



Llywodraeth Cymru
Welsh Government

Gwranddo ar Bobl

Y Proses Cwynion, Digwyddiadau
a lawndal GIG Cymru

- Canllawdïau i Sefydliadau

2026

Cynnwys

Cyflwyniad.....	7
Gwrando ar Bobl: Proses Cwynion, Digwyddiadau ac Iawn GIG Cymru 2026.....	8
Rhagair gan Jeremy Miles AS, Ysgrifennydd y Cabinet dros Iechyd a Gofal Cymdeithasol	8
Rhagair y Prif Swyddog Nyrsio	9
Egwyddorion Cyffredinol Gwrando ar Bobl: Proses Cwynion, Digwyddiadau ac Iawn GIG Cymru	11
Addewid y Bobl ar Bryderon GIG Cymru	11
Pedair egwyddor Gwrando ar Bobl.....	11
Y Safonau.....	12
Dyletswyddau strategol a gweithredol, goruchwylio a threfniadau lleol	13
Y Dull: Cam 1 Gwrando a Gweithredu; Cam 2 Ymchwilio, Ymateb a Dysgu	17
Rhoi pobl wrth wraidd y broses.....	17
Cam 1 – Gwrando a Gweithredu	17
Gwrando.....	17
Gweithredu.....	18
Cam 2 – Ymchwilio, Ymateb a Dysgu	19
Ymchwilio.....	19
Ymateb.....	19
Dysgu	20
Hysbysu, cydnabod a graddio pryder	20
Pwy all godi pryder.....	22
Carcharorion sy'n codi pryderon	23
Materion sydd wedi'u heithrio rhag ystyriaeth o dan y Trefniadau	23
Terfyn Amser ar gyfer Hysbysu Pryderon	24
Tynnu pryderon yn ôl.....	25
Pryderon sy'n flinderus neu'n wacsaw	25
Graddio Pryderon	26
Egwyddorion Graddio	27
Fframwaith Graddio Niwed	28
Ymchwiliad annibynnol.....	29
Adrodd Cenedlaethol ac Uwchgyfeirio	29
Pryderon am niwed sydd ar fin digwydd neu barhaus	30

Gweithredu Rheoliad 24A: Canllawiau ar gyfer Atal Datrysiaid Cynnar neu Ymchwiliad	31
Pryd i ystyried atal dros dro	32
Cymhwyso Ymarferol a Phroses	33
Pryderon sy'n ymwneud â gofal sylfaenol	33
Pryderon ynghylch gwasanaethau a ddarperir gan ddarparwyr annibynnol o dan drefniadau gyda Chorff GIG Cymru	34
Amgylchiadau Eithriadol	35
Llwybr Ymchwilio a Chydsyniad	35
Cyfathrebu Penderfyniadau a Hawliau	35
Pryderon sy'n ymwneud â chyrff cyfrifol eraill	36
Adnabod a Gweithredu Cychwynnol	36
Cydlynu a Dynodi Arweinydd	37
Trafodaeth wrando	37
Ymchwilio ac Ymateb	37
Cyfathrebu a Diweddariadau	37
Dysgu ac Adrodd	38
Uwchgyfeirio ac Anghydfodau	38
Ystyriaethau Cytundebol a Thrawsffiniol	38
Cyfathrebu â chleifion, defnyddwyr gwasanaethau a'u teuluoedd	38
Y rhai mewn profedigaeth ac sy'n codi pryderon am ofal	39
Pobl Mewn Profedigaeth ac sy'n Codi Pryderon am Ofal	39
Canllawiau ar y Dull (Proses ac Ymarfer)	40
Enghraifft achos i ddangos sut y gellir mynd i'r afael â dryswch ynghylch rolau mewn marwolaeth gymunedol gartref	41
Profedigaeth mewn gofal mamolaeth	41
Enghraifft achos — Marw-enedigaeth ar ôl 38 wythnos; a allai fod wedi cael ei hatal?	42
Profedigaeth plentyn neu berson ifanc	43
Enghraifft achos — Marwolaeth annisgwyl plentyn 9 oed; mae rhieni yn gofyn am atebion cyflym	44
Cyfeiriadau - profedigaeth	44
Y Gwasanaeth Archwilio Meddygol	45
Crwner EF a'r broses Gwrando ar Bobl	46
Cyfeiriadau – y Gwasanaeth Archwilio Meddygol	49
Y Drafodaeth Wrando	50
Cam 1 – Gwrando a gweithredu i ddatrys pryderon a'r cyfnod datrys yn gynnar	52
Egwyddorion Datrysiaid Cynnar	53

Penderfynu ar Addasrwydd ar gyfer Datrysiad Cynnar	53
Camau Gweithredu yn ystod y Cyfnod Datrysiad Cynnar.....	53
Adolygu gwybodaeth	54
Rhoi'r wybodaeth ddiweddaraf i'r person sy'n codi pryder	54
Datrysiad boddhaol.....	55
Pan na ellir parhau â'r datrysiad cynnar.....	55
Cadw cofnodion a monitro	55
Tystiolaeth ymchwil sy'n cefnogi'r dull hwn	55
Rhestr Wirio Cydymffurfiaeth y Rheolwr	56
Cam 2: Ymchwilio, Ymateb a Dysgu	57
Y weithdrefn cyn ymchwilio o dan Reoliad 23.....	58
Ymchwilio i bryderon	58
Gwneud iawn.....	60
Trosolwg Cyffredinol	60
Ymateb i bryder	62
Rheoliad 24 (ymateb)	63
Rheoliad 26 (Ymateb i ymchwiliad o dan reoliad 23 pan benderfynir bod atebolrwydd cymwys neu y gallai fod atebolrwydd cymwys)	64
Rheoliad 31 (adroddiad yr ymchwiliad) a 33 (iawn – hysbysu ynghylch penderfyniad)	65
Proses gwneud iawn	66
Arbenigwyr annibynnol.....	69
Darparu cyngor cyfreithiol	69
Cyfyngiad - atal dros dro.....	70
Cwantwm	71
lawndal cyffredinol	71
lawndal arbennig.....	72
Cwantwm mewn achosion angheuol.....	73
Uned Adfer Digollediad	73
Ffioedd y GIG	74
Atodiad i'r Adran Gwneud iawn	75
Atebolrwydd Cymwys – esboniad	75
Dyletswydd Gofal.....	75
Safon Gofal: Torri Dyletswydd	75
Ymchwilio i Dorri Dyletswydd	76
Safon a Baich Profi	76
Achosiaeth	76

Prawf Achosiaeth Amgen - Cyfraniad Perthnasol	77
Ymchwilio i Achosiaeth	77
Pryderon sy'n ymwneud â chydysniad	78
Torri Dyletswydd (cydsyniad)	78
Risg Berthnasol.....	78
Achosiaeth (cydsyniad)	79
Gwneud iawn pan ddarperir gofal gan ddarparwyr GIG Lloegr, yr Alban neu Ogledd Iwerddon	79
Egwyddor Graidd Tegwch	79
Y Cyd-destun Cyfreithiol Ledled y DU	80
Atebolrwydd cymwys yn yr Alban a Gogledd Iwerddon	80
Camau sy'n ofynnol o dan Reoliad 38 (fel y'i diwygiwyd).....	81
Camau gweithredu pan godir Pryder Trawsffiniol	81
Cyfathrebu Canlyniadau Ymchwiliadau a Phenderfyniadau Gwneud iawn.....	82
Cyfathrebu Canlyniad Ymchwiliadau i Bryderon	83
Cyfathrebu Cynnig Gwneud iawn	84
Pryderon am ofal oedolion mewn perygl	86
Plant a phobl ifanc – codi pryderon ac ymateb iddynt.....	88
Cynnal Hawliau a Lles Plant a Phobl ifanc yng Nghyd-destun Pryderon	88
Egwyddorion Craidd a Hawliau Cyfreithiol.....	88
Diogelwch Seicolegol ac Effaith Emosiynol	88
Safonau Cyfathrebu	89
Cynnwys Rhieni, Gwarcheidwaid ac Eiriolwyr.....	89
Asesu Cymhwysedd a Chydysniad.....	89
Diogelu a Rhwymedigaethau Cyfreithiol.....	90
Ymateb i'r pryderon a godwyd gan Blant a Phobl Ifanc.....	90
Rôl Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru	92
Ymateb i Adroddiadau'r Ombwdsmon o dan Ddeddf 2019.....	92
Dyletswydd i sicrhau bod cyrff cyfrifol yn dysgu o bryderon.....	93
Egwyddorion	94
Dysgu o Bryderon	94
Rolau, llywodraethu ac atebolrwydd	95
Bwrdd a Phwyllgor.....	95
Arweinwyr Gweithredol	95
Adrodd ar y broses Gwrando ar Bobl ac integreiddio i'r system Rheoli Ansawdd	95
Adroddiad blynyddol.....	96

Rhestr Termau.....	99
Atodiad 1: Sylfaen dystiolaeth a darllen pellach.....	102
Y Drafodaeth Wrandu.....	102
Cyfathrebu Canlyniadau Ymchwiliadau a Phenderfyniadau Gwneud lawn	102
Atodiad: Siartiau llif.....	Error! Bookmark not defined.
ATODIADAU	103
Atodiad A	104
Addewid y Bobl ar Bryderon GIG Cymru	104
Beth allwch ei ddisgwyl pan fyddwch yn codi pryder:.....	104
1. Mynediad Hawdd, Cefnogaeth a Datrysiad Cynnar	104
2. Parch, Tosturi a Dull sy'n Canolbwyntio ar yr Unigolyn	104
3. Gwybodaeth, Cyfathrebu a Diweddariadau Clir.....	104
4. Trin Amserol, Teg a Seiliedig ar Dystiolaeth.....	104
5. Canlyniadau Clir, Ymatebion Ystyrlon a Gwneud lawn.....	105
6. Dysgu, Gwella a Chraffu Annibynnol.....	105
7. Atebolrwydd, Tryloywder a'ch Hawl i Adolygu	105

