

NAS  
NATIONAL AUDIT OF  
SCHIZOPHRENIA



# Adroddiad ar ail gylch yr Archwiliad Cenedlaethol o Sgitsoffrenia (NAS2) 2014 Crynodeb Gweithredol



Comisiynwyd gan



# Crynodeb Gweithredol

## Cefndir

---

Mae'r adroddiad hwn yn cyflwyno canfyddiadau'r ail Archwiliad Cenedlaethol o Sgitsoffrenia (NAS2). Nod yr archwiliad oedd casglu data ar gofnodion achos 100 o ddefnyddwyr gwasanaeth, yn byw yn y gymuned, gan bob un o'r Ymddiriedolaethau Iechyd Meddwl/Byrddau Iechyd yng Nghymru a Lloegr (y cyfeirir atynt o hyn ymlaen fel 'Ymddiriedolaethau'), a chafwyd cronfa ddata derfynol o 5,608 o gofnodion (cyfradd ymateb o 88%). Casglwyd data gan ddefnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr hefyd.

Darparodd yr Archwiliad Cenedlaethol o Sgitsoffrenia cyntaf (NAS1; Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, 2012) archwiliad manwl o ofal poblogaeth o 5,091 o ddefnyddwyr gwasanaethau a ddetholwyd yn yr un modd. Ymhlith canfyddiadau pwysig eraill, canfu diffygion difrifol iawn o ran monitro a rheoli problemau iechyd corfforol mewn pobl â sgitsoffrenia, diffygion mewn rhai agweddau ar arfer rhoi presgripsiwn ar gyfer meddyginiaeth a diffygion mewn rhai agweddau ar sut mae clinigwyr yn cyfathrebu â defnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr. Roedd adroddiad y Comisiwn Sgitsoffrenia annibynnol, a sefydlwyd gan yr elusen iechyd meddwl, Rethink Mental Illness (y Comisiwn Sgitsoffrenia, 2012), yn adrodd ar rai diffygion tebyg, ond roedd hefyd yn amlygu diffyg mynediad at ymyriadau seicolegol priodol a diffyg cyfleoedd am gyflogaeth a hyfforddiant.

Nod NAS2 oedd ailadrodd yr ymarfer a gynhaliwyd yn NAS1, i weld a oedd gwelliannau wedi digwydd, ac ymchwilio'n fanylach i brofiadau defnyddwyr gwasanaethau.

## Safonau'r Archwiliad

---

Mae'r 16 safon y cytunwyd arnynt ar gyfer yr archwiliad hwn wedi eu seilio ar ganllaw'r Sefydliad Cenedlaethol dros Iechyd a Rhagoriaeth Glinigol (NICE) ar gyfer sgitsoffrenia (NICE CG82, 2009). (Cyhoeddwyd y canllaw diweddaraf [NICE CG178, 2014] ar ôl i ni orffen casglu data ar gyfer yr archwiliad hwn.)

Diwygiwyd dwy o safonau gwreiddiol NAS1 ac ychwanegwyd dwy safon newydd er mwyn symleiddio'r safonau ac ymgorffori cynllunio gofal yn y rhain.

Mae'r agweddau gofal eang a gynhwysir yn y safonau fel a ganlyn:

- a) Profiad defnyddwyr gwasanaethau o ofal, triniaeth a'r canlyniadau.
- b) Boddhad gofalwyr â'r cymorth a'r wybodaeth yr oeddent wedi eu derbyn.
- c) Gwybodaeth a phenderfyniadau ynghylch meddyginiaeth.
- ch) Arfer o ran rhoi presgripsiwn ar gyfer meddyginiaeth wrthseicotig.
- d) Argaeledd a defnydd therapiau seicolegol.
- dd) Cwmpas monitro ac ymyrraeth ar gyfer problemau iechyd corfforol.
- e) Cynllunio gofal a chynllunio ar gyfer argyfwng.

## Dull

---

Cyflwynodd pob un o'r 64 Ymddiriedolaeth Iechyd Meddwl/Bwrdd Iechyd yng Nghymru a Lloegr ddata ar gyfer NAS2. Gofynnwyd i bob Ymddiriedolaeth gyflwyno data ar hapsampl o 100 o oedolion dan eu gofal, a oedd â diagnosis o sgitsoffrenia neu anhwylder sgitsoffeithiol, a oedd wedi bod dan ofal timau iechyd meddwl yn y gymuned er o leiaf 12 mis. Casglodd clinigwyr yr ymddiriedolaethau ac adrannau archwilio wybodaeth ôl-syllol o'u cofnodion achos, wedi ei ategu gan wybodaeth gan wasanaethau gofal sylfaenol, lle bo hynny'n briodol. Dosbarthodd ymddiriedolaethau'r ffurflen arolwg defnyddwyr gwasanaeth i ddefnyddwyr gwasanaeth a ddosbarthodd, yn eu tro, ffurflen arolwg gofalwyr i'r unigolyn yr oeddent yn ei (h)ystyried yn brif ofalwr iddynt. Casglwyd y data o fis Awst i fis Tachwedd 2013.

## Casgliadau

---

At ei gilydd, roedd y canfyddiadau yn ddigyfnewid rhwng NAS1 a NAS2, i raddau helaeth. Nid oes unrhyw un o'r meysydd gofal eang, isod, y gellir ystyried bod Ymddiriedolaethau'n darparu lefel ragorol o wasanaeth ynddo. Mae'r prif feysydd sy'n peri pryder fel a ganlyn:

- Monitro gwael ac ymyrraeth wael ar gyfer ffactorau risg diabetes a chlefyd cardiofasgwlar.

- Mae defnyddwyr gwasanaethau y mae eu hafiechyd yn ymateb yn wael i feddyginiaeth wrthseicotig safonol yn aros yn rhy hir i ddechrau ar *clozapine*.
- Bylchau sylweddol yn argaeledd therapi ymddygiad gwybyddol ac ymyriadau teulu.
- Darparu gwybodaeth a chymorth annigonol i ofalwyr.
- Annigonolrwydd systemau gwybodaeth (gweler yr adran trafodaeth).

