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 49

²⁵ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 56

been able to do so. I do not think that that is because of an absence of law. I think it is because of an absence of service.”²⁶

29. Cytunai sawl tyst arall gan ddweud “despite the strategies, National Service Framework and other guidance, service improvement has been slow.”²⁷ Fodd bynnag, credai llawer hefyd fod hyn yn sail resymegol i ddeddfwriaeth bellach:

“... as a result legislation is required to make improvement a reality.”²⁸

30. Pwysleisiodd Coleg Brenhinol y Meddygon Teulu, yn arbennig, y pwynt hwn gan ddweud:

“The current mental health framework has failed to address many of the significant mental health issues in Wales.”²⁹

31. Er eu bod yn cefnogi egwyddorion cyffredinol y Mesur arfaethedig a’r angen am ddeddfwriaeth, eglurodd y Byrddau Iechyd Lleol yr angen am hyblygrwydd yn y fframwaith deddfwriaethol fel bod modd datblygu gwasanaethau o amgylch angen clinigol. Dywedasant:

“If we are going to have a legislative framework, we need to ensure that it is flexible to allow clinicians, service users and those involved in the partnership to meet need, but not so heavily prescribed that they are constantly looking to ensure that they are not in breach of the law.

(...) If it is so heavily prescribed that we do not have flexibility, then the health service would be constantly subject to judicial review on mental health services, which I do not think is the aim of the proposed Measure.”³⁰

32. Er ei fod yn cefnogi amcanion y Mesur arfaethedig, cododd Coleg Brenhinol y Seiciatryddion bryderon y gallai’r Mesur arfaethedig gynyddu’r stigma sy’n gysylltiedig ag iechyd meddwl. Dywedodd:

“Our real philosophical concern is whether this could be perceived as yet another way of setting up a barrier or a perception that mental healthcare is entirely different and for the people in that system to be so negatively perceived that

²⁶ Cofnod y Trafodion, paragraff 11, 4 Mai 2010

²⁷ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 57

²⁸ Ibid

²⁹ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 37

³⁰ Cofnod y Trafodion, paragraff 25, 13 Mai 2010

they need a legal framework for their care planning. We have stigma among the general population, but let us not forget that some of the greatest stigma, unfortunately, is within health and social care organisations. You would not want the perception to be ‘that’s the mental health patient; they’ve got one of those Measure-type care plans’.”³¹

33. Roedd yr Athro Peter Lepping o’r un farn, a dywedodd:

“I also hope that the Assembly take into account the consequences of this measure for other medical disciplines. It would be a travesty if this measure caused increased stigma by being reserved for psychiatric patients only.”³²

Tystiolaeth gan y Gweinidog

34. Pan ofynnwyd a oedd angen y ddeddfwriaeth, dywedodd y Gweinidog:

“Mae’n rhaid i ni gydnabod bod y ddeddfwriaeth iechyd meddwl gyfredol, *Deddf Iechyd Meddwl 1983*, yn ymdrin yn bennaf â materion triniaeth a chadw gorfodol. Nid oes cyfraith i wneud darpariaeth benodol ar gyfer datgelu a thrin problemau iechyd meddwl yn gynnwys cyn iddynt gyrraedd pwynt lle mae angen triniaeth neu gadw gorfodol. Yr ydym wedi gweld angen gwirioneddol yn dod o du’r sector ac elusennau iechyd meddwl ar gyfer gwahanol wasanaethau yn hyn o beth.”³³

35. Aeth y Gweinidog ymlaen i egluro:

“Mae gennyf y targedau fframwaith gwasanaeth cenedlaethol a chanllawiau gweithredu polisi i’r cynorthwyo yn y maes hwn. Fodd bynnag, wrth edrych ar hyn yn fwy eang, mae gennyf hefyd bwerau ar gael i mi, fel Gweinidog Cymru, i fynnu bod pob [Bwrdd Iechyd Lleol] yn darparu’r gwasanaethau hyn. Fodd bynnag, credaf y byddai’r Mesur arfaethedig yn cyflawni’r nodau hynny’n well na phe bawn i yn rhoi cyfarwyddiadau. Mae hefyd angen i ni gydnabod bod cefnogaeth eang ymysg y defnyddwyr a sefydliadau ymgyrchu i greu deddfwriaeth iechyd meddwl benodol ar gyfer Cymru. Mae’n allweddol i ni, fel Cynulliad Cenedlaethol Cymru, groesawu hyn. Mae gennym

³¹ Cofnod y Trafodion, paragraff 131, 4 Mai 2010

³² Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 10

³³ Cofnod y Trafodion, paragraff 85, 29 Ebrill 2010

gefnogaeth y proffesiynau iechyd meddwl a darparwyr gwasanaethau. Credaf ei bod yn bwysig fy mod yn mynd am Fesur arfaethedig, gan y byddai'n fwy boddhaol nag unrhyw gyfarwyddiadau y gallaf i eu rhoi, fel y gwnaf fel arfer.”³⁴

36. Mewn tystiolaeth lafar bellach i'r Pwyllgor, eglurodd y Gweinidog:

“...gan fod llawer o'r Mesur arfaethedig â'r nod o sicrhau bod ymyriadau ar gael yn llawer cynt ar gyfer unigolion, i leihau effeithiau salwch meddwl cyn gynted â phosibl ac i gynorthwyo adferiad lle bynnag y bo hynny'n bosibl. Felly, mae'r nod hwnnw wedi bod yn ganolog wrth ddatblygu'r Mesur arfaethedig. Mae ymyrraeth gynnar yn allweddol a bydd lleihau effaith salwch meddwl yn parhau i fod yn ganolog wrth i ni ddatblygu'r canllawiau yn y maes hwn.”³⁵

Ein barn ni

37. Nodwn fod y mwyafrif o'r tystion o blaid egwyddorion y Mesur arfaethedig a'r angen amdano. Nod y Gweinidog yw darparu gwasanaethau cydradd i'r rhai sydd â phroblemau iechyd meddwl ar draws Cymru, a darparu fframwaith deddfwriaethol i ymyrraeth gynharach.

38. Rydym yn cydnabod y dystiolaeth a ddarparwyd yn cefnogi pwyslais y Mesur arfaethedig ar gydweithio a gwella gofal sylfaenol. Rydym ninnau hefyd o blaid hynny.

39. Nodwn gryfder y dystiolaeth fod bylchau o hyd yn y ddarpariaeth gwasanaethau er gwaethaf y fframwaith polisi presennol a chytunwn gall y Mesur arfaethedig wella hyn.

40. Ar sail y farn a fynegwyd gan y mwyafrif yn y dystiolaeth a ddaeth i law, rydym yn cefnogi egwyddorion cyffredinol y Mesur arfaethedig a'r angen am ddeddfwriaeth, i sicrhau ymyrraeth gynharach i'r rhai sydd â phroblemau iechyd meddwl, ac i ddarparu gwasanaethau iechyd meddwl cyson ac effeithiol yng Nghymru.

³⁴ Cofnod y Trafodion, paragraff 86, 29 Ebrill 2010

³⁵ Cofnod y Trafodion, paragraff 12, 27 Mai 2010

41. Rydym wedi ymdrin yn fanwl ag adrannau penodol o'r Mesur arfaethedig. Nodir ein barn ar adrannau penodol yn Adran 5 o'r adroddiad hwn.

4. Themâu

42. Daeth sawl thema drawsbynciol i'r amlwg wrth inni graffu ar y Mesur arfaethedig. Rydym wedi nodi ein barn ar y themâu allweddol hyn ar y cychwyn, fel bod ein hargymhellion yn glir, ac i ddangos sut y bydd ein casgliadau a'n hargymhellion yn effeithio ar adrannau manwl y Mesur arfaethedig.

43. Dylid nodi nad yw'r casgliadau a'r argymhellion mewn perthynas â'r themâu hyn yn cael eu croesgyfeirio yn y drafodaeth fanwl yng ngweddill yr adroddiad hwn.

44. Pe bai'r Gweinidog yn derbyn ein hargymhellion mewn perthynas â chwmpas y Mesur arfaethedig, rydym yn disgwyl y bydd y Gweinidog yn dod â diwygiadau canlyniadol ger bron yn y cyfnod nesaf i ddiwygio Adrannau perthnasol y Mesur arfaethedig yn unol â hynny.

Cwmpas y Mesur arfaethedig: Oed

Cefndir

45. Dim ond i oedolion y mae'r darpariaethau sydd wedi'u cynnwys yn Rhannau 1 i 3 o'r Mesur arfaethedig yn gymwys.

46. Mae'r Memorandwm Esboniadol yn egluro, mewn perthynas â gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol (Rhan 1), yr "anelir y gwasanaethau hyn at unigolion 18 oed neu hyn".³⁶

47. O ran Rhan 2, cydgysylltu a chynllunio gofal ar gyfer defnyddwyr gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd, dywed y Memorandwm Esboniadol y bydd y Mesur arfaethedig yn sefydlu dyletswyddau i ddarparu "cynllun gofal a thriniaeth ar gyfer pob defnyddiwr gwasanaethau 18 oed a hyn."³⁷

48. Mae'r hawl i gyn ddefnyddwyr gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd gyfeirio'u hunain yn ôl a chael asesiad, y manylir arni yn Rhan 3 o'r Mesur arfaethedig, yn gymwys i "bersonau cymwys (...) rhai 18 oed a hyn."³⁸

³⁶ Memorandwm Esboniadol, paragraff 26

³⁷ Memorandwm Esboniadol, paragraff 32

³⁸ Memorandwm Esboniadol, paragraff 41

49. Fodd bynnag, mae Rhan 4, Eiriolaeth Iechyd Meddwl, yn ymestyn i “gleifion mewnol o bob oed mewn ysbytai sy'n cael eu hasesu neu sy'n cael triniaeth am anhwylder meddwl.”³⁹ Mae darpariaethau Rhan 4, felly, yn gymwys i'r rhai o dan 18 oed.

50. Mae'r cymhwysedd deddfwriaethol a roddwyd o ganlyniad i *Orchymyn Cynulliad Cenedlaethol Cymru (Cymhwysedd Deddfwriaethol) (Iechyd a Gwasanaethau Iechyd a Lles Cymdeithasol) 2010*, yn galluogi'r Cynulliad i ddeddfu ym maes asesu iechyd meddwl a thrin anhwylderau meddwl yng nghyswllt oedolion o **bob oed**.

Tystiolaeth gan Dystion

51. Mynegodd y rhan fwyaf o'r dystion a roddodd dystiolaeth inni bryderon nad yw Rhannau 1 i 3 yn ymestyn i blant a phobl ifanc. Amlinellir y dystiolaeth isod.

Gwasanaethau

52. Eglurodd Jonathan Morgan AC⁴⁰ pam fod cymhwysedd deddfwriaethol yn cael ei geisio yng nghyswllt pob oedran:

“The LCO was drafted to ignore a person’s age and focus on the individual. The EM accompanying the Order stated at paragraph 7.14 that competence will allow such duties to be imposed in respect of all individuals, and this was re-emphasised by the Minister in the evidence she gave to the Proposed Provision of Mental Health Services LCO Committee.⁴¹ Therefore with those pre-requisites came an expectation that any subsequent Measure would not be age specific.”⁴²

53. Dywedodd Jonathan Morgan AC wrthym hefyd ei fod yn siomedig nad yw'r Mesur arfaethedig mor uchelgeisiol â disgwyliadau'r Gorchymyn:

“It is vital that the proposed Measure is as seamless and comprehensive as possible. We need to provide a service for individuals. This should not be about trying to cherry-pick

³⁹ Memorandwm Esboniadol, paragraff 58

⁴⁰ Aelod yn Gyfrifol am *Orchymyn Cynulliad Cenedlaethol Cymru (Cymhwysedd Deddfwriaethol) (Iechyd a Gwasanaethau Iechyd a Lles Cymdeithasol) 2010*, a roddodd gymhwysedd deddfwriaethol i'r Cynulliad Cenedlaethol yn y maes hwn

⁴¹ Cofnod y Trafodion, paragraff 56, 6 Mai 2008, y Pwyllgor ar y *Gorchymyn Arfaethedig ynghylch Darparu Gwasanaethau Iechyd Meddwl*

⁴² Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 12

people, either because of their age, their condition, or perhaps the setting within which they receive services.”⁴³

Pontio o wasanaethau plant i wasanaethau oedolion

54. Galwodd tystion o elusennau ieched meddwl am wasanaethau cyson, i amddiffyn y rhai sy'n symud o wasanaethau ieched meddwl plant i wasanaethau oedolion. Dywedodd Hafal, er enghraifft, wrthym fod:

“... need to consider that children should not be coming out of children’s services, having to go through a referral process again (...) There needs to be consistency for all ages through the process.”⁴⁴

55. Eglurodd tystiolaeth gan Gangen Cymru o Gymdeithas Seicoleg Prydain fod llawer o achosion o unigolion rhwng 16 a 18 oed nad ydynt yn gallu cael cymorth:

“Child and Adolescent Mental Health Services provide services (only for those with discrete psychiatric diagnoses) for those up to age 16, leaving those from 16 – 18yrs without robust services at a primary care level. This runs a risk of deterioration in their mental health and social functioning, with potential future costs to the NHS and other agencies in Wales.”⁴⁵

56. Ategwyd y farn hon gan Mind Cymru, a ddywedodd wrthym fod yr unigolion hyn yn aml yn hynod o fregus, ac y gall diffyg gwasanaethau effeithio'n fawr ar eu bywydau:

“These children are most at risk of falling out of the education system at around 15, and they fall into a gap because they are too young for adult services and are not in employment, education or training, and so they do not fall under Child and Adolescent Mental Health Services. They fall into this big gap in the middle, and that can have a lasting impact on the person and their family.”⁴⁶

⁴³ Cofnod y Trafodion, paragraff 12, 29 Ebrill 2010

⁴⁴ Cofnod y Trafodion, paragraff 14, 22 Ebrill 2010

⁴⁵ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 45

⁴⁶ Cofnod y Trafodion, paragraff 67, 22 Ebrill 2010

Iechyd Meddwl yn y glasoed

57. Eglurodd nifer o ymatebwyr fod problemau iechyd meddwl yn aml yn dod yn amlwg yn ystod y glasoed. Eglurodd Hafal:

“When we think about mental health, we should be considering people from the ages of five to 50. Papers have been published that say that you need to be age blind. We have service users under the age of 18 who are married with children.”⁴⁷

58. Cytunai Coleg Brenhinol y Seiciatryddion y bydd rhaid i'r Mesur arfaethedig gynnwys plant a phobl ifanc⁴⁸ oherwydd y ffordd y mae anhwylderau meddwl yn aml yn gallu dechrau effeithio ar bobl yn ystod y glasoed:

“50 per cent of mental disorders will have started by the time a person is aged 16, and 75 per cent by the age of 25. The early phases of certain serious mental illnesses also begin at that age, including anorexia and other eating disorders, early onset schizophrenia and bipolar disorder. However, equally important are the developmental disorders such as attention deficit hyperactivity disorder and autism.”⁴⁹

Terminoleg a diffiniadau

59. Mynegwyd rhybudd gan Gymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol ynglŷn â'r gwahaniaeth yn 'niwylliant' gwasanaethau plant ac oedolion, a'r angen am waith pellach i ddeall sut y dylai deddfwriaeth fod yn sylfaen i wasanaethau iechyd meddwl plant. Dywedodd Cymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol wrthym hefyd am y gwasanaethau amrywiol sydd ar gael i blant a phobl ifanc, nad yw llawer ohonynt ar gael i oedolion:

“In some ways, what we find is that services for children and young people offer more access to what we could call 'talking therapies'. In a sense, they may well be in advance of a lot of adult services in that respect. So, what one would want to do is preserve the really good things that go on in children's services rather than simply assuming that putting them all together will

⁴⁷ Cofnod y Trafodion, paragraff 14, 22 Ebrill 2010

⁴⁸ Cofnod y Trafodion. paragraff 93, 4 Mai 2010

⁴⁹ Ibid

make everything okay, when, actually, I am not sure that that is the case”.⁵⁰

60. Cododd nifer o dystion bryderon am y derminoleg wahanol a ddefnyddir i ddiffinio gwasanaethau iechyd meddwl i oedolion (sylfaenol ac eilaidd) a phlant (haenau),⁵¹ a theimlent y byddai'n anodd deddfu ynglŷn â hyn. Gofynasom i nifer o dystion a oedd hyn yn debygol o fod yn rhwysr rhag ehangu cwmpas y Mesur arfaethedig i gynnwys plant a phobl ifanc. Cynigiodd cynrychiolwyr o elusennau plant a phobl ifanc⁵² ateb i'r broblem bosibl hon, i egluro eu barn nhw nad oes rhwystr ac nad yw'n ddim ond mater o fabwysiadu 'iaith' wahanol:

“In England ... they have decided to use the word ‘universal’ to describe Tier 1 services, which are services that are universal to all children and young people, and ‘targeted services’ to describe services to all those children and young people accessing Tiers 2, 3 and 4. We could do something similar, or we could simply use ‘primary’ and ‘secondary’ and put Tiers 2, 3 and 4 into secondary.”⁵³

61. Cytunai Comisiynydd Plant Cymru nad yw terminoleg wahanol yn rheswm digonol i beidio cynnwys rhai o dan 18.⁵⁴

Deddfwriaeth ar wahân i blant a phobl ifanc

62. Er bod llawer o dystion yn credu y dylid ehangu cwmpas y Mesur arfaethedig i gynnwys pob oedran, credai eraill fod rhinweddau mewn gwerthuso effaith a llwyddiant y Mesur arfaethedig ar wasanaethau iechyd meddwl oedolion yn gyntaf.

63. Awgrymodd cynrychiolwyr o'r Byrddau Iechyd Lleol, er enghraifft, y gellid cyflwyno ail Fesur i gwmpasu anghenion plant a phobl ifanc yn ddiweddarach. Credent fod fframwaith deddfwriaethol cynhwysfawr ar gyfer plant eisoes:

⁵⁰ Cofnod y Trafodion, paragraff 203, 13 Mai 2010

⁵¹ Gellir cael gwybodaeth am Haenau Gwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed ar y ddolen ganlynol
<http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/healthandwellbeing/mentalhealthissues/amhs/fourtierstrategicframework/fourtierstrategicframework/>

⁵² Is-grŵp Iechyd Meddwl Swyddogion Polisi NGO Plant, yn cael ei gynrychioli gan NSPCC Cymru, Barnardo's Cymru a Tros Gyntaf

⁵³ Cofnod y Trafodion, paragraff 144, 20 Mai 2010

⁵⁴ Cofnod y Trafodion, paragraff 58, 20 Mai 2010

“Our advice would be that, because we have the comprehensive *Children Act 2004*, we should look at adults. If the legislation works, I would look to extend it to cover children. However, I would start with adults. We have a much more comprehensive framework around children and there are various measures for seeing children through early diagnosis and assessment through the child and adolescent mental health services and what we do on safeguarding children. Therefore, I would prefer to take it on in stages, rather than trying to deal with the services from cradle to grave in one piece of legislation.”⁵⁵

64. Fodd bynnag, nid oedd y mwyafrif o’r tystion yn cytuno â’r farn hon. Eglurodd Comisiynydd Plant Cymru, er enghraifft:

“I cannot really see any rationale for their exclusion (...) I am not looking for a bolt-on in relation to age, but a rewrite that ensures that people under 18 are fully included in the scope of the proposed Measure. We should do it correctly.”⁵⁶

65. Cytunai Jonathan Morgan AC, gan ailadrodd yr angen i fynd i’r afael â’r problemau a wynebir gan y rhai sy’n pontio o wasanaethau plant i wasanaethau oedolion.

“One of the difficulties of introducing a separate piece of legislation for those under the age of 18 is the potential for those people to fall between the gaps of any framework for the under 18s compared with a framework provided for the over 18s. So, it would be far better for this piece of legislation to be amended in a way that takes into account those who are under the age of 18.”⁵⁷

Amseriad y Mesur arfaethedig

66. Dywedodd cynrychiolwyr o elusennau plant a phobl ifanc wrthym fod yr adeg yn iawn i ddeddfu ynglŷn â gwasanaethau iechyd meddwl ar gyfer rhai o dan 18:

“The national service framework is up for review and the children and young people’s plans have reached the end of their three-year cycle. It is an opportune moment to tie a number of different policies and pieces of guidance together to

⁵⁵ Cofnod y Trafodion, paragraff 34, 13 Mai 2010

⁵⁶ Cofnod y Trafodion, paragraff 58, 20 Mai 2010

⁵⁷ Cofnod y Trafodion, paragraff 23, 29 Ebrill 2010

ensure that the next three years deliver for children and young people a far more coherent and directed mental health service.”⁵⁸

67. Cytunai Comisiynydd Plant Cymru â'r farn hon, a thynnodd sylw at y methiannau polisi y gallai deddfwriaeth fynd i'r afael â nhw:

“It is timely for issues around Child and Adolescent Mental Health Services to be addressed, particularly since it is 10 years since ‘Everybody’s Business’ was published. The national service framework is due for a review, yet we still know that there is quite a big gap between what we all want to see happening for children and young people in this area and what is being delivered on the ground.”⁵⁹

Tystiolaeth gan y Gweinidog

68. Wrth egluro pam mai i oedolion yn unig y mae Rhannau 1 – 3 o'r Mesur arfaethedig yn gymwys, dywedodd y Gweinidog:

“Bu i ni edrych ar y mater o'r safbwynt bod gennym eisoes wasanaethau gofal sylfaenol a chynllunio gofal ar gyfer plant a phobl ifanc dan 18 oed o fewn [Gwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed] ... Codwyd y pwyntiau hyn gyda mi yn y drafodaeth yn y Siambr, ac edrychaf ymlaen at weld beth ddaw i'r fei o'ch sesiynau casglu tystiolaeth, i weld a ddylwn i edrych ar gynigion di-dor o ran plant a phobl ifanc dan 18 oed hefyd. Mae gennyf feddwl agored ar y mater hwn, ac edrychaf ymlaen at dderbyn y dystiolaeth a gasglwyd gan y pwyllgor”⁶⁰

69. Cydnabu'r Gweinidog hefyd “y dystiolaeth gadarn iawn y mae'r Pwyllgor wedi'i derbyn” ynglŷn ag ymestyn darpariaethau'r Mesur arfaethedig i gynnwys plant a phobl ifanc.⁶¹

70. Gofynasom i'r Gweinidog a fyddai'n briodol ai peidio, yn ei barn hi, cyflwyno Mesur ar wahân yn delio'n benodol â phlant a phobl ifanc. Dywedodd y Gweinidog:

⁵⁸ Cofnod y Trafodion, paragraff 141, 20 Mai 2010

⁵⁹ Cofnod y Trafodion, paragraff 50, 20 Mai 2010

⁶⁰ Cofnod y Trafodion, paragraff 93, 29 Ebrill 2010

⁶¹ Cofnod y Trafodion, paragraff 19, 27 Mai 2010

“Nid wyf wedi gweld dyhead allan yno am Fesur ar wahân mewn perthynas â phlant a phobl ifanc. Fodd bynnag, byddaf yn cael fy nhywys gan adroddiad y pwyllgor yn hyn o beth.”⁶²

71. Mewn ymateb i bryderon a godwyd mewn perthynas â chysondeb terminoleg rhwng gwasanaethau iechyd meddwl plant ac oedolion, sicrhaodd y Gweinidog ni: “Ni chredaf y byddai’n broblem o gwbl.”⁶³

Ein barn ni

72. Rydym wedi clywed tystiolaeth gref iawn yn galw am ehangu cwmpas Rhannau 1 – 3 o’r Mesur arfaethedig i gynnwys plant a phobl ifanc.