Cyflwyniad

- 1.** Gwranddo ar Bobl: Proses Cwynion, Digwyddiadau ac Iawn GIG Cymru yw'r enw gweithredol ar gyfer y fframwaith sy'n llywodraethu adrodd ac ymchwilio i bryder, sy'n ymwneud â gofal a ddarperir neu a gomisiynir gan y GIG yng Nghymru. Mae'r term "pryderon" yn cynnwys cwynion a digwyddiadau diogelwch cleifion a gwneud iawn lle bo'n briodol. Bwriedir i'r canllawiau hyn gael eu defnyddio fel dogfen gyfeirio gan gyrff cyfrifol a dylid eu darllen ar y cyd â [Dyletswydd Gonestrwydd y GIG](#) a [Dyletswydd Ansawdd y GIG](#).
- 2.** Ystyr y term "corff cyfrifol" yw un o gyrff GIG Cymru, darparwr gofal sylfaenol, neu ddarparwr annibynnol.
- 3.** Ystyr "corff GIG Cymru" yw Bwrdd Iechyd Lleol (BILI), un o Ymddiriedolaethau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol sy'n rheoli ysbyty neu sefydliad neu gyfleuster arall sydd yn gyfan gwbl neu'n bennaf yng Nghymru, neu Awdurdod Iechyd Arbennig.
- 4.** Bwriedir i'r canllawiau hyn gael eu defnyddio gan gyrff cyfrifol i sicrhau bod eu prosesau yn bodloni gofynion rheoliadol o dan Reoliadau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Trefniadau Pryderon, Cwynion ac Iawn) (Cymru) 2011 ("y Prif Reoliadau"), fel y'u diwygiwyd (sy'n cwmpasu diwygiadau a wnaed gan Reoliadau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Trefniadau Pryderon, Cwynion ac Iawn) (Cymru) (Diwygio) 2025 a ddaw i rym ar 1 Ebrill 2026).
- 5.** Mae Deddf Cydraddoldeb 2010¹ a Dyletswydd Cydraddoldeb y Sector Cyhoeddus² yn sylfaenol i'r canllawiau hyn.
- 6.** Mae'r prosesau a ddisgrifir yn y canllawiau hyn ynghyd â'r Prif Reoliadau yn llywodraethu'r ffordd y mae pob corff cyfrifol yn ystyried pobl sy'n codi pryder mewn perthynas â gwasanaethau a ddarperir gan neu o dan drefniadau gyda'r GIG yng Nghymru ac yn ymateb i'r bobl hyn.
- 7.** Mae canllawiau cyhoeddedig ar wahân sydd â'r nod o esbonio i gleifion, defnyddwyr gwasanaethau, eu teuluoedd a'u heiriolwyr pa hawliau sydd wedi'u darparu iddynt o dan y Prif Reoliadau a beth sy'n rhesymol i'w ddisgwyl gan y GIG mewn ymateb i godi pryder.
- 8.** Mae'r canllawiau hyn yn esbonio'r gofynion o dan y Prif Reoliadau a'u hegwyddorion sylfaenol, gan gynnwys gwranddo ar bryderon, gweithredu arnynt, a deall, dysgu a gweithredu newid ohonynt, gan wella ansawdd a diogelwch wrth ddarparu gofal.

¹ [Deddf Cydraddoldeb 2010](#)

² [Dyletswydd Cydraddoldeb y Sector Cyhoeddus \[HTML\] | LLYW.CYMRU](#)

Gwrando ar Bobl: Proses Cwynion, Digwyddiadau ac Iawn GIG Cymru 2026

Rhagair gan Jeremy Miles AS,
Ysgrifennydd y Cabinet dros
Iechyd a Gofal Cymdeithasol



Mae ein system gofal iechyd yn seiliedig ar yr egwyddor allweddol bod yn rhaid i bobl fod wrth wraidd popeth a wnawn. Pan fydd rhywun yn codi pryder am eu gofal, mae'n gyfle i'r GIG gryfhau diogelwch ac ansawdd gwasanaethau mewn ymateb i hynny.

Cyflwynwyd *Gweithio i Wella*, y broses bryderon, cwynion ac iawn ar gyfer gwasanaethau a ddarperir gan y GIG yng Nghymru neu o dan drefniadau gyda'r GIG yng Nghymru, yn 2011. Fe'i cynlluniwyd i sicrhau bod pryderon pobl yn cael eu hymchwilio'n briodol, a bod gwersi yn cael eu dysgu pan fyddai camgymeriadau'n cael eu gwneud. Roedd hwn yn gam uchelgeisiol i Gymru – ar y pryd, nid oedd unrhyw ran arall o'r DU wedi mabwysiadu system mor rhagweithiol o wneud iawn.

Yn y 15 mlynedd ers hynny, mae degau o filoedd o bobl wedi cael eu helpu i godi eu pryderon ac i ddod o hyd i ddatrysiad.

Fodd bynnag, rydym bellach yn gwybod nad yw *Gweithio i Wella* wedi gweithio i bawb. Mae pobl wedi canfod bod y system yn rhy gyfreithiol; mae rhai yn teimlo ei bod yn brin o empathi a dealltwriaeth, ac y gall sefydliadau'r GIG fod yn amddiffynnod pan fyddant yn wynebu pryderon.

Yn dilyn gwaith helaeth ac ymgynghoriad cyhoeddus yn 2024, rydym wedi diwygio'r system er mwyn ymateb i'r pryderon hyn a chryfhau'r broses gwynion ac iawn. Mae *Gwrando ar Bobl: proses Cwynion, Digwyddiadau ac Iawn GIG Cymru* yn ymgorffori system, sy'n blaenoriaethu cyfathrebu tosturiol i sicrhau bod pawb yn teimlo eu bod yn cael eu clywed a'u cefnogi. Bydd diwylliant o ddysgu yn helpu i sicrhau bod pob cyfle yn cael ei gymryd i ddysgu o bryderon er mwyn atal digwyddiadau rhag ailadrodd.

Mae mwy o ffocws bellach ar ddatrys yn gynnar yng ngham cyntaf y broses, lle ystyrir bod datrysiad cynnar yn briodol. Mae hyn yn cynnwys cynnig gorfodol o drafodaeth wrando, lle bydd cyrff cyfrifol yn ystyried profiad y person sy'n codi pryder. Mae'r ail gam yn cynnwys asesiad o atebolrwydd ac a ddylid gwneud cynnig o iawn.

Rydym yn gwybod y gall codi pryder deimlo'n ofidus, felly mae *Gwrando ar Bobl* yn rhoi pwyslais ar gyfathrebu clir a thosturiol. Os defnyddir unrhyw derminoleg gyfreithiol neu feddygol gymhleth, bydd yn cael ei hesbonio'n briodol. Bydd pobl sy'n codi pryderon yn cael cynnig gwasanaethau eiriolaeth a chymorth a byddant yn cael

eu hysbysu am gynnydd yr ymchwiliad a'r amserlen debygol ar gyfer cwblhau'r ymchwiliad.

Mae *Gwrando ar Bobl* wedi'i ddatblygu gyda GIG Cymru, gan gynnwys cleifion, staff a sefydliadau partner. Rwy'n hyderus y bydd y canlyniad yn newid ystyrlon a chadarnhaol i'r bobl sy'n defnyddio gwasanaethau'r GIG.

Gyda'n gilydd, byddwn yn parhau i adeiladu system sy'n rhoi pobl yn gyntaf ac sydd bob amser yn gwrando, yn dysgu ac yn gwella.

Rhagair y Prif Swyddog Nyrsio

Rwy'n falch o gyflwyno'r canllawiau gweithredol hyn ar gyfer *Gwrando ar Bobl: Proses Cwynion, Digwyddiadau ac Iawn GIG Cymru*. Mae'r ddogfen hon yn gam sylweddol ymlaen o ran cryfhau'r ffordd yr ydym yn ymateb i bryderon, yn dysgu ohonynt, ac yn gwella ansawdd a diogelwch gofal i bobl ledled Cymru. Fe'i datblygwyd gyda mewnbwn helaeth gan gydweithwyr ar draws byrddau iechyd, ymddiriedolaethau, gofal sylfaenol, darparwyr annibynnol, arbenigwyr cyfreithiol a diogelu, ac yn hollbwysig lleisiau cleifion, defnyddwyr gwasanaethau a'u teuluoedd. Hoffwn ddiolch yn ddiffuant i bawb sydd wedi cyfrannu.



Mae'r broses *Gwrando ar Bobl* yn rhoi tosturi, eglurder ac atebolrwydd wrth wraidd sut y bydd pryderon yn cael eu trin nawr. Fel gweithwyr proffesiynol, rydym i gyd yn cydnabod bod pobl yn codi pryderon ar adegau o fregusrwydd a gofid. Gall sut rydym yn ymateb - ein bod yn agored, ein prydlondeb, ein hempatthi - lunio eu hymddiriedaeth yn y GIG am flynyddoedd i ddod. Mae'r canllawiau hyn yn darparu'r fframwaith i sicrhau bod ein gweithredoedd yn canolbwyntio ar yr unigolyn, yn gyson ac yn cydymffurfio â'r gyfraith, tra hefyd yn eich cefnogi chi fel staff i gyflawni eich cyfrifoldebau yn hyderus ac yn ddiogel.

Bydd gweithredu'r dull cryfach hwn yn gofyn am ymrwymiad gan bob rhan o'r system. Rydych yn chwarae rhan hanfodol: p'un a ydych yn bwynt cyswllt cyntaf i rywun sy'n codi pryder, arweinydd clinigol sy'n gyfrifol am sicrhau ymchwiliad cymesur ac effeithiol, neu reolwr sy'n goruchwylio llywodraethu, dysgu ac adrodd. Mae'r canllawiau hyn yn nodi disgwyliadau clir ar gyfer datrysiad cynnar, ymchwiliad cadarn, a chyfathrebu effeithiol, gan adlewyrchu'r Ddyletswydd Gonestrwydd a'r Ddyletswydd Ansawdd. Mae hefyd yn cydnabod pwysigrwydd cefnogi llesiant staff, darparu hyfforddiant priodol, meithrin diwylliant lle mae pobl yn teimlo'n ddiogel i leisio barn a bod dysgu'n arwain at welliant ystyrlon.