## Canfyddiadau cenedlaethol

---

Mae crynodeb o'r cymariaethau rhwng NAS2 a NAS1, ar gyfer rhai o'r dangosyddion ar gyfer pob safon, i'w weld yn Nhablau 1 a 2 ar ddiwedd yr adran hon. Caiff y prif ganfyddiadau eu crynhoi isod:

### (a) Profiad defnyddwyr gwasanaethau

Gosododd y grŵp cyfeirio defnyddwyr gwasanaeth faen prawf i Ymddiriedolaeth fodloni'r safonau yn ymwneud â phrofiad defnyddwyr a gofalwyr, bod rhaid i drothwy o 90% o'r ymatebion (i gwestiynau allweddol yn yr arolwg defnyddwyr gwasanaethau) fod yn 'fodlon iawn' ac yn 'weddol fodlon' gyda'i gilydd (neu eu hatebion cyfwerth ar gyfer cwestiynau gwahanol).

- O ran profiad cyffredinol defnyddwyr gwasanaethau o ofal, roedd 44% o Ymddiriedolaethau yn bodloni'r trothwy gofynnol. Yn unigol, ymatebodd 88% o'r holl ddefnyddwyr gwasanaethau gan ddatgan eu bod yn fodlon 'iawn' neu'n 'weddol' fodlon â'u gofal ac, yn ôl yr adroddiad, roedd 4% 'ddim yn fodlon o gwbl'.
- O ran cyfran y defnyddwyr gwasanaethau a roddodd wybod p'un a oedd gwasanaethau wedi eu helpu i gyflawni iechyd meddwl da yn ystod y flwyddyn flaenorol, roedd 28% o'r Ymddiriedolaethau yn bodloni'r trothwy o 90%. Yn unigol, ymatebodd 86% o ddefnyddwyr gwasanaethau yn teimlo bod gwasanaethau wedi eu helpu 'llawer' neu 'ychydig bach' yn hyn o beth.
- O ran cyflogaeth, yn ôl yr adroddiad nid oedd 90% o ddefnyddwyr gwasanaethau yn gweithio, a dywedodd 64% o'r ymatebwyr nad oeddent yn chwilio am waith. Fodd bynnag, o'r rhai a oedd â diddordeb mewn

chwilio am waith, crybwyllodd llai na hanner ohonynt eu bod yn cael rhywfaint o gymorth â hyn.

- Roedd 34% o ddefnyddwyr gwasanaethau yn cymryd rhan mewn rhyw fath o weithgareddau dydd, ond dywedodd 43% nad oeddent yn cymryd rhan yn y cyfryw weithgareddau ac roeddent yn 'fodlon â hynny'.

Mae'r canfyddiadau hyn yn cynrychioli sefyllfa nad yw wedi newid llawer ers NAS1 ddwy flynedd ynghynt. Er y gellir datgan bod safbwyntiau defnyddwyr gwasanaethau yn gymharol fodlon, ar y cyfan, o ran eu profiad o ofal a'i effaith ar eu canlyniadau, 57% yn unig a ddisgrifiodd eu hunain yn 'fodlon iawn' â'u profiad o ofal, a 61% yn unig a grybwyllodd fod y gwasanaethau wedi eu helpu 'llawer'. Mae hefyd yn amlwg bod meysydd eraill lle y gall gwasanaethau wella, fel meysydd yn ymwneud â chyflogaeth.

### **(b) Boddhad gofalwyr**

Mae profiad gofalwyr yn gymharol ddigyfnawid. Dim ond 9% o'r Ymddiriedolaethau a oedd yn bodloni'r trothwy o 90% ar gyfer gofalwyr a oedd yn teimlo'n 'fodlon iawn' neu'n 'weddol fodlon' â'r wybodaeth a'r cymorth yr oeddent yn eu cael. Yn unigol, ymatebodd 20% o ofalwyr yn bod yn 'anfodlon' â'r mesur hwn. Mae'r ffaith mai dim ond 9% o'r Ymddiriedolaethau a fodlonodd y trothwy yn siomedig.

Yn benodol, dywedodd gofalwyr eu bod yn anfodlon â'r wybodaeth am brognosis defnyddwyr gwasanaethau, am eu cyfraniad at benderfyniadau a wnaed ynghylch gofal, a pha mor hawdd ydoedd i fanteisio ar gymorth iddyn nhw eu hunain. Y rhain yw'r agweddau ar ofal y mae angen i'r rhan fwyaf o Ymddiriedolaethau wella ynddynt.

### **(c) Gwybodaeth a phenderfyniadau ynghylch meddyginiaeth**

Bu rhywfaint o ddirywiad o ran cyfathrebu gwybodaeth am feddyginiaeth. Mae hon yn agwedd arall ar ofal y mae angen i Ymddiriedolaethau wella ynddi.

- Rhwng NAS1 a NAS2, lleihaodd nifer y defnyddwyr gwasanaethau a oedd yn cael unrhyw wybodaeth am feddyginiaeth o 52% i 48%, a dim ond 39% a gafodd y wybodaeth hon mewn fformat yr oeddent yn gallu ei

ddeall yn hawdd. Crybwyllodd Ymddiriedolaethau lleihad o ran rhoi gwybodaeth am feddyginiaeth o 42% i 37% o ddefnyddwyr gwasanaethau. Nid yw cyfran y defnyddwyr gwasanaethau a oedd yn 'sigr' yn teimlo eu bod yn cael eu cynnwys mewn penderfyniadau am feddyginiaeth wedi newid (41%), ond mae'r graddau y dywed Ymddiriedolaethau eu bod yn cynnwys defnyddwyr gwasanaethau wedi lleihau o 62% i 54%.

### **(ch) Rhoi presgripsiwn ar gyfer meddyginiaeth wrthseicotig**

Mae canllawiau priodol yn cael eu dilyn ar gyfer y mwyafrif o bresgripsiynau ar gyfer y mwyafrif o ddefnyddwyr gwasanaethau. Fodd bynnag, ceir rhai diffygion o hyd. Ar gyfer y meysydd penodol hyn, mae amrywiadau gweddol eang rhwng Ymddiriedolaethau o ran eu lefel perfformiad yn erbyn y canllawiau.