73. Mae tystion wedi dweud wrthym fod llawer o bobl ifanc yn methu mantesio ar wasanaethau ar hyn o bryd wrth iddynt bontio o’r gwasanaethau plant i’r gwasanaethau oedolion. Mae perygl y byddai peidio ag ehangu cwmpas y Mesur arfaethedig i gynnwys y rhai o dan 18 yn dwysáu’r broblem hon. **Rydym o’r farn y bydd deddfu ynghylch darparu gwasanaethau iechyd meddwl i blant ac oedolion yn help i wella’r ddarpariaeth gwasanaethau, yr asesu a’r driniaeth i bobl ifanc â phroblemau iechyd meddwl yng Nghymru.**

74. Rydym hefyd yn nodi’r dystiolaeth a gafwyd ynglŷn â phriodoldeb deddfu ynghylch gwasanaethau iechyd meddwl plant ar hyn o bryd. Rydym yn argymhell y dylai cwmpas Rhannau 1 i 3 y Mesur arfaethedig hwn gael eu ehangu i gynnwys plant a phobl ifanc. Ni ddylai hynny gael ei adael i Fesur ar wahân yn y dyfodol.

75. Rydym yn argymhell bod y Gweinidog yn archwilio ffyrdd o ehangu cwmpas y Mesur arfaethedig i gynnwys plant a phobl ifanc, ac rydym yn ceisio sicrwydd cyn gynted â phosibl fod y gwaith hwn yn mynd rhagddo.

76. Yng ngoleuni’r uchod, rydym yn argymhell bod y Gweinidog yn dod â gwelliannau priodol ger bron i ehangu cwmpas y Mesur arfaethedig.

⁶² Cofnod y Trafodion, paragraff 19, 27 Mai 2010

⁶³ Cofnod y Trafodion, paragraff 21, 27 Mai 2010

Amserlenni

Cefndir

77. Mae'r Mesur arfaethedig yn cynnwys nifer o ddarpariaethau sy'n ei gwneud yn ofynnol i bartneriaid iechyd meddwl lleol gyflawni dyletswyddau penodol, er enghraifft mewn perthynas ag asesu cleifion, neu gwblhau cynllun gofal. Fodd bynnag, nid yw'r Mesur arfaethedig, fel y'i drafftwyd, yn cynnwys unrhyw amserlenni y mae gofyn ymgymryd â'r dyletswyddau hyn oddi mewn iddynt.

Tystiolaeth gan dystion

78. Daeth tystiolaeth ysgrifenedig i law oddi wrth nifer o dystion a oedd yn pryderu nad oes amserlenni ynghlwm wrth nifer o'r dyletswyddau yn y Mesur arfaethedig.⁶⁴ Awgrymodd y mwyafrif o'r rhain y dylai amserlenni gael eu cynnwys mewn perthynas â:

- yr asesiadau a wneir gan wasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol yn Rhan 1, a
- rhwng cymhwyso fel claf a chwblhau cynllun gofal yn Rhan 2.

79. Roedd gwahaniaeth barn ynglŷn â'r ffordd fwyaf priodol o gynnwys yr amserlenni hyn, gyda rhai'n credu y dylent gael eu nodi ar wyneb y Mesur, tra credai eraill y byddai'n well delio â nhw mewn rheoliadau.

80. Awgrymodd Hafal mai 30 diwrnod fyddai'r cyfnod hwyaf y dylid ei ganiatáu rhwng cyfeirio claf gan feddyg teulu i gael ei asesu a gwneud yr asesiad yn Rhan 1 o'r Mesur arfaethedig.⁶⁵

81. Yng nghyswllt Rhan 2 o'r Mesur arfaethedig, awgrymai Hafal mai'r cyfnod hwyaf y dylid ei ganiatáu rhwng cymhwyso fel claf a chwblhau cynllun gofal fyddai 60 diwrnod.⁶⁶ Eglurodd Hafal pam fod angen terfyn amser:

“We feel that a maximum deadline would really benefit people because it is such a crucial time. If you get an early intervention – a referral – very quickly, the outcomes are far more positive. We have heard of people who have presented to GPs with a

⁶⁴ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 31

⁶⁵ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 6

⁶⁶ Ibid

serious mental illness being referred and sometimes it is eight months, maybe longer, before they are seen.”⁶⁷

82. Awgrymodd Hafal hefyd y dylai'r amserlenni gael eu cynnwys ar wyneb y Mesur arfaethedig, gan ychwanegu:

“If it is not and is in regulations, it will be open to different interpretations by different professionals and we will still probably get delays.”⁶⁸

83. Codwyd pryderon tebyg gan Mind Cymru. Gan ymateb i'r amserlen o 30 diwrnod yn Rhan 1 a 60 diwrnod yn Rhan 2 a awgrymwyd gan Hafal, dywedodd Mind:

“Putting a target to get a patient seen by the local primary mental health support services within 30 days and then getting a care plan designed within perhaps 60 days may be quite tricky if it is not on the face of the proposed Measure. However, it should certainly be there somewhere, whether that is on the face of the proposed Measure, in regulation, guidance or in the annual operating framework.”⁶⁹

84. Dyna farn Age Cymru hefyd, a oedd yn ei thystiolaeth yn cefnogi cynnwys amserlenni clir, ynghlwm wrth ddyletswyddau, i sicrhau bod cleifion yn cael asesiadau a thriniaeth brydlon.⁷⁰

85. Credai Cymorth Cymru fod darparu asesiad o fewn:

“... set period of time ... to achieve the objective of earlier intervention, assessment and access needs to happen within a relatively short period of time.”⁷¹

86. Dywedodd yr Athro Phil Fennell wrthym y gallai'r diffyg amserlenni arwain at ddiffyg eglurder i ddefnyddwyr gwasanaethau:

“ ... a lot is left to the scheme that is agreed by the partners and to regulations. So, for example, if I have been discharged from the secondary mental health service and I want an assessment, I would have to look in regulations to see during

⁶⁷ Cofnod y Trafodion, paragraff 24, 22 Ebrill 2010

⁶⁸ Cofnod y Trafodion, paragraff 34, 22 Ebrill 2010

⁶⁹ Cofnod y Trafodion, paragraff 44, 22 Ebrill 2010

⁷⁰ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 61

⁷¹ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 57

what period after my discharge I would be entitled to that assessment ... There is no time limit on the assessments.”⁷²

87. Tynnodd y Gymdeithas Siartredig Ffisiotherapi sylw at y rôl y gallai targedau ac amserlenni ei chwarae wrth werthuso effaith y Mesur arfaethedig:

“The National Assembly and partners will scrutinise the implementation, but it must be made clear for service providers, service users and their families what the timescales for achievement are for delivery post implementation – and what the consequences are/will be for failure to meet obligations.”⁷³

88. Nid oedd llawer o weithwyr iechyd proffesiynol, fodd bynnag, yn credu bod yr amserlenni a gynigiwyd gan Hafal mewn perthynas â Rhannau 1 a 2 yn angenrheidiol. Dywedodd Coleg Brenhniol y Seiciatryddion:

“In principle, I would totally agree with getting access to services as quickly as possible. I would urge caution, however, because that would bring the targets forward significantly as compared with the targets that the services are working towards currently.”⁷⁴

89. Anogodd Cymdeithas Feddygol Prydain hefyd y dylid pwyllo. Eglurodd y gallai amserlenni arwain at roi blaenoriaeth i wasanaethau iechyd meddwl, a hynny'n golygu bod adnoddau'n cael eu tynnu o feysydd nad ydynt yn cael eu targedu.⁷⁵ Er ei bod yn cytuno mewn egwyddor, anghytunai Cymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol â'r angen am amserlenni mewn perthynas â Rhannau 1 a 2 o'r Mesur arfaethedig. Roedd am sicrhau na fyddai'r gofyniad i gadw at amserlen yn amharu ar ansawdd o gwbl.⁷⁶

90. Anghytunai cynrychiolwyr y Byrddau Iechyd Lleol hefyd â'r angen am amserlenni, gan ailadrodd y farn y gallai hyn gael effaith niweidiol ar ddarparu gwasanaethau ac y gallai olygu canlyniadau arwyddocaol lle byddid yn methu:

⁷² Cofnod y Trafodion, paragraff 17, 4 Mai 2010

⁷³ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 57

⁷⁴ Cofnod y Trafodion, paragraff 87, 4 Mai 2010

⁷⁵ Cofnod y Trafodion, paragraff 89, 4 Mai 2010

⁷⁶ Cofnod y Trafodion, paragraff 185, 13 Mai 2010

“The issue is that if you specify a time and we do not meet that, we would be in breach of the law and therefore, again, subject to whatever the penalties would be (...) if somebody is sick and unable to attend, and you cannot provide cover for them on that day, that could mean that you fall outside the maximum period of 30 days. What would the consequences of that be for the individual, the service and the NHS? I think that we should use guidance, performance management and peer pressure, and I think that we should use the seven local health boards to do that. However, by specifying, you would be prescribing very tightly and I would avoid that in a legislative framework such as this and try to achieve it in a different way.”⁷⁷

Tystiolaeth gan y Gweinidog

91. Wrth ystyried y dystiolaeth a gawsom ynglŷn ag amserlenni, er ei bod yn barod i gydnabod y pryderon a fynegwyd gan dystion, eglurodd y Gweinidog ei bod yn credu y dylai cyflymder penderfyniadau ynghylch y gofal a'r driniaeth i gleifion gael ei seilio ar angen clinigol:

“Dylid seilio asesiadau ar anghenion clinigol bob amser, nid ar gyfyngiadau amser sy'n seiliedig ar y gyfraith ac mae hynny'n fater pwysig yr ydym wedi'i gydnabod yn y Mesur arfaethedig. Yn y GIG, yr ydym bob amser wedi ceisio blaenoriaethu yn unol ag anghenion clinigol, gan fod hynny'n sicrhau tegwch a chyfiawnder sylfaenol i holl ddefnyddwyr y GIG. Yr wyf yn rhoi pwyslais ar bwysigrwydd anghenion clinigol yn y Mesur arfaethedig, nid ar gyfyngiadau amser sy'n seiliedig ar y gyfraith. Gallai hynny fod yn eithaf amheus i raddau, gan nad yw pobl sy'n gweithio yn ôl cyfyngiadau amser yn edrych ar anghenion clinigol cleifion, a dyna pam mae'r Mesur arfaethedig yn canolbwyntio yn y ffordd y mae.”⁷⁸

Ein barn ni

92. Cyflwynwyd amrywiaeth barn ynglŷn â'r angen i rai dyletswyddau a gyflwynir gan y Mesur arfaethedig gael eu rhoi ar waith o fewn cyfnod penodedig o amser. Nodwn farn y rhai sydd wedi pwysleisio'r angen i sicrhau nad yw cleifion yn wynebu oedi dianghenraid cyn cael triniaeth, asesiad neu ofal gan ddarparwyr gwasanaethau. **Credwn y**

⁷⁷ Cofnod y Trafodion, paragraff 31, 13 Mai 2010

⁷⁸ Cofnod y Trafodion, paragraff 124, 29 Ebrill 2010

bydd mynediad at wasanaethau amserol yn ffactor allweddol er sicrhau llwyddiant y Mesur arfaethedig.

93. Fodd bynnag, cytunwn â nifer o weithwyr iechyd proffesiynol a darparwyr gwasanaethau ynglŷn â'r perygl y gallai canlyniadau nas bwriadwyd godi pe bai amserlenni cyfarwyddol yn cael eu cynnwys yn y Mesur arfaethedig. Credwn y dylai gwasanaethau gael eu blaenoriaethu ar sail anghenion clinigol y claf, yn hytrach na chael eu pennu gan dargedau.

94. Nodwn dystiolaeth y Gweinidog ynglŷn â'r angen i unrhyw ddarpariaeth asesu, trin, gofal a gwasanaeth, a chyflymder y ddarpariaeth honno, gael ei seilio ar angen clinigol. Rydym hefyd yn croesawu'r sicrwydd a roddwyd gan y Gweinidog fod y Mesur arfaethedig yn cael ei dargedu yn y fath fodd ag i sicrhau fod gwasanaethau'n cael eu blaenoriaethu ar sail angen clinigol. Rydym o'r farn felly na fyddai'n briodol cynnwys amserlenni penodol ar wyneb y Mesur arfaethedig.

Carcharorion

Y cefndir

95. Nod y Mesur arfaethedig yw darparu fframwaith deddfwriaethol i'r gwasanaethau iechyd meddwl i oedolion yng Nghymru. Fodd bynnag, nid yw'n glir sut y bydd y Mesur arfaethedig yn gymwys i garcharorion.

96. Cafodd y cyfrifoldeb am wasanaeth gofal iechyd y carchardai ei drosglwyddo o'r gwasanaeth carchardai i'r GIG o dan Adran 23 o *Ddeddf Diwygio'r GIG a Phroffesiynau Gofal Iechyd 2006*. Serch hynny, mae cyfuniad o hyd o gyfrifoldeb datganoledig a chyfrifoldeb heb ei ddatganoli mewn perthynas â gofal iechyd i garcharorion. Y Byrddau Iechyd Lleol sy'n gyfrifol am gomisiynu gofal iechyd i garchardai sector cyhoeddus yn eu hardaloedd, tra mae llywodraethwr y carchar yn dal yn gyfrifol am iechyd a lles cyffredinol y carcharorion ac am sicrhau bod gwasanaethau iechyd yn cael eu datblygu o fewn fframwaith diogelwch y carchar.

97. Rhaid i'r gwasanaeth carchardai, ar y cyd â'r GIG, sicrhau bod carcharorion yn gallu cyrchu at wasanaethau iechyd sy'n cyfateb yn fras i'r gwasanaethau y mae'r cyhoedd yn gyffredinol yn eu cael gan y GIG.

98. Cadarnhaodd ymateb ysgrifenedig gan y Gwasanaeth Cenedlaethol Rheoli Troseddwr y trefniadau i ddarparu gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol i'r rhai sydd yn y carchar:

“As the provision of healthcare services is a devolved matter, the planning and provision of mental health services is undertaken by the relevant Local Health Board, in partnership with the prison establishments in its area ... for prisons ... this would comprise both GP and registered mental health nurse input; with support from other relevant disciplines within the establishment.”⁷⁹

Tystiolaeth gan Dystion

99. Daeth tystiolaeth i law nad yw'r Mesur arfaethedig a'r Memorandwm Esboniadol i gyd-fynd ag ef, fel y'u drafftwyd, yn ddigon clir mewn perthynas â darparu gwasanaethau iechyd meddwl i

⁷⁹ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 64

garcharorion a throseddwyr. Dywedodd Coleg Brenhinol y Seiciatryddion wrthym:

“There are elements that have not been acknowledged in the explanatory memorandum that are key providers of mental health services. I suspect that it is because they are outside the legal competence of the National Assembly for Wales. The most notable is the National Offender Management Service, which provides mental health services for people on probation and in the prison service.”⁸⁰

100. Cododd tystion hefyd nifer o faterion yn ymwneud ag Adrannau penodol o’r Mesur arfaethedig. Ceir crynodeb ohonynt isod:

- mae diffyg eglurder ynglŷn â sut y byddai angen i’r cynlluniau iechyd meddwl sylfaenol adlewyrchu’r ddarpariaeth gwasanaethau i garcharorion;⁸¹
- mae gan droseddwyr ac eraill sydd â chysylltiad â’r gyfundrefn cyfiawnder troseddol ystod o anghenion cymhleth sy’n gallu cynnwys anghenion iechyd meddwl. Mewn rhai achosion y “missing ingredients are early intervention and access to primary mental health services;⁸²
- dim ond drwy feddyg teulu y gellir cyrchu at lawer o wasanaethau iechyd meddwl sylfaenol. Fodd bynnag, nid yw llawer o droseddwyr wedi cofrestru gyda meddyg teulu, neu dim ond pan fyddant mewn cysylltiad â’r gyfundrefn cyfiawnder troseddol y daw eu hanghenion iechyd yn hysbys. Galwodd tystiolaeth y Gymdeithas Genedlaethol er Gofalu am Droseddwyr a’u Hadsefydlu (NACRO) am i wasanaethau iechyd meddwl sylfaenol fod “available to those held in prisons either on remand or under sentence ... currently many prisoners only have access to secondary mental health care.”⁸³

⁸⁰ Cofnod y Trafodion, paragraff 77, 4 Mai 2010

⁸¹ Ibid

⁸² Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 54

⁸³ Ibid

Tystiolaeth gan y Gweinidog

101. Gofynasom i'r Gweinidog ymateb i'r sylwadau am ddiffyg eglurder yn y Mesur arfaethedig ynglŷn â charcharorion. Cydnabu'r Gweinidog y pryderon hyn a chyfeiriodd yn benodol at y dryswch ynglŷn â charcharorion benyw, a gallu troseddwy'r o Gymru sy'n cael eu dal yn Lloegr i fod yn gymwys i gael gwasanaethau o dan Ran 3 o'r Mesur arfaethedig.⁸⁴ Cadarnhaodd swyddog a oedd gyda'r Gweinidog:

“... bydd yn rhaid i'r cynlluniau sy'n rhaid eu sefydlu o dan Ran 1 o'r Mesur arfaethedig sicrhau eu bod yn darparu gwasanaethau cymorth iechyd meddwl a sylfaenol lleol i garcharorion yng Nghymru. Y sefyllfa bresennol yw bod BILLau yn darparu'r gwasanaethau hyn a'u bod wedi derbyn cyfarwyddyd i ystyried carcharorion mewn carchardai cyhoeddus yng Nghymru fel rhai sy'n preswyllo fel arfer yng nghyfeiriad y carchar.”⁸⁵

102. Rhoddodd y Gweinidog sicrwydd inni y byddai'n bwrw goleuni ar y mater hwn.⁸⁶

103. Ceisiasom eglurhad gan y Gweinidog pa un a yw carcharorion yn gymwys i gael gwasanaethau eiriolaeth o dan Adran 130I o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (mewnsoedir gan Adran 33 o'r Mesur arfaethedig). Eglurodd y Gweinidog:

“Mae'r cynllun eiriolaeth cyfredol o dan Ddeddf 1983 ar gael i bobl a drosglwyddir i ysbyty o dan adrannau 40, 47 a 48. Mae'r Mesur arfaethedig yn cadw at hynny, sy'n bwysig, ac yn sicr ni fydd achos o garcharorion yn trosglwyddo o Gymru i ysbyty yn Lloegr yn peidio â bod yn gymwys ar gyfer y gwasanaethau hynny o dan Ddeddf 1983.”⁸⁷

104. I egluro'r mater hwn ymhellach, dywedodd swyddog y Gweinidog wrthym:

“Pan ddaw'r Mesur arfaethedig i rym, byddai adran 130C(2)(a) yn gymwys i Loegr yn unig, ond byddai'r adran 130I(2)(a) newydd yn gymwys i Gymru, gan roi'r un grwpiau o bobl i chi o

⁸⁴ Nid oes lleoedd i fenywod mewn carchardai yng Nghymru o gwbl ar hyn o bryd

⁸⁵ Cofnod y Trafodion, paragraff 53, 27 Mai 2010

⁸⁶ Ibid Para 78

⁸⁷ Ibid

ran adrannau 47 a 48, fel bod carcharorion a drosglwyddir yn dal yn gymwys am Eiriolaeth Iechyd Meddwl Annibynnol.”⁸⁸

Ein barn ni

105. Rydym yn pryderu ynglŷn â'r diffyg eglurder mewn perthynas â charcharorion a chredwn y gallai hyn arwain at anawsterau i ddarparwyr gwasanaethau wrth gynllunio ar gyfer anghenion cleifion. Nodwn y sicrwydd a roddwyd gan y Gweinidog y bydd yn rhoi sylw i'r mater hwn ac rydym yn argymhell bod y Gweinidog yn sicrhau bod y Mesur arfaethedig a'r Memorandwm Esboniadol i gyd-fynd ag ef yn egluro'r darpariaethau sydd wedi'u cynnwys yn Rhannau 1 i 4 o'r Mesur arfaethedig mewn perthynas â charcharorion. Mae hyn yn berthnasol hefyd i unrhyw wybodaeth sy'n cyd-fynd â'r Mesur fel y caiff ei basio.

106. Hoffem dynnu sylw at y meysydd canlynol sy'n destun pryder neilltuol, y mae angen eu hegluro yn y Mesur arfaethedig:

- Darparu gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol i garcharorion a'u cynnwys mewn cynlluniau yn Rhan 1;
- A yw carcharorion yn gymwys o ran y darpariaethau yn Rhannau 1 i 3;
- Carcharorion sy'n byw yng Nghymru fel arfer, sy'n cael eu dal yn Lloegr, ac a ydynt yn gymwys o dan y Mesur arfaethedig. Mae hyn yn arbennig o berthnasol i garcharorion benyw, o gofio nad oes carchar i fenywod yng Nghymru ar hyn o bryd;
- Carcharorion sy'n byw fel arfer yn Lloegr, sy'n cael eu dal yng Nghymru;
- Pa un a fydd y darpariaethau mewn perthynas ag Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol o dan Ran 4 yn dal ar gael i garcharor o Gymru a gaiff ei drosglwyddo i gyfleusterau yn Lloegr, ynteu ai dim ond i'r darpariaethau o dan y cynllun a fyddai'n weithredol yn Lloegr y byddai ganddo hawl o dan amgylchiadau o'r fath;
- A yw carcharorion sy'n cael eu dal mewn cyfleusterau sector preifat yng Nghymru yn gymwys o dan ddarpariaethau'r Mesur arfaethedig.