Nid ymarfer cydymffurfio yn unig yw hwn. Mae'n ymrwymiad diwylliannol i sicrhau bod pob pryder - boed yn fawr neu'n fach - yn cael ei wrando â pharch a'i ddefnyddio i gryfhau'r system. Mae'n ymwneud â gweithio ar y cyd ar draws ffiniau sefydliadol, lleihau niwed, ac ymgorffori diwylliant cyfiawn ac agored ym mhob gwasanaeth. Mae cleifion a theuluoedd yn haeddu'r sicrwydd bod y GIG yng Nghymru yn ymateb yn deg, yn dysgu'n dryloyw, ac yn gweithredu lle mae gofal yn methu.

Yn hollbwysig, mae'r canllawiau hyn hefyd yn cryfhau sicrwydd sefydliadol a system, gan alluogi cyrff y GIG i ddangos i fyrrdau, rheoleiddwyr a'r cyhoedd bod pryderon yn cael eu trin yn gyson, bod dysgu yn cael ei weithredu, a bod gwelliannau'n cael eu monitro a'u cynnal.

Rwy'n gwybod mor galed y mae staff yn gweithio, yn aml o dan bwysau sylweddol. Mae'r canllawiau hyn wedi'u cynllunio i'ch cefnogi, eich arfogi a gwneud eich gwaith yn haws, nid yn anoddach. Drwy eu cymhwyso'n gyson, byddwch yn chwarae rhan uniongyrchol wrth wella profiadau pobl, cryfhau hyder y cyhoedd, atal niwed yn y dyfodol a gwella gofal.

Diolch am eich proffesiynoldeb parhaus, eich tosturi a'ch ymrwymiad i wrando a dysgu.

Sue Tranka, Prif Swyddog Nyrsio

Egwyddorion Cyffredinol Gwrando ar Bobl: Proses Cwynion, Digwyddiadau ac Iawn GIG Cymru

9. Nodau'r broses Gwrando ar Bobl yw:

- Gwella darpariaeth gofal mwy diogel drwy wrando a gweithredu
- Hyrwyddo diwylliant agored a chyfiawn
- Cynyddu tryloywder ac ymddiriedaeth
- Lliniaru yn erbyn niwed yn y dyfodol
- Cefnogi datblygiad a dysgu staff
- Bodloni dyletswyddau cyfreithiol a safonau moesegol

Addewid y Bobl ar Bryderon GIG Cymru

10. Mae **Addewid y Bobl** ([Atodiad A](#)) yn nodi addewid clir, cyhoeddus ynghylch sut y gall pobl ddisgwyl i'w pryderon gael eu gwrando, eu cymryd o ddifrif, ac ymateb iddynt ar draws GIG Cymru. Mae'n esbonio mewn iaith glir y gwerthoedd o degwch, parch, bod yn agored ac amseroldeb sy'n sail i drin â phryderon, a'r hawliau sydd gan bobl wrth eu codi.

11. Ategir yr Addewid gan **yr Egwyddorion a'r Safonau** a drafodir isod, sy'n cydfynd â'r Prif Reoliadau. Mae'r Addewid yn darparu canllawiau ymarferol a safonau cyson y mae'n rhaid i gyrrff a staff cyfrifol eu dilyn yn eu hymarfer o ddydd i ddydd, gan sicrhau bod yr addewid a wneir i'r cyhoedd yn cael ei gyflawni mewn ffordd glir, atebol a chyson ar draws yr holl wasanaethau.

Pedair egwyddor Gwrando ar Bobl

12. Mae'n bwysig i bobl sy'n codi pryderon am ofal a ddarperir a/neu a ariennir gan y GIG bod y broses ar gyfer codi pryder drwy un pwynt hygrych symlach e.e. cyfeiriad e-bost, rhif ffôn, cyfeiriad post neu drwy gynrychiolaeth wyneb yn wyneb. Gall pobl godi pryderon mewn amrywiaeth o ffyrdd (gweler rheoliad 11(1) (a) yn ysgrifenedig; (b) yn electronig; neu (c) ar lafar, naill ai dros y ffôn neu'n bersonol, i unrhyw aelod o staff y corff cyfrifol, y mae cyflawni ei swyddogaethau yn destun y pryder), ac maent yn gallu dewis y dull sydd fwyaf addas iddynt. Y corff cyfrifol sy'n gyfrifol am sicrhau bod hyn ar gael ac yn cael ei gyfathrebu'n effeithiol lle mae disgwyliad clir i ystyried anghenion hygrychedd y boblogaeth gyfan y maent yn ei gwasanaethu, gan gynnwys y rhai sydd wedi'u hallgáu'n ddigidol.

13. **Egwyddor gyntaf** Gwrando ar Bobl yw bod pobl sy'n codi pryderon yn cael eu gwrando'n weithredol; eu bod yn cael eu trin â pharch, cwртеisi ac mewn modd tosturiol, ac mae eu hawliau a'u hopsiynau wedi'u hegluro iddynt mewn ffordd y

gallant ei deall ac sy'n hygyrch i'w hanghenion penodol.

14. Mae'r hawliau a'r opsiynau hyn yn cynnwys yr hawl i eiriolaeth a chefnogaeth briodol drwy gydol y broses a bod hyn yn cael ei ystyried a'i gynnig yn weithredol, am ddim ar y pwynt mynediad. Yn ogystal, rhoddir gwybod i bobl y gallant ddatgan yn glir eu canlyniad a ddymunir a lle bo'n briodol, cynigir yr ateb hwn drwy ddatrysiaid cynnar amserol.

15. Yr **ail egwyddor** yw y bydd pryderon yn cael eu hymchwilio'n effeithiol mewn modd cymesur, bod yr amserlen ar gyfer cwblhau yn cael ei thrafod a'i chyfleu ar ddechrau'r broses, gan roi gwybod i bobl am gynnydd ac unrhyw oedi, a'u cynnwys yn y broses ymchwilio lle bo'n ymarferol. Rhaid cyfathrebu canlyniadau'r ymchwiliad hwn yn glir i'r person a gododd y pryder yn ysgrifenedig, a defnyddio iaith y gellir ei deall yn hawdd, gan gynnwys esboniadau o unrhyw dermau meddygol neu gyfreithiol cymhleth a ddefnyddir.

16. Y **drydedd egwyddor** yw bod dyletswydd ar sefydliadau i ddysgu o'r pryderon hyn ac adrodd yn ôl. Rhaid iddynt ddatblygu camau gweithredu effeithiol i atal hyn rhag digwydd eto. Rhaid rhannu'r camau hyn â'r bobl sy'n codi pryder.

17. Y **bedwaredd egwyddor** yw bod yn rhaid i arweinwyr sefydliadau roi sicrwydd bod y ffordd y mae'r sefydliad yn ymdrin â phob pryder yn bodloni'r gofynion rheoliadol hyn yn effeithiol, ac yn darparu tystiolaeth o'r dysgu a wnaed. Mae hefyd yn dangos bod camau yn cael eu cymryd i gryfhau ansawdd a diogelwch gofal yn dilyn y broses Gwrando ar Bobl.

Y Safonau

1) Mynediad, Cymorth a Datrysiaid Cynnar

Rhaid i gyrff cyfrifol ddarparu llwybrau clir a hygyrch ar gyfer codi pryderon gydag un pwynt mynediad. Rhaid iddynt gynnig eiriolaeth yn weithredol o ddechrau'r broses ac addasiadau rhesymol a dewis iaith (Cymraeg/ Saesneg/ arall). Mae'n ofynnol i gyrff cyfrifol ddangos bod Datrysiaid Cynnar wedi'i ystyried yn weithredol fel y dull cychwynnol, lle bo'n briodol i'r pryder, tra'n sicrhau nad yw hyn yn cyfyngu nac yn oedi mynediad at ymchwiliad ffurfiol pan fo angen.

2) Dull Parchus, Tosturiol ac sy'n Canolbwyntio ar yr Unigolyn

Rhaid i gyrff cyfrifol ymdrin â phryderon mewn ffordd barchus a thosturiol ym mhob cam, gyda'r pwyslais ar gyfathrebu sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn a diwylliant o fod yn agored ac atebolrwydd. Disgwylir i bobl sy'n ymwneud â chodi pryderon fod yn barchus yn eu hymddygiad tuag at staff sy'n gwrando ar eu pryder ac yn ymchwilio iddo. Rhaid i gyrff cyfrifol gynnig cyfle i bobl gael trafodaeth wrando i sicrhau bod eu pryderon a'u dymuniadau yn cael eu hystyried drwy gydol y broses.

3) Gwybodaeth, Cyfathrebu a Diweddariadau Clir

Rhaid i gyrff cyfrifol esbonio'n glir y broses pryderon a'r opsiynau sydd ar gael, darparu cyswllt a enwir, cyfathrebu amserlenni tebygol, a rhoi diweddariadau cynnydd os yw'r rhain yn newid. Rhaid cynnal cyfrinachedd a phreifatrwydd, a dylid hysbysu unigolion am unrhyw ofynion rhannu gwybodaeth.

4) Dull Amserol, Teg a Seiliedig ar Dystiolaeth

Rhaid i gyrff cyfrifol asesu a graddio pryderon yn gywir a'u rheoli'n gymesur o fewn amserlenni disgwylidig. Rhaid iddynt uwchgyfeirio materion lle mae risg ddifrifol o niwed yn digwydd. Rhaid i gyrff cyfrifol ymchwilio i bryderon yn deg a heb ragfarn, gan sicrhau bod penderfyniadau'n seiliedig ar dystiolaeth a lle bo'n briodol, cyfarwyddo arbenigwr meddygol ar y cyd. Rhaid i'r corff cyfrifol sicrhau bod unrhyw benderfyniad i eithrio pryder ar y sail ei fod yn ystyried ei fod yn flinderus neu'n wacsaw wedi'i gyfiawnhau, yn gymesur ac yn cael ei gofnodi.

5) Canlyniadau Clir, Ymatebion Ystyrlon a Gwneud iawn

Rhaid i gyrff cyfrifol ddarparu ymateb ysgrifenedig clir sy'n mynd i'r afael â phob mater a godwyd, a chynnig cyfarfod canlyniadau, gan esbonio'r canfyddiadau a'r penderfyniadau. Rhaid iddynt gynnig ymddiheuriadau lle bo'n briodol ac esbonio unrhyw gamau unioni i'w cymryd. Os ystyrir gwneud iawn, rhaid darparu cyfeirio i gymorth cyfreithiol a ariennir.