- Ar gyfer defnyddwyr gwasanaethau nad ydynt ar *clozapine*, mae rhoi presgripsiwn ar gyfer mwy nag un feddyginiaeth wrthseicotig at y pryd (polyfferylliaeth), sydd ond yn briodol mewn rhai amgylchiadau, yn aros ar 11% ar gyfartaledd, yn amrywio o 1% o ddefnyddwyr gwasanaethau mewn dwy Ymddiriedolaeth i 24% yn y pen eithaf.
- Roedd rhoi presgripsiynau ar gyfer dognau o feddyginiaeth sydd uwchlaw'r rhai a argymhellir yn Llyfr Fformiwlâu Cenedlaethol Prydain (BNF; BMJ Group and RPS Publishing, 2013) yn digwydd ar gyfer 10% o ddefnyddwyr gwasanaethau, ar y cyfan, yn amrywio o 1% mewn un Ymddiriedolaeth i 22% yn y pen eithaf. Fodd bynnag, mae amledd cofnodi'r sail resymegol am hyn wedi gwella o 25% o achosion yn NAS1 i 37% yn NAS2.
- Caiff prawf o *clozapine* ei argymhell ar gyfer defnyddwyr gwasanaethau sydd wedi ymateb yn wael i brofion o ddau fath o feddyginiaeth wrthseicotig arall. Canfuom nad oed 28% o ddefnyddwyr gwasanaethau nad oedd eu hafiechyd wedi gwella dros dro, ac mae'n debyg eu bod yn briodol ar gyfer prawf o *clozapine*, wedi dechrau ar *clozapine* hyd yn hyn - gwelliant o 40% ers NAS1. Fodd bynnag, roedd 57% o'r defnyddwyr gwasanaethau sy'n cael *clozapine* ar hyn o bryd wedi cael presgripsiynau ar gyfer tri neu fwt o fathau o feddyginiaeth wrthseicotig cyn dechrau cymryd *clozapine*, sy'n golygu bod eu cynnydd, i feddyginiaeth a oedd yn fwy tebygol o fod yn effeithiol iddynt, yn arafach nag y dylai fod. Caiff y

broblem hon ei hamlygu ymhellach gan y canfyddiad bod 93% o ddefnyddwyr gwasanaethau a oedd ar eu meddyginiaeth wrthseicotig gyntaf un, ac nad oeddent wedi gwella dros dro, wedi bod yn cymryd y feddyginiaeth gyntaf hon am o leiaf chwe mis. (Os nad yw meddyginiaeth yn effeithiol, ni chaiff ei pharhau am fwy nag 8 wythnos, fel arfer.)

Felly, mae meysydd lle y gellir gwella arfer presgripsiynau ymhellach. Dylai hyn gael ei flaenoriaethu gan seiciatryddion, fferyllwyr iechyd meddwl a'u cyrff proffesiynol priodol.

#### **(d) Therapiau seicolegol**

Yn yr archwiliad hwn, lle y cyfeirir at therapi ymddygiad gwybyddol (CBT) ac ymyriadau teuluol, caiff y rhain eu cymhwyso mewn synnwyr ychydig yn fwy generig nag y rhagwelir mewn rhai adroddiadau eraill.

- Canran y defnyddwyr gwasanaethau yr oedd Ymddiriedolaethau'n crybwyll y cynigiwyd CBT iddynt oedd 39%, er na fu i bob un ohonynt dderbyn y cynigion hynny. Roedd Ymddiriedolaethau'n crybwyll bod 19% o ddefnyddwyr gwasanaethau wedi cael cynnig CBT ac wedi ei dderbyn, ac roedd 18% o ddefnyddwyr gwasanaethau yn crybwyll eu bod wedi cael CBT. Mae'r cyfrannau hyn yn isel o hyd. Mae'r unig ddata o NAS2 y gellir ei gymharu'n uniongyrchol â NAS1 yn ymwneud â chanran y defnyddwyr gwasanaethau nad oedd eu hafiechyd wedi gwella dros dro. Ar gyfer y defnyddwyr gwasanaethau nad oedd eu hafiechyd wedi gwella dros dro, roedd 29% ohonynt wedi cael cynnig CBT yn NAS1, a gynyddodd i 45% yn NAS2.
- Dywedodd 12% o ddefnyddwyr gwasanaethau eu bod wedi cael ymyrraeth deuluol, o gymharu ag 8% yr oedd Ymddiriedolaethau'n dweud eu bod wedi derbyn y cynnig o gael y driniaeth hon. Ar gyfer defnyddwyr gwasanaethau nad oedd eu hafiechyd wedi gwella dros dro, roedd 10% ohonynt wedi cael cynnig ymyrraeth deuluol yn NAS1, ond roedd 23% wedi cael y cynnig hwnnw yn NAS2.

Mae'n amlwg bod nifer y defnyddwyr gwasanaethau sy'n gallu manteisio ar y mathau hyn o ymyrraeth, ac sy'n eu derbyn, yn isel iawn o hyd. Mae angen mynd i'r afael â hyn ac mae goblygiadau sylweddol o ran cyllid.

### **(dd) Monitro ac ymyrraeth ar gyfer problemau iechyd corfforol**

Mae diabetes a chlefyd cardiofasgwlar yn fwy cyffredin ymhlith pobl â sgitsoffrenia ac maent yn cyfrannu'n sylweddol at y marwoldeb cynamserol sy'n cael ei ddiodef gan y boblogaeth hon. Mae'n bwysig y caiff defnyddwyr gwasanaethau eu monitro am chwe ffactor risg pwysig ar gyfer yr anhwylderau hyn. Dylai clinigwyr holi ynghylch hanes teuluol o ddiabetes a chlefyd cardiofasgwlar, yn ogystal ag asesu pum ffactor arall: ysmegu, mynegai màs y corff (BMI) uwch, rheolaeth glwcos y gwaed, lipidau'r gwaed a phwysedd gwaed. Dylai'r monitro hwn gael ei gynnal o leiaf yn flynyddol. Serch hynny, mae adroddiadau fel NAS1 wedi dangos nad yw'r monitro hwn yn digwydd yn aml.