⁸⁸ Ibid, paragraff 79

Adnoddau

Y cefndir

107. Mae'r Asesiad Effaith Rheoleiddiol yn amcangyfrif yr adnoddau ariannol a fydd yn ofynnol i gyflawni gofynion y Mesur arfaethedig. Eglura'r Memorandwm Esboniadol fod llywodraeth Cymru'n bwriadu rhoi'r Mesur arfaethedig ar waith fesul cam, dros gyfnod o dair blynedd.⁸⁹

108. Rhoddir crynodeb o'r prif ffigurau isod:

- cost y newidiadau i'r gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol: £3.0 miliwn y flwyddyn o gostau cylchol a £0.5 miliwn o gostau arwain a meithrin gallu yn y naill a'r llall o'r ddwy flynedd gyntaf;
- cydgysylltu gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd a chynllunio gofal yn y maes: dim cyllid ychwanegol y tu hwnt i ddyraniad cychwynnol o £0.75 miliwn;
- asesu cyn-ddefnyddwyr y gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd: dim costau ychwanegol arwyddocaol;
- eiriolaeth iechyd meddwl i gleifion dan orfodaeth: £0.5 miliwn ychwanegol yn flynyddol a chyllid untro ychwanegol o £0.25 miliwn i'r Byrddau Iechyd Lleol er mwyn datblygu'r gwasanaeth;
- eiriolaeth iechyd meddwl i gleifion anffurfiol: £1 miliwn ychwanegol o gyllid cylchol a swm untro ychwanegol o £0.25 miliwn ar gyfer gwaith paratoadol gan y Byrddau Iechyd Lleol.⁹⁰

109. Unwaith y cyrhaeddir sefyllfa sefydlog (blwyddyn 3), credir y bydd cost barhaus y Mesur arfaethedig yn £5 miliwn y flwyddyn yn fras.⁹¹

110. Mae'r Memorandwm Esboniadol yn cynnwys crynodeb o gynlluniau gweithredu llywodraeth Cymru sydd yn manylu ar y canllawiau a'r cymorth a roddir i ddarparwyr gwasanaethau fel sail i weithredu'r Mesur arfaethedig. Mae'r Memorandwm Esboniadol hefyd

⁸⁹ Memorandwm Esboniadol, Asesiad Effaith Rheoleiddiol

⁹⁰ Ibid

⁹¹ Ibid

yn tanlinellu'r angen i ddatblygu sgiliau ym maes iechyd a'r gwasanaethau cymdeithasol, gan gyfeirio'n arbennig at feithrin gallu, hyfforddiant, cyngor a chymorth.⁹²

Tystiolaeth gan Dystion: y goblygiadau ariannol

111. Roedd y rhan fwyaf o'r ymatebwyr yn credu y bydd y Mesur arfaethedig yn creu costau ychwanegol sylweddol i ddarparwyr, er enghraifft, o safbwynt costau staffio ychwanegol a'r gost o hyfforddi staff. Tynnodd tystiolaeth gan Gyngor Bwrdeistref Sirol Conwy sylw at y ffaith y byddai:

“... significant financial pressures in implementing the measures to the full. Additional staffing will be required to undertake the more detailed work with individuals, and to pick up increased demand.”⁹³

112. Tynnodd dystion sylw at y gwella ar wasanaethau gofal sylfaenol fel un maes lle byddai angen cyllid ychwanegol i ddatblygu staff.⁹⁴ Roedd y cynnydd yn y ddarpariaeth eiriolaeth statudol yn faes arall y credai llawer o dystion y byddai angen adnoddau ychwanegol ynddo, yn enwedig o ystyried costau darparu gwasanaethau i bobl sy'n cael eu cadw ar orchmynion tymor byr.⁹⁵

113. Er eu bod yn croesawu'r cyllid ychwanegol arfaethedig a nodwyd yn yr Asesiad Effaith Rheoleiddiol, mynegodd y mwyafrif o'r rhai a gyfeiriodd at agweddau ariannol y Mesur arfaethedig bryderon ynglŷn â chywirdeb y costau amcangyfrifedig.⁹⁶

114. Er gwaethaf hyn, dywedodd llawer o ymatebwyr wrthym y gallai'r Mesur arfaethedig, pe câi ei weithredu'n llwyddiannus, arbed arian yn y tymor hwy drwy leihau'r nifer o bobl sy'n cael eu cyfeirio at wasanaethau eilaidd, er y gallai fod costau ychwanegol yn y tymor byr.⁹⁷

115. Soniodd dystion hefyd am y pwysau ariannol y bydd darparwyr gwasanaethau cyhoeddus yn eu hwynebu yn y blynyddoedd i ddod, gyda llawer yn cwestiynu a fyddai gwneud darpariaeth statudol yng

⁹² Memorandwm Esboniadol, Ymgynghoriad

⁹³ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 39

⁹⁴ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 59

⁹⁵ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 10, MH 19, MH 15

⁹⁶ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 22, MH 47, MH 53, MH 59

⁹⁷ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 40, MH 54, MH 57, MH 61, MH 41, MH 49

nghyswllt gwasanaethau iechyd meddwl, yn erbyn y cefndir hwn, yn golygu y bydd adnoddau'n cael eu harallgyfeirio o feysydd anstatudol. Fodd bynnag, credai Cymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol mai'r ateb oedd i ddarparu gwasanaethau weithio'n wahanol a bod y Mesur arfaethedig yn darparu cyfle i wneud hyn:

“We are certain that we will not get a massive amount of additional resources over the next three to five years. So, the answer to the increasing demand is to work differently. The advantage of the proposed Measure is that if the whole sense of shared responsibility is reinforced, it requires the NHS and local government to work together to avoid the duplication that exists at times [and] make the best use of the resources that we have.”⁹⁸

Tystiolaeth gan Dystion: sgiliau a capasiti

116. Roedd yn amlwg fod nifer fawr o dystion yn pryderu ynglŷn â'r gallu i ddarparu gwell gwasanaeth o fewn gofal sylfaenol a gofal eilaidd yn niffyg adnoddau ychwanegol sylweddol. Credai dystion hefyd fod angen datblygu sgiliau a bod angen cydnabod na châi hyn ei ddatrys mewn cyfnod byr o amser. Er enghraifft, dywedai cyflwyniad Cymorth Cymru:

“The primary barrier to effective implementation is resources. It is crucial that enough well trained staff are appointed for the effective fulfilment of the proposals outlined within the Measure.”⁹⁹

117. Tynnodd rhai dystion sylw at broblemau penodol o ran capasiti ac arbenigedd meddygon teulu mewn perthynas ag iechyd meddwl ym maes gofal sylfaenol,¹⁰⁰ gyda llawer yn cyfeirio at yr angen i reoli'r cynnydd yn y llwyth gwaith, yr angen am sgiliau arbenigol a'r gofynion o ran lle yn ofalus.¹⁰¹

118. Roedd hyfforddiant staff ac argaeledd staff â chymwysterau priodol i fodloni'r gofynion newydd o ran asesu ac eiriolaeth yn cael eu gweld yn gyffredinol fel problemau posibl.¹⁰² Soniodd llawer am y

⁹⁸ Cofnod y Trafodion, paragraff 237, 13 Mai 2010

⁹⁹ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 31

¹⁰⁰ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 29

¹⁰¹ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 42

¹⁰² Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 31

problemau posibl ynglŷn â recriwtio a meithrin gallu, a'r angen i'r staff a benodir fod ar radd ddigonol i ymgymryd â'r gwaith.¹⁰³

Ein barn ni

119. Bydd angen amser ac adnoddau i weithredu'r Mesur arfaethedig yn llwyddiannus a chyflawni'r amcanion a bennwyd. Nodwn bryderon penodol dystion ynglŷn â sgiliau a capasiti, a'r angen i lywodraeth Cymru sicrhau bod rhaglenni hyfforddiant yn cael eu sefydlu. Rydym yn cydnabod y bydd angen amser i ddatblygu capasiti ac arbenigedd.

120. Nodwn hefyd y pryderon y mae llawer o dystion wedi'u codi ynglŷn ag effaith y cynnydd yn y galw am wasanaethau yn deillio o'r Mesur arfaethedig. Fodd bynnag, fel yr amlinellwyd mewn tystiolaeth i'n Pwyllgor, credwn fod y gofynion yn y Mesur ynglŷn â phartneriaeth ac atebolrwydd yn darparu cyfleoedd i ddarparwyr gwasanaethau i gael gwared â dyblygu ac i ddatblygu ffyrdd newydd o gyflwyno gwasanaethau gyda'i gilydd.

121. Bydd y Pwyllgor Cyllid yn ystyried goblygiadau ariannol y Mesur arfaethedig yn fanwl. Fodd bynnag, rydym am danlinellu'r angen i ddarparu adnoddau digonol i ddatblygu'r sgiliau a'r capasiti sy'n ofynnol i weithredu'r Mesur arfaethedig yn llwyddiannus.

¹⁰³ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 40, MH 41, MH 42

5. Sylwadau ar adrannau penodol o'r Mesur arfaethedig

122. Isod ceir trafodaeth fanwl ar Adrannau penodol o'r Mesur arfaethedig, ac amlinellir ein barn a'n hargymhellion. Ni ddaeth unrhyw dystiolaeth i law am gynnwys Rhannau 5 a 6 felly mae ein sylwadau wedi'u cyfyngu i Rannau 1 i 4.

Rhan 1: Trosolwg

123. Mae Rhan 1 o'r Mesur arfaethedig yn rhoi dyletswydd statudol ar Fyrddau Iechyd Lleol ac Awdurdodau Lleol i weithio mewn partneriaeth i ddarparu gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol ledled Cymru.

124. Y nod yw sicrhau ymyrraeth gynharach yng ngofal claf drwy ddarparu gwell cymorth a thriniaeth ar lefel gofal sylfaenol i'r rhai sydd â phroblemau iechyd meddwl.

Tystiolaeth gan Dystion

125. Roedd y rhan fwyaf o dystion yn cydnabod yr angen am, a gwerth, ymyrraeth gynharach drwy well darpariaeth ym maes gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol, yn cael ei ddarparu drwy asesiadau a gwybodaeth, a hynny'n cynnwys gwasanaethau i bobl hŷn a'r rhai sydd â dementia.¹⁰⁴

126. Croesawai llawer o dystion y cynigion i weithio mewn partneriaeth. Tynnai tystiolaeth gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg, er enghraifft, sylw at y ffaith fod y Mesur arfaethedig, wrth ei gwneud yn ofynnol i wasanaethau gael eu darparu gan Awdurdodau Lleol a Byrddau Iechyd ar y cyd, yn cydnabod yr angen am wasanaeth cyfannol sy'n cwmpasu dulliau cymdeithasol, seicolegol, meddygol, corfforol ac emosiynol wrth ymdrin ag anghenion y rhai sydd â phroblemau iechyd meddwl.¹⁰⁵

127. Credai llawer o dystion y gallai'r Mesur arfaethedig sicrhau darpariaeth gwasanaethau iechyd meddwl tecach ar draws Cymru. Dywedai tystiolaeth gan Gyngor Bwrdeistref Sirol Merthyr Tudful:

¹⁰⁴ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 61

¹⁰⁵ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 60

“The proposed Measure will provide a regulatory requirement in relation to the development of local primary mental health services. This should ensure that these services are developed for all areas within Wales rather than reliance on local practice.”¹⁰⁶

128. Dywedodd tystion wrthym hefyd y byddai ymyrraeth gynharach yn lleihau'r pwysau ar ofal eilaidd, gyda rhai'n awgrymu na fyddai llawer o'r bobl a fyddai'n elwa o ddarpariaethau'r Mesur arfaethedig yn mynd ymlaen i ofal eilaidd efallai. Dywedodd Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro wrthym:

“Access to high quality, timely local mental health support services is key to reducing referrals to secondary care and avoiding inappropriate hospital admissions. These services also reduce the possibility of re-admission, and help address the problem of delayed transfers of care.”¹⁰⁷

Ein barn ni

129. Roedd y rhan fwyaf o'r rhai a roddodd dystiolaeth inni yn croesawu'r nod o sicrhau ymyrraeth gynharach i bobl sydd â phroblemau iechyd meddwl. Nodwn fod tystion yn cefnogi'r dull o ymdrin â darparu gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol drwy bartneriaeth. Credwn fod gweithio mewn partneriaeth yn angenrheidiol i sicrhau ffordd gyfannol o ymdrin ag adferiad cleifion, ac y gallai gwneud darpariaeth statudol ar gyfer ymyrraeth gynharach drwy well cymorth ar lefel gofal sylfaenol helpu i atal dirywiad pellach yn lles meddyliol cleifion. At ei gilydd, felly, rydym yn fodlon ag egwyddorion cyffredinol Rhan 1 a'i hamcanion.

¹⁰⁶ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 52

¹⁰⁷ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 42

Adran 1: Ystyr ‘partneriaid iechyd meddwl lleol’

Y cefndir

130. Mae Adran 1 o’r Mesur arfaethedig yn diffinio’r ‘partneriaid iechyd meddwl lleol’ sy’n ofynnol i ddatblygu cynlluniau iechyd meddwl sylfaenol ar gyfer eu hardal, ac i ddarparu’r gwasanaethau sy’n gynwysedig yn y cynlluniau hynny. At ddibenion y Mesur arfaethedig, caiff y partneriaid eu diffinio fel y Byrddau Iechyd Lleol a sefydlwyd o dan Adran 11 o *Ddeddf Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Cymru) 2006*, a’r Awdurdodau Lleol.

131. Mae’r Memorandwm Esboniadol yn egluro y bydd y Byrddau Iechyd Lleol, o gofio bod eu hardaloedd nhw’n ehangach nag ardaloedd yr awdurdodau lleol, yn bartneriaid iechyd meddwl lleol mewn nifer o ardaloedd, ond gyda phartner gwahanol yn ardal pob awdurdod lleol. Mae’r Mesur arfaethedig yn caniatáu gweithredu ar sail ranbarthol, a fydd yn galluogi grwpiau o awdurdodau lleol i weithio gyda’i gilydd o fewn ardal Bwrdd Iechyd Lleol. Darperir ar gyfer hyn gan Adran 42.

Tystiolaeth gan Dystion

132. Yn gyffredinol, roedd dystion yn fodlon â’r diffiniad o bartneriaid iechyd meddwl lleol a gynhwyswyd yn Adran 1. Credai cynrychiolwyr o Gofal Cymru fod cynnwys yr Awdurdodau Lleol yn ogystal â’r Byrddau Iechyd Lleol i’w groesawu, oherwydd “[it] helps us to move away from this idea of it just being a medical issue.”¹⁰⁸

133. Cytunai Jonathan Morgan AC, gan ddweud:

“It is right for the Assembly Government to stipulate that we anticipate that local authorities and local health boards will be identified jointly as the partners. This is the clearest indication from the Assembly Government that it wants organisations to work together in securing the services that people need in order to secure an assessment and to provide a package of care and treatment to enable individuals to live with the effects of mental ill health.”¹⁰⁹

¹⁰⁸ Cofnod y Trafodion, paragraff 129, 22 Ebrill 2010

¹⁰⁹ Cofnod y Trafodion, paragraff 14, 29 Ebrill 2010

134. Fodd bynnag, clywsom gan Gymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol nad yw'r Mesur arfaethedig, fel y'i drafftiwyd, yn:

“... recognise that the health service and local government commission a considerable number of services from other bodies. The legislation needs to make it clear that those parties would be affected by the legislation, in the sense that they carry out the statutory responsibilities of both the health service and local government.”¹¹⁰

Tystiolaeth gan y Gweinidog:

135. Dywed y Memorandwm Esboniadol:

“Drwy ei gwneud yn ofynnol fod gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol yn cael eu sefydlu, bydd y Mesur arfaethedig yn rhoi rhwymedigaethau statudol ar gyrff iechyd a gofal cymdeithasol a fydd yn gyson â'r polisi iechyd meddwl cyfredol.”¹¹¹

Ein barn ni

136. Nodwn sylwadau Cymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol ynglŷn â'r angen i gydnabod bod y gwasanaeth iechyd a llywodraeth leol yn comisiynu gwasanaethau gan gyrff eraill, a bod llawer o'r rhain yn darparu gwasanaethau iechyd meddwl. **Fodd bynnag, nodwn hefyd i'r mwyafrif o'r tystion ddweud wrthym bod Adran 1 yn darparu diffiniad clif o 'bartneriaid iechyd meddwl lleol', ac mae cynnwys yr Awdurdodau Lleol yn ogystal â'r Byrddau Iechyd Lleol i'w groesawu, i sicrhau darparu gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol lleol ar y cyd, a chyd atebolrwydd am hynny. Felly, rydym yn fodlon â'r diffiniad sydd wedi'i gynnwys yn Adran 1.**

137. **Rydym hefyd yn croesawu'r darpariaethau yn Adran 42 a fydd yn galluogi partnriaid iechyd meddwl i weithio ar sail ranbarthol o fewn ardal bwrdd iechyd lleol perthnasol.**

¹¹⁰ Cofnod y Trafodion, paragraff 181, 13 Mai 2010

¹¹¹ Memorandwm Esboniadol, paragraff 27

Adran 2: Cynlluniau ar y cyd ar gyfer darparu gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol

Y cefndir

138. Mae'n ofynnol yn ôl Adran 2 i'r partneriaid iechyd meddwl lleol ddatblygu cynllun i'w hardal ar gyfer darparu gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol. Bydd y cynlluniau'n nodi'r trefniadau o ran y gwasanaethau, yn cynnwys math a graddfa'r driniaeth iechyd meddwl sylfaenol leol a fydd ar gael, a bydd yn nodi pa bartner sy'n gyfrifol am ddarparu gwahanol agweddau'r gwasanaeth.

Tystiolaeth gan Dystion

139. Roedd rhai dystion yn pryderu am y diffyg manylder yn Adran 2 ynglŷn â'r mathau o wasanaethau y bydd gofyn i bartneriaid eu darparu o dan eu cynlluniau iechyd meddwl sylfaenol. Ar ben hynny, credai nifer o dystion y dylai Adran 2 fod yn fwy cyfarwyddol, i warantu y byddai rhai mathau o wasanaethau yn cael eu darparu, ac y dylai'r lefel hon o fanylder fod ar wyneb y Mesur arfaethedig neu mewn Rheoliadau.¹¹²

140. Credai Gofal Cymru fod perygl y gallai dull gweithredu'r Mesur arfaethedig, heb fanylion cyfarwyddol yn Adran 2, olygu bod yr amrywiadau mewn gwasanaethau ar draws Cymru yn parhau, a dywedodd:

"We were quite shocked that there is so little in the proposed Measure that will dictate what [the schemes] should contain. So much is left to the discretion of the local health boards and local authorities that, as a result, you could see and increase in the postcode lottery ... rather than a decrease."¹¹³

141. Cytunai'r Athro Phil Fennell, ond mynegodd bryder, er y byddai rheoliadau'n fodd i bennu rhai gofynion o ran cynnwys y cynlluniau, fod cryn lawer yn ddirgelwch o hyd, a bod cryn lawer yn dibynnu ar beth sydd yn y cynlluniau lleol, neu yn y rheoliadau a wneir yn ddiweddarach.¹¹⁴

142. Roedd Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr yn poeni y byddai adnoddau a chapasiti yn dylanwadu'n negyddol ar y cynlluniau:

¹¹² Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 5

¹¹³ Cofnod y Trafodion, paragraff 143, 22 Ebrill 2010

¹¹⁴ Cofnod y Trafodion, paragraff 33, 4 Mai 2010

“The risk is that in agreeing a local mental health scheme, the mental health partners will have to consider the services that they can guarantee to provide. Although we hope to improve these services, and we are determined to do so, the risk may be that, because of the legal duty issue, mental health partners have to consider the minimum that can be guaranteed. As a result, I have some concerns that the local scheme will be less ambitious than it otherwise might be.”¹¹⁵

143. Dywedodd Cymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol wrthym y gallai fod yn anodd i'r partneriaid gytuno ar y cynlluniau a'u gweithredu, oherwydd amrywiadau yn y meini prawf a ddefnyddir gan awdurdodau lleol a gwasanaethau iechyd sylfaenol lleol i asesu pwy sy'n gymwys i gael gwasanaethau. Fodd bynnag, rhoesant enghreifftiau o ddarparwyr gwasanaethau cymdeithasol yn gweithio ochr yn ochr â phractisiau meddygon teulu, gan ddangos bod cydweithredu o'r fath yn gallu arwain at ganlyniadau positif. Yn benodol, dywedodd Cymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol:

“The argument that we put is for shared responsibility (...) We believe that such shared responsibility is much better than, if you like, dumping on each other, which is often what happens because many local authorities set their eligibility criteria quite high. It is unhelpful when we tell health colleagues, ‘sorry, but that that person does not meet our criteria.’”¹¹⁶

Tystiolaeth gan y Gweinidog

144. Wrth sôn am farn y rhai a oedd yn galw ar i Adran 2 fod yn fwy cyfarwyddol, eglurodd y Gweinidog ei bod yn credu bod angen hyblygrwydd fel y gallai cynlluniau ymateb i anghenion lleol. Fodd bynnag, er mwyn gwarantu safonau ar draws Cymru, dywedodd y Gweinidog wrthym y câi Model Gwasanaeth Cenedlaethol ei ddatblygu, ac y byddai'n nodi beth y mae rhaid i bob un o'r cynlluniau ei ddarparu. Dywedodd y Gweinidog:

¹¹⁵ Cofnod y Trafodion, paragraff 21, 13 Mai 2010

¹¹⁶ Cofnod y Trafodion, paragraff 229, 13 Mai 2010

“Yr hyn sy’n allweddol yw ein bod am weld hyblygrwydd nid amrywioldeb (...) Ni fyddwn o reidrwydd am roi triniaeth a darpariaeth ar wyneb y Mesur arfaethedig.”¹¹⁷

145. Aeth swyddog a oedd gyda’r Gweinidog ymlaen i egluro:

“Mae’r lefel honno o fanylder yn fwy priodol yn seiliedig ar farn glinigol, ac mae angen i hynny ddod o’r model gwasanaeth cenedlaethol.”¹¹⁸

146. Pan gwestiynwyd y Gweinidog eilwaith ar y mater hwn, roedd yn dal o’r farn fod rhaid cael hyblygrwydd, ac anghytunai â thystion ynglŷn â’r peryglon sy’n gysylltiedig â hyblygrwydd.¹¹⁹ Ailadroddodd y Gweinidog y ffaith y byddai’r Modiwl Gwasanaeth Cenedlaethol yn chwarae rhan allweddol yn nodi sut y dylai cynlluniau gael eu datblygu, gan adlewyrchu’r arferion gorau.¹²⁰

147. Wrth ymateb i’r sylwadau a wnaed gan Gymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol ynglŷn â’r ffaith y byddai’n ofynnol yn ôl y Mesur arfaethedig i awdurdodau lleol a Byrddau Iechyd Lleol weithio’n wahanol, a’r perygl y gallai meini prawf cymhwyso gwahanol ar draws gwasanaethau awdurdodau lleol o’u cymharu â meini prawf cymhwyso gwasanaethau gofal iechyd sylfaenol gael effaith negyddol ar weithredu’r cynlluniau, dywedodd y Gweinidog:

“Fodd bynnag, gwnaeth sylwadau [Cymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol] ar hyn argraff arnom, a roddodd y dystiolaeth honno mewn cyd-destun ... am y cyfleoedd i gydweithio ... mai rhannu cyfrifoldeb yw’r ateb sylfaenol, a chredaf fod y Mesur arfaethedig yn ymdrin â hynny. Bydd fy swyddogion yn datblygu canllawiau a fydd yn ein cynorthwyo i roi Rhan 1 y Mesur arfaethedig ar waith.”¹²¹

Ein barn ni

148. Nodwn farn tystion ynglŷn â’r angen am fanylion ar wyneb y Mesur arfaethedig i arwain datblygiad cynlluniau ar y cyd o dan Adran 2. Nodwn hefyd bryderon ynglŷn â’r perygl y bydd y ddarpariaeth ddarniog o wasanaethau iechyd meddwl sylfaenol ar draws Cymru yn

¹¹⁷ Cofnod y Trafodion, paragraff 100, 29 Ebrill 2010

¹¹⁸ Cofnod y Trafodion, paragraff 101, 19 Ebrill 2010

¹¹⁹ Cofnod y Trafodion, paragraff 42, 27 Mai 2010

¹²⁰ Cofnod y Trafodion, paragraff 46, 27 Mai 2010

¹²¹ Cofnod y Trafodion, paragraff 68, 27 Mai 2010

parhau, heb fanylion o'r fath, er gwaethaf y fframwaith deddfwriaethol newydd.

149. Sicrhaodd y Gweinidog ni y caiff Model Gwasanaeth Cenedlaethol ei ddatblygu, i sicrhau gwasanaeth cydradd ar draws Cymru, ond bydd yn hyblyg fel y gall partneriaid ymateb i angen lleol. Croesawn amcanion y Gweinidog yn datblygu'r Model Gwasanaeth Cenedlaethol.

150. Fodd bynnag, nodwn fod y cyfeiriadau at y Model Gwasanaeth Cenedlaethol yn y Memorandwm Esboniadol sy'n cyd-fynd â'r Mesur arfaethedig wedi'u cyfyngu i'r Asesiad Effaith Rheoleiddio. **O gofio'r pwysigrwydd a roddir i'r Model Gwasanaeth Cenedlaethol, a'i rôl yn sicrhau gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol cydradd ar draws Cymru, rydym yn argymhell y dylid newid y Memorandwm Esboniadol i ddarparu rhagor o wybodaeth am y Model Gwasanaeth Cenedlaethol, ac y dylai unrhyw wybodaeth esboniadol i gyd-fynd â'r Mesur fel y caiff ei basio hefyd gynnwys y wybodaeth hon.**

151. Rydym yn pryderu y gallai partneriaid iechyd meddwl lleol wynebu problemau wrth ddarparu cynlluniau ar gyfer eu hardaloedd, oherwydd yr amrywiadau yn y meini prawf a ddefnyddir i bennu a yw cleifion yn gymwys i gael gwasanaethau. Rydym yn argymhell felly y dylai meini prawf ar bennu pwy sy'n gymwys i gael gwasanaethau iechyd meddwl gael eu nodi'n benodol mewn canllawiau.