6) Dysgu, Gwella a Chraffu Annibynnol

Rhaid i gyrff cyfrifol nodi gwersi o bryderon a chymryd camau gweithredu i wella gwasanaethau er mwyn lleihau niwed yn y dyfodol. Rhaid iddynt adrodd ar themâu a chanlyniadau a rhannu'r rhain â'r person sy'n codi'r pryder. Rhaid i gorff cyfrifol ystyried a oes angen cyngor meddygol annibynnol yn ystod ymchwiliadau a lle mae'n penderfynu nad oes angen cyngor o'r fath mewn perthynas â phryder sy'n ymwneud â marwolaeth claf, neu niwed cymedrol neu ddifrifol iddo, rhaid i'r corff cyfrifol gofnodi ei resymau dros y penderfyniad hwnnw.

7) Atebolrwydd, Tryloywder a'r Hawl i Adolygu

Rhaid i gyrff cyfrifol fod yn atebol am sut mae pryderon yn cael eu trin a chadw cofnodion cywir sy'n cydymffurfio â gofynion newydd ar gyfer adrodd blynyddol a dyletswyddau dysgu ar y cyd. Rhaid i gyrff cyfrifol esbonio'n glir y llwybrau uwchgyfeirio ac adolygu i Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru (yr Ombwdsmon).

Dyletswyddau strategol a gweithredol, goruchwyllo a threfniadau lleol

18. O dan Ran 2 o'r Prif Reoliadau, mae'n ofynnol i bob corff cyfrifol gael dull integredig wedi'i ddatblygu'n llawn ar gyfer ymdrin â phryderon sy'n cael ei arwain yn effeithiol, yn ymatebol, ac yn atebol i anghenion y boblogaeth y mae'n darparu gofaliachyd ar ei chyfer (rheoliad 7). Disgwylir hefyd bod yn rhaid i'r dull a gymerir

gwmpasu ei holl wasanaethau a darparwyr gwasanaethau; p'un a yw'r rhain yn cael eu darparu gan y GIG neu wedi'u hariannu gan y GIG ac yn cael eu darparu gan eraill. Rhaid i'r trefniadau hyn gael eu cyhoeddi mewn amrywiaeth o gyfryngau a'u gwneud ar gael i'r boblogaeth a wasanaethir (rheoliad 5). Dylai fod un pwynt cyswllt ar gyfer y system hon ac adnoddau digonol i sicrhau bod y corff cyfrifol yn bodloni'r amserlen 5 diwrnod gwaith ar gyfer cydnabod cael yr hysbysiad o bryder (rheoliad 22).

19. Rhaid bod arweinyddiaeth ac atebolrwydd strategol a gweithredol clir. Rhaid i bob corff cyfrifol ddynodi person i fod yn gyfrifol am gynnal trosolwg strategol o'i weithrediad o'r trefniadau o dan y Prif reoliadau. Pan fo'r corff cyfrifol yn un o gyrff GIG Cymru rhaid i'r person hwn fod yn un o'i aelodau nad ydynt yn swyddogion neu'n gyfarwyddwyr anweithredol fel y bo'n briodol (rheoliad 6 a rhan 8). Nid yw hyn yn effeithio ar gydgyfrifoldeb y Bwrdd am bryderon. Y disgwyliad yw bod pryderon yn cael eu hintegreiddio i system rheoli ansawdd y sefydliad ac yn llywio gwaith y bwrdd o amgylch y Ddyletswydd Ansawdd a bod integreiddio di-dor â'r Ddyletswydd Gonestrwydd.³

20. Y Prif Swyddog Gweithredol sy'n gyfrifol am atebolrwydd. Rhaid dirprwyo'r cyfrifoldeb cyffredinol o ddydd i ddydd am weithredu'r trefniadau hyn i swyddog gweithredol a nodir fel y swyddog cyfrifol (rheoliad 7).

Y swyddog cyfrifol fydd:

- (a) yn achos un o gyrff GIG Cymru, person sy'n swyddog-aelod neu'n gyfarwyddwr gweithredol o'r corff hwnnw, fel y bo'n briodol
- (b) yn achos unrhyw gorff cyfrifol arall, y person sy'n gweithredu fel prif swyddog gweithredol y corff hwnnw; neu, os nad oes un:
 - (i) y person sy'n unig berchennog y corff cyfrifol;
 - (ii) os yw'r corff cyfrifol yn bartneriaeth, partner; neu
 - (iii) mewn unrhyw achos arall, cyfarwyddwr y corff cyfrifol, neu berson sy'n gyfrifol am reoli'r corff cyfrifol.

21. Ar gyfer gwasanaethau a gynhelir, mae'r swyddog atebol a'r swyddog cyfrifol yn parhau i fod yn Brif Swyddog Gweithredol a Swyddog Cyfrifol y corff cyfrifol sy'n cynnal y gwasanaeth (h.y.) sefydliad Cymru gyfan a gynhelir gan fwrdd iechyd.

22. Yn achos Darparwr Gofal Sylfaenol, yr Uwch-Bartner Cyfrifol neu'r unig berchennog fydd hyn ac yn achos darparwr annibynnol y darparwr neu'r rheolwr cofrestredig yn unol â Rheoliadau Gofal Iechyd Annibynnol (Cymru) 2011⁴. Mae'r ddau yn gyfrifol am sicrhau bod diwylliant y sefydliad yn un o fod yn agored a gonestrwydd tuag at bobl sydd â rheswm i gwyno, a sicrhau bod diwylliant cadarnhaol o adrodd am bryderon diogelwch cleifion, a dysgu ohonynt, ar waith. Maent hefyd yn gyfrifol am sicrhau bod eu sefydliad yn ymgorffori ac yn cefnogi

³ Rheoliadau'r Weithdrefn Dyletswydd Gonestrwydd (Cymru) 2023
<https://www.legislation.gov.uk/wsi/2023/274/contents/made/welsh>

⁴ Rheoliadau Gofal Iechyd Annibynnol (Cymru) 2011
<https://www.legislation.gov.uk/wsi/2011/734/contents/made/welsh>

‘Diwylliant cyfiawn’⁵ a'r ‘Fframwaith Codi Llais heb Ofn’⁶ ar gyfer yr holl staff sy'n gweithio iddynt. Cyflawnir hyn drwy arweinyddiaeth strategol effeithiol i sicrhau bod pob aelod o sefydliad yn mabwysiadu'r egwyddorion a'r ymddygiadau hyn ac yn dangos hyn bob tro.

23. Mae Swyddog Atebol corff y GIG yn cadw'r cyfrifoldeb yn y pen draw am sicrhau bod cydymffurfiaeth yn erbyn y Prif Reoliadau a'r holl eitemau o wariant, er enghraifft, hawliadau digollediad, yn dod o fewn pwerau cyfreithiol y Bwrdd.

24. Rhaid bod llinellau clir o arweinyddiaeth weithredol, atebolrwydd ac adrodd o fewn y sefydliad i gefnogi trefniadau ansawdd a diogelwch y sefydliad, yn benodol o amgylch y broses bryderon a chyda'r camau gweithredu dilynol sy'n seiliedig ar ddysgu i sicrhau mai'r nod a'r ffocws yw gwella profiad cleifion a defnyddwyr gwasanaethau.

25. Mae'n ddyletswydd hefyd ar gyrff cyfrifol i ddangos drwy'r trefniadau goruchwyllo presennol gyda Pherfformiad a Gwella GIG Cymru ar ran Llywodraeth Cymru, sut mae'r sefydliad yn gweithredu dysgu yn effeithiol i wella canlyniadau a chryfhau ansawdd a diogelwch darpariaeth gofal iechyd.

26. Gellir dirprwyo'r gwaith o drin ac ystyried pryderon o ddydd i ddydd i fodloni'r gofynion yn y rheoliadau ac yn y canllawiau hyn i'r uwch reolwr ymchwiliadau, fel yr amlinellir yn rheoliad 8.

27. Gall sefydliadau mawr aseinio'r rôl hon i sawl person o dan wahanol deitlau, ond dylai polisiâu nodi'n glir pwy sy'n gyfrifol. Rhaid i ddisgrifiad swydd y person dynodedig nodi a bodloni'r holl ofynion rheoliadol o leiaf.

28. Rhaid asesu a blaenoriaethu digonolrwydd yr adnoddau sydd ar gael i gefnogi'r rolau hyn ac i gyrraedd y Safonau, bodloni'r Prif Reoliadau a'r canllawiau.

29. Mae'n ofynnol i bob corff cyfrifol ddatblygu strategaeth datblygu a hyfforddi sefydliadol fel rhan o'u dull integredig. Dylai'r strategaeth hon fynd i'r afael â'r lefelau staffio, y sgiliau a'r profiad sydd eu hangen i weithredu'r broses Gwrando ar Bobl yn effeithiol ym mhob rhan o'r sefydliad cyfan, yn unol â rheoliadau 8 a 9.

30. Dylai dulliau integredig ganolbwyntio ar wrando ar bryderon, ymateb yn brydlon, ymchwilio'n gymesur, rhoi adborth clir a thosturiol, a galluogi dysgu sefydliadol. Dylai'r dull hefyd nodi sut mae staff sy'n codi pryderon yn cael eu cynnwys a dylai hyn fod yn unol â'r fframwaith “Codi Llais heb Ofn”⁷.

⁵ Diwylliant Cyfiawn mewn Gofal Iechyd <https://www.justculture.healthcare/> Gofal Iechyd/

⁶ Fframwaith Codi Llais heb Ofn GIG Cymru <https://www.llyw.cymru/fframwaith-gig-cymru-codi-llais-heb-ofn>

⁷ [Codi Llais heb Ofn: Fframwaith ar gyfer y GIG yng Nghymru](#)

31. Disgwylir hefyd bod cyrff cyfrifol yn gwneud pob ymdrech i gyfathrebu a hysbysebu hawliau pobl sy'n dymuno codi pryder yn effeithiol (rheoliad 5), sut maent yn dod o hyd i'r pwynt mynediad sengl lleol ar gyfer pryderon a pha gymorth y mae ganddynt hawl iddo a sut i gael y cymorth hwnnw (rheoliad 3).