- Yn NAS2, cafodd 33% bump o'r ffactorau hyn (ac eithrio eu hanes teuluol) wedi eu monitro, o gymharu â 29% yn NAS1, gan ddangos rhywfaint welliant, ond hefyd y tir y mae angen i wasanaethau gofal eilaidd a gofal sylfaenol eu hennill er mwyn cyrraedd darpariaeth ofal dderbyniol.
- Dim ond 9% o ddefnyddwyr gwasanaethau yn NAS2 a gafodd asesiad o bob un o'r chwe ffactor risg uchod, gan gynnwys hanes teuluol, yn ystod y flwyddyn flaenorol. Ar gyfer 6%, nid oedd unrhyw dystiolaeth bod unrhyw un o'r rhain wedi cael ei fonitro. Nid yw hyn yn ddigonol.
- Cafodd monitro rhywbeth mor sylfaenol â BMI defnyddiwr gwasanaethau hyd yn oed ei gofnodi ar gyfer 52% yn unig yn NAS2, a 51% yn NAS1.
- Mae darparu ymyriadau pan ganfyddir tystiolaeth o risgiau iechyd yn wael hefyd. Er enghraifft, yn NAS2 dim ond 36% o ddefnyddwyr gwasanaethau â thystiolaeth o reolaeth ddiffygiol o glwcos y gwaed (sy'n awgrymu diabetes neu gyflwr cyn-diabetig) a oedd â thystiolaeth o ymyrraeth. Roedd hyn yn 53% yn NAS1.

Yn amlwg, mae angen gwella darpariaeth y monitro hwn ac ymyrraeth briodol. Mae'r tri rhwystr rhag hyn fel a ganlyn: (i) argaeledd amser staff, cyfleusterau ac offer priodol; (ii) yr angen am system ffurfiol i adolygu data iechyd corfforol a'r ymyriadau sydd eu hangen o leiaf yn flynyddol; ac (iii) yr angen am drefniadau mwy ffurfiol yn ymwneud â chydweithio rhwng gofal sylfaenol a gofal



eilaidd mewn perthynas ag iechyd corfforol. Mae canllaw newydd NICE (NICE CG178, 2014) yn rhoi arweiniad clir ar y mater olaf.

### **(e) Cynllunio gofal a chynllunio ar gyfer argyfwng**

Mae hyn yn ymwneud â safon newydd, felly nid yw'n bosibl ei gymharu â NAS1. Roedd 95% o'r cofnodion achos yn cynnwys manylion am gynllun gofal, er bod hyn yn amrywio o 68% i 100% ar draws yr Ymddiriedolaethau. Dywedodd 75% o'r defnyddwyr gwasanaethau a ymatebodd fod ganddynt gynllun gofal, a chrybwyllodd 74% ohonynt fod ganddynt rif ffôn i'w ddefnyddio mewn argyfwng.

## **Cymariaethau rhwng NAS2 a NAS1**

---

Mae tablau 1 a 2, ar y ddwy dudalen nesaf, yn darparu crynodeb o rai o'r cymariaethau allweddol rhwng canfyddiadau NAS2 a chanfyddiadau NAS1. Yn y tablau hyn, caiff y safonau eu rhestru yn eu trefn yn ôl rhif y safon. Ceir rhestr lawr o safonau NAS ar dudalen 41 yr Adroddiad Cenedlaethol. Mae'r rhestr isod yn dangos pa dabl sy'n ymwneud â phob agwedd eang ar ofal (a-e) a ddisgrifir uchod:

- |         |   |
|---------|---|
| Tabl 1: | (a) Profiad defnyddwyr gwasanaethau                           |
|         | (b) Boddhad gofalwyr  |
|         | (dd) Monitro ac ymyrraeth ar gyfer problemau iechyd corfforol |
|         | (c) Gwybodaeth a phenderfyniadau ynghylch meddyginiaeth       |
| Tabl 2: | (ch) Rhoi presgripsiwn ar gyfer meddyginiaethau gwrthseicotig |
|         | (d) Therapiau seicolegol                                      |
|         | (e) Cynllunio gofal a chynllunio ar gyfer argyfwng            |

**Tabl 1: Cymariaethau allweddol rhwng NAS2 a NAS1 ar gyfer pob un o'r safonau a osodwyd ar gyfer yr archwiliad hwn. (Safonau 1 i 7)**

<b>Safon / Dangosydd</b>	<b>NAS2 (%)</b>	<b>NAS1 (%)</b>
<b>Safonau 1 a 2 – profiad defnyddwyr gwasanaethau ac adrodd ar ganlyniadau cadarnhaol</b>		
Nid yw cymhariaeth uniongyrchol yn bosibl oherwydd i'r arolwg defnyddwyr gwasanaethau gael ei addasu		
<b>Safon 3 – boddhad gofalwyr</b>		
Gofalwyr yn adrodd eu bod yn 'weddol' fodlon neu'n fodlon 'iawn' â'r wybodaeth a'r cymorth a gafwyd	80%	81%
Amrediad ar draws yr Ymddiriedolaethau	56– 100%	55 – 100%
<b>Safon 4 – monitro ffactorau risg iechyd corfforol</b>		
Monitro pum ffactor risg (ac eithrio hanes teuluol)	33%	29%
Monitro ysmegu	89%	88%
Monitro BMI	52%	51%
Amrediad ar draws yr Ymddiriedolaethau ar gyfer monitro BMI	5 – 92%	27 – 87%
Monitro rheolaeth glwcos	57%	50%
Amrediad ar draws yr Ymddiriedolaethau ar gyfer monitro rheolaeth glwcos	16 – 99%	25 – 83%
Monitro lipidau	57%	47%
Monitro pwysedd gwaed	61%	56%
Monitro pum ffactor risg yn y rhai sydd â chlefyd cardiofasgwlar sefydledig	37%	37%
Monitro cymeriant alcohol	70%	69%
<b>Safon 5 – cynnig ymyrraeth ar gyfer risgiau iechyd corfforol a amlygwyd</b>		
Ymyrraeth ar gyfer ysmegu	59%	57%
Ymyrraeth ar gyfer BMI > neu = 25 cilogram/m <sup>2</sup>	71%	76%
Ymyrraeth ar gyfer rheolaeth glwcos annormal	36%	53%
Ymyrraeth ar gyfer pwysedd gwaed uchel	25%	25%
Ymyrraeth ar gyfer camddefnyddio alcohol	74%	72%
<b>Safon 6 – darparu gwybodaeth am feddyginiaeth</b>		
Defnyddwyr gwasanaethau a ddywedodd eu bod wedi cael gwybodaeth	48%	52%
Ymddiriedolaethau a ddywedodd eu bod wedi darparu gwybodaeth	37%	42%