Adran 2(4) - gwneud darpariaeth yn y cynllun ar gyfer cleifion nad ydynt wedi cofrestru gyda meddyg teulu

Y cefndir

152. Mae Adran 2(4) (c) yn caniatáu, ond nid yw'n ei gwneud yn ofynnol, i'r partneriaid iechyd meddwl lleol wneud darpariaeth yn eu cynlluniau ar gyfer oedolion nad ydynt yn gleifion cofrestredig.

Tystiolath gan Dystion

153. Dywedodd dystion wrthym fod grwpiau mawr o'r boblogaeth nad ydynt yn tueddu i gofrestru gyda meddyg teulu, a bod y grwpiau hyn yn aml yn cynnwys unigolion o amrywiaeth o gefndiroedd. Mynegodd rhai dystion bryder ynglŷn â'r perygl o

allgáu grwpiau o'r fath o gynlluniau iechyd meddwl sylfaenol.¹²²
Clywsom hefyd fod gan unigolion yn y grwpiau hyn yn aml anghenion iechyd meddwl sylweddol. Darluniwyd y pwynt hwn gan Gymdeithas Feddygol Prydain:

“There are large population groups that tend not to register with GPs: the homeless, for example, who have an extremely high level of mental health needs; travelling populations; and, the transient population who might have to move around because of the nature of their job, and so on. Students are another example.”¹²³

154. Tra oedd yn cydnabod nad yw'r cleifion unigol hyn efallai wedi cofrestru gyda meddyg teulu, dywedodd Bwrdd Iechyd Lleol Prifysgol Betsi Cadwaladr wrthym, yn ymarferol, fod unrhyw gleifion sydd â phroblemau iechyd a bod angen sylw meddygol arnynt yn debygol o gael gofal gan glinigwr oherwydd fod gan y proffesiwn meddygol ddyletswydd gofal a rhwymedigaeth foesol i ddarparu gwasanaeth iddynt.¹²⁴

155. O ystyried y byddai unigolion o'r fath yn cael gofal gan ddarparwyr gofal sylfaenol er nad ydynt wedi cofrestru gyda meddyg teulu, eglurodd cynrychiolydd Cymdeithas Feddygol Prydain pam ei bod yn bwysig ceisio cynllunio ar gyfer galw o'r fath:

“The danger is that you may seriously underestimate the level of services that you require, and if those services are needed, you would find yourself with a significant shortage.”¹²⁵

156. Ystyriasom hefyd a oedd y mater hwn yn debygol o achosi problem pe bai gweithwyr allgymorth neu gymorth yn ceisio helpu unigolion nad ydynt wedi cofrestru gyda meddyg teulu i gyrchu at wasanaethau gofal sylfaenol. Dywedwyd wrthym gan Fwrdd Iechyd Lleol Prifysgol Betsi Cadwaladr:

“In reality, I suspect that what might happen is that those outreach workers would communicate with the practice where

¹²² Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH22, MH55

¹²³ Cofnod y Trafodion, paragraff 106, 4 Mai 2010

¹²⁴ Cofnod y Trafodion, paragraff 49, 13 Mai 2010

¹²⁵ Cofnod y Trafodion, paragraff 106, 4 Mai 2010

the service was provided and those patients would become patients of the practice.”¹²⁶

Tystiolaeth gan y Gweinidog

157. Dywedodd y Gweinidog wrthym y byddai'r hyblygrwydd sydd wedi'i gynnwys yn y Mesur arfaethedig mewn perthynas â'r cynlluniau yn galluogi partneriaid lleol i ddatblygu cynlluniau sy'n adlewyrchu anghenion eu poblogaethau lleol. Dywedodd y Gweinidog wrthym:

“Yr ydym am gael gafael ar y grwpiau hynny sydd mewn perygl ac sy'n anodd eu cyrraedd, megis pobl ddigartref. O ystyried y lefelau o salwch meddwl yn y grwpiau hyn a'r materion cysylltiedig, dylai'r Mesur arfaethedig hwn geisio cael gafael ar gymaint o'r bobl hynny â phosibl.”¹²⁷

158. Fodd bynnag, dywedodd swyddog a oedd gyda'r Gweinidog:

“Nid ydym yn rhagweld y bydd angen i'r holl gynlluniau wneud darpariaeth ar gyfer rhai o'r grwpiau hyn ... Fodd bynnag, pan mae gan ardal ganolfan i bobl ddigartref, er enghraifft, byddai'n briodol i'r cynllun gynnwys darpariaeth ar gyfer pobl yn y grwpiau anodd eu cyrraedd hynny.”¹²⁸

159. Cadarnhaodd swyddog y Gweinidog hefyd fod Adran 2(4) yn rhoi'r hyblygrwydd i'r cynlluniau i ddelio ag anghenion lleol, ond nad oes gofyniad yn y Mesur arfaethedig, fel y mae wedi'i ddrafftio ar hyn o bryd, i gynllunio gwasanaethau ar gyfer y rhai nad ydynt wedi cofrestru gyda meddyg teulu.¹²⁹

160. Yn ein hail sesiwn dystiolaeth gyda'r Gweinidog, gofynasom a oedd wedi ystyried newid y ddarpariaeth hon i'w gwneud yn ofynnol i gynlluniau gynnwys pobl nad ydynt wedi cofrestru gyda meddyg teulu. Cadarnhaodd y Gweinidog y byddai'n “edrych ar y materion sy'n ymwneud â hyn.”¹³⁰

Ein barn ni

161. Dywedodd y Gweinidog wrthym fod rhaid cael hyblygrwydd i sicrhau bod cynlluniau iechyd meddwl sylfaenol lleol yn gallu ateb

¹²⁶ Cofnod y Trafodion, paragraff 51, 13 Mai 2010

¹²⁷ Cofnod y Trafodion, paragraff 119, 29 Ebrill 2010

¹²⁸ Cofnod y Trafodion, paragraff 110, 29 Ebrill 2010

¹²⁹ Cofnod y Trafodion, paragraff 114, 29 Ebrill 2010

¹³⁰ Cofnod y Trafodion paragraff 57, 27 Mai 2010

anghenion penodol poblogaethau lleol. Rydym hefyd wedi clywed y byddai'r ddyletswydd gofal a roddir ar y proffesiwn meddygol yn golygu, yn ymarferol, y byddai'r rhai y mae angen sylw arnynt yn ei gael pa un a ydynt wedi cofrestru gyda meddyg teulu ai peidio.

162. Serch hynny, **drwy beidio â'i gwneud yn ofynnol i gynlluniau iechyd meddwl sylfaenol lleol wneud darpariaeth ar gyfer y rhai nad ydynt wedi cofrestru gyda meddyg teulu, credwn fod perygl y bydd darpariaeth annigonol yn cael ei gwneud ar gyfer grwpiau sydd â lefelau uchel o anghenion iechyd meddwl. Credwn y bydd ei gwneud yn ofynnol i'r cynlluniau ddarparu ar gyfer y rhai nad ydynt wedi cofrestru gyda meddyg teulu yn galluogi partneriaid iechyd meddwl i gynllunio ar gyfer y galw o du'r cleifion hynny. Rydym felly yn argymhell diwygio Adran 2(4) i'w gwneud yn ofynnol i gynlluniau iechyd meddwl lleol gynnwys darpariaeth gwasanaethau ar gyfer y rhai nad ydynt wedi cofrestru gyda meddyg teulu.**

Adran 3: Dyletswydd i ddarparu gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol

Y cefndir

163. Mae Adran 3 yn rhoi dyletswydd ar bartneriaid iechyd meddwl lleol i ddarparu gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol, yn unol â'r cynllun y maent wedi cytuno arno.

164. Mae Adran 5(1)(b) yn rhoi dyletswydd ar bartneriaid iechyd meddwl sylfaenol lleol i ddarparu i gleifion y driniaeth a nodwyd gan yr asesiad, a allai wella iechyd meddwl y claf neu atal dirywiad.

Tystiolaeth gan Dystion

165. Roedd cynrychiolwyr o'r Byrddau Iechyd Lleol yn pryderu ynglŷn ag effaith y ddyletswydd hon ar eu gallu i ddarparu gwasanaethau digonol, a'r posibilrwydd o sgil-effeithiau i ddarparwyr gwasanaethau pe na baent yn gallu cyflawni'r ddyletswydd. Dywedasant wrthym:

“If there were a direct legal duty on health boards to provide, for example, the primary mental health support service in every general practice building, but we were for some reason unable to comply—due to sickness, staff shortage or an inability to

recruit—we would become legally culpable and open to legal challenge.”¹³¹

166. Teimlai rhai tystion, er bod y Mesur arfaethedig yn cynnwys dyletswydd i asesu, nad oedd ynddo ‘ddyletswydd i drin’:¹³²

“We believe that a duty to assess without a duty to treat is almost worthless (...) Without a duty to treat, particularly given the difference in the eligibility criteria between local authorities that people need to meet to access the services, people with mild to moderate symptoms could fall out of the system altogether, and that is what we want to avoid.”¹³³

Tystiolaeth gan y Gweinidog

167. Yn ystod ein cyfarfodydd â'r Gweinidog, gofynasom a oedd ‘dyletswydd i drin’ yn y Mesur arfaethedig. Ymatebodd y Gweinidog fel a ganlyn:

“Mae’n bleser gen i gadarnhau bod adran 3 y Mesur arfaethedig yn sefydlu dyletswydd i drin (...) Mae’r Mesur arfaethedig yn gosod dyletswydd i ddarparu triniaeth gofal iechyd sylfaenol. Nid yw’n cael ei gyfyngu i dderbyniadau i’r ysbyty, fel y dywedodd rhai tystion.”¹³⁴

168. Aeth swyddog y Gweinidog ymlaen i egluro:

“Mae adran 5 yn nodi’r gwasanaethau y mae’r cynlluniau yn eu cynnwys. Mae’r rheini’n cynnwys triniaeth iechyd meddwl sylfaenol leol yn adran 5(1)(b), felly mae’r Mesur arfaethedig yn gosod dyletswydd i ddarparu’r driniaeth yn unol â’r cynlluniau a bennir o dan adran 2.”¹³⁵

Ein barn ni

169. Rydym yn cydnabod pryderon tystion ynglŷn â pha mor eglur yw’r ‘ddyletswydd i drin’ yn y Mesur arfaethedig. Fodd bynnag, ar sail y sicrwydd a roddwyd gan y Gweinidog, yr ydym yn fodlon bod

¹³¹ Cofnod y Trafodion, paragraff 21, 13 Mai 2010

¹³² Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 15, MH 40, MH 41, MH 51

¹³³ Cofnod y Trafodion, paragraff 192 13 Mai 2010

¹³⁴ Cofnod y Trafodion, paragraff 60, 27 Mai 2010

¹³⁵ Cofnod y Trafodion, paragraff 61, 27 Mai 2010

y darpariaethau yn Adran 3, ynghyd â'r darpariaethau yn Adran 5, yn sefydlu dyletswydd glir i drin.

Adran 5: Ystyr 'gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol lleol'

Y cefndir

170. Mae Adran 5 yn disgrifio'r gwasanaethau y mae rhaid i bartneriaid iechyd meddwl sylfaenol lleol eu darparu yn y cynlluniau sy'n ofynnol o dan Adran 2. Mae'r gwasanaethau a restrir ym mharagraffau (a) i (e) o Adran 5(1) yn cynnwys:

- cynnal asesiadau iechyd meddwl sylfaenol;
- darparu'r driniaeth a nodwyd gan yr asesiad;
- cyfeirio cleifion at wasanaethau eraill a allai fod yn berthnasol;
- darparu gwybodaeth, cyngor a chymorth arall i ddarparwyr gofal sylfaenol i ateb gofynion y darparwyr am wasanaethau o'r fath i'r diben o wella'r gwasanaethau y maent yn eu darparu neu'n eu trefnu;
- darparu gwybodaeth a chyngor i gleifion a'u gofalwyr am y gwasanaethau sydd ar gael iddynt.

171. Mae Adran 5(2) yn rhoi diffiniad o'r gwasanaethau hynny y mae gwybodaeth a chyngor i gael eu rhoi amdanynt i gleifion a'u gofalwyr o dan Adran 5(1)(e). Y gwasanaethau yw:

- gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd;
- gwasanaethau gofal cymunedol (nad ydynt yn wasanaethau iechyd meddwl eilaidd);
- gwasanaethau tai a lles.

172. Mae Adran 5(2) hefyd yn rhoi diffiniadau o'r 'gofalwyr' a'r 'cleifion' y byddid yn rhoi gwybodaeth a chyngor iddynt am y gwasanaethau sydd ar gael o dan Adran 5 (1)(e).

173. Daw'r diffiniad o wasanaethau gofal cymunedol o sawl offeryn deddfwriaethol. Er hwylustod, rhoddir esboniad o wasanaethau gofal cymunedol isod:

- mae Adran 47 o'r Mesur arfaethedig yn diffinio bod i 'wasanaethau gofal cymunedol' yr un ystyr ag a bennir yn Adran 46 o *Ddeddf y Gwasanaeth Iechyd Gwladol a Gofal Cymunedol 1990*.
- mae Adran 46 o Ddeddf 1990 yn diffinio gwasanaethau gofal cymunedol fel gwasanaethau y caiff awdurdod lleol eu darparu neu eu trefnu o dan y ddarpariaeth ganlynol:
 - a) Rhan 3 o *Ddeddf Cymorth Gwladol 1948* (darparu llety preswyl (i oedolion) y mae arnynt angen gofal a sylw nad ydynt ar gael iddynt fel arall oherwydd eu hoedran, salwch neu anabledd neu amgylchiadau eraill);
 - b) Adran 45 o *Ddeddf Gwasanaeth Iechyd Gwladol ac Iechyd Cyhoeddus 1968* (hyrwyddo lles pobl hŷn);
 - c) Adran 192 o *Ddeddf Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Cymru) 2006* ac Atodlen 15 iddi (gofalu am famau; atal, gofal ac ôl-ofal; a chymorth cartref a gwasanaethau golchdy); a
 - d) Adran 117 o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (gwasanaethau ôl-ofal i'r rhai a oedd cyn hynny yn cael eu cadw o dan Adran 37, neu a drosglwyddwyd i'r ysbyty o dan orchymyn trosglwyddo).

Tystiolaeth gan Dystion: diffiniad o 'wasanaethau' o dan Adran 5(1)(e)

174. Teimlai rhai dystion fod y rhestr o 'wasanaethau' a gynhwyswyd yn Adran 5(1) yn aneglur. Roedd cynrychiolydd o Hafan yn pryderu y gallai'r diffyg eglurder hwn olygu y byddai Adran 5 yn agored i "ddechongliadau gwahanol", gan arwain at amrywiadau yn y gwasanaethau a gâi eu darparu mewn gwahanol rannau o Gymru.¹³⁶

175. Teimlai cynrychiolwyr o Gofal Cymru y dylai'r diffiniad cysylltiol o'r gwasanaethau sy'n gynwysedig yn y rhestr a ddarperir gan Adran 5(2) hefyd gynnwys gwasanaethau sector gwirfoddol:

"(...) they play an important role in supporting people who experience mental ill health. They offer that balance with statutory services, which is quite important when taking a holistic view."¹³⁷

¹³⁶ Cofnod y Trafodion, paragraff 8, 22 Ebrill 2010

¹³⁷ Cofnod y Trafodion, paragraff 129, 22 Ebrill 2010

176. Cyfeiriai tystiolaeth gan Gymdeithas Llywodraeth Leol Cymru a Chymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol at yr ‘iaith a ddefnyddiwyd’ yn y Mesur arfaethedig. Roedd y cyrff hyn yn bryderus fod yr iaith:

“(…) appears to target clinicians in the NHS. For example, local authorities do not provide ‘treatment’.”¹³⁸

Tystiolaeth gan Dystion: diffiniadau o ‘gleifion’ a ‘gofalwyr’ yn Adran 5(2)

177. Yn ei dystiolaeth, eglurodd yr Athro Phil Fennell ei bryderon ynglŷn â’r diffiniad o ‘gleifion’ yn Adran 5(2), sy’n dweud mai ‘claf’ yw ‘oedolyn sydd â, neu a allai fod ag, anhwylder meddwl’. Roedd yn pryderu bod y diffiniad hwn yn wahanol i’r un a ddefnyddiwyd yn *Neddf Iechyd Meddwl 1983*:

“I think it would be confusing to differ from the definition that is in the 1983 Act, which is perfectly okay and states that a patient is a person who suffers, or appears to suffer, from a mental disorder. With [the 1983 Act], there has to be some outward manifestation that the person is suffering from a mental disorder, by their evidence from family, carers or whatever, but something that makes it appear that the person suffers from a mental disorder.”¹³⁹

178. Trafododd yr Athro Fennell hefyd y diffiniad o ‘ofalwyr’ yn Adran 5(2), sy’n diffinio ‘gofalwyr’ fel ‘aelodau o deuluoedd cleifion, a ffrindiau cleifion, sy’n ymwneud â’u gofal’. Credai’r Athro Fennell fod y diffiniad hwn o ‘ofalwyr’ yn rhy eang, ac eglurodd:

“A carer under carer legislation is someone who provides substantial care on a regular basis.”¹⁴⁰

179. Fodd bynnag, dywedodd Comisiynydd Plant Cymru wrthym ei fod yn fodlon â’r diffiniad bras o ofalwyr gan y byddai’n cynnwys gofalwyr ifanc, a galwodd am i anghenion pobl ifanc am wybodaeth gael eu diwallu.¹⁴¹

¹³⁸ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH-25

¹³⁹ Cofnod y Trafodion, paragraff 22, 4 Mai

¹⁴⁰ Cofnod y Trafodion, paragraff 23, 4 Mai 2010

¹⁴¹ Cofnod y Trafodion, paragraff 89, 20 Mai 2010

Tystiolaeth gan y Gweinidog

180. Yn ei thystiolaeth, cydnabu'r Gweinidog bryderon y sector gwirfoddol:

“Ni ddylid tanbriso swyddogaeth bwysig gwasanaethau eraill wrth ymdrin â materion, ac yr wyf yn cefnogi i'r carn waith y sector gwirfoddol. Yr wyf yn sicr os oes unrhyw beth pellach yn deillio o hyn, y byddwn yn edrych ar y Mesur arfaethedig i weld beth arall y gellir ei wneud o ran dangos y ffordd.”¹⁴²

181. Gan ymateb i'r pryderon ynglŷn â'r diffiniad o 'gleifion', dywedodd y Gweinidog wrthym nad oedd yn meddwl bod hyn yn peri problem, ac nad yw'n ddim ond gwahaniaeth yn arddull drafftio deddfwriaeth rhwng y Cynulliad a San Steffan.¹⁴³

182. Eglurodd y Gweinidog y diffiniad o 'ofalwyr':

“Gwnaethom benderfyniad bwriadol i gael diffiniad ehangach o ofalwyr yng nghyd-destun y ddeddfwriaeth hon ... credaf fod Comisiynydd Plant Cymru wedi cytuno â'r diffiniad ehangach o ofalwyr yr ydym wedi'i ddefnyddio yn y cyd-destun hwn.”¹⁴⁴

183. Gan gyfeirio at y dystiolaeth fod 'iaith' y Mesur arfaethedig yn cael ei dargedu at wasanaethau iechyd, eglurodd y Gweinidog ei bod o'r farn fod y Mesur arfaethedig yn glir fod 'triniaeth' yn ehangach na dim ond triniaeth feddygol a derbyniadau i'r ysbyty.¹⁴⁵

Ein barn ni

184. Rydym wedi ystyried pryderon tystion mewn perthynas â'r diffiniadau o 'gleifion' a 'gofalwyr' yn Adran 5(2). Rydym yn fodlon fod y diffiniad o 'gleifion' yn briodol. Rydym hefyd yn fodlon a'r diffiniad o 'ofalwyr', a chytunwn a'r dystiolaeth fod y diffiniad hwn yn ddigon eang i gwmpasu'r amrywiaeth o unigolion a allai fod â rhan yn gofalu am glaf, yn cynnwys gofalwyr ifanc.

185. Mae Adran 5(2) hefyd yn rhoi diffiniad o'r gwasanaethau y byddai gwybodaeth a chyingor yn cael eu darparu amdanynt i gleifion a'u gofalwyr o dan y darpariaethau yn Adran 5(1)(e). **Mae'r diffiniad o 'wasanaethau gofal cymunedol' yn arbennig o gymhleth gan ei fod**

¹⁴² Cofnod y Trafodion, paragraff 120, 29 Ebrill 2010

¹⁴³ Cofnod y Trafodion, paragraff 38, 27 Mai 2010

¹⁴⁴ Cofnod y Trafodion, paragraff 27, Mai 2010

¹⁴⁵ Cofnod y Trafodion, paragraff 63, 27 Mai 2010

yn deillio o nifer o offerynnau deddfwriaethol. Er bod y diffiniad hwn yn glir o safbwynt cyfreithiol, efallai ei fod yn aneglur i ddefnyddwyr gwasanaethau neu eu gofalwyr, a gallai arwain at anawsterau i'r unigolion hynny o ran deall eu hawliau. Nodwn y dystiolaeth gan dystion ynglŷn a chymhlethdod y diffiniad hwn ac rydym yn argymhell felly y dylid ei egluro yn y Memorandwm Esboniadol, ac mewn unrhyw wybodaeth esboniadol a fydd yn cydfynd a'r Mesur, fel y caiff ei basio.

186. Trafodasom a fyddai'n briodol cynnwys gwasanaethau sector gwirfoddol yn y diffiniad o 'wasanaethau y câi gwybodaeth ei rhoi amdanynt i gleifion a'u gofalwr'. Daethom i'r casgliad y byddai'n amhriodol i hyn gael ei gynnwys ar wyneb y Mesur arfaethedig. Fodd bynnag, rydym yn argymhell y dylai pwysigrwydd cyfeirio cleifion a'u gofalwyr at y gwasanaethau cymorth hynny a ddarperir gan y sector gwirfoddol gael ei nodi'n glir mewn canllawiau.

Adrannau 6 – 8: Dyletswyddau i gynnal asesiadau iechyd meddwl sylfaenol

187. Mae Adran 6 o'r Mesur arfaethedig yn rhoi dyletswydd ar bartneriaid iechyd meddwl sylfaenol i gynnal asesiad o oedolion sy'n cael eu hatgyfeirio atynt gan y meddyg teulu y mae'r unigolyn wedi cofrestru gydag ef. Mae Adran 7 yn gwneud darpariaeth debyg i feddygon teulu atgyfeirio'r rheini nad ydynt wedi cofrestru gyda nhw, os oes darpariaeth ar gyfer hyn yn eu cynllun lleol (gweler ein sylwadau ar Adran 2(4)).

188. O dan Adran 8, os yw cynllun a sefydlwyd o dan Adran 2 yn caniatáu, mae modd hefyd i staff o fewn y gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd wneud atgyfeiriad mewn perthynas â chleifion.

Ein barn ni

189. Mae a wnelo'r rhan fwyaf o'r dystiolaeth a ddaeth i law mewn perthynas ag Adrannau 6 – 8 â'r amserlenni y dylid asesu unigolion oddi mewn iddynt unwaith y cânt eu hatgyfeirio gan y meddyg teulu. Rydym wedi ymateb i'r mater hwn yn fanwl yn ein sylwadau ar amserlenni.