32. Mae'n hanfodol bod cyrff cyfrifol yn rhoi ystyriaeth ofalus i sicrhau bod tegwch mynediad i grwpiau ymylol neu grwpiau nad ydynt yn cael eu clywed yn aml yn eu poblogaeth leol, a bod monitro gweithredol o'r tegwch mynediad hwn⁸. Yn ogystal, dylai sefydliadau gael sicrwydd bod pobl yr un mor abl i godi pryder waeth beth fo unrhyw nodwedd warchoddedig, a bod hyn yn cael ei fonitro'n weithredol. Dylai'r swyddog cyfrifol gael sicrwydd bod pryderon sy'n ymwneud â rhagfarn a gwahaniaethu yn seiliedig ar unrhyw nodweddion gwarchoddedig wedi'u hymchwilio, a bod yr ymchwiliad wedi arwain at ddysgu priodol a gwelliannau wedi'u gwneud lle bo angen.

33. Rhaid i sefydliadau sicrhau bod goruchwyliaeth ddigonol gan y Bwrdd, ac unrhyw bwyllgorau sydd â'r dasg o gynnal trosolwg o adborth a phrofiad y rhai sydd wedi cael achos i godi pryderon. Yn ogystal, dylai ddefnyddio data meintiol ac ansoddol i lywio unrhyw gynlluniau gwella angenrheidiol. Dylai hyn fod yn rhan o'r adroddiad blynyddol a threfniadau adrodd goruchwylio cyfnodol y bwrdd a phwyllgorau perthnasol gyda Pherfformiad a Gwella GIG Cymru, Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru a Llywodraeth Cymru.

34. Rhaid i gyrff cyfrifol gael polisi ysgrifenedig ar drin pryderon, hawliadau digollediad am esgeuluster clinigol ac anaf personol, wedi'i gymeradwyo gan y Bwrdd neu bwyllgor awdurdodedig priodol. Rhaid i'r polisi o leiaf gwmpasu'r pwyntiau a nodir yn y Prif Reoliadau a'r canllawiau hyn a chynnwys unrhyw ganllawiau sy'n ymwneud â Chymru gyfan.

35. Rhaid i gyrff cyfrifol sicrhau bod cynlluniau addysg a hyfforddiant ar waith i gefnogi staff yn eu sefydliad i fod yn effeithiol yn eu rôl mewn perthynas â'r trefniadau hyn. Rhaid i'r polisiâu hyn fod yn glir ac ar gael i'w staff a rhaid i wybodaeth fod ar gael i gleifion, defnyddwyr gwasanaethau a theuluoedd.

36. Mae disgwyl y bydd cyrff cyfrifol, yn ogystal â'r adroddiad blynyddol sy'n ofynnol o dan reoliad 51 o'r Prif Reoliadau, yn ystyried y ffordd orau o adrodd ar welliannau i'w poblogaeth drwy'r broses *adrodd ar waith bob amser* y maent eisoes wedi'i datblygu o dan y Ddyletswydd Ansawdd⁹.

⁸ Rheoliadau Deddf Cydraddoldeb 2010 (Dyletswyddau Statudol) (Cymru) 2011
<https://www.legislation.gov.uk/wsi/2011/1064/welsh>

⁹ [Y ddyletswydd ansawdd mewn gofal iechyd | LLYW.CYMRU](#)

Y Dull: Cam 1 Gwrando a Gweithredu; Cam 2 Ymchwilio, Ymateb a Dysgu

37. Mae'r broses Gwrando ar Bobl yn cynnwys dau gam. Mae Cam 1: Gwrando a Gweithredu yn canolbwyntio ar ddatrysiad cynnar ac yn cynnwys cynnig ar gyfer trafodaeth wrando. Mae'r drafodaeth hon yn gyfle i unigolion fynegi eu pryderon yn glir. Cam 2: Ymchwilio, Ymateb a Dysgu yw'r cam ymchwilio, fel y nodir yn rheoliad 23.

Rhoi pobl wrth wraidd y broses

Cam 1 – Gwrando a Gweithredu

Gwrando

38. Mae tystiolaeth gref y gall y ffordd y mae pobl yn cael eu trin ar ddechrau codi pryder osod y naws gyfan ar gyfer profiad person o'r broses bryderon, eu ffydd yn y sefydliad a pherthnasoedd neu ryngweithiadau yn y dyfodol ar gyfer darparwyr gofal iechyd a phobl y maent yn gofalu amdanynt. Mae hefyd yn bwysig bod y bobl hynny yn teimlo bod rhywun yn gwrando arnynt a'u deall yn ddigonol os yw datrysiad effeithiol o'r mater yn gyraeddadwy.

39. Mae'r cam gwrando yn hanfodol wrth nodi pob agwedd ar y pryder i sefydlu'r holl faterion y mae angen mynd i'r afael â nhw. Mae'r cam hwn yn cynnwys cynnig cymorth eiriolaeth, a chynnig gorfodol o drafodaeth wrando wyneb yn wyneb dros y ffôn, galwad fideo, neu drafodaeth wyneb yn wyneb. Mae'n ofynnol i gyrff cyfrifol gynnig y drafodaeth hon, er bod cyfranogiad yn wirfoddol i'r unigolyn sy'n codi'r pryder. Os ceisir datrysiad cynnar, rhaid iddo gael ei gwblhau o fewn 10 diwrnod gwaith i'r dyddiad y mae'r corff cyfrifol yn cydnabod y pryder. Rhoddir ffenestr 5 diwrnod gwaith cyn hyn i alluogi cydnabod derbyn y pryder, ac yn ystod y cyfnod hwnnw dylid ystyried a yw'r Ddyletswydd Gonestrwydd¹⁰ wedi'i hysgogi.

40. Ffocws y cam gwrando yw galluogi'r unigolyn, y teulu, ei eiriolwr neu'r rhai sy'n agos at y person/teulu a ddewiswyd i fanylu ar y materion y maent yn pryderu amdanynt ac yn dymuno iddynt gael eu datrys.

41. Mae hwn, yn bennaf, yn gyfle i gasglu gwybodaeth lle mae sgiliau gwrando gweithredol, drwy ddefnyddio myfyrio ac aralleirio, yn atgyfnerthu bod y wybodaeth a roddir wedi'i chlywed yn glir ac yn gywir. Mae hefyd yn atgyfnerthu'r wybodaeth ac yn rhoi cyfle i'r rhai sy'n gwrando amsugno gwybodaeth yn fwy effeithiol. Dyma ddechrau meithrin agwedd o fod yn agored sy'n creu perthynas, yn dangos empathi ac yn rhoi dilysiad i'r person. Mae'n rhoi cyfle i'r person sy'n derbyn y pryder ofyn cwestiynau am eglurhad o unrhyw beth sy'n aneglur, ac yn galluogi gwell dealltwriaeth o flaenoriaeth y person a'r effaith y mae hyn wedi'i chael arnynt i ddeall pa gamau nesaf a allai fod yn angenrheidiol.

¹⁰ [Dyletswydd Gonestrwydd y GIG | LLYW.CYMRU](#)

42. Mae'n bwysig yn ystod y drafodaeth wrando y gofynnir i'r person beth yw ei ganlyniad a ddymunir o'r broses Gwrando ar Bobl. Gall hyn fod yn anodd ei fynegi i ddechrau, ond gyda chymorth gall amrywio o gydnabyddiaeth o natur y pryder sydd wedi digwydd gydag ymddiheuriad diffuant, i gamau gwneud iawn. Gallai'r camau hyn fod yn driniaeth neu ofal amgen, neu setliadau gwneud iawn ariannol. Gellid [ystyried dull sy'n seiliedig ystyriol o drawma](#) i helpu i adnabod a deall profiadau niweidiol a thrawmatig pobl.

43. Waeth beth fo'r canlyniad a ddymunir, mae llawer o bobl yn gofyn yn benodol bod angen iddynt wybod na fydd hyn yn digwydd eto i unrhyw un arall. Mae'n bwysig sicrhau bod y datrysiad a ddymunir yn cael ei gofnodi'n glir yn y system reoli briodol.

44. Mae rheoliad 14(5) bellach yn darparu'n benodol bod pryder sy'n cael ei ddatrys yn ystod y cyfnod datrysiad cynnar wedi'i eithrio o gwmpas y trefniadau ymchwilio a gwneud iawn o dan reoliadau 23 i 48. Nid yw'r ddarpariaeth hon yn gosod unrhyw gyfyngiad ar y mathau o bryder y gellir eu hystyried ar gyfer datrysiad cynnar, ac nid yw'n eithrio pryderon lle mae niwed yn cael ei honni neu a allai fod yn bresennol. Pe bai eithriad o'r fath wedi'i fwriadu, byddai wedi cael ei nodi'n benodol yn y Prif Reoliadau.

45. Mae rheoliad diwygiedig 22(1)(h) yn egluro mai dim ond pan gynhelir ymchwiliad o dan reoliad 23 y gellir cynnal asesiad ynghylch a oes atebolrwydd cymwys yn bodoli ac mae'n ei gwneud yn ofynnol i hyn gael ei gyfathrebu i'r person sy'n hysbysu'r pryder. Nod y ddarpariaeth hon yw sicrhau bod y sefyllfa hon yn cael ei hesbonio, ei bod yn dryloyw a bod cydsyniad ar sail gwybodaeth y person sy'n hysbysu'r pryder yn cael ei sicrhau i geisio datrysiad cynnar. Er, yn ymarferol, na fydd rhai achosion yn cael eu hystyried yn briodol ar gyfer datrysiad cynnar, nid yw'n gweithredu fel rhwystr ar ddefnyddio datrysiad cynnar pan honnir niwed neu lle ystyrir y gallai niwed fod yn bresennol.

Gweithredu

46. Unwaith y bydd y pryder wedi'i gydnabod heb fod yn hwyrach na 5 diwrnod gwaith ar ôl y diwrnod derbyn a chynnig y drafodaeth wrando wedi digwydd, mae'n bwysig bod unrhyw gyfle posibl i weithredu yn cael ei gymryd yn brydlon.

47. Gall hyn fod ar ffurf datrysiad cynnar y pryder, sy'n ceisio darparu datrysiad neu gam gweithredu sy'n cywiro'r sefyllfa neu'n darparu gwasanaeth sydd ei angen i unioni'r angen gofal.