<b>Safon 7 – cynnwys mewn penderfyniadau ynghylch rhoi presgripsiwn</b>		
Defnyddwyr gwasanaethau a oedd yn teimlo'n rhan o'r penderfyniad	71%	74%
Ymddiriedolaethau a ddywedodd eu bod wedi cynnwys y defnyddiwr gwasanaethau	54%	62%

**Tabl 2: Cymariaethau allweddol rhwng NAS2 a NAS1 ar gyfer pob un o'r safonau a osodwyd ar gyfer yr archwiliad hwn. (Safonau 8 i 16)**

<b>Safon / Dangosydd</b>	<b>NAS2 (%)</b>	<b>NAS1 (%)</b>
<b>Safon 8 – monotherapi gwrthseicotig</b>		
Amlledd polyfferylliaeth	11%	11%
Amrediad ar draws yr Ymddiriedolaethau	1-24%	3-30%
<b>Safon 9 – dogn o fewn uchafswm y BNF</b>		
Amlledd dognau uchel (>100% BNF)	10%	10%
Amrediad ar draws yr Ymddiriedolaethau	1-22%	1-24%
Cofnodwyd sail resymegol ar gyfer dogn uchel	37%	25%
<b>Safon 10 – ymchwilio i gamddefnyddio alcohol a sylweddau ymysg y rhai sydd ag ymateb gwael i symptomau</b>		
Amlledd mewn achosion lle nad ydynt ar <i>clozapine</i>	62%	78%
Amlledd mewn achosion lle maent ar <i>clozapine</i>	56%	81%
<b>Safon 11 – newid meddyginiaeth os yw'r ymateb yn wael</b>		
Nid yw cymhariaeth uniongyrchol yn bosibl oherwydd y diwygiwyd y safon		
<b>Safon 12 – llwybr i <i>clozapine</i></b>		
Defnyddiwyd gwasanaethau nad ydynt wedi gwella dros dro ac nad ydynt ar <i>clozapine</i> heb reswm a fyddai'n cael ei ystyried yn briodol, fel arfer	28%	40%
<b>Safon 13 – ychwanegu at <i>clozapine</i></b>		
Amlledd defnyddio strategaeth ychwanegu ar gyfer defnyddwyr gwasanaethau sydd ar <i>clozapine</i>	26%	22%
<b>Safon 14a – cynnig CBT</b>		
Cynnig CBT i'r rhai nad ydynt wedi gwella dros dro	45%	29%
<b>Safon 14b – cynnig ymyrraeth deuluol</b>		
Cynnig ymyrraeth deuluol i'r rhai nad ydynt wedi gwella dros dro	23%	10%
<b>Safonau 15 ac 16 – cynllunio gofal a chynllunio ar gyfer argyfwng</b>		
Nid yw'n bosibl cymharu oherwydd bod y rhain yn safonau newydd		

## Argymhellion

Mae nifer o feysydd lle mae gofal defnyddwyr gwasanaethau â sgitsoffrenia yn disgyn yn sylweddol i law'r safonau disgwylidig. Mae ein hargymhellion yn ymwneud â'r agweddau hyn ar ofal a'r mater o systemau gwybodaeth gwael.

Ers i'r archwiliad hwn ddechrau, mae NICE wedi cyhoeddi canllaw clinigol newydd: "Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management" (NICE CG178, 2014). Lle y bo'n briodol, rydym yn cyfeirio at yr argymhelliad perthnasol yn ôl rhif y paragraff yn CG178, e.e. (NICE 1.3.6.5).

### 1. Argymhellion ar gyfer yr Adran Iechyd

- 1.1 Datblygu systemau gwybodaeth sy'n gallu cynnal gwasanaeth iechyd meddwl modern yn briodol. Dylai'r rhain gael eu datblygu ar y cyd â grwpiau comisiynu clinigol, Ymddiriedolaethau, Prif Swyddogion Hysbyseg Clinigol a Choleg Brenhinol y Seiciatryddion. Mae angen i'r systemau hyn alluogi amcangyfrifon o gyffredinolrwydd a nifer y diagnosisu gwahanol, cynnal rhannu gwybodaeth â gofal sylfaenol (NICE 1.5.3.2) a chynnwys dewisiadau cymorth penderfynu i glinigwyr.
- 1.2 Gwella'r Set Data Iechyd Meddwl ac Anableddau Dysgu Lleiaf (MHMDS gynt) i alluogi casglu data ar bob ymyriad effeithiol a argymhellir gan NICE, gan gynnwys asesiadau ac ymyriadau iechyd corfforol, cyn pen amserlen o chwe mis. Byddai hyn yn helpu i lywio'r gwaith o ddatblygu fframweithiau canlyniadau cenedlaethol.
- 1.3 Datblygu fframwaith gofal sylfaenol newydd i gefnogi iechyd corfforol ac iechyd meddwl pobl â sgitsoffrenia yn sgil lleihau dangosyddion y Fframwaith Canlyniadau Ansawdd (QOF) ar gyfer sgitsoffrenia.
- 1.4 Sicrhau bod y rhaglen Cynyddu Mynediad at Therapiau Seicolegol (IAPT) ar gyfer afiechyd meddwl difrifol yn cael yr un lefel o gymorth â'r rhaglen bresennol ar gyfer pryder ac iselder. Dylai hyn gynnwys set ddata

genedlaethol, dangosyddion mewn fframweithiau cenedlaethol, a chynlluniau ar gyfer sut y gellid datblygu hyn.

## **2. Argymhellion ar gyfer GIG Lloegr**

- 2.1 O ystyried y newid araf a amlygwyd gan NAS2, dylai GIG Lloegr gomisiynu archwiliadau yn y dyfodol yn edrych ar ofal i bobl â seicosis a sgitsoffrenia. Dylai'r rhain ategu casglu data Comisiynu ar gyfer Ansawdd ac Arloesedd (CQUIN) cenedlaethol.