190. Rydym hefyd wedi derbyn tystiolaeth yn cwestiynu a yw'r Mesur arfaethedig yn sefydlu dyletswydd i drin o ganlyniad i'r ddyletswydd i asesu. Rydym wedi delio â'r mater hwn yn ein sylwadau ar Adran 3.

Rydym yn fodlon felly â darpariaethau Adrannau 6 i 8, fel y'u drafftwyd.

Adran 9: Cynnal asesiadau iechyd meddwl sylfaenol

191. Mae Adran 9 yn gwneud darpariaethau ynglŷn â'r ffordd y dylai asesiadau iechyd meddwl sylfaenol gael eu cynnal, a chan bwy. Mae'r adran hon hefyd yn egluro rôl yr asesiad iechyd meddwl sylfaenol (Adran 9(1)(a) a (b)), sef:

- nodi'r driniaeth a allai wella iechyd meddwl yr oedolyn neu ei atal rhag dirywio (rhaid i unrhyw driniaeth a nodir gael ei darparu yn unol ag Adrannau 3 a 5);
- nodi 'gwasanaethau eraill' a allai wella neu atal dirywiad yn iechyd meddwl yr oedolyn.

192. Diffinnir 'gwasanaethau eraill' yn Adran 9(3) fel:

- gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd;
- gwasanaethau o fath nad ydynt yn cael eu darparu fel arfer gan ddarparwyr gofal sylfaenol;
- gwasanaethau gofal cymunedol (nad ydynt yn wasanaethau iechyd meddwl eilaidd).

193. Rhoddir esboniad o 'wasanaethau gofal cymunedol' yn ein sylwadau ar Adran 5.

Tystiolaeth gan Dystion

194. Mewn tystiolaeth ysgrifenedig, dywedodd Gofal Cymru wrthym y dylai unrhyw asesiadau iechyd meddwl sylfaenol fod:

"... as holistic as possible, and so should include consideration of a wider range of services (including housing and employment) which may 'improve or prevent a deterioration in the adult's mental health'."¹⁴⁶

195. Amlygwyd yr angen am weithredu cyfannol hefyd yn y dystiolaeth a ddaeth i law ynglŷn â Rhan 2 y Mesur arfaethedig, ond mae'r sylwadau hyn hefyd yn berthnasol yma mewn perthynas ag Adran 9. Eglurodd tystion o elusennau iechyd meddwl, er enghraifft, bwysigrwydd ymdrin â gwasanaethau iechyd meddwl mewn ffordd

¹⁴⁶ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 4

gyfannol, sy'n ystyried yr holl elfennau a allai effeithio ar fywyd claf, ac a allai effeithio ar ei adferiad. Dywedodd Mind Cymru wrthym:

“The care and treatment planning process should be person-centred and needs-led (...) Contextual information such as the degree of social exclusion (homelessness, poverty, and access to support networks for example,) also needs to be considered within the proposed model.”¹⁴⁷

Tystiolaeth gan y Gweinidog

196. Mewn ymateb i'r mater hwn, dywedodd y Gweinidog wrthym y byddai'n ystyried pryderon yr elusennau lechyd Meddwl ynglŷn â'r angen i weithredu'n gyfannol wrth ddarparu gwasanaethau a allai 'wella neu atal dirywiad yn iechyd meddwl oedolyn'. Fodd bynnag, cadarnhaodd y Gweinidog:

“Mae asesiadau yn gyfannol a byddant yn parhau'n gyfannol, gan mai hynny yw'r arfer da clinigol ar hyn o bryd (...) Nid yw'r Mesur arfaethedig hwn yn ceisio newid unrhyw agwedd ar hynny, ond ei orfodi drwy ei weithredu.”¹⁴⁸

Ein barn ni

197. Bydd asesiadau iechyd meddwl a gynhelir ym maes gofal sylfaenol yn chwarae rhan bwysig yn canfod yr agweddau o fywyd claf a allai effeithio ar ei les meddyliol. Mae Adran 9(1)b yn cyfeirio'n benodol at yr angen i asesiadau nodi 'gwasanaethau eraill' y dylai'r cleifion gyrchu atynt a allai wella iechyd meddwl yr unigolyn neu ei atal rhag dirywio. Yng ngoleuni'r dystiolaeth a ddaeth i law, rydym yn cytuno y dylid bod yn gyfannol wrth ystyried 'gwasanaethau eraill', gan adlewyrchu'r Model Adferiad. Fodd bynnag, **ar sail y sicrwydd a roddwyd gan y Gweinidog y bydd yr 'asesiadau yn gyfannol ac y byddant yn parhau'n gyfannol', rydym yn fodlon fod y diffiniad o 'wasanaethau eraill' a ddarperir yn Adran 9 yn caniatáu ar gyfer hyn.**

198. Fodd bynnag, **rydym yn argymhell y dylid pwysleisio yn y Memorandwm Esboniadol, mewn canllawiau ac mewn unrhyw wybodaeth esboniadol a fydd yn cyd-fynd â'r Mesur hwn fel y caiff**

¹⁴⁷ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 5

¹⁴⁸ Cofnod y Trafodion, paragraff 129, 29 Ebrill

ei basio, mor bwysig yw asesiadau cyfannol i sicrhau bod y gwasanaethau i gleifion yn cael eu seilio ar y Model Adferiad.

199. Ailadroddwn ein pryder fod y diffiniad o 'wasanaethau gofal cymunedol' yn neilltuol o gymhleth ac y gallai fod yn aneglur i'r defnyddiwr gwasanaethau gan ei fod yn deillio o nifer o offerynnau deddfwriaethol. Rydym felly yn argymhell y dylai gael ei egluro yn y Memorandwm Esboniadol ac mewn unrhyw wybodaeth esboniadol a fydd yn cyd-fynd â'r Mesur fel y caiff ei basio.

Adran 10: Camau i'w cymryd yn dilyn asesiad iechyd meddwl sylfaenol

200. Mae Adran 10 yn delio â'r camau i'w cymryd yn dilyn asesiad iechyd meddwl os yw'r asesiad hwnnw wedi nodi gwasanaethau, ar wahân i driniaeth iechyd meddwl sylfaenol leol, a allai fod o fudd i'r unigolyn, ond na fyddent o reidrwydd yn cael eu darparu gan y partner iechyd meddwl sylfaenol lleol.

201. Mae Adran 10(1)(a) yn rhoi'r disgrisiwn i'r partner iechyd meddwl perthnasol i benderfynu a oes angen y gwasanaeth a nodwyd gan yr asesiad.

202. Os yw'r partner o'r farn nad efe fyddai'r darparwr gwasanaeth, rhaid iddo atgyfeirio'r claf at yr awdurdod cyfrifol perthnasol (Adran 10(1)(b)). Mae'n ofynnol yn ôl Adran 10(3) fod y sawl y gwneir atgyfeiriad ato o dan yr amgylchiadau hyn yn penderfynu a oes angen unrhyw rai o'r gwasanaethau.

Tystiolaeth gan Dystion

203. Ni dderbyniasom unrhyw dystiolaeth benodol ynglŷn â'r darpariaethau yn Adran 10. Fodd bynnag, gwnaeth rhai tystion sylwadau penodol am yr anawsterau a allai godi pe bai'r Awdurdodau Lleol a'r Byrddau Iechyd Lleol yn mabwysiadu meini prawf gwahanol i asesu pwy sy'n gymwys i gael gwasanaethau. Roedd Cymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol yn pryderu y gallai hyn achosi i ddarparwyr gwasanaethau:

“... dumping on each other, which is often what happens because many local authorities set their eligibility criteria quite

high. It is unhelpful when we tell health colleagues, ‘sorry, but that that person does not meet our criteria.’¹⁴⁹

Tystiolaeth gan y Gweinidog

204. Ceisiasom eglurhad gan y Gweinidog ynghylch y darpariaethau yn Adran 10(1)(a) a 10(3), sy’n rhoi disgresiwn i awdurdodau cyfrifol pa un i ddarparu ‘gwasanaethau eraill’ a nodwyd gan yr asesiad iechyd meddwl sylfaenol ai peidio. Eglurodd y Gweinidog yr angen am hyblygrwydd, a fyddai’n caniatáu i weithwyr proffesiynol arfer eu barn ynglŷn â’r lefelau triniaeth sy’n ofynnol i’r claf.¹⁵⁰

Ein barn ni

205. Mae ein barn am y darpariaethau yn Adran 10, sy’n rhoi’r disgresiwn i ddarparwyr gwasanaethau i benderfynu a yw’r gwasanaethau a nodir gan asesiad yn angenrheidiol, yn adlewyrchu ein barn am amserlenni. **Rydym yn fodlon y dylai gweithwyr proffesiynol benderfynu ar y ddarpariaeth gwasanaethau ar sail angen clinigol ac rydym felly yn fodlon â darpariaethau Adran 10.**

206. Fodd bynnag, nodwn bryderon tystion fod awdurdodau lleol a byrddau iechyd yn defnyddio meini prawf gwahanol wrth asesu pwy sy’n gymwys i gael gwasanaethau, a’r effaith y gallai hyn ei chael ar y ddarpariaeth gwasanaethau. Rydym wedi ymdrin â hyn yn fanwl yn ein hymateb i Adran 2.

¹⁴⁹ Cofnod y Trafodion, paragraff 229, 13 Mai 2010

¹⁵⁰ Cofnod y Trafodion, paragraff 131, 29 Ebrill 2010

Rhan 2: Trosolwg

207. Mae Rhan 2 o'r Mesur arfaethedig yn gwneud darpariaeth statudol i gynllunio gofal a thriniaeth i'r unigolion hynny sy'n cael gofal iechyd meddwl eilaidd.

Tystiolaeth gan Dystion

208. At ei gilydd, roedd y dystion yn croesawu'r darpariaethau yn Rhan 2 o'r Mesur arfaethedig. Teimlai rhai fod y fframwaith ar gyfer y dull hwn o weithredu yn bodoli eisoes, drwy'r Dull Rhaglen Ofal. Fodd bynnag, croesawyd y Mesur arfaethedig fel ffordd o sicrhau darpariaeth gyson ar draws Cymru a gwarantu bod cynlluniau gofal yn cael eu gweithredu.¹⁵¹

209. Credai rhai dystion na fyddai gwneud cynllunio gofal a chydgysylltu gofal yn rhwymedigaeth statudol o dan fframwaith y Mesur arfaethedig yn ddim ond deddfu ar gyfer yr hyn a ddylai fod yn digwydd eisoes, ac roeddent yn pryderu na fyddai deddfwriaeth yn caniatáu digon o hyblygrwydd i ddelio â chleifion yn ôl eu hangen clinigol.¹⁵²

210. Roedd dystion eraill, fodd bynnag, yn gweld cyflwyno'r Mesur arfaethedig fel cyfle i roi sylw i ddiffygion y Dull Rhaglen Ofal o ran cyflawni ei nod o ddarparu i unigolion sy'n cael eu derbyn i'r gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd gydgysylltydd gofal pwrpasol a chynllun gofal a thriniaeth. Dywedodd Grŵp Cynllunio Strategol Iechyd Meddwl Sir Fynwy, er enghraifft, wrthym fod diffygion y Dull Rhaglen Ofal, a nodwyd gan adolygiad diweddar, yn golygu ei bod yn ofynnol i'r Mesur gyflawni'r nod hwn.¹⁵³

Ein barn ni

211. Nodwn y gefnogaeth gyffredinol i amcanion Rhan 2 o'r Mesur arfaethedig. Rydym yn cytuno â'r angen i wneud darpariaeth statudol ar gyfer cynllunio gofal a thriniaeth i'r rhai sy'n cael gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd. Rydym felly yn cytuno ag egwyddorion cyffredinol Rhan 2.

¹⁵¹ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 63, MH 15 MH 9, MH 39, MH 63

¹⁵² Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 24

¹⁵³ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 47

Adran 11: Ystyr ‘glaf perthnasol’

212. Mae Adran 11 yn darparu diffiniad o ‘glaf perthnasol’ at ddibenion y rhan hon o’r Mesur arfaethedig. Caiff ‘glaf perthnasol’ ei ddiffinio fel oedolyn sy’n cael gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd gan ddarparwr gwasanaethau iechyd meddwl. Ymdrinnir â diffiniadau o Ddarparwyr Gwasanaethau Iechyd Meddwl Eilaidd yn Adran 12, a chaiff Gwasanaethau Iechyd Meddwl Eilaidd eu diffinio yn Adran 45 o’r Mesur arfaethedig hwn.

213. Mae’r Adran hon yw nodi’r cleifion hynny y bydd gydgysylltydd gofal yn cael ei benodi ar eu cyfer, ac y bydd y dyletswyddau ynglŷn â chynllunio gofal a thriniaeth a chydweithredu o ran darparu gwasanaethau yn gymwys iddynt.

Tystiolaeth gan dystion

214. Credai Hafal nad oedd y Mesur arfaethedig yn ddigon clir ynglŷn â sut mae ymdrin â’r rhai sy’n amharod i ymwneud â gwasanaethau eilaidd, a phu un ai peidio y byddai hyn yn golygu bod unigolion o’r fath yn ‘glaf perthnasol:

“Although it is acknowledged that it is often difficult to draw up a care plan in these circumstances, this can be very important for this often vulnerable group of patients, for example by giving assistance to carers and family members whom the patient may be prepared to engage with even though they will not engage for the time being with secondary mental health services.”¹⁵⁴

215. Pwysleisiodd Age Cymru hefyd werth cynlluniau gofal i’r rhai sy’n gwrthod triniaeth.¹⁵⁵

216. Cwestiynodd Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr y diffiniad o ‘glaf perthnasol’. Eglurodd Dr Miles ei fod yn bryderus, gan fod ‘gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd’ (gweler Adran 12) yn eu hanfod yn golygu holl wasanaethau’r GIG ar wahân i wasanaethau meddygon teulu, y byddai’r diffiniad o glaf perthnasol hefyd yn cwmpasu’r rhai

¹⁵⁴ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 6

¹⁵⁵ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 61

nad ydynt wedi cael dim ond cysylltiad byr iawn â gwasanaethau eilaidd.¹⁵⁶

“There are some patients who will attend community mental health services, that is, secondary mental health services, perhaps only on one occasion, who will have an assessment and are signposted to other services. That may be their only contact with secondary mental health services. Therefore, with regard to the meaning of ‘relevant patient’, we do not think that those patients who have one-off contact need a care co-ordinator.”¹⁵⁷

217. Tynnodd rhai tystion sylw at anghenion amrywiol cleifion â phroblemau seiciatrig mewn gofal eilaidd a chwestiynasant werth cynllunio gofal ym mhob achos:

“The requirement that they should have Care and Treatment Plan, a Care Co-ordinator, Needs Assessment and Risk Assessment in all cases is unnecessary, in my view, for patients who will be seen once or twice only, or for some, brief interventions over 5 sessions.”¹⁵⁸

Tystiolaeth gan y Gweinidog

218. Cawsom sicrwydd gan y Gweinidog a’i swyddogion y bydd Adrannau 17(3), 17(4) a 17(5) (mai’r rhain yn ymdrin â swyddogaethau cydgysylltydd gofal) yn cipio’r unigolion hynny sy’n amharod i ymwneud â gwasanaethau eilaidd. Dywedodd swyddog y Gweinidog wrthym fod yr adrannau hyn yn gwneud darpariaeth i ddatblygu cynllun gofal a thriniaeth pe bai’r rhai sydd â rhan yn gwneud trefniadau ar gyfer gwasanaethau eilaidd i glaf perthnasol, yn cynnwys y claf, yn methu dod i gytundeb, gan roi’r:

“... gallu i wneud cynlluniau gofal lle nad yw pobl yn cytuno â chanlyniadau ac ati.”¹⁵⁹

219. Dywedodd y Gweinidog a’i swyddogion wrthym hefyd fod hyn yn digwydd yn aml o dan y trefniadau presennol, ac mae bwriad y Mesur arfaethedig yw gwarantu dewis ac ymreolaeth i gleifion.¹⁶⁰

¹⁵⁶ Cofnod y Trafodion, paragraff 29, 13 Mai 2010

¹⁵⁷ Cofnod y Trafodion, paragraff 29, 13 Mai 2010

¹⁵⁸ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 22

¹⁵⁹ Cofnod y Trafodion, paragraff 72, 27 Mai 2010

220. Mae'r Memorandwm Esboniadol yn egluro mai'r amcan polisi yw:

“...bod **pob** unigolyn a dderbynnir i gael triniaeth yn y gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd drwy Gymru yn cael cynllun gofal a thriniaeth wedi'i baratoi gan gydgysylltydd gofal a'r cyfryw gynllun yn cael ei adolygu'n rheolaidd ganddo.”¹⁶¹
[Ychwanegwyd y pwyslais.]

Ein barn ni

221. Rydym wedi ystyried pryderon tystion ynglŷn â'r angen i'r Mesur arfaethedig ganiatáu i gynlluniau gofal gael eu paratoi ar gyfer y cleifion hynny'n sy'n amharod i ymwneud â gwasanaethau eilaidd, ond a fyddai'n barod i ymgysylltu â'u gofalwyr. Yng ngoleuni sylwadau'r Gweinidog am y darpariaethau yn Adran 17 (swyddogaethau gydgysylltydd gofal), **rydym yn fodlon fod darpariaeth ddigonol yn y Mesur arfaethedig i sicrhau y gall cleifion o'r fath elwa o gynllun gofal lle mae hyn yn briodol.**

222. Nodwn y pryderon a godwyd mewn tystiolaeth fod y Mesur arfaethedig yn diffinio oedolion sy'n cael gwasanaethau gofal iechyd eilaidd fel 'claf perthnasol', heb unrhyw ofyniad am lefel gymhwyso o gyswllt y byddai gofyn i'r claf ei chael gyda gwasanaethau eilaidd er mwyn i gydgysylltydd gofal gael ei benodi. Fodd bynnag, rydym o'r farn y byddai'n amhriodol diffinio'r lefel hon o gyswllt ar wyneb y Mesur. Rydym yn fodlon felly â'r darpariaethau yn Adran 11.

223. Ailadroddwn ein barn fod rhaid i'r cynllunio ar ofal claf gael ei yrru gan angen clinigol. Dylai penodi cydgysylltydd gofal gael ei seilio, felly, ar angen clinigol a dylai fod yn gymesur. Rydym o'r farn y dylai hyn gael ei egluro mewn canllawiau, er mwyn rheoli disgwyliadau cleifion ac i dawelu meddyliau darparwyr gwasanaethau.

Adran 12: Ystyr 'darparwr gwasanaeth iechyd meddwl'

224. Mae Adran 12 o'r Mesur arfaethedig yn diffinio darparwyr gwasanaeth iechyd meddwl eilaidd fel Gweinidogion Cymru, Byrddau Iechyd Lleol ac awdurdodau lleol yng Nghymru.

¹⁶⁰ Ibid.

¹⁶¹ Memorandwm Esboniadol, paragraff 28

Tystiolaeth gan Dystion

225. Roedd y tystion yn fodlon ar y cyfan â'r diffiniad o ddarparwyr gwasanaeth iechyd meddwl eilaidd.

226. Fodd bynnag, roedd Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, Coleg Brenhinol y Nyrsys a Chymdeithas Feddygol Prydain yn pryderu, er bod gweithwyr proffesiynol yn cydnabod yr angen i ddiffinio gwasanaethau yn y ffordd hon, fod symudiad tuag at gyflwyno gwasanaethau mewn ffordd fwy integredig ar draws gofal sylfaenol ac eilaidd. O ganlyniad, efallai na fydd yn glir i'r claf ai gan ddarparwr gwasanaethau sylfaenol ynteu eilaidd y mae ei ofal wedi cael ei ddarparu:

“Some of the developments proposed in the proposed Measure have been met to an extent because the barriers between primary and secondary care have been broken down. A concrete example would be where one would place crisis resolution teams. Are they in primary or secondary care?”¹⁶²

227. Ychwanegodd Cymdeithas Feddygol Prydain:

“One concern if we stick to the definitions of ‘primary’ and ‘secondary’ is that it will take us away from the patient and the severity of their condition. The assumption is that the very severe must be in secondary care and the very mild must be in primary care, but, in fact, many patients prefer to be in primary care so that they are not seen as secondary care patients.”¹⁶³

Ein barn ni

228. Nodwn bryderon tystion fod y terfynau rhwng gwasanaethau sylfaenol ac eilaidd yn mynd yn llai amlwg wrth i wasanaethau gael eu hintegreiddio'n gynyddol. Fodd bynnag, nodwn hefyd fod tystion, er gwaethaf hyn, yn fodlon â'r diffiniadau a gynhwyswyd yn Adran 12. Rydym hefyd yn fodlon, a chredwn ei bod yn briodol, fod gwasanaethau yn cael eu diffinio mewn deddfwriaeth yn y ffordd hon.

229. Fodd bynnag, ailadroddwn ein pryderon fod angen canllawiau clir ynglŷn â'r lefel o gyswllt y byddai angen i glaf ei chael â darparwyr gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd er mwyn

¹⁶² Cofnod y Trafodion, paragraff 78, 4 Mai 2010

¹⁶³ Ibid, paragraff 85

bod yn gymwys am y darpariaethau yn Rhan 2 o'r Mesur arfaethedig, ac y dylai hyn fod yn gymesur a chael ei yrru gan angen clinigol.

Adrannau 13 - 15: Penodi cydgysylltwyr gofal

230. Mae'r adrannau hyn yn delio â'r ddyletswydd a roddir ar ddarparwyr gwasanaethau i benodi cydgysylltydd gofal ar gyfer claf perthnasol (Adran 13); ac yn cyflwyno mecanwaith er mwyn nodi'r darparwyr sydd â dyletswydd i benodi cydgysylltydd gofal (Adrannau 14 a 15).

231. Yn ôl y Nodiadau Esboniadol sy'n cyd-fynd â'r Mesur arfaethedig:

“Mae'r Mesur ... yn cydnabod hefyd y gall y cydgysylltydd gofal ar gyfer unigolyn newid dros amser, o bosibl i adlewyrchu'r newidiadau yn anghenion y person sy'n cael y gwasanaethau, a phan fo hynny'n digwydd mae'r ddyletswydd i benodi cydgysylltydd gofal yn parhau.

Mae'r ddarpariaeth ar gyfer gofal a thriniaeth mewn gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd yn aml yn cael ei gwneud gan amrywiaeth o weithwyr proffesiynol gwahanol a thrwy gyfrwng nifer o asiantaethau, gan adlewyrchu'r anghenion cymhleth a all fod gan ddefnyddwyr y gwasanaethau hynny, a'r rheiny weithiau'n para'n hir. Mae cymhlethdod y ddarpariaeth yn cael ei gydnabod yn y Mesur.”¹⁶⁴

232. Yn ôl Adran 14(4), lle mae'r Bwrdd Iechyd Lleol a'r awdurdod lleol yn darparu gwasanaeth iechyd meddwl eilaidd i glaf perthnasol, bydd y darparwr gwasanaethau'n cael ei nodi yn unol â rheoliadau a wneir gan Weinidogion Cymru. Gallai'r rheoliadau ddarparu ar gyfer datrys anghydfod, a Gweinidogion Cymru fydd yn penderfynu ar eu gweithrediad. Fodd bynnag, nid yw'n glir a fydd hyn yn digwydd drwy broses ffurfiol ynteu drwy benderfyniad y Gweinidog.