48. Mae'n bwysig bod gwirio ffeithiau prydlon o'r hyn sydd wedi digwydd yn cael ei gynnal i sicrhau eglurder dealltwriaeth o amgylch achos y pryder. Mae hyn hefyd er mwyn sicrhau y gellir cymryd camau lle bo'n bosibl i wneud y mwyaf o'r cyfle i leihau hyn rhag digwydd eto a darparu dysgu clir i'r sefydliad a'r rhai sy'n cymryd rhan.

49. Gall y camau a gymerir gynnwys y trefniadau i drafod gwybodaeth gyda chlinigwyr sy'n darparu gofal neu ddarparu atebion i gwestiynau am ofal neu gymryd camau gweithredu uniongyrchol i ddarparu gofal sydd ei angen. Efallai y bydd angen camau cywiro ar unwaith hefyd.

50. Efallai fod y camau gweithredu sy'n ofynnol yn cynnwys ymddiheuriad i'r person sydd wedi codi'r pryder, neu'r unigolyn y darparwyd y gofal iddo. Deellir nad yw rhoi ymddiheuriad ynddo'i hun yn dangos derbyn atebolrwydd, a dylid ei ystyried fel cam rhesymol a chymesur yn gynnar yn y broses.

Cam 2 – Ymchwilio, Ymateb a Dysgu

Ymchwilio

51. Mae gofyniad i gymhwyso dull cymesur i'r math a'r dull ymchwilio fel y gellir ymchwilio'n drylwyr ac yn effeithlon i'r pryder mewn modd amserol, ar ddyfnder addas i ddod i gasgliad. Mae'r gofyniad cyffredinol hwn yn golygu y dylai cyrff cyfrifol gymryd agwedd resymegol a chytbwys at ymchwilio i bryderon, gan gofio na fydd pob mater yn gofyn am yr un lefel o ymchwiliad. Mae angen i'r broses o drin y pryder fod yn sensitif i hyn ac ymdrin ag ef yn briodol a rhaid i'r person sy'n codi'r pryder gael ei hysbysu am yr amserlen arfaethedig a'r cynnydd neu unrhyw oedi.

52. Os yw ymchwiliad yn datgelu bod niwed cymedrol neu ddifrifol neu farwolaeth wedi digwydd, mae angen ystyried a yw'r Ddyletswydd Gonestrwydd¹¹ wedi'i hysgogi. Yn ogystal, mae gan bob corff cyfrifol ddyletswydd i asesu a yw'r gofal a ddarparwyd yn is na'r safon gofal a ystyrir yn rhesymol ar gyfer amgylchiadau'r sefyllfa glinigol. Os canfyddir bod hyn wedi digwydd, yna rhaid i'r sefydliad hefyd ystyried a yw'r ddarpariaeth gofal ar y lefel honno yn achos tebygol y niwed a ddiodefwyd. Os ystyrir bod y ddau yn bresennol, rhaid i gyrff y GIG hefyd benderfynu a ddylid gwneud cynnig o iawn priodol.

Dylid nodi bod y ddyletswydd hon i asesu ar gyfer atebolrwydd cymwys yn bodoli ar gyfer pryderon sy'n ddarostyngedig i reoliad 23 yn unig, ac nid yw'n berthnasol i'r rhai sy'n cael eu trin o dan y cam datrysiad cynnar.

Ymateb

53. Mae'n hanfodol bod y person sy'n codi'r pryder yn cael ymateb llawn ac amserol i'r ymchwiliad a gynhaliwyd. Dylai hyn fod mewn unrhyw ffordd hygyrch y gallent fod wedi'i datgan neu gytuno arni o'r blaen. Mae yna hefyd y gofyniad i gynnig mynd drwy canlyniadau'r ymchwiliad gyda'r person i ateb cwestiynau a helpu eglurder a dealltwriaeth mewn ffordd gymesur.

54. Mae gofynion ychwanegol i adrodd canlyniad ymchwiliadau penodol, yn fewnol o fewn y sefydliad ac fel y nodir yn y Polisi Cenedlaethol ar Adrodd a Rheoli Digwyddiadau Diogelwch Cleifion F2. 2023 i Berfformiad a Gwella GIG Cymru a

¹¹ [Dyletswydd Gonestrwydd y GIG | LLYW.CYMRU](#)

Llywodraeth Cymru.

Dysgu

55. Mae dyletswydd benodol ar gyrff cyfrifol yn y broses Prif Reoliadau a Gwranddo ar Bobl i sicrhau bod nodi gwersi o bryderon ac ymchwiliadau yn cael ei ddatblygu yn gamau gweithredu effeithiol i leihau'r tebygolrwydd y bydd yn digwydd eto a niwed i eraill yn y dyfodol (rheoliad 49).

56. Rhaid i bobl sy'n codi pryderon hefyd gael gwybod am y camau sy'n cael eu cymryd a, lle ystyrir gwneud iawn, camau a gymerir i atal hyn rhag digwydd eto. Dylai dysgu sefydliadol effeithiol fod yr amcan canolog. Mae arweinyddiaeth, a'r diwylliant y mae arweinwyr yn ei ddatblygu a'i gynnal, yn hanfodol i gyflawni hyn.

Hysbysu, cydnabod a graddio pryder

57. Mae angen i gyrff cyfrifol sicrhau bod cyfeirio a hysbysebu gweithredol yn bodoli, gan ystyried anghenion hygyrchedd a grwpiau nas clywir yn aml, i hysbysu pobl sut i godi pryder. Dylai hyn gynnwys y gofyniad cyfreithiol o ddarpariaeth ar gyfer y Gymraeg, ynghyd â darparu ieithoedd cymunedol a fformatau hygyrch i'r rhai sydd â nam ar y synhwyrâu neu'n niwrowahanol, a'r rhai sydd wedi'u hallgáu'n ddigidol.

58. Mae angen un pwynt mynediad i'r rhai sy'n codi pryder o fewn corff cyfrifol. Fodd bynnag, gall unrhyw aelod o staff y cysylltir â nhw amlinellu ac esbonio sut y gall person godi pryder am ei ofal nhw neu ofal aelod o'r teulu neu rywun sy'n agos ato.

59. Pan fo rhywun yn cysylltu'n uniongyrchol ag aelod o staff yn hytrach na thrwy'r pwynt mynediad sengl, cyfrifoldeb yr aelod o staff hwnnw yw sicrhau bod y pryder yn cael ei adrodd a'i reoli'n briodol; naill ai drwy atgyfeirio i'r pwynt mynediad sengl, neu drwy ddatrysiad cynnar yn agos at y pwynt darparu gwasanaeth. Ym mhob achos, dylid dilyn y broses y cytunwyd arni yn y corff cyfrifol a rhaid cadw cofnodion cywir (rheoliad 11(2)).

60. Mae'n bwysig bod unigolion sy'n derbyn gofal gan wasanaethau'r GIG yn ymwybodol o'u hawliau i godi pryderon am eu profiad. Gall pryder gynnwys unrhyw anghydfod neu gŵyn a fynegir sy'n gofyn am eglurhad neu gwestiynau am ofal i'w hateb, neu gŵyn ffurfiol, neu hysbysiad digwyddiad diogelwch cleifion, neu hawliad am ddigollediad.

61. Gellir codi pryderon gydag unrhyw aelod o staff y corff cyfrifol. Mae'n hanfodol bod yr holl staff yn deall sut i dderbyn, cofnodi ac ymateb i bryderon yn unol â'r Prif Reoliadau, polisïau sefydliadol a safonau proffesiynol.

62. Gellir cyflwyno pryderon yn ysgrifenedig drwy lythyr neu ffurflen bryder ddynodedig, yn electronig, neu ar lafar yn bersonol neu drwy gyswllt ffôn neu fideo.

63. Pan fo pryder yn cael ei godi ar lafar, rhaid cymryd y camau canlynol:

- a. Rhaid i'r pryder gael ei ddogfennu'n ffurfiol gan aelod o'r tîm pryderon neu'r aelod o staff dynodedig sy'n gyfrifol am reoli pryderon.
- b. Rhaid darparu copi o'r cofnod ysgrifenedig o'r pryder i'r unigolyn a'i gododd.

64. Yn unol â rheoliad 3, dylid ystyried dull cyfathrebu a bennwyd yn flaenorol yr unigolyn. Er ei bod yn angenrheidiol i'r corff cyfrifol gadw cofnod ysgrifenedig, mae'r rheoliad yn caniatáu i'r corff cyfrifol barchu a chadw at ddewisiadau a fynegwyd gan yr unigolyn ynghylch ei ddewis dull cyfathrebu.

65. Os yw'r pryder yn cael ei godi yn Gymraeg, rhaid darparu'r cofnod ysgrifenedig yn Gymraeg hefyd, yn unol â Safonau'r Gymraeg.

66. Rhaid i staff gadw at bolisiâu a gweithdrefnau lleol ar gadw cofnodion a llywodraethiant gwybodaeth bob amser.

67. Mae cadw cofnodion effeithiol yn hanfodol i drin pryderon yn deg ac yn drylwyr. Rhaid i bob cofnod fod yn gywir, gan adlewyrchu'r ffeithiau yn glir ac yn wir; yn gyflawn, gan gynnwys yr holl fanylion perthnasol; yn ddealladwy, wedi'i ysgrifennu mewn iaith glir a rhaid iddynt sicrhau bod yr iaith a ddefnyddir yn hygyrch ac yn cael ei hesbonio os oes angen terminoleg gymhleth; ac yn gyfoes, wedi'i gofnodi ar adeg y digwyddiad neu cyn gynted â phosibl ar ôl hynny. Dylai cofnodion felly gydymffurfio â safonau proffesiynol a chanllawiau a gyhoeddir gan gyrff rheoleiddio.

68. Pan fo'r Ddyletswydd Gonestrwydd yn berthnasol o dan [Reoliadau'r Weithdrefn Dyletswydd Gonestrwydd \(Cymru\) 2023](#), rhaid i gyrff cyfrifol gadw cofnod ysgrifenedig cynhwysfawr ar gyfer pob canlyniad andwyol hysbysadwy.