## **3. Argymhellion ar gyfer Cyrff Proffesiynol**

- 3.1 Dylai Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, ar y cyd â Chymdeithasol Seicoffarmacoleg Prydain, sicrhau bod addysg ôl-raddedig a datblygiad proffesiynol parhaus i seiciatryddion yn cynnwys addysgu modern wedi'i seilio ar gymhwysedd ar seicoffarmacoleg a'r risgiau iechyd corfforol sy'n cael eu hwynebu gan bobl â sgitsoffrenia.
- 3.2 Dylai'r Cyngor Meddygol Cyffredinol sicrhau bod ysgolion meddygol yn cynnwys yr addysgu angenrheidiol am seicoffarmacoleg a'r risgiau iechyd corfforol sy'n cael eu hwynebu gan bobl â sgitsoffrenia yn y cwricwla.
- 3.3 Dylai Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol amlygu a hyrwyddo ymwybyddiaeth ymhlith meddygon teulu o ganllaw newydd NICE a'r gofyniad i ofal sylfaenol fonitro ffactorau risg iechyd corfforol i ddefnyddwyr gwasanaethau â sgitsoffrenia (*NICE 1.3.6.5*).
- 3.4 Dylai Colegau Brenhinol y Seiciatryddion a'r Ymarferwyr Cyffredinol gydweithio â'i gilydd i wella addysg meddygon teulu mewn perthynas ag afiechyd meddwl.
- 3.5 Dylai'r Coleg Nyrsio Brenhinol sicrhau bod addysg israddedig ac ôl-raddedig, a datblygiad proffesiynol parhaus i nyrsys mewn lleoliadau iechyd meddwl a gofal sylfaenol, yn cynnwys addysgu digonol ar seicoffarmacoleg a'r risgiau iechyd corfforol sy'n cael eu hwynebu gan bobl â sgitsoffrenia.

- 3.6 Dylai Addysg Iechyd Lloegr adolygu'r pwyslais a roddir ar iechyd meddwl yn eu rhaglenni amrywiol ac, yn benodol, gwybodaeth a, seicoffarmacoleg a'r problemau iechyd corfforol sy'n cael eu hwynebu gan bobl â sgitsoffrenia.

#### 4. **Argymhellion ar gyfer Comisiynwyr (Grwpiau Comisiynu Clinigol a Byrddau Iechyd)**

- 4.1 Rhaid iddynt gydweithio â'r Adran Iechyd a GIG Lloegr i wella'r systemau gwybodaeth sydd ar gael i wasanaethau iechyd meddwl.
- 4.2 Bod yn ymwybodol o'r argymhelliad pwysig yng nghanllaw newydd NICE ynghylch atebolrwydd arweiniol ar gyfer monitro iechyd corfforol defnyddwyr gwasanaethau (*NICE 1.3.6.5*):
- a) Timau iechyd meddwl arbenigol i ysgwyddo'r cyfrifoldeb arweiniol am y 12 mis cyntaf neu nes i gyflwr y defnyddiwr gwasanaethau sefydlogi.
  - b) Ar ôl hynny, gofal sylfaenol i ysgwyddo'r cyfrifoldeb arweiniol, oni bai bod cytundebau lleol sydd wedi eu datblygu'n dda.

Hefyd, rhaid i gomisiynwyr sicrhau bod systemau gwybodaeth ar waith sy'n cefnogi rhannu canlyniadau monitro rheolaidd o iechyd corfforol defnyddwyr gwasanaethau yn gyflym rhwng ymarferwyr gofal sylfaenol a gofal eilaidd (*NICE 1.5.3.2*).

Rhaid i gomisiynwyr ac arweinwyr uwch ddarparwyr clinigol sicrhau bod cytundebau lleol ar waith rhwng gofal sylfaenol a gofal eilaidd i gyflawni'r cydweithrediad angenrheidiol.

- 4.3 Sicrhau y gall gwasanaethau ddarparu therapi ymddygiad gwybyddol (*NICE 1.4.4.1*) ac ymyriadau teuluol i'r rhai sydd am eu derbyn (*NICE 1.4.4.2*). Dylai Grwpiau Comisiynu Clinigol ac arweinwyr clinigol iechyd meddwl fapio cyffredinolrwydd a nifer yr achosion o sgitsoffrenia ac adolygu sut y gall gwariant gefnogi hyn er mwyn lleihau derbyniadau mynych i'r ysbyty.
- 4.4 Comisiynu gwasanaethau sy'n cynorthwyo defnyddwyr gwasanaethau i aros mewn gwaith neu ddod o hyd i gyflogaeth newydd (*NICE 1.5.8.1*).

## 5. Argymhellion i Ymddiriedolaethau Iechyd Meddwl (Byrddau Ymddiriedolaethau a Phrif Weithredwyr)

- 5.1 Mae angen i Ymddiriedolaethau Iechyd Meddwl a Phrif Weithredwyr, ar y cyd â'u cyfarwyddwyr meddygol, cyfarwyddwyr nyrsio a'u seicolegwyr arweiniol, roi prosesau llywodraethu cadarn ar waith sy'n darparu atebolrwydd clir ar gyfer gweithredu canllawiau NICE.

Dylai ymddiriedolaethau fod ag aelod penodol o Fwrdd yr Ymddiriedolaeth sy'n:

- a) Sicrhau archwiliad rheolaidd o safonau ansawdd yn ymwneud â monitro a thrin clefyd cardiofasgwlar a metabolaidd mewn pobl â sgitsoffrenia, a chydymffurfiad â nhw, trwy ddangosyddion perfformiad ar lefel y bwrdd (*NICE 1.1.3.7*).
  - b) Sicrhau archwiliad rheolaidd o safonau ar gyfer rhoi presgripsiynau ar gyfer meddyginiaethau gwrthseicotig, a chydymffurfiad â nhw.
- 5.2 Bod yn ymwybodol o weithrediad canllaw NICE yn ymwneud ag atebolrwydd arweiniol dros fonitro iechyd corfforol defnyddwyr gwasanaethau (*NICE 1.3.6.5*), a'i gefnogi. Bydd hyn yn mynnu cytundebau clir â gwasanaethau gofal sylfaenol lleol.

Mae hyn yn mynnu cefnogi rhannu canlyniadau monitro corfforol rheolaidd yn gyflym rhwng gofal sylfaenol a gofal eilaidd (*NICE 1.5.3.2*).