Tystiolaeth gan Dystion

233. Roedd Mind Cymru yn pryderu nad yw'r iaith yn y rhan hon o'r Mesur arfaethedig yn ddigon cryf ac y gallai arwain at ansicrwydd ynglŷn â hawliau cleifion pe ceid anghydfod ynglŷn â'r cyfrifoldeb am

¹⁶⁴ Memorandwm Esboniadol, Atodiad A

ddarparu gwasanaeth. Galwasant am i'r broses ar gyfer anghydfod a datrys anghydfod yn Adran 14 fod yn "robust, independent, sensitive and timely."¹⁶⁵

Ein barn ni

234. Rydym o'r farn fod y darpariaethau sy'n gynwysedig yn adrannau 13 – 15 o'r Mesur arfaethedig, at ei gilydd, yn briodol.

235. Fodd bynnag, rydym yn bryderus ynglŷn â'r diffyg eglurder o ran y broses datrys anghydfod mewn achosion lle gallai bwrdd iechyd ac awdurdod lleol fod yn darparu gwasanaeth eilaidd, ond fod anghytuno.

236. Credwn y dylai unrhyw broses i ddatrys anghydfod, sydd i gael ei phennu drwy reoliadau, fod yn amserol. Gallai datblygu proses ffurfiol ar gyfer anghydfod o dan amgylchiadau o'r fath achosi oedi cyn darparu gofal a gallai gael effaith niweidiol ar les meddwl claf.

237. Rydym felly yn argymhell y dylai anghydfodau o'r fath gael eu datrys yn gyflym gan Weinidogion Cymru, ac y dylai hyn gael ei nodi'n glir yn y rheoliadau a wneir o dan Adran 14(4).

Adran 16: Dyletswydd i gydgysylltu darpariaeth gwasanaethau iechyd meddwl

238. Rhydd Adran 16 ddyletswydd ar y darparwr gwasanaethau perthnsol i gydgysylltu gwasanaethau iechyd meddwl, ac i sicrhau darpariaeth effeithiol. Mae'r darparwr gwasanaethau o dan ddyletswydd hefyd i gydgysylltu ei wasanaethau â gwasanaethau darparwyr gwasanaethau iechyd meddwl eraill, yn cynnwys y sector gwirfoddol.

239. Mae'r Mesur arfaethedig yn diffinio'r gwasanaethau iechyd meddwl y mae rhaid eu cydgysylltu fel: gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd (sy'n cynnwys rhai gwasanaethau gofal cymunedol); gwasanaethau o dan Ran 1 o'r Mesur; a, lle mae hynny'n gymwys, arfer pwerau'r awdurdod lleol mewn perthynas â gwarcheidiaeth o dan *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983*.

¹⁶⁵ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 5

Tystiolaeth gan Dystion

240. Mae Adran 16 (2) a (3) yn galluogi'r cydgysylltydd gofal, ond nid yw'n ei gwneud yn ofynnol iddo, roi cyngor i'r darparwyr gwasanaethau ar gydgysylltu gwasanaethau. Credai Mind Cymru y dylid cryfhau'r iaith yn yr is-adrannau hyn i warantu bod y cydgysylltydd gofal yn ymwneud â phob agwedd o ofal y claf.

241. Roedd Mind Cymru yn bryderus hefyd nad oedd gweithwyr cymorth a fu'n cefnogi cleifion cyn iddynt gael eu derbyn wedi cael eu cynnwys yn aml, yn y gorffennol, ar unrhyw grwpiau cynllunio rhyddhau neu wasanaeth. Galwodd ar i'r cydgysylltydd gofal:

“To be sufficiently involved with the service user to ensure all relevant individuals and organisations are fully involved in the care planning and review process, with the permission of the service user.”¹⁶⁶

242. Ar y mater hwn, dywedodd Gofal Cymru:

“We ... hope that the duty to coordinate the provision of mental health services will lead to a more joined up approach between health, social services and voluntary sector providers in the interest of the individual receiving treatment from them.”¹⁶⁷

Ein barn ni

243. Nodwn bryderon llawer o dystion ynglŷn â'r angen i'r cydgysylltydd gofal ymwneud â phob agwedd o ofal claf. Fodd bynnag, **ni chredwn fod angen diwygio Adran 16(2) a (3) i'w gwneud yn ofynnol i'r darparwr gwasanaethau geisio cyngor y cydgysylltydd gofal ynglŷn â chyflawni ei ddyletswydd o dan Adran 16(1). Amgylchiadau unigol fydd yn pennu a yw hyn yn angenrheidiol, ac rydym yn fodlon felly y bydd darpariaethau Adran 16(2) a (3) yn caniatáu ar gyfer hyn.**

244. Nodwn hefyd rôl bwysig y sector gwirfoddol yn darparu cymorth i'r rhai sydd â phroblemau iechyd meddwl, ac mewn llawer o achosion yn darparu gwasanaethau iechyd meddwl. **Croesawn y cyfeiriad yn y Mesur arfaethedig at 'unrhyw wasanaethau sy'n ymwneud ag iechyd meddwl ac sy'n cael eu darparu ar gyfer y claf gan gorff**

¹⁶⁶ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 5

¹⁶⁷ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 6

gwirfoddol', ac rydym o'r farn fod hyn yn dangos yn glir fod rhaid i'r darparwyr gwasanaethau cydgysylltu gofal â darpriaeth y sector gwirfoddol. Rydym yn fodlon felly â'r darpariaethau sydd wedi'u cynnwys yn Adran 16.

Adran 17: Swyddogaethau cydgysylltydd gofal

245. Yn ôl y Nodiadau Esboniadol:

“Mae pwysigrwydd mynd ati mewn cydweithrediad i gynllunio gofal wedi'i grisialu yn Adran 17 o'r Mesur arfaethedig.”¹⁶⁸

246. Mae'n ofynnol yn ôl Adran 17 i'r cydgysylltydd gofal weithio gyda'r claf a'r darparwr/wyr gofal i gytuno ar ganlyniadau'r gofal, a sut y caiff y canlyniadau hynny eu gwireddu. Rhaid cofnodi'r materion hyn mewn cynllun trin, ac mae ei ffurf a'i gynnwys i gael eu pennu mewn rheoliadau (Adran 17(8)).

247. Mae'n ofynnol yn ôl Adran 17(10) i ddarparwyr gwasanaethau iechyd meddwl ddarparu gwasanaethau i'r claf perthnasol yn unol â'r cynllun gofal a thriniaeth 'i'r graddau y mae'n rhesymol ymarferol i wneud hynny'.

Tystiolaeth dan Dystion:

248. Credai'r mwyafrif o'r dystion fod y ffordd o gynllunio gofal a amlinellir yn Adran 17, sy'n darparu fframwaith deddfwriaethol i'r Dull Rhaglen Ofal, i'w chroesawu.

249. Wrth alw am ddull tebyg yn y gwasanaethau iechyd meddwl plant a'r glasoed, croesawodd Barnado's Cymru y dull cynllunio gofal a nodir yn Adran 17, gan egluro ei fod yn rhoi eglurhad defnyddiol o swyddogaethau'r cydgysylltydd gofal, a'i fod yn gwneud:

“... significant points ... in relation to the participation of the patient in the planning of their care.”¹⁶⁹

250. Credai dystion o elusennau iechyd meddwl y dylai cynlluniau gofal fod yn gyfannol, gan fabwysiadu dull sy'n ystyried pob agwedd a allai effeithio ar fywyd claf, ac a allai effeithio ar ei adferiad. Dywedodd Mind Cymru wrthym:

¹⁶⁸ Memorandwm Esboniadol, Atodiad A

¹⁶⁹ Cofnod y Trafodion, paragraff 18, 20 Mai 2010

“The care and treatment planning process should be person-centred and needs-led (...) Contextual information such as the degree of social exclusion (homelessness, poverty, and access to support networks for example,) also needs to be considered within the proposed model.”¹⁷⁰

251. Roedd gan Hafal farn debyg, a galwodd am i bob cynllun gofal gwmpasu:

“... the nine areas of life identified in the current Welsh Code of Practice for the Mental Health Act, that is:

- finance and money
- accommodation
- personal care and physical wellbeing
- training and education
- work and occupation
- parenting or caring relationships
- social, cultural and spiritual
- medical treatment
- other forms of treatment including psychological interventions.”¹⁷¹

252. Ymdrinnir â chynlluniau gofal mewn rheoliadau, o dan Adran 17(8). Galwai Hafal am i'r Mesur ei hun, yn hytrach na rheoliadau, bennu sut y dylai cynlluniau gofal gael eu darparu.¹⁷² Fel y'i drafftwyd, byddai'r Mesur arfaethedig yn darparu ar gyfer rheoliadau drwy weithdrefn negyddol. Dywedai tystiolaeth ysgrifenedig Gofal Cymru:

“... getting these regulations right will be extremely important.”¹⁷³

Ein barn ni

253. Croesawn ddarpariaethau Adran 17, sydd yn ein barn ni yn nodi'n glir swyddogaethau cydgysylltydd gofal a'r ffordd o ymdrin â chynllun gofal.

254. Yng ngoleuni'r dystiolaeth a ddaeth i law, **rydym o'r farn na ddylai ffurf a chynnwys cynlluniau gofal a thriniaeth, sydd i gael eu gwneud o dan Adran 17(8), fod yn faterion gweinyddol yn unig. Credwn y dylai'r cynlluniau gofal adlewyrchu'r Model Adferiad gan**

¹⁷⁰ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 5

¹⁷¹ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 4

¹⁷² Ibid

¹⁷³ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 6

ystyried gwybodaeth gyd-destunol arall a allai helpu'r claf yn ei adferiad, a dylent gael eu harwain gan y claf. Argymhellwn fod hyn yn cael ei adlewyrchu yn y rheoliadau.

255. Er ein bod yn cydnabod yr angen i fod yn gymesur wrth gynllunio gofal a thriniaeth, rydym yn pryderu y gallai mynnu bod darparwyr gwasanaethau yn darparu'r gwasanaethau a gaiff eu nodi yn y cynllun gofal a thriniaeth 'i'r graddau y mae'n rhesymol ymarferol i wneud hynny' (Adran 17(10)) olygu bod y broses hon yn cael ei gyrru gan argaeledd adnoddau. Ailadroddwn ein barn y dylai cynllunio gofal fod yn gyfannol ac y dylai adlewyrchu'r Model Adferiad.

256. O ystyried mor bwysig yw'r cynlluniau gofal a thriniaeth i helpu adferiad claf, a'r angen am eglurder ynglŷn ag amcanion cynlluniau gofal, rydym yn argymhell bod y set gyntaf o reoliadau a wneir o dan Adran 17(8) yn cael eu gwneud gan ddefnyddio'r weithdrefn gadarnhaol.

Rhan 3: Trosolwg

257. Mae Rhan 3 o'r Mesur yn galluogi unigolion sy'n cael eu rhyddhau o wasanaethau iechyd meddwl eilaidd i atgyfeirio'u hunain yn ôl yn uniongyrchol at y gwasanaethau eilaidd, heb fod rhaid iddynt fynd at eu meddyg teulu i gael eu hatgyfeirio.

Tystiolaeth gan Dystion

258. Croesawai'r rhan fwyaf o dystion y rhan hon o'r Mesur arfaethedig, a chyfeiriodd llawer at yr effaith gadarnhaol y gallai hyn ei chael drwy rymuso cyn ddefnyddwyr gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd. Dywedodd Gofal Cymru:

“Having previously been in receipt of such services, individuals will often be more aware than anyone else when they are in need of such support again and we hope that this aspect of the proposed Measure ... will result in timelier access to support when people first find themselves becoming unwell.”¹⁷⁴

259. Adleisiodd nifer o dystion y farn hon, gyda rhai'n tanlinellu'r ffaith y gallai caniatáu ailfynediad cyflym at wasanaethau gofal eilaidd annog rhyddhau'n gynharach, gan y byddai cleifion a chlinigwyr yn hyderus y gellid mynd yn ôl at y gwasanaethau pe bai rhaid. Cyfeiriodd tystiolaeth gan Gyngor Bwrdeistref Sirol Conwy at y ffordd y byddai hyn yn grymuso cleifion, gan ddweud ei fod yn:

“... fits well with the recovery model and restores some of the balance between client and professional in determining when they may need assistance again.”¹⁷⁵

260. Fodd bynnag, dywedodd Coleg Brenhinol y Seiciatryddion wrthym y gallai fod canlyniadau nas bwriadwyd o ganlyniad i'r darpariaethau yn Rhan 3:

“Statutory prioritisation may also carry clinical risk. Some self-referred individuals may have lower levels of risk and need than unknown individuals, yet they may be arbitrarily prioritised”.¹⁷⁶

¹⁷⁴ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 6

¹⁷⁵ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 39

¹⁷⁶ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 14

261. Roedd ymatebwyr eraill yn pryderu ynglŷn â chapasiti gwasanaethau eilaidd i ateb mwy o alw o du cyn-ddefnyddwyr gwasanaethau¹⁷⁷ ac am yr angen i sicrhau bod y rhai sy'n ailgysylltu â gwasanaethau yn gallu elwa ohonynt.¹⁷⁸ Cafwyd awgrymiadau y dylid diffinio lefel gymhwyso o gyswllt blaenorol â gwasanaethau fel na fydd y rhai nad ydynt ond wedi cael ymwneud minimal¹⁷⁹ yn cael eu cynnwys neu i gyfyngu hunan ailatgyfeirio i'r rhai sydd ar y Dull Rhaglen Ofal,¹⁸⁰ neu'r i'r rhai sydd ar y Dull Rhaglen Ofal Lefel Uwch.¹⁸¹

262. Tynnodd tystion sylw hefyd at yr angen i reoli disgwyliadau cleifion ac i fod yn eglur ynglŷn â'r ffaith na fyddai triniaeth yn cael ei gwarantu oni fyddai ei hangen.¹⁸² Teimlai rhai ymatebwyr y byddai angen eglurder hefyd i sicrhau bod cleifion yn deall bod:

“... the right to an assessment does not guarantee the right to health, social, housing or welfare services.”¹⁸³

Tystiolaeth gan y Gweinidog

263. Mewn tystiolaeth, dywedodd y Gweinidog wrthym:

“Nod y rhan hon o'r Mesur arfaethedig yw galluogi cyn ddefnyddwyr gwasanaethau i reoli'r cyfleoedd i gael mynediad i wasanaethau eilaidd. Rhagwelir y bydd hyn yn cynorthwyo cleifion i gael eu rhyddhau'n ddiogel ac effeithiol o wasanaethau (...) Mae'n bwysig oherwydd bydd yn cynorthwyo pobl i wella, sy'n agwedd bwysig ar y Mesur arfaethedig.”¹⁸⁴

Ein barn ni

264. Nodwn y gefnogaeth gyffredinol i Ran 3 o'r Mesur arfaethedig sy'n rhoi ffordd gyflym yn ôl at wasanaethau, os oes angen hynny, i gleifion a ryddheir o wasanaethau eilaidd. Yn ein barn ni bydd y darpariaeth hyn yn grymuso cleifion ac yn eu cynorthwyo i wella. Rydym felly yn cefnogi egwyddorion cyffredinol Rhan 3 o'r Mesur arfaethedig.

¹⁷⁷ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 57, MH 10

¹⁷⁸ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 10

¹⁷⁹ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 15

¹⁸⁰ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 10

¹⁸¹ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 2

¹⁸² Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 15

¹⁸³ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 42

¹⁸⁴ Cofnod y Trafodion, paragraff 139, 29 Ebrill 2010

265. Fodd bynnag, nodwn bryderon tystion ynglŷn â blaenoriaethu cleifion a'r angen i ddarparwyr gwasanaethau reoli'r galw yn ofalus. Credwn y bydd angen gwybodaeth glir i reoli disgwyliadau cleifion a sicrhau bod pobl yn deall eu hawliau.

Rydym wedi darparu sylwadau manwl ar gymhwyso a hawliau mewn perthynas ag Adrannau 21 – 23.

Adran 21 - 23: Hawl i asesiad

266. Mae Adran 21 yn nodi'r amodau y byddai angen i un o gyn ddefnyddwyr y gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd eu bodloni i fod â hawl i asesiad o dan Ran 3. Mae Adran 21(1)(d) yn galluogi'r darparwr gwasanaethau i benderfynu a yw'r cais yn 'flinderus neu'n wacsaw'.

267. Mae Adran 22 yn darparu ar gyfer 'cyfnod rhyddhau perthnasol' pryd y byddai gan gyn-ddefnyddwyr gwasanaethau iechyd meddwl eilaidd hawl i ailasesiad. Câi'r cyfnod rhyddhau ei nodi mewn rheoliadau o dan Adran 22(2), a wneir dan ddefnyddio'r weithdrefn negyddol.

268. O dan Adran 23, bydd dyletswydd yn cael ei rhoi ar y bwrdd iechyd lleol neu'r awdurdod lleol perthnasol i ddarparu gwybodaeth ysgrifenedig am y trefniadau asesu, a'r hawl i asesiad o dan Ran 3.

Tystiolaeth gan Dystion: hawl

269. Er i Ran 3 o'r mesur gael ei groesawu gan y mwyafrif helaeth o'r tystion, roedd rhai'n bryderus y byddai'r hawl i hunan ailatgyfeirio yn arwain at ddryswch ac anawsterau i rai cleifion a chredent y dylai'r hawl gael ei diffinio'n glir o dan Adrannau 21 a 22. Amlygodd Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, er enghraifft, bryderon mewn perthynas â'r diffiniadau o ofal 'eilaidd' a 'sylfaenol', a'r ddealltwriaeth a fyddai gan gleifion efallai o'u hawl o ganlyniad:

“Some of the difficulties may be around what currently constitutes secondary care (...) How you define secondary care could be extremely difficult because the person themselves might perceive that they have been in secondary care.”¹⁸⁵

270. Gan adleisio sylwadau mewn tystiolaeth ysgrifenedig ar gyfyngu hunan ailatgyfeirio i ddefnyddwyr a oedd wedi cymryd rhan yn y Dull Rhaglen Ofal, dywedodd Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr

¹⁸⁵ Cofnod y Trafodion, paragraff 140, 4 Mai 2010

wrthym fod angen diffiniadau clir o'r cleifion hynny a gâi ailgysylltu â gwasanaethau i sicrhau bod gwasanaethau'n cael eu blaenoriaethu ar sail angen clinigol:

"We welcome the ability of those patients with significant mental health problems, who have been through hospital care, longer-term counselling and other treatment in the community mental health teams, to have access back into the service for a period of time (...) the problem might come in that many patients have limited needs from community mental health services. They may go in for an assessment and may be signposted or have reassurance, but many will have lower mental health needs (...) If there is an enshrined right for these to access the service again, there are some concerns that these patients, because they feel that the need to service, might seek access back into the system. That will tie up capacity that ought to be expended on those people who are more seriously ill."¹⁸⁶

271. Tynnodd Coleg Brenhinol y Seiciatryddion sylw at bwynt tebyg mewn tystiolaeth ysgrifenedig, ac roedd yn bryderus hefyd y byddai hyn yn effeithio ar flaenoriaethu gwasanaethau:

"Prompt access to secondary mental health services should be a universal entitlement not restricted to those who have previous contact. This Measure may act as a perverse incentive to prioritise this group with a statutory entitlement over others, either those with no previous contact or those discharged outside of the relevant discharge period."¹⁸⁷

272. Codai cyflwyniad ar y cyd gan Gymdeithas Llywodraeth Leol Cymru a Chymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol bryderon ynglŷn â'r diffyg darpariaeth i 'ofalwr' neu 'berthynas agosaf' ailatgyfeirio at wasanaethau gofal eilaidd, er mwyn cynorthwyo'r unigolyn sy'n cael gofal.¹⁸⁸ Ymhelaethodd Cymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol ar y pwynt hwn:

"Those who live with someone with mental health problems need to be listened to, because they are with that person many

¹⁸⁶ Cofnod y Trafodion, paragraff 69, 13 Mai 2010

¹⁸⁷ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 14

¹⁸⁸ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 25

more hours a day than professionals. Hence, the carers should have the right to make a referral.”¹⁸⁹

Tystiolaeth gan Dystion: y cyfnod rhyddhau perthnasol

273. Roedd cynnwys ‘cyfnod rhyddhau perthnasol’ y gellid gwneud ceisiadau oddi mewn iddo yn cael ei groesawu gan sawl tyst, ond dywedasant fod angen diffinio hyn yn glir (Adran 22). Cododd yr Athro Phil Fennell bryderon ynglŷn â’r diffyg:

“... time limit in the proposed Measure, and no clarity about how long after discharge you will get those services.”¹⁹⁰

274. Credai Cymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol y dylai hawl o dan Ran 3 o’r Mesur arfaethedig:

“... look back far enough so that the treatment or a service that an adult has as a child counts towards the right to a reassessment.”¹⁹¹

Tystiolaeth gan y Gweinidog

275. Dywedodd y Gweinidog wrthym ei bod yn cadw mewn cof y sylwadau a wnaed ynglŷn â chymhwyso o dan Adrannau 21 i 23, a sicrhodd ni ei bod wedi gofyn i’r swyddogion edrych eto ar y mater hwn er mwyn:

“... pwysu a mesur gwelliant i’r Mesur arfaethedig i sicrhau bod y ffiniau’n cael eu llunio’n briodol.”¹⁹²

276. Gan gyfeirio at yr angen i’r cyfnod rhyddhau ystyried unrhyw wasanaethau yr arferai oedolyn eu cael gan y Gwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a’r Glasoed, eglurodd swyddog y Gweinidog:

“Os yw person ifanc wedi derbyn Gwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a’r Glasoed, a’i fod yn cyrraedd ei ben-blwydd yn ddeunaw, bydd yn cael ei gwmpasu o’r pen-blwydd hwnnw tan ddiwedd y cyfnod perthnasol, beth bynnag ei hyd. Er enghraifft, pe bai person wedi’i ryddhau o Wasanaethau Iechyd Meddwl Plant a’r Glasoed yn 17 oed, ac y cyfnod rhyddhau perthnasol

¹⁸⁹ Cofnod y Trafodion, paragraff 252, 13 Mai 2010

¹⁹⁰ Cofnod y Trafodion, paragraff 46, 4 Mai 2010

¹⁹¹ Cofnod y Trafodion, paragraff 209, 13 Mai 2010

¹⁹² Cofnod y Trafodion, paragraff 74, 27 Mai 2010

yw tair blynedd, yna o'i ben-blwydd yn ddeunaw ac am weddill y ddwy flynedd sydd ar ôl, byddai'n cael ei gynnwys."¹⁹³

Ein barn ni

277. Nodwn bryderon tystion ynglŷn â pha gleifion sy'n gymwys i ofyn am ailatgyfeiriad, a phwysigrwydd sicrhau bod cleifion yn deall nad oes gwarant o driniaeth os nad ystyrir bod hynny'n angenrheidiol yn glinigol. Nodwn hefyd y sylwadau ynglŷn â'r diffyg diffiniad o lefel gymhwyso o gyswllt blaenorol â gwasanaethau, i sicrhau bod gwasanaethau'n cael eu targedu at y rhai sydd â'r angen mwyaf. Credwn y bydd angen diffinio terfynau, a chytunwn gyda bwriad y Gweinidog i ddiwygio'r Mesur arfaethedig yn unol â hynny.

278. Credwn fod y ddarpariaeth yn Adran 21(1)(d), sy'n rhoi'r disgrisiwn i ddarparwyr gwasanaethau i ystyried a yw cais am asesiad yn flinderus neu'n wacsaw, yn briodol a'i bod yn caniatáu i benderfyniadau gael eu seilio ar farn glinigol. Fodd bynnag, rydym yn argymhell bod canllawiau clir yn cael eu datblygu i reoli disgwyliadau cleifion ac i gefnogi penderfyniadau darparwyr gwasanaethau.