69. Dylai cofnodion gynnwys hysbysiad o'r Ddyletswydd Gonestrwydd; ymdrechion i gysylltu â'r defnyddiwr gwasanaethau neu ei gynrychiolydd; unrhyw benderfyniad gan y defnyddiwr gwasanaethau neu'r cynrychiolydd i beidio ag ymgysylltu â'r broses gonestrwydd; a'r holl ddogfennaeth sy'n ymwneud ag ymchwilio i'r canlyniad andwyol a'i adolygu, gan gynnwys ymatebion neu adroddiadau interim a gyhoeddwyd o dan reoliadau 24, 26, 31 a 33 o'r Prif Reoliadau.

70. Pan asesir pryder a chanfyddir nad yw'n ysgogi'r Ddyletswydd Gonestrwydd, yr arfer gofynnol yw dogfennu'r rhesymeg dros y penderfyniad hwn. Mae hyn yn cefnogi sicrhau ansawdd a llywodraethu, dysgu sefydliadol a gwella gwasanaethau, a chydymffurfio â rhwymedigaethau adrodd o dan Ddeddf Iechyd a Gofal Cymdeithasol (Ansawdd ac Ymgysylltu) (Cymru) 2020, fel yr amlinellir ym Mhennod

4 o'r canllawiau statudol Dyletswydd Gonestrwydd.¹²

71. Rhagwelir mai'r system Rheoli Pryderon Unwaith i Gymru fydd y brif system a ddefnyddir ar gyfer adrodd a chofnodi pob pryder a digwyddiad diogelwch cleifion. Fodd bynnag, ar gyfer darparwyr gofal sylfaenol neu'r sector annibynnol efallai y bydd systemau eraill yn cael eu defnyddio. Rhaid i staff sicrhau bod cofnodion ar y system yn amserol, yn gywir, ac yn adlewyrchu cwmpas llawn y pryder ac unrhyw gamau a gymerwyd.

Pwy all godi pryder

72. Gall bron unrhyw un godi pryder, ac mae gan y corff cyfrifol ddyletswydd statudol i ystyried a ellir ymchwilio i'r pryder. Fodd bynnag, efallai na fydd bob amser yn bosibl rhannu manylion llawn unrhyw ymchwiliad dilynol â'r unigolyn a gododd y pryder, yn enwedig pan nad nhw yw'r claf neu'r cynrychiolydd penodedig, gan y gallai hyn dorri gofynion Rheoliad Cyffredinol y DU ar Ddiogelu Data (GDPR y DU). Gweler hefyd yr adran ar [Lwybr Ymchwilio a Chydsyniad](#).

73. O dan reoliad 12 o'r Prif Reoliadau, gall amrywiaeth o unigolion godi pryderon. Mae'r rhain yn cynnwys:

- defnyddiwr gwasanaethau neu glaf sy'n derbyn neu sydd wedi derbyn gwasanaethau gan gorff cyfrifol.
- unigolion yr effeithir arnynt neu sy'n debygol o gael eu heffeithio gan weithredoedd, gwallau, neu benderfyniadau'r corff cyfrifol.
- aelodau o staff cyrff cyfrifol.
- aelodau annibynnol o gorff cyfrifol, fel cyfarwyddwyr anweithredol neu aelodau nad ydynt yn swyddogion.
- partneriaid, er enghraifft, partner mewn practis meddyg teulu; a
- chynrychiolwyr sy'n gweithredu ar ran person nad yw'n gallu codi pryder ei hun, fel plentyn ifanc neu rywun sydd heb alluedd, neu lle mae'r person yn dymuno cael ei gynrychioli gan berson arall
- cynrychiolydd sy'n gweithredu ar ran rhywun sydd wedi marw.

74. Pan fo cynrychiolydd yn gweithredu ar ran person arall, fel plentyn neu rywun sydd heb alluedd, rhaid i'r corff cyfrifol ystyried a yw'r cynrychiolydd yn addas i weithredu yn y swyddogaeth honno.

75. Os oes sail resymol i ddod i'r casgliad nad yw'r cynrychiolydd yn gweithredu er budd pennaf y defnyddiwr gwasanaethau, rhaid cyfathrebu'r penderfyniad hwn iddynt yn ysgrifenedig gan roi sylw dyledus i'r Prif Reoliadau. Hyd yn oed pan ystyrir bod cynrychiolydd yn anaddas, gall y corff cyfrifol benderfynu ymchwilio i'r pryder o hyd, yn enwedig pan fo materion diogelu yn cael eu nodi. Mewn achosion o'r fath, nid oes unrhyw rwymedigaeth i ddarparu ymateb manwl i'r unigolyn a gododd y pryder oni

¹² [canllawiau-statudol-y-ddyletswydd-gonestrwydd.pdf](#)

bai ei bod yn rhesymol gwneud hynny ac ar ôl ystyried a yw rheoliad 24 A yn gymwys ([gweler yr adran Diogelu](#)).

Carcharorion sy'n codi pryderon

76. Mae gan garcharorion yng Nghymru hawl i'r un ansawdd ac amrywiaeth o wasanaethau gofal iechyd â'r rhai sydd ar gael i'r cyhoedd drwy GIG Cymru. Pan fydd carcharor yn codi pryder am ei ofal iechyd, rhaid i'r corff cyfrifol reoli'r pryder ac ymchwilio iddo yn unol â'r un gweithdrefnau a gymhwysir i bob unigolyn arall o dan y Prif Reoliadau.

77. Mae gan garcharorion hefyd yr hawl i gael mynediad at wasanaethau eiriolaeth annibynnol a ddarperir gan Llais (Corff Llais y Dinesydd), sydd â dyletswydd i gynig cymorth cyfrinachol am ddim i helpu'r unigolion hyn i godi pryderon am wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol. Nid yw'r cymorth eiriolaeth hwn yn effeithio nac yn cyfyngu ar hawl carcharor i godi pryder ar unrhyw gam gyda'r **Bwrdd Monitro Annibynnol**, sy'n gweithredu'n annibynnol i fonitro tegwch a pharch at y rhai yn y ddalfa.

Materion sydd wedi'u heithrio rhag ystyriaeth o dan y Trefniadau

78. O dan reoliad 14 mae materion penodol y tu allan i gwmpas y trefniadau ar gyfer trin â phryderon ac ymchwilio iddynt o dan y Prif Reoliadau. Rhaid i staff sicrhau bod yr eithriadau hyn yn cael eu cymhwyso'n gyson, yn deg ac yn cael eu cyfathrebu'n glir i unigolion sy'n codi pryderon mewn modd sy'n empathig ac yn dosturiol.

79. Ni ddylid ystyried y materion canlynol o dan drefniadau a wneir o dan y Prif Reoliadau:

- Materion Cytundebol Darparwr Gofal Sylfaenol: pryderon a godwyd gan ddarparwr gofal sylfaenol sy'n ymwneud â thelerau ei gontract neu drefniadau ar gyfer darparu gwasanaethau gofal sylfaenol.
- Materion Cyflogaeth: pryderon a godwyd gan aelodau staff corff cyfrifol sy'n ymwneud â'u contract cyflogaeth eu hunain.
- Materion yr ymchwilir iddynt gan Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru: pryderon sy'n cael eu hymchwilio ar hyn o bryd, neu sydd eisoes wedi'u hymchwilio gan yr Ombwdsmon, oni bai bod yr Ombwdsmon yn argymhell bod y corff cyfrifol yn cynnig gwneud iawn o dan Ran 6 (rheoliad 27) o'r Prif Reoliadau. Mewn achosion o'r fath, dim ond i benderfynu a oes atebolrwydd cymwys yn bodoli ac i weithredu argymhellion yr Ombwdsmon y gall ymchwiliad pellach ddigwydd.
- Ceisiadau Rhyddid Gwybodaeth: pryderon sy'n deillio o fethiant honedig i gydymffurfio â chais am wybodaeth o dan Ddeddf Rhyddid Gwybodaeth 2000.
- Gweithdrefnau disgyblu: unrhyw gamau disgyblu sy'n cael eu cymryd neu eu cynnig gan gorff cyfrifol oherwydd ymchwiliad i bryder, neu sy'n deillio o'r ymchwiliad i bryder.

- Pryderon dyblyg neu a ddatryswyd yn flaenorol: pryderon sydd yr un fath â phryder a hysbyswyd ac a ddatryswyd yn flaenorol, oni bai bod y corff cyfrifol o'r farn ei bod yn rhesymol ailagor y mater.
- Materion a ystyriwyd yn flaenorol: pryderon sydd eisoes wedi'u hystyried o dan y Prif Reoliadau, neu o dan unrhyw weithdrefn pryderon flaenorol a oedd ar waith cyn 1 Ebrill 2011.
- Pryderon blinderus neu wacsaw: pryderon yr ystyrir eu bod yn ddi-sail neu wedi'u bwriadu i darfu.
- Materion sy'n destun achos sifil: pryderon sy'n destun achos sifil, neu sy'n dod yn destun achos sifil, gan gynnwys y cam cyn-cyfreitha.
- Ceisiadau Triniaeth Cleifion Unigol: mae pryderon sy'n ymwneud â phenderfyniadau ynghylch ceisiadau am gyllid triniaeth cleifion unigol wedi'u heithrio rhag cael eu hystyried. Dylid ystyried o hyd y gofal neu'r driniaeth a ddarparwyd, y gwnaed y cais am Gyllid Cleifion Unigol amdano. Cyfeiriwch at Bolisi Cymru Gyfan ar gyfer Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol¹³.
- Pryderon y tu allan i gwmpas Addysg a Gwella Iechyd Cymru (AaGIC): Pan mai'r corff cyfrifol yw AaGIC, unrhyw bryder nad yw'n ymwneud â darparu gofal iechyd gan y corff hwnnw.
- Pryderon a godir sydd y tu allan i'r terfyn amser ar gyfer hysbysu (rheoliad 15).

80. Os yw pryder yn dod o fewn yr eithriadau hyn fel y disgrifir yn rheoliad 14, rhaid i'r corff cyfrifol hysbysu'r person a gododd y pryder yn ysgrifenedig cyn gynted ag y bo'n rhesymol ymarferol, gan esbonio'r penderfyniad a'r rhesymau drosto. Pan fydd rhan o bryder wedi'i eithrio ond nad yw elfennau eraill wedi'u heithrio, dylid ystyried y materion sy'n weddill o dan y trefniadau.