- 5.3 Cydweithio â Grwpiau Comisiynu Clinigol i sicrhau y gall gwasanaethau ddarparu therapi ymddygiad gwybyddol (*NICE 1.4.4.1*) ac ymyriadau teuluol i bawb sydd am eu derbyn (*NICE 1.4.4.2*).
- 5.4 Galluogi gwasanaethau iechyd meddwl i gynorthwyo defnyddwyr gwasanaethau i aros mewn gwaith neu ddod o hyd i gyflogaeth newydd (*NICE 1.5.8.2*).
- 5.5 Bod yn ymwybodol o ganllawiau NICE ar ddarparu cymorth i ofalwyr, a sicrhau y cânt eu rhoi ar waith (*NICE 1.1.5*). Datblygu protocolau i gefnogi cynnwys a chynorthwyo gofalwyr yn briodol.



- 5.6 Sicrhau y caiff yr adroddiad hwn ar yr ail Archwiliad Cenedlaethol o Sgitsoffrenia, ac adroddiad unigol cysylltiedig lleol yr ymddiriedolaeth, eu lledaenu i'r rheolwyr priodol, aelodau o'u timau iechyd meddwl ac eraill, fel y bo'n briodol, ac y caiff camau eu cymryd mewn perthynas â'r argymhellion.
- 5.7 Sicrhau lle mae angen hyfforddiant ychwanegol ar aelodau timau iechyd meddwl i gyflawni'r gofynion uchod, bod yr hyfforddiant hwnnw ar gael.

## **6. Argymhellion ar gyfer Cyfarwyddwyr Meddygol a Chyfarwyddwyr Nyrsio**

- 6.1 Sicrhau bod gan staff mewn timau iechyd meddwl yr adnoddau, yr offer a'r cyfleusterau i ddilyn yr argymhellion y disgwylir iddynt eu cyflawni, fel y disgrifir yn yr adran "Timau Iechyd Meddwl".
- 6.2 Gweithio i newid diwylliant sydd yn aml yn ystyried gofal iechyd corfforol a gofal iechyd meddwl ar wahân. Yn aml, gall hyn fod yn ymwneud ag ofnau staff am feysydd y maent yn teimlo'n anghyfarwydd â nhw. Mae Adnodd Lester yn darparu ffocws i seilio rhaglenni addysg lleol arno.
- 6.3 Cydnabod pwysigrwydd gweithgareddau rheolaidd i ddefnyddwyr gwasanaethau, a galluogi gwasanaethau iechyd meddwl arbenigol i gynorthwyo defnyddwyr gwasanaethau i aros mewn gwaith neu ddod o hyd i gyflogaeth newydd (*NICE 1.5.8.2*).
- 6.4 Bod yn ymwybodol o ganllaw NICE i ddarparu cymorth i ofalwyr (*NICE 1.1.5*) a sicrhau y cânt eu rhoi ar waith, a chynorthwyo Ymddiriedolaethau i ddatblygu protocolau.

## **7. Argymhellion ar gyfer Timau Iechyd Meddwl a'u Rheolwyr**

- 7.1 Bod yn ymwybodol o ganllaw NICE yn ymwneud ag atebolrwydd arweiniol dros fonitro iechyd corfforol defnyddwyr gwasanaethau (*NICE 1.3.6.5*) a'i roi ar waith:
- a) Timau iechyd meddwl arbenigol i ysgwyddo'r cyfrifoldeb arweiniol am y 12 mis cyntaf neu nes i gyflwr y defnyddiwr gwasanaethau sefydlogi.

- b) Ar ôl hynny, gofal sylfaenol i ysgwyddo'r cyfrifoldeb arweiniol, oni bai bod rhesymau penodol dros gadw hyn â gofal eilaidd.

Mae hyn hefyd yn mynnu cefnogi rhannu canlyniadau monitro rheolaidd o iechyd corfforol defnyddwyr gwasanaethau yn gyflym rhwng ymarferwyr gofal sylfaenol a gofal eilaidd (*NICE 1.5.3.2*).

Dylent sicrhau bod Prif Weithredwyr a rheolwyr eraill yn ymwybodol o'r angen i'r Ymddiriedolaeth ddatblygu cytundebau â gofal sylfaenol i alluogi hyn.

- 7.2 Sicrhau y caiff iechyd corfforol defnyddwyr gwasanaethau ei reoli'n weithredol, fel y disgrifir yn Adnodd Lester. Mae hyn yn cynnwys y canlynol:
  - a) Monitro ffactorau risg iechyd corfforol a chynnig ymyrraeth yn ôl yr angen (*NICE 1.1.3.2 ac 1.1.3.6*).
  - b) Cynnig cymorth ar gyfer bwyta'n iachach a chynyddu ymarfer corff (*NICE 1.3.1.1*) ac, os yw'r defnyddiwr gwasanaethau'n ysmegu, help i roi'r gorau i ysmegu (*NICE 1.3.1.3*).
  - c) Cyn gynted â phosibl, amlygu'r rhai sydd â risg uchel o anhwylderau cardiofasgwlar a metabolaidd (*NICE 1.5.3.3*).
  - ch) Cynnig ymyriadau priodol i atal datblygiad gordewdra, diabetes math 2 a chlefyd cardiofasgwlar (*NICE 1.5.3.3*).
- 7.3 Sefydlu proses adolygu rheolaidd, o leiaf yn flynyddol, i sicrhau y caiff statws iechyd corfforol a meddyginiaeth defnyddwyr gwasanaethau eu diweddarau a bod ymyriadau'n digwydd - "*Don't just screen, intervene*".
- 7.4 Cynorthwyo pobl â sgitsoffrenia i aros mewn gwaith, neu ddod o hyd y gyflogaeth, addysg neu gyfleoedd gwirfoddoli newydd. (*NICE 1.5.8.2*).
- 7.5 Bod yn ymwybodol o ganllawiau NICE i ddarparu cymorth i ofalwyr (*NICE 1.1.5*) a'u rhoi ar waith.
- 7.6 Sicrhau bod y cynllun gofal yn ddogfen weithredol, sy'n cael ei hadolygu'n rheolaidd, a rhoi copi ohono i'r defnyddiwr gwasanaethau.