279. Er gwaethaf yr esboniad a ddarparwyd gan y Gweinidog, rydym yn bryderus ynglŷn â'r diffyg eglurder o ran y cyfnod rhyddhau, a pha gleifion sydd wedi cael Gwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed yn y gorffennol sy'n gymwys ar gyfer darpariaethau Rhan 3. **Pe bai'r Gweinidog yn gwrthod ein hargymhellion ynglŷn â'r angen i'r Mesur arfaethedig fod yn 'ddall i oedran', rydym yn argymhell y dylai'r rheoliadau a wneir o dan Adran 22, a fydd yn diffinio'r cyfnod rhyddhau perthnasol, egluro a yw defnyddwyr blaenorol Gwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed yn gymwys.**

280. Rydym yn argymhell y dylai'r rheoliadau a wneir o dan Adran 22, i sefydlu am ba gyfnod o amser ar ôl cael ei ryddhau y byddai cyn-ddefnyddiwr gwasanaethau yn parhau'n gymwys i gael ailasesiad o dan Adran 21, ddilyn y weithdrefn gadarnahol.

¹⁹³ Cofnod y Trafodion, paragraff 76, 27 Mai 2010

Rhan 4: Trosolwg

281. Mae Rhan 4 o'r Mesur Arfaethedig yn diwygio *Deddf Iechyd Meddwl 1983* (Deddf 1983) mewn perthynas ag Eiriolaeth Iechyd Meddwl Annibynnol. Mewn osodir Adrannau newydd yn Neddf 1983 sy'n darparu ar gyfer cynllun statudol o eiriolaeth annibynnol yng Nghymru sy'n ehangach na'r ddarpariaeth statudol a ddarperir ar hyn o bryd yn unol â Deddf 1983. Bydd eiriolaeth annibynnol ar gael, felly, i gleifion sy'n ddarostyngedig i orfodaeth o dan Ddeddf 1983, a'r rhai sydd yn yr ysbyty yn anffurfiol (ddim yn ddarostyngedig i orfodaeth). Byddai ystod ehangach o gleifion dan orfodaeth yn gymwys i gael eiriolaeth annibynnol; mae'r Mesur arfaethedig yn bwriadu cynnwys y rhai sy'n destun gorchmynion brys tymor byr nad ydynt ar hyn o bryd yn cael cymorth eiriolwr annibynnol.

282. Mae Adrannau 29 i 36 o'r Mesur arfaethedig yn mewnosod Adrannau newydd 130E i 130L yn Neddf 1983. Mae Adran 37 o'r Mesur arfaethedig yn diwygio Adran 118 o Ddeddf 1983 (cymhwyso cod ymarfer *Deddf Iechyd Meddwl 1983*) mewn perthynas ag Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol yng Nghymru.

Tystiolaeth gan Dystion

283. Clywsom dystiolaeth gref iawn yn cefnogi rôl yr Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol ac yn pwysleisio pwysigrwydd eu gwaith yn cynrychioli cleifion sydd ag anghenon iechyd meddwl. Dywedodd cynrychiolwyr Cymdeithas Llywodraeth Leol Cymru a Chymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol wrthym:

“Advocacy is not a panacea for ensuring that individuals receive care and support with respect and dignity, and if people are to have advocates, then the arrangements must ensure that the provision of such a service is fit for purpose; that is, advocacy gives people experiencing mental health problems a voice in the decision making process.”¹⁹⁴

284. Roedd cefnogaeth gyffredinol i amcanion y Mesur arfaethedig mewn perthynas â gwasanaethau eiriolaeth statudol, yn enwedig o ran ymestyn gwasanaethau i gleifion anffurfiol. Fodd bynnag, roedd rhai amheuan ynglŷn â goblygiadau ymarferol cefnogi rhai cleifion sy'n

¹⁹⁴ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 25

ddarostyngedig i bwerau gorfodol tymor byr o dan *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983*, a'r ystyriaethau adnoddau mewn perthynas â hyn.¹⁹⁵
Dywedodd un ymatebwr:

“... those involved in advocacy are concerned that it would be difficult to ensure access to advocacy in this short period. This would be exacerbated in rural areas.”¹⁹⁶

285. Rydym wedi trafod y mater hwn ymhellach yn ein sylwadau ar Adran 33.

286. Credai nifer o dystion y dylai manteision gwasanaethau eiriolaeth gael eu hymestyn i bob claf sy'n defnyddio gwasanaethau iechyd meddwl ar draws gofal sylfaenol ac eilaidd. Eglurodd tystion o Hafal y sail resymegol i'r awgrym hwn:

“When people first present as mentally ill ... very often they have no idea what their rights are and what information is available. Therefore, advocacy services can only enhance people's ability to take control of their own lives and to start taking responsibility from the outset (...) Advocacy services are vital to represent people and encourage them to learn about what is going on.”¹⁹⁷

287. Dywedodd Mind Cymru wrthym y bu ymdrechion i ymestyn y darpariaethau eiriolaeth i sefydliadau yn y gymuned, ond na lwyddodd hyn er bod y targedau eisoes yn eu lle. Tynnodd Mind Cymru hefyd sylw at y ffaith y gallai'r diffyg eiriolaeth i bawb olygu goblygiadau i weithrediad llwyddiannus darpariaethau Rhan 3 y mesur arfaethedig, sy'n galluogi defnyddwyr blaenorol i ailgysylltu â gwasanaethau eilaidd. Os nad yw'r bobl hynny yn gallu troi at eiriolaeth yn y gymuned, ni fydd rhai ohonynt yn gofyn am gael mynd yn ôl at y gwasanaethau eilaidd.¹⁹⁸

288. Credai Mind Cymru hefyd ei bod yn debygol, yn ymarferol, mai ychydig o bobl a fyddai am fanteisio ar y ddarpariaeth, cyhyd â bod digon o wybodaeth ar gael.¹⁹⁹ Adleisiodd Gofal y farn hon, gan ddweud y byddai mynediad at wybodaeth a chyingor annibynnol, da, ynglŷn â'u hawliau o fudd i lawer:

¹⁹⁵ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 10

¹⁹⁶ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 51

¹⁹⁷ Cofnod y Trafodion, paragraff 47, 22 Ebrill 2010

¹⁹⁸ Cofnod y Trafodion, paragraff 99, 22 Ebrill 2010

¹⁹⁹ Cofnod y Trafodion, paragraff 100, 22 Ebrill 2010

“Some people need advocacy, but some just need recourse to their rights being upheld, or duties not being upheld.”²⁰⁰

289. Mynegodd rhai tystion y farn nad oedd y darpariaethau i ehangu eiriolaeth yn mynd yn ddigon pell, gan adael rhai grwpiau bregus heb eu cynnwys.²⁰¹ Yn eu mysg mae’r rheini yn y gymuned a chanddynt anghenion cymhleth sy’n cael cymorth gan dimau argyfwng ac ymyrraeth gartref,²⁰² pobl mewn cartrefi gofal,²⁰³ a’r rhai sy’n cael eu cadw’n gaeth dan orfodaeth ond sydd wedi cael dod allan fel rhan o gynllunio rhyddhau.²⁰⁴ Tynnodd un ymatebydd sylw at y ffaith fod y nifer o bobl sy’n defnyddio’r gwasanaethau hyn ar gynnydd, sy’n tanlinellu’r angen i ddarparu cymorth eiriolwr iddynt.²⁰⁵

Tystiolaeth gan y Gweinidog

290. Eglurodd y Gweinidog pam yr oedd wedi dewis peidio ag ymestyn eiriolaeth statudol i bawb sy’n cael gofal iechyd meddwl sylfaenol ac eilaidd:

“Credaf y bydd eiriolaeth yn parhau i dyfu a datblygu. Efallai y byddwn am edrych ar ddeddfwriaeth yn y dyfodol sy’n rhoi sylw priodol i eiriolaeth gymunedol.”²⁰⁶

291. Eglurodd y Gweinidog hefyd mai cyfyngedig yw’r ehangu ar y ddarpariaeth eiriolaeth statudol oherwydd:

“Mae ystod o eiriolaeth anstatudol ar gael ar hyn o bryd ledled Cymru ... eu bod ar hyn o bryd yn cynorthwyo gofal sylfaenol yn ogystal â gwasanaethau gofal cymunedol.”²⁰⁷

Ein barn ni

292. Daeth tystiolaeth sylweddol i law yn cefnogi’r darpariaethau yn Rhan 4 o’r Mesur arfaethedig sy’n ymestyn y darpariaethau eiriolaeth statudol sydd ar gael yng Nghymru o dan *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983*. Cytunwn â nod Rhan 4 o’r Mesur arfaethedig ac rydym felly yn fodlon ag egwyddorion cyffredinol Rhan 4.

²⁰⁰ Cofnod y Trafodion, paragraff 155, 22 Ebrill 2010

²⁰¹ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH,37

²⁰² Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH,21, MH,35, MH,56, MH,59

²⁰³ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH,61

²⁰⁴ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 42, MH 51

²⁰⁵ Cofnod y Trafodion, paragraff 154, 29 Ebrill 2010

²⁰⁶ Cofnod y Trafodion, paragraff 147 29 Ebrill 2010

²⁰⁷ Cofnod y Trafodion, paragraff 146, 29 Ebrill 2010

293. Dywedodd dystion wrthym y byddai llawer o fanteision yn deillio o fynediad i bawb at wasanaethau eiriolaeth, ac maent wedi awgrymu y dylai pob claf sy'n cael gwasanaethau iechyd meddwl, ar draws gofal sylfaenol a gofal eilaidd, fod â hawl i eiriolwr. Er ein bod yn cytuno y byddai manteision sylweddol i rai cleifion mewn gofal sylfaenol ac yn y gymuned o gael cymorth gan eiriolwr annibynnol, ni chredwn y byddai mynediad i bawb at wasanaethau eiriolaeth statudol yn briodol ar hyn o bryd.

Adran 29: Eiriolaeth iechyd meddwl annibynnol: Cymru

294. Mae Adran 29 yn mewnosod Adran 130E newydd yn *Neddf Iechyd Meddwl 1983*.

295. Yn benodol, mae Adran 130E o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* yn rhoi dyletswydd ar Weinidogion Cymru i wneud trefniadau i gymorth gael ei ddarparu gan yr Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol. Bydd help o'r fath ar gael i ddau grŵp o gleientiaid: cleifion cymwys Cymru dan orfodaeth (gweler Adran 33); a chleifion anffurfiol cymwys Cymru (gweler Adran 34).

296. Mae Adran 130E yn sefydlu egwyddor o annibyniaeth i eiriolwyr ac mae'n galluogi'r Gweinidog i wneud rheoliadau yn nodi'r safonau a'r cymwysterau y bydd angen i unrhyw unigolyn sydd am gymhwyso fel Eiriolwr Iechyd Meddwl Annibynnol eu bodloni. Mae Adran 130E(4) yn cynnwys y pŵer i'r Gweinidog i wneud rheoliadau yn nodi oddi wrth bwy y dylai'r Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol fod yn annibynnol.

Tystiolaeth gan Dystion

297. Croesawai'r rhan fwyaf o dystion yr ehangu ar eiriolaeth statudol y darperir ar ei gyfer gan y ddyletswydd a roddir ar Weinidogion Cymru yn Adran 130E(1). Dywedai tystiolaeth ysgrifenedig oddi wrth Eiriolaeth Iechyd Meddwl De Cymru, er enghraifft:

“The proposal to extend the current arrangements to informal patients is once again welcome. Experience shows that informal patients require the same support as those detained and in reality most informal patients are subject to the same restrictions as those who are detained.”²⁰⁸

²⁰⁸ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 21

298. Cododd Jonathan Morgan AC bryderon ynglŷn â chwmpas y Mesur arfaethedig yn Adran 130E(4) o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adran 29 o'r Mesur arfaethedig), ac awgrymodd y gallai fod dadl dros ganiatáu i ffrindiau agos, gofalwyr neu aelodau o deulu claf weithredu fel eiriolwyr:

“I would be concerned if we were saying to patients that an advocate has to be someone who has undertaken training or someone working for one of the mental health charities, and that it could not be someone who is a close friend, a carer, or a member of your family (...) We all know of situations ... where a family member understands the patient extremely well, where a family member understands the condition of that person, and they understand the nature of the treatment and what works well for that person.”²⁰⁹

299. Pan gwestiynwyd Eiriolaeth Cymru ynglŷn â phriodoldeb yr awgrym hwn, dywedodd wrthym y byddai cynnwys ffrindiau neu deulu yn ffurfiol yn y broses eiriolaeth yn gwbl groes i egwyddorion eiriolaeth.²¹⁰

300. Mae'r rheoliadau sydd ar waith ar hyn o bryd (o dan *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983*) yn sefydlu egwyddor o annibyniaeth. Adlewyrchir hyn yn adran newydd 130E(4) o *Ddeddf 1983*.

Tystiolaeth gan y Gweinidog

301. Mewn ymateb i gwestiynau ynglŷn â'r posibilrwydd o ehangu'r rhai a all fod yn eiriolwyr i gynnwys teulu a ffrindiau, dywedodd swyddog y Gweinidog wrthym:

“Bydd y rheoliadau yn dilyn patrwm y rheini sy'n gweithio yn awr; mae'r lefel honno o annibyniaeth a phroffesiynoldeb yn bwysig, felly bwriadwn barhau ar y sail honno ... ar hyn o bryd mae'r rheoliadau yn atal [teulu a ffrindiau rhag gweithredu fel eiriolwyr]: ni allwch fod yn eiriolwr oni bai fod bwrdd yn eich cymeradwyo.”²¹¹

²⁰⁹ Cofnod y Trafodion, paragraff 51, 29 Ebrill 2010

²¹⁰ Cofnod y Trafodion, paragraff 144, 13 Mai 2010

²¹¹ Cofnod y Trafodion, Paragraffau 166 a 168, Ebrill 29 2010

Ein barn ni

302. Credwn fod annibyniaeth eiriolwyr iechyd meddwl yn hanfodol i sicrhau bod cleifion yn cael eu cynrychioli'n deg. **Credwn y dylai'r egwyddor o annibyniaeth eiriolwyr iechyd meddwl statudol gael ei chadw ac rydym yn fodlon felly fod y darpariaethau a fewnosodir gan Adran 29 yn cadw'r annibyniaeth hon.**

Adrannau 30 – 31: Darpariaeth bellach ynghylch eiriolaeth iechyd meddwl annibynnol ar gyfer cleifion cymwys Cymru dan orfodaeth a chleifion anffurfiol

303. Mae Adrannau 30 a 31 yn mewnosod Adrannau 130F a 130G yn *Neddf Iechyd Meddwl 1983*. Mae'r adrannau hyn yn diffinio rôl yr Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol, ac yn galluogi Gweinidogion Cymru i ragnodi'r math o help a chyngor y caiff Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol eu rhoi i gleifion dan orfodaeth (Adran 130F o Ddeddf 1983) a chleifion anffurfiol (Adran 130G o Ddeddf 1983).

304. I gleifion cymwys Cymru dan orfodaeth, bydd yr Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol yn gallu darparu gwybodaeth a help ynglŷn â darpariaethau Deddf 1983 a'r ffordd y caiff ei chymhwyso; triniaeth y claf; hawliau'r claf; ac unrhyw wasanaethau eraill a allai fod ar gael i'r claf.

305. I gleifion cymwys anffurfiol Cymru, bydd yr Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol yn gallu darparu gwybodaeth a help yn ymwneud â thriniaeth.

Tystiolaeth gan Dystion

306. Yn eu cyflwyniad, galwodd Cymdeithas Llywodraeth Leol Cymru a Chymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol am ganllawiau clir ar rôl eiriolwyr, yn enwedig i gleifion anffurfiol.²¹²

Ein barn ni

307. **Credwn fod Adrannau newydd 130F a 130G i *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adrannau 30 a 31 o'r Mesur arfaethedig) yn briodol a'u bod yn rhoi diffiniadau clir o swyddogaethau'r Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol yng nghyswllt cleifion cymwys Cymru dan orfodaeth a chleifion**

²¹² Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 25

anffurfiol. O ystyried y bydd swyddogaethau Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol yng Nghymru yn ehangu, galwn am ganllawiau clir ar swyddogaethau'r Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol mewn perthynas â'r categorïau newydd o cleifion cymwys yng Nghymru.

Adran 32: Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol – pwerau a dyletswyddau atodol

308. Mae Adran 32 yn mewnosod Adran 130H newydd yn *Neddf Iechyd Meddwl 1983*. Mae'r adran hon yn gymwys i gleifion dan orfodaeth a chleifion anffurfiol ac mae'n gwneud darpariaeth atodol o ran pwerau a dyletswyddau Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol. Er enghraifft, gall yr Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol gwrdd â chleifion yn breifat, ac ymweld a chyfweld ag unrhyw un sy'n ymwneud yn broffesiynol â thriniaeth feddygol y claf.

309. O dan Adran 130H o Ddeddf 1983, rhaid i Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol gwrdd â chlaf cymwys dan orfodaeth neu glaf anffurfiol ar gais rhesymol y bobl y cyfeirir atynt yng nghyswllt pob categori o glaf.

310. Yn Adran 130H(3) ceir rhestr o'r rhai a all yn rhesymol ofyn am ymweliad gan Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol ar ran cleifion cymwys dan orfodaeth. Mae'r rhestr yn cynnwys:

- y perthynas agosaf;
- y clinigwr sy'n gyfrifol;
- gweithiwr proffesiynol iechyd meddwl sydd wedi'i gymeradwyo;
- gweithiwr cymdeithasol cofrestredig sy'n ymwneud â gofal, triniaeth neu asesiad y claf;
- rheolwyr yr ysbyty neu'r sefydliad lle mae'r claf yn debygol o gael ei gadw;
- rhoddai neu ddirprwy'r claf.

311. I gleifion anffurfiol, nid yw'r rhestr hon mor helaeth (Adran 130H (4)). Y rhai sy'n cael eu cynnwys yw:

- rheolwyr yr ysbyty neu'r sefydliad lle mae'r claf yn glaf mewnol;

- unrhyw berson y mae'n ymddangos i'r eiriolwyr mai ef neu hi yw gofalwr y claf;
- rhoddai neu ddirprwy'r claf.
- gweithiwr cymdeithasol cofrestredig sy'n ymwneud â gofal, triniaeth neu asesiad y claf.

Tystiolaeth gan Dystion

312. Yn gyffredinol, roedd y dystion yn fodlon fod y pwerau a'r dyletswyddau atodol sy'n cael eu cynnwys yn Adran 130H o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983*, a fewnosodir gan Adran 32 o'r Mesur arfaethedig, yn briodol.

313. Fodd bynnag, awgrymodd Gofal Cymru y dylai'r rhestr o'r rhai a all wneud cais yn rhesymol am ymweliad gan Eiriolwr Iechyd Meddwl Annibynnol ar ran cleifion dan orfodaeth (Adran 130H(3)) gael ei hehangu i gynnwys:

"... all those who are professionally involved in that person's care including (for example) support workers. It also doesn't mention that the patient themselves can request a visit from an advocate, and we think it's extremely important to include them in that list."²¹³

Tystiolaeth gan y Gweinidog

314. Eglurodd y Gweinidog a'i swyddogion fod y darpariaethau sydd wedi'u cynnwys yn Adran 130H o *Ddeddf 1983* (a fewnosodir gan adran 32 o'r Mesur arfaethedig) mewn perthynas â chleifion anffurfiol (Adran 130H (4)) yn newydd, tra mae'r rhai gogyfer â chleifion gan orfodaeth (Adran 130H(3)) yn ehangu'r darpariaethau presennol sydd wedi'i cynnwys yn *Neddf Iechyd Meddwl 1983*:

"I gleifion sy'n gymwys ar hyn o bryd, mae darpariaethau o ran pwy all wneud cais rhesymol ac yr ydym wedi ymestyn y rheini: i gleifion dan orfodaeth, ac nid y cleifion newydd dan orfodaeth yn unig, yr ydym wedi cynnwys gweithwyr cymdeithasol cofrestredig, rheolwyr ysbytai, a rhoddwyr a dirprwyon.

"(...) Mae'r holl ddarpariaethau ynglŷn â phwy all wneud cais anffurfiol yn newydd sbon. Yr ydym wedi cynnwys rhoddwyr a

²¹³ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 6

dirprwyon a gofalwyr—nid ydym wedi ei gyfyngu i'r perthynas agosaf, fel y byddai'n digwydd gyda chleifion sy'n cael eu cadw o dan y Ddeddf. Gwn fod cynnwys perthnasau agosaf fel y rhai hynny a allai wneud cais anffurfiol wedi'i ystyried, ond yr ydym wedi ymestyn hyn llawer mwy drwy gynnwys gofalwyr.

“Yn hanfodol, yr ydym wedi ychwanegu rheolwyr ysbytai ar gyfer y ddau grŵp. Wrth gyfarfod darparwyr eiriolaeth, maent wedi dweud bod mwyafrif eu hatgyfeiriadau yn dod gan staff nyrsio a ward. Felly, drwy gynnwys rheolwyr ysbytai, yr ydym wedi egluro'r sefyllfa gyfreithiol ar eu cyfer, oherwydd gall rheolwyr ysbytai ddirprwyo hynny i weithwyr proffesiynol, a dyna o le y bydd llawer o'r gweithwyr proffesiynol yr ydych yn cyfeirio atynt yn dod, sef y rhai hynny sy'n gweithio mewn ysbyty yn bennaf. Mae'n ddarpariaeth cymharol gyflawn bellach.”²¹⁴

Ein barn ni

315. Nodwn farn tystion ynglŷn â mor bwysig yw Eiriolwyr lechyd Meddwl Annibynnol yn cefnogi cleifion ac yn eu helpu i ddeall eu hawliau, eu triniaeth a'r gwasanaethau sydd ar gael iddynt. Nodwn hefyd bryder tystion ynglŷn â pheidio â chynnwys cleifion eu hunain ar y rhestr o'r rhai a all ofyn am ymweliad gan eiriolwr, a hynny mewn perthynas â chleifion cymwys Cymru dan orfodaeth a chleifion anffurfiol.

316. Nodwn o dan Adran 130E o *Ddeddf lechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adran 29 o'r Mesur arfaethedig) fod Gweinidogion Cymru o dan ddyletswydd i wneud trefniadau i sicrhau bod Eiriolwyr lechyd Meddwl Annibynnol ar gael i gleifion cymwys dan orfodaeth a chleifion anffurfiol ac rydym yn cymryd bod hyn yn rhoi hawl barhaus i'r claf. Ar y sail fod y dybiaeth hon yn gywir, rydym yn fodlon nad yw'r claf yn cael ei gynnwys ar y rhestr o'r rhai a all ofyn am ymweliad gan Eiriolwr lechyd Meddwl Annibynnol yn Adran 130H o *Ddeddf lechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adran 32 o'r Mesur arfaethedig). Rydym yn argymhell bod y Gweinidog yn cadarnhau'r sefyllfa hon. Pe na bai hyn yn gywir, rydym yn argymhell bod y claf yn cael ei ychwanegu at y rhestr o'r rhai a all ofyn am ymweliad gan Eiriolwr lechyd Meddwl Annibynnol.

²¹⁴ Cofnod y Trafodion, paragraff 154, 29 Ebrill 2010

317. Rydym wedi clywed am rôl gweithwyr cymorth yn helpu cleifion i wella. Cytunwn â thystion sydd wedi awgrymu y dylai gweithwyr cymorth hefyd allu gofyn am ymweliad gan eiriolwr ar ran cleifion dan orfodaeth a chleifion anffurfiol fel ei gilydd, ac y dylent felly gael eu cynnwys ar y rhestrau o'r rhai a gaiff wneud ceisiadau o'r fath yn Adran 130H o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adran 32 o'r Mesur arfaethedig). Rydym yn argymhell bod y Gweinidog yn egluro, yn debyg i'r ddarpariaeth sy'n galluogi rheolwyr ysbytai i ddirprwyo'r gallu i wneud cais ffurfiol am eiriolwr i staff yr ysbyty, a fydd gweithwyr cymdeithasol yn gallu dirprwyo hyn i weithwyr cymorth.