Terfyn Amser ar gyfer Hysbysu Pryderon

81. O dan y Prif Reoliadau, dylid codi pryderon fel arfer o fewn **12 mis** i'r dyddiad y digwyddodd y mater neu, os yw'n ddiweddarach, y dyddiad y daeth y person yn ymwybodol o'r mater. Mae'r amserlen hon yn helpu i sicrhau y gellir cynnal ymchwiliadau yn effeithiol pan fydd tystiolaeth yn parhau i fod ar gael ac atgofion yn ddibynadwy.

82. Mae'r rheoliadau'n caniatáu hyblygrwydd lle mae rhesymau da dros oedi cyn hysbysu corff cyfrifol am bryder. Mae hyn yn ôl disgrisiwn y corff cyfrifol. Os gall y person sy'n codi'r pryder ddangos rhesymau dilys dros beidio â gwneud hynny o fewn 12 mis, ac mae'n dal yn bosibl ymchwilio'n deg ac yn effeithiol iddo, gall y corff cyfrifol dderbyn y pryder y tu allan i'r cyfnod hwn. Yn yr achosion hyn, dylai'r corff cyfrifol esbonio i'r person sy'n codi'r pryder y gallai'r ymchwiliad gael ei gyfyngu gan argaeledd tystiolaeth, yn enwedig pan fo amser sylweddol wedi mynd heibio, neu pan fo staff allweddol wedi gadael y sefydliad. Dylid cyfathrebu hyn yn sensitif a'i ddogfennu'n briodol.

¹³ [Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol - Cyd-bwyllgor Comisiynu GIG Cymru](#)

83. Yn ymarferol, fel arfer mae terfyn absoliwt o dair blynedd o ddyddiad y digwyddiad neu'r dyddiad y daeth y claf yn ymwybodol, pa un bynnag sydd ddiweddaraf. Penderfyniad y corff cyfrifol yw ystyried a yw'n fodlon bod gan y claf reswm da dros beidio â hysbysu o fewn yr amserlen yn rheoliad 15 ac y gellir ymchwilio i'r pryder yn effeithiol ac yn deg o hyd. Ni fydd pryderon a godir ar ôl y cyfnod hwn fel arfer yn cael eu hystyried o dan y trefniadau a wnaed o dan y Prif Reoliadau. Rhaid i staff sicrhau bod penderfyniadau ar derfynau amser yn cael eu cymhwyso'n gyson, eu cofnodi'n glir a'u cyfathrebu yn ysgrifenedig, gan gynnwys y rhesymau dros dderbyn neu wrthod hysbysiad hwyr.

Tynnu pryderon yn ôl

84. Er bod pobl yn gallu tynnu eu pryder yn ôl ar unrhyw adeg yn y broses, mae'n parhau i fod yn ddyletswydd ar y corff cyfrifol i asesu a yw ymchwilio i'r pryder yn parhau i fod yn briodol i sicrhau dysgu dilys neu atal niwed i eraill yn y dyfodol neu i gyflawni dyletswyddau statudol o dan gyfraith droseddol neu ddeddfwriaeth diogelu.

85. Os gwneir y penderfyniad i barhau â'r ymchwiliad, nid oes unrhyw ddyletswydd o dan y rheoliadau i hysbysu'r person a gododd y pryder am ganlyniad yr ymchwiliad. Fodd bynnag, mae'n bwysig bod y corff yn cadarnhau, yn ysgrifenedig, gyda'r person sy'n tynnu'r pryder yn ôl.

Pryderon sy'n flinderus neu'n wacsaw

86. Dylid trin pob pryder yn deg ac yn dryloyw. Fodd bynnag, gellir ystyried bod rhai pryderon yn flinderus neu'n wacsaw. Gall enghreifftiau o'r hyn a olygir gan bryderon blinderus neu wacsaw fod yn ymddygiadau camdriniol, afresymol neu barhaus sy'n gosod gofynion gormodol ar staff.

87. Mae'r rhain yn cynnwys achosion lle mae'r mater sydd eisoes wedi'i ymchwilio yn cael ei ailgyflwyno heb dystiolaeth newydd, lle mae'r pryder yn ormesol neu pan fo camddefnydd canfyddedig o'r broses, neu lle mae'n ffansiöol neu nad oes ganddo unrhyw fanylion adnabyddadwy fel y person, ei fanylion cyswllt neu unrhyw gyfeiriad at y person yr effeithir arno. Gall pryderon o'r fath roi straen sylweddol ar adnoddau a llesiant staff, felly mae dull strwythuredig yn hanfodol wrth reoli'r pryderon hyn.

88. Gall y person sy'n codi'r pryder barhau i fod yn anfodlon am wahanol resymau, gan gynnwys diffyg tryloywder canfyddedig, oedi mewn ymateb, neu ddisgwyliadau afrealistig o ganlyniadau. Er mwyn lleihau uwchgyfeirio, dylai staff gyfathrebu'n glir, rheoli disgwyliadau yn gynnar, ac esbonio'r hyn y gellir ei gyflawni a'r hyn na ellir ei gyflawni. Gall dangos sut mae'r hyn a ddysgwyd wedi cael ei ddefnyddio hefyd helpu i adfer ymddiriedaeth.

89. Wrth ddelio ag ymddygiad parhaus neu gamdriniol, dylai staff aros yn broffesiynol ac yn empathig wrth sicrhau eu diogelwch eu hunain. Rhaid dogfennu

pob rhyngweithiad. Argymhellir dull fesul cam. Mae hefyd yn bwysig cydnabod bod emosiynau cryf yn aml yn bresennol, fel rhwystredigaeth, dicter a chynnwrf. Mae'r emosiynau hyn yn dderbyniol, ac nid ydynt ynddynt eu hunain yn rhesymau dros eithrio pryder o gwmpas y trefniadau a wneir o dan y Prif Reoliadau.

90. Rhaid i unrhyw gyfyngiadau fod yn gymesur, wedi'u cyfathrebu'n glir, a'u hadolygu'n rheolaidd. Mae rheoliad 14(1)(fa) bellach yn caniatáu i gorff cyfrifol eithrio pryder sy'n flinderus neu'n wacsaw o'r ymchwiliad. Fodd bynnag, rhaid i'r corff cyfrifol ddangos ei fod wedi dod i'w benderfyniad i beidio ag ymchwilio ar ôl ystyried yn ofalus.

91. Mae lles seicolegol staff yn flaenoriaeth lwyr. Gall pryderon ailadroddus neu ymosodol achosi straen a diffygio'n llwyr, felly dylai rheolwyr sicrhau mynediad at Iechyd Galwedigaethol, cwnsela a chymorth gan gymheiriaid. Yn ogystal, lle mae pobl yn defnyddio cyfryngau cymdeithasol i barhau i ganolbwyntio'n negyddol ar staff unigol, dylai sefydliadau ystyried cyfeirio materion at yr heddlu neu ofyn am gyngor cyfreithiol. Dylai cysylltiadau rheolaidd, asesiadau risg straen, a hyfforddiant gwydnwch fod ar waith, ochr yn ochr â manau diogel i staff drafod. Mae arweinwyr yn chwarae rôl allweddol wrth feithrin diwylliant cefnogol a sicrhau bod staff yn teimlo eu bod yn cael eu gwarchod a'u gwerthfawrogi.

92. Yr egwyddorion cyffredinol yw tegwch, cymesuredd a diogelwch. Dylid ystyried pob pryder i ddechrau ar eu rhinweddau, a dylid cymhwysu cyfyngiadau fel dewis olaf yn unig. Mae amddiffyn staff rhag niwed, gan gynnwys straen seicolegol, yr un mor bwysig â chynnal proses bryderon deg a thryloyw.

93. Dull Fesul Cam o ymdrin â phryderon blinderus neu wacsaw:

- 1) Cyhoeddwch lythyr rhybuddio yn amlinellu pryderon ac ymddygiad disgwylidig
- 2) Ystyriwch gyfyngu ar gyswllt i un pwynt cyswllt neu ohebiaeth ysgrifenedig yn unig
- 3) Os yw problemau'n parhau, ac, mewn achosion o fygythiadau neu aflonyddu, uwchgyfeiriwch y mater i dimau cyfreithiol neu ddiogelwch neu dîm cyswllt yr heddlu
- 4) Cofnodwch yr holl rhyngweithiadau a phenderfyniadau yn glir.
- 5) Mynnwch gymorth, er enghraifft drwy AD neu iechyd galwedigaethol, cwnsela, hyfforddiant gwydnwch a chysylltiadau rheolaidd.

Graddio Pryderon

94. Mae'r canllawiau hyn yn integreiddio diffiniadau niwed Cymru Gyfan a Pholisi Cenedlaethol GIG Cymru ar Adrodd a Rheoli Digwyddiadau Diogelwch Cleifion (f2, 2023) ac yn sicrhau cysondeb ar draws graddio niwed, uwchgyfeirio, system Rheoli Pryderon Unwaith i Gymru a'r canllawiau statudol ar gyfer y Ddyletswydd

Gonestrwydd.

95. Mae graddio pryderon yn rhan hanfodol o'r broses ar gyfer pennu'r lefel briodol o ymchwilio cymesur, blaenoriaethu adnoddau, a sicrhau cysondeb o ran dull ar draws y GIG yng Nghymru. Er bod GIG Cymru yn gweithio i sefydlu canllawiau ehangach i gefnogi graddio pryderon ar draws y GIG yng Nghymru, mae'r egwyddorion canlynol i'w dilyn.

96. Anogir cyrff cyfrifol i archwilio gyda'r person sy'n codi'r pryder sut orau i gyflawni datrysiad, gan ystyried natur y pryder a godwyd, a lle bo hynny'n briodol, cyfeirio at ddulliau amgen ar gyfer datrys fel cofrestru ymholiad, atgyfeirio i'r Gwasanaethau Cyswllt Cleifion (PALS), darparu profiad drwy gofnodi data profiad pobl, a neu ddarparu adborth mwy pwrpasol drwy gofnodi stori ddigidol. Mae rheoliad 23 (1) yn gwneud darpariaeth benodol i ystyried a ellir datrys y pryder drwy ddull amgen o ddatrys anghydfod. Gallai cyrff cyfrifol felly ystyried dulliau fel cyfryngu.

97. Lle mae prosesau amgen wedi