## **8. Argymhellion i Feddygon Teulu (a'u timau gofal sylfaenol, lle bo hynny'n briodol)**

- 8.1 Bod yn ymwybodol o ganllaw NICE yn ymwneud ag atebolrwydd arweiniol dros fonitro iechyd corfforol defnyddwyr gwasanaethau (*NICE 1.3.6.5*) a'i roi ar waith:
- a) Timau iechyd meddwl arbenigol i ysgwyddo'r cyfrifoldeb arweiniol am y 12 mis cyntaf neu nes i gyflwr y defnyddiwr gwasanaethau sefydlogi.
  - b) Ar ôl hynny, gofal sylfaenol i ysgwyddo'r cyfrifoldeb arweiniol, oni bai bod rhesymau penodol dros gadw hyn â gofal eilaidd.

Mae hyn hefyd yn mynnu cefnogi rhannu canlyniadau monitro rheolaidd o iechyd corfforol defnyddwyr gwasanaethau yn gyflym rhwng ymarferwyr gofal sylfaenol a gofal eilaidd (*NICE 1.5.3.2*).

- 8.2 Sicrhau y caiff iechyd corfforol defnyddwyr gwasanaethau ei reoli'n weithredol, fel y disgrifir yn Adnodd Lester. Mae hyn yn cynnwys y canlynol:
- a) Monitro ffactorau risg iechyd corfforol a chynnig ymyrraeth yn ôl yr angen (*NICE 1.1.3.2 ac 1.1.3.6*).
  - b) Cynnig cymorth ar gyfer bwyta'n iachach a chynyddu ymarfer corff (*NICE 1.3.1.1*) ac, os yw'r defnyddiwr gwasanaethau'n ysmegu, help i roi'r gorau i ysmegu (*NICE 1.3.1.3*).
  - c) Cyn gynted â phosibl, amlygu'r rhai sydd â risg uchel o anhwylderau cardiofasgwlar a metabolaidd (*NICE 1.5.3.3*).
  - ch) Cynnig ymyriadau priodol i atal datblygiad gordewdra, diabetes math 2 a chlefyd cardiofasgwlar (*NICE 1.5.3.3*).
- 8.3 Adolygu gofal pobl â sgitsoffrenia sydd â diabetes neu glefyd cardiofasgwlar sefydledig ac sydd dymuno cael adolygiad (*NICE 1.5.3.4*).

## **9. Argymhellion ar gyfer Seiciatryddion**

- 9.1 Sicrhau eu bod yn glynu wrth y safonau ar gyfer rhoi presgripsiynau a amlinellir yng nghanllaw NICE (*NICE 1.3.6*).

- 9.2 Mewn sefyllfaoedd lle caiff presgripsiwn ei roi ar gyfer cyffuriau gwrthseicotig sydd y tu allan i argymhellion y BNF (Llyfr Fformiwlâu Cenedlaethol Prydain), sydd ond yn briodol yn anaml, rhaid rhoi sail resymegol glir i'r defnyddiwr gwasanaethau a'i gofnodi yng nghofnod yr achos gan y seiciatrydd sy'n rhoi'r presgripsiwn. Dylai'r sail resymegol hon gael ei hadolygu a'i diweddarau'n flynyddol, o leiaf. Bydd hyn yn fwyaf cyffredin:
- a) Pan fydd defnyddio mwy nag un cyffur gwrthseicotig ar y tro yn cael eu hystyried; neu
  - b) Pan all dogn y feddyginiaeth ragori ar ddogyn argymelledig y BNF.
- 9.3 Dylai defnyddwyr gwasanaethau nad yw eu symptomau yn ymateb yn dda i brofion o ddau fath o feddyginiaeth gwrthseicotig safonol (h.y. y cânt eu hystyried yn 'anymatebol i driniaeth') gael prawf o driniaeth *clozapine*, oni bai y caiff ei wrthgymeradwyo. Ni ddylid oedi hyn drwy gynnal profion amhriodol o hir o'r ddau fath cyntaf o feddyginiaeth wrthseicotig (*NICE 1.5.7.2*).
- 9.4 Ar y cyd â'r Fferyllydd Iechyd Meddwl a defnyddwyr gwasanaethau, dylai seiciatryddion adolygu'r wybodaeth ysgrifenedig a/neu ar-lein am feddyginiaeth y maent yn ei rhoi i bobl y mae sgitsoffrenia yn effeithio arnynt a'u gofalwyr, a gwirio ei bod yn glir ac yn hawdd ei deall.
- 9.5 Sicrhau bod y rhai sy'n rhoi presgripsiynau wedi eu hyfforddi i weithio'n gydweithredol â defnyddwyr gwasanaethau mewn perthynas â phenderfyniadau am feddyginiaeth (*NICE 1.3.5.1*).

## **10. Argymhellion ar gyfer Fferyllwyr Iechyd Meddwl**

- 10.1 Adolygu arferion rhoi presgripsiynau ar gyfer meddyginiaeth wrthseicotig yn eu Hymddiriedolaethau a, lle y bo'n briodol, datblygu rhaglenni addysgol i aelodau timau iechyd meddwl.
- 10.2 Cydweithio â seiciatryddion a defnyddwyr gwasanaethau i adolygu'r wybodaeth ysgrifenedig a/neu ar-lein am feddyginiaeth y maent yn ei rhoi am feddyginiaeth i ddefnyddwyr gwasanaethau a'u gofalwyr, a gwirio ei bod yn glir ac yn hawdd ei deall.

Yn yr argymhellion hyn, cyfeirir at Adnodd Lester<sup>1</sup> (gweler Atodiad F yr Adroddiad Cenedlaethol), sy'n darparu cyngor ar fonitro risgiau clefyd cardiometabolaidd ymhlith defnyddwyr gwasanaethau sy'n cymryd meddyginiaeth wrthseicotig. Caiff yr adnodd hwn ei gymeradwyo gan lawer o gyrff proffesiynol a GIG Lloegr. Caiff ei gynnwys ar y rhestr adnoddau y mae NICE yn eu hystyried yn briodol i ategu'r canllaw newydd (<http://www.nice.org.uk/Guidance/CG178/Resources>).

---

<sup>1</sup>*Lester UK Adaptation: Positive Cardiometabolic Health Resource: an intervention framework for patients with psychosis and schizophrenia. 2014 update (Shiers et al, 2014)*