Adran 33: Cleifion cymwys Cymru dan orfodaeth

318. Mae'r adran hon yn mewnosod Adran 130I newydd yn *Neddf Iechyd Meddwl 1983*. Mae'r Memorandwm Esboniadol yn darparu'r wybodaeth ganlynol:

“Yr amcan polisi yn y Mesur arfaethedig hwn yw ehangu'r grŵp o gleifion cymwys yng Nghymru sydd â hawl o dan Ddeddf 1983 i gael cymorth [Eiriolwr Iechyd Meddwl Annibynnol] i gynnwys cleifion sy'n ddarostyngedig i adrannau tymor byr y Ddeddf honno, nad ydynt yn cael y cyfryw gymorth ar hyn o bryd, sef unigolion sy'n ddarostyngedig i adrannau 4, 5(2), 5(4), 135(1), 135(2) a 136 o Ddeddf 1983.

Mae adran 4 yn orchymyn brys sy'n para am hyd at 72 awr; caiff ei wneud gan weithiwr iechyd meddwl proffesiynol cymeradwy ar sail un argymhelliad meddygol. Cyfeirir at adran 5(2) fel pŵer meddyg neu glinigydd cymeradwy i gadw claf; ni chaiff ond ei ddefnyddio yn achos claf mewnol sy'n dymuno gadael yr ysbyty, lle mae'r meddyg neu'r clinigydd cymeradwy yn ystyried fod angen ei gadw i mewn i'w asesu neu i roi triniaeth iddo. Mae'r pŵer hwn yn para am hyd at 72 awr. Mae adran 5(4) yn bŵer tebyg na ellir ond ei arfer gan nyrsys cymwysedig penodol, ac mae'n para am uchafswm o 6 awr.

Gwarant yw adran 135 a gaiff ei gwneud gan ynad ac mae'n rhoi pŵer i swyddog o'r heddlu fynd i mewn i breswylfa unigolyn, ei symud oddi yno, a mynd ag ef i le diogel os amheuir ei fod yn dioddef o anhwylder meddwl. Caiff yr unigolyn ei asesu ymhellach yn y lle diogel, a gallai hynny olygu ei fod yn cael ei ryddhau neu ei dderbyn yn anffurfiol neu'n

ffurfiol i ysbyty. Mae adran 136 yn darparu y gall swyddog o'r heddlu symud person a ganfyddir mewn man cyhoeddus i le diogel os bernir bod y person hwnnw'n dioddef o anhwylder meddwl ac angen gofal a rheolaeth ar unwaith. Caiff yr unigolyn ei asesu ymhellach yn y lle diogel, a gallai hynny arwain at ei ryddhau neu ei dderbyn yn anffurfiol neu'n ffurfiol i ysbyty.”²¹⁵

Tystiolaeth gan Dystion

319. Croesawai'r tystion y darpariaethau yn y Mesur arfaethedig i ehangu'r meini prawf i'r cleifion cymwys hynny o Gymru dan orfodaeth a fyddai'n cael eiriolaeth statudol. Fodd bynnag, teimlai nifer o dystion y gallai cymhwyso'r darpariaethau hyn yn ymarferol fod yn her, ac y byddai goblygiadau o safbwynt adnoddau yn deillio o ddarparu'r lefel hon o gymorth eiriolaeth.

320. Dywedai tystiolaeth gan Eiriolaeth Iechyd Meddwl De Cymru, er enghraifft:

“Currently [Independent Mental Health Advocacy] services are required to see clients ‘within a reasonable time’ – this is considered by our commissioners to be within 5 working days. The new provisions will require a far shorter response time (although not an instant one) for clients held on emergency sections of the Mental Health Act. This will, as currently proposed, require the implementation of 7 day or 10 or 12 hour response service in order to receive and assess referrals and achieve a same day (or next day) response.”²¹⁶

321. Ymhelaethodd Eiriolaeth Cymru ar hyn, gan ddweud wrthym y bydd angen newidiadau yn y patrymau gweithio i sicrhau y gall eiriolwyr ymateb i anghenion y rhai sy'n ddarostyngedig i orchmynion tymor byr mewn argyfwng, ond pwysleisiodd mai'r nod fyddai “to get to short-term section clients as soon as is practicable.”²¹⁷

322. Gwnaeth Coleg Brenhinol y Seiciatryddion sylwadau tebyg:

“It is really about the practicalities: are we going to put resources around such a wide group of people, particularly as

²¹⁵ Memorandwm Esboniadol, paragraff 52

²¹⁶ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 20.

²¹⁷ Cofnod y Trafodion, paragraff 119, 13 Mai 2010

one would have to consider that, for all areas, we would really be talking about 24-hour advocacy, 365 days a year.”²¹⁸

323. Cododd tystion eraill gwestiynau ynglŷn ag ymarferoldeb a gwerth am arian eiriolaeth i’r cleifion hyn, yn enwedig y rhai sy’n ddarostyngedig i orchymyn 6 awr. Dywedodd rhai nad oes unrhyw dystiolaeth o angen am eiriolaeth o dan yr amgylchiadau hyn²¹⁹ a bod gan Weithwyr Proffesiynol Iechyd Meddwl cymeradwy eisoes ddyletswydd i egluro’u hawliau i gleifion o dan yr adrannau hyn o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983*.²²⁰ Awgrymodd rhai y gallai trefnu eiriolaeth o fewn cyfnodau mor fyr o amser achosi oedi hyd yn oed yn y broses asesu.²²¹

324. Mae perygl, yn ôl rhai ymatebwyr, y gallai hyder mewn gwasanaethau eiriolaeth annibynnol gael ei danseilio pe bai pobl yn credu bod cysylltiad rhyngddynt â’r gwasanaethau iechyd meddwl statudol.²²²

325. Serch hynny, teimlid y gallai cyflwyno cleifion o’r fath i eiriolwyr ar yr adeg hon fod yn ffordd fuddiol o osod seiliau ar gyfer perthynas dros gyfnod hwy, drwy ddarparu gwybodaeth am wasanaethau eiriolaeth efallai.²²³

Tystiolaeth gan y Gweinidog

326. Ceisiasom gadarnhad gan y Gweinidog ynglŷn â pha mor helaeth yw’r ddarpariaeth eiriolaeth i’r rhai sydd mewn gofal eilaidd. Gan gyfeirio at gleifion dan orfodaeth, dywedodd y Gweinidog wrthym:

“Mae’n cynnwys cleifion sydd wedi’u hanfon i ysbyty meddwl yn y tymor byr a’r rhai hynny mewn lleoliadau cleifion mewnol... i ailadrodd, mae eisoes eiriolwyr cymunedol statudol ar gyfer unigolion o dan adran 17 o Ddeddf 1983. Mae’r Mesur arfaethedig yn cadw’r sefyllfa honno.”²²⁴

327. Yn ychwanegol, eglurodd swyddog y Gweinidog fod y rhai sydd ar orchmynion triniaeth gymunedol a gorchmynion gwarcheidwaeth i gyd yn gymwys ar hyn o bryd, ac y byddai hynny’n parhau, ond nad:

²¹⁸ Cofnod y Trafodion, paragraff 145, 4 Mai 2010

²¹⁹ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 10, MH 28

²²⁰ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 28

²²¹ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 10

²²² Ibid, MH 19, MH 35, MH 46, MH 63

²²³ Ibid, MH 58, MH 40

²²⁴ Cofnod y Trafodion, paragraff 100, 27 Mai 2010

“... yw gwasanaethau cymunedol eraill nad ydynt yn ddarpariaethau statudol wedi’u cwmpasu gan y Mesur arfaethedig hwn.”²²⁵

Ein barn ni

328. Nodwn bryderon tystion ynglŷn â goblygiadau ymarferol darparu Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol i’r rhai sy’n ddarostyngedig i orchmynion tymor byr a gorchmynion brys. Fodd bynnag, nid ydym yn credu y dylai materion o’r fath fod yn rhwystr rhag ymestyn yr hawl i eiriolaeth statudol i gategoriâu o’r fath o gleifion dan orfodaeth.

329. Rydym yn fodlon fod y diffiniad o gleifion cymwys Cymru dan orfodaeth a gynhwysir yn Adran 130I (a fewnosodir gan Adran 33 o’r Mesur arfaethedig) yn briodol.

Adran 34: Cleifion anffurfiol cymwys Cymru

330. Mae Adran 34 yn mewnosod Adran 130J yn *Neddf Iechyd Meddwl 1983* ac yn darparu diffiniad o glaf anffurfiol cymwys yng Nghymru. Yn ôl Adran 130J(2):

“A patient is a Welsh qualifying informal patient if he is admitted as an in-patient for treatment for, or assessment in relation to, mental disorder to a hospital or registered establishment situated in Wales (whether or not the patient is also admitted for any other purpose) without any application, order, direction or report rendering him liable to be detained under this Act.”

Tystiolaeth gan Dystion

331. Croesawai’r tystion y darpariaethau yn y Mesur arfaethedig i ymestyn y ddarpariaeth eiriolaeth i gleifion anffurfiol. Dywedodd Eiriolaeth Iechyd Meddwl De Cymru wrthym:

“The proposal to extend current arrangements to informal patients is once again welcome. Experience shows that informal patients require the same support as those detained, and in reality most informal patients are subject to the same restrictions as those who are detained. Some Local Health

²²⁵ Cofnod y Trafodion, paragraff 101, 27 Mai 2010

Boards already provide the extended services covered in the proposed Measure, but there are areas where this is not the case, so the Measure will ensure an equitable service.”²²⁶

332. Roedd cefnogaeth eang i ymestyn eiriolaeth i gleifion anffurfiol a thynnodd rhai sylw at y manteision i'r sawl sydd â dementia, y mae llawer ohonynt yn yr ysbyty.²²⁷ Fodd bynnag, credai rhai y byddai angen eglurder a chanllawiau pellach ar ymestyn eiriolaeth i bobl mewn wardiau cyffredinol, lle nad oes a wnelo eu prif ddiagnosis efallai â phroblem iechyd meddwl.²²⁸

Tystiolaeth gan y Gweinidog

333. Yn ei thystiolaeth, cydnabu'r Gweinidog:

“... ei bod yn ymddangos bod llawer o ansicrwydd ynghylch y disgrifiad o gleifion anffurfiol cymwys (...) Yr wyf wedi gofyn i'm swyddogion edrych ar y mater hwn eto.”²²⁹

334. Fel y trafodwyd yn flaenorol, wrth gadarnhau pa wasanaethau y byddai'r darpariaethau eiriolaeth yn eu cwmpasu, dywedodd swyddog y Gweinidog:

“... nid yw gwasanaethau cymunedol eraill nad ydynt yn ddarpariaethau statudol wedi'u cwmpasu gan y Mesur arfaethedig hwn.”²³⁰

Ein barn ni

335. Mae gwasanaethau iechyd meddwl yn cael eu darparu'n gynyddol mewn sefydliadau cymunedol. O ganlyniad, **gallai'r diffiniad o glaf anffurfiol fel y'i cynhwyswyd yn y Mesur arfaethedig arwain at ddiffyg eglurder ynglŷn â'r rhai a fyddai'n gymwys i gael Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol. Rydym yn fodlon â'r diffiniad o 'gleifion anffurfiol cymwys Cymru' yn Adran 130J o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adran 34 o'r Mesur arfaethedig), ond credwn y dylai gael ei egluro mewn canllawiau i gyd-fynd â'r Mesur a rheoliadau perthnasol.**

²²⁶ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 21

²²⁷ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 52, MH 60, MH 63

²²⁸ Tystiolaeth Ysgrifenedig, MH 46, MH 52

²²⁹ Cofnod y Trafodion, paragraff 101, 27 Mai 2010

²³⁰ Ibid

Adran 35: Dyletswydd i roi gwybodaeth am eiriolwyr iechyd meddwl annibynnol i gleifion cymwys Cymru dan orfodaeth

336. Mae Adran 35 o'r Mesur arfaethedig yn mewnosod Adran 130K yn *Neddf Iechyd Meddwl 1983*.

337. Mae Adran 130K yn cynnwys darpariaethau sy'n rhoi dyletswydd ar rai categorïau o 'berson cyfrifol' i roi gwybodaeth i'r claf am yr eiriolaeth annibynnol sydd ar gael iddo. Mae'r diffiniad o 'berson cyfrifol' mewn perthynas â cleifion cymwys Cymru dan orfodaeth yn dibynnu ar ble y caiff y claf ei gadw.

338. Lle mae person yn cael ei gadw mewn lle diogel, yn ôl adran 30K(2)(c) y 'person cyfrifol' yw:

- lle mai ysbyty yw'r lle diogel, rheolwyr yr ysbyty;
- lle mai ysbyty neu gartref gofal annibynnol yw'r lle diogel, y sawl sydd wedi'i gofrestru fel darparwr y cartref o dan Ran II o *Ddeddf Safonau Gofal 2000*;
- lle mai llety preswyl a ddarperir gan awdurdod gwasanaethau cymdeithasol lleol o dan Ran III o *Ddeddf Cymorth Gwladol 1948* (ar wahân i lety sy'n gartref gofal) yw'r lle diogel, yr awdurdod;
- lle mai gorsaf heddlu yw'r lle diogel, swyddog perthnasol y ddalfa;
- lle mai unrhyw le addas arall, y mae ei feddiannydd yn barod i dderbyn y claf dros dro, yw'r lle diogel, y meddiannydd.

Tystiolaeth gan Dystion

339. Cododd Cymdeithas Prif Swyddogion Heddlu Cymru bryderon ynglŷn â gosod y ddyletswydd sydd wedi'i chynnwys yn Adran 130K o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adran 35 o'r Mesur arfaethedig) ar 'swyddog perthnasol y ddalfa' a phŵer y Cynulliad Cenedlaethol i osod dyletswyddau ar swyddogion yr heddlu. Ar ben hynny, dywedodd Cymdeithas Prif Swyddogion Heddlu Cymru y byddai Awdurdodau'r Heddlu yn ceisio:

“... deliver the full aims of the proposed Measure voluntarily, and we do not feel that there is a requirement to impose a duty on the custody officer to do that.”²³¹

Tystiolaeth gan y Gweinidog

340. Cawsom gyngor cyfreithiol i'r perwyl fod darpariaeth o'r fath o fewn cymhwysedd deddfwriaethol y Cynulliad Cenedlaethol. Cytunodd y Gweinidog.²³²

Ein barn ni

341. Rydym yn fodlon fod Adran 130K yn ei chyfanrwydd o fewn cymhwysedd deddfwriaethol Cynulliad Cenedlaethol Cymru ac rydym felly'n fodlon ag Adran 130K newydd *Deddf Iechyd Meddwl 1983*, fel y'i mewnosodir gan Adran 35 o'r Mesur arfaethedig.

Rhan 4: Darpariaethau Is-ddeddfwriaeth

342. Mae'r darpariaethau is-ddeddfwriaeth yn Rhan 4 o'r Mesur arfaethedig fel a ganlyn:

- Mae Adran 130E(2) o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adran 29 o'r Mesur arfaethedig) yn galluogi Gweinidogion Cymru i wneud rheoliadau i benodi unigolion fel Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol.
- Mae Adran 130E(4) o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adran 29 o'r Mesur arfaethedig) yn sefydlu egwyddor o annibyniaeth i eiriolwyr ac yn galluogi Gweinidogion Cymru i ddisgrifio'r sawl y dylai Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol fod yn annibynnol arnynt.
- Mae Adrannau 130F(2) a 130G(2) o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adrannau 30 a 31 o'r Mesur arfaethedig) yn galluogi Gweinidogion Cymru i bennu mathau pellach o help a chyngor y gall Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol eu rhoi yn ychwanegol at y rhai sydd wedi'u nodi yn Adrannau 130F(1) a 130 G(1).
- Mae Adran 130H(1) o *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983* (a fewnosodir gan Adran 32 o'r Mesur arfaethedig) yn caniatáu i Weinidogion Cymru nodi pwy, yn ychwanegol at

²³¹ Cofnod y Trafodion, paragraff 37, 20 Mai 2010

²³² Cofnod y Trafodion, paragraff 102, 21 Mai 2010

y rhai sy'n ymwneud yn broffesiynol â'r claf, y caiff Eiriolwyr Iechyd Meddwl Annibynnol ymweld â nhw a'u cyfweld mewn perthynas â'u swyddogaethau o dan *Ddeddf 1983*.

Ein barn ni

343. Mae *Deddf Iechyd Meddwl 1983* yn darparu ar hyn o bryd y bydd rheoliadau yn ymwneud ag eiriolaeth yn ddarostyngedig i ddirymiad (gweithdrefn negyddol). Yng ngoleuni'r datblygiadau polisi sydd i gael eu gweithredu drwy'r rheoliadau hyn, rydym o'r farn y byddai'r weithdrefn gadarnhaol yn fwy priodol. Rydym yn argymhell bod gwelliant addas yn cael ei ddwyn ger bron i sicrhau'r diwygiad perthnasol i *Ddeddf Iechyd Meddwl 1983*. Rydym, fodd bynnag, yn barod i gydsynio mai dim ond i'r rheoliadau cyntaf a wneir o dan y darpariaethau newydd y dylai'r weithdrefn gadarnhaol fod yn gymwys.

Tystion

Rhoddodd y tystion a ganlyn dystiolaeth lafar i'r Pwyllgor ar y dyddiadau a nodir isod. Gellir gweld trawsgrifiadau llawn o'r holl sesiynau tystiolaeth lafar yn <http://www.assemblywales.org/bus-home/bus-committees/bus-committees-perm-leg/bus-committees-third-lc3-agendas.htm>

22 Ebrill 2010

Sue Barnes	Hafal
Lee McCabe	Hafal
Ruth Coombs	Mind Cymru
Lyn Richards	Mind Cymru
Ewan Hilton	Gofal Cymru
Alexandra McMillan	Gofal Cymru

29 Ebrill 2010

Jonathan Morgan AC	<i>Aelod yn Gyfrifol am <i>Orchymyn Cynulliad Cenedlaethol Cymru (Cymhwysedd Deddfwriaethol) (Iechyd a Gwasanaethau Iechyd a Lles Cymdeithasol) 2010</i></i>
Edwina Hart AC	Y Gweinidog dros Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol

4 Mai 2010

Yr Athro Phil Fennell	Ysgol y Gyfraith, Caerdydd
Dr Andrew Dearden	Cymdeithas Feddygol Prydain
Dr Victor Aziz	Cymdeithas Feddygol Prydain
Dave Williams	Coleg Brenhinol y Nyrsys
Martin Semple	Coleg Brenhinol y Nyrsys

Dr Helen Matthews Coleg Brenhinol y Seiciatryddion

13 Mai 2010

Mary Burrows Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr

Dr Lyndon Miles Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr

Rob Merrill Eiriolaeth Cymru

Beverlea Frowen Cymdeithas Llywodraeth Leol Cymru

Stewart Greenwell Cymdeithas y Cyfarwyddwyr
Gwasanaethau Cymdeithasol

20 Mai 2010

Sally Burke Cymdeithas Prif Swyddogion yr Heddlu

Dean Piper Cymdeithas Prif Swyddogion yr Heddlu

Keith Towler Comisiynydd Plant Cymru

Nia Lloyd NSPCC

Menna Thomas Barnardo's Cymru

Jackie Murphy Tros Gynnal

27 Mai 2010

Edwina Hart AC Y Gweinidog dros Iechyd a Gwasanaethau
Cymdeithasol

Rhestr o'r dystiolaeth ysgrifenedig

Rhoddodd y bobl a'r sefydliadau a ganlyn dystiolaeth ysgrifenedig i'r Pwyllgor. Gellir gweld yr holl dystiolaeth ysgrifenedig yn llawn yn http://www.assemblywales.org/bus-home/bus-legislation/bus-leg-measures/business-legislation-measures-mhs-2/lc3_3__mentalhealth_consultationresponses-2.htm

<i>Enw</i>	<i>Sefydliad</i>	<i>Cyfeirnod</i>
Paul Bettridge	Ymateb Unigol	MH 1
Ian Hughes	GIG Caerdydd a'r Fro	MH 2
Joy Lock	Ymateb Unigol	MH 3
	Gofal Cymru	MH 4
	Mind Cymru	MH 5
	Hafal	MH 6
Dienw		MH 7
Liz Davies	WCVA	MH 8
Carol Tunncliffe	Ymateb Unigol	MH 9
	Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr	MH 10
	Coleg Brenhinol y Nyrsys	MH 11
Jonathan Morgan AC		MH 12
	Prifysgol Caerdydd	MH 13
	Coleg Brenhinol y Seiciatryddion	MH 14
	Bwrdd Iechyd Aneurin Bevan	MH 15

Janet Howell	Ymateb Unigol	MH 16
	Cymdeithas Feddygol Prydain	MH 17
	Ffederasiwn yr Heddlu	MH 18
	Cynllun Eiriolaeth Iechyd Meddwl	MH 19
	Eiriolaeth Cymru	MH 20
	Eiriolaeth Iechyd Meddwl De Cymru	MH 21
Dr S Davies	Ymateb Unigol	MH 22
	Cymdeithas y Prif Swyddogion Tân	MH 23
	Byrddau Iechyd Lleol	MH 24
	Cymdeithas Llywodraeth Leol Cymru a Chymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol	MH 25
	Coleg y Therapyddion Galwedigaethol	MH 26
	Ymddiriedolaeth GIG Felindre	MH 27
T McClatchey	Ymateb Unigol	MH 28
Yr Athro Vivienne Harpwood	Ymateb Unigol	MH 29
	NSPCC	MH 30
	Cymorth Cymru	MH 31
	Tros Gynnal	MH 32

	Y Gymdeithas Genedlaethol i Blant Byddar	MH 33
	Barnardos Cymru	MH 34
	Gwasanaethau Eiriolaeth Iechyd Meddwl Sir y Fflint	MH 35
	Crossroads	MH 36
	Coleg Brenhinol y Meddygon Teulu	MH 37
	Cymdeithas Prif Swyddogion yr Heddlu	MH 38
	Cyngor Bwrdeistref Sirol Conwy	MH 39
	Bwrdd Iechyd Lleol Cwm Taf	MH 40
	Cyd Grŵp Cynllunio Iechyd Meddwl Merthyr a'r Rhondda	MH 41
	Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro	MH 42
	Comisiynydd Plant Cymru	MH 43
	Comic Relief	MH 44
	Cymdeithas Seicoleg Prydain	MH 45
	Eiriolaeth Conwy a Sir Ddinbych	MH 46
	Grŵp Iechyd Meddwl sir Fynwy	MH 47
Bryan Williams	Ymateb Unigol	MH 48
	Bwrdd Iechyd Cyhoeddus Cymru	MH 49

Cymdeithas Cwnsela a Seicotherapi Prydain	MH 50
Sector Gwirfoddol Deddwyrain Cymru	MH 51
Cyngor Bwrdeistref Sirol Merthyr Tudful	MH 52
Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr	MH 53
Nacro	MH 54
Stonewall Cymru	MH 55
Bwrdd Iechyd Hywel Dda	MH 56
Y Gymdeithas Siartredig Ffisiotherapi	MH 57
Map	MH 58
Abertawe Bro Morgannwg	MH 59
Cymdeithas Alzheimer	MH 60
Age Cymru	MH 61
Bwrdd yr Iaith Gymraeg	MH 62
Dinas a Sir Abertawe	MH 63
Y Gwasanaeth Cenedlaethol Rheoli Troseddwy	MH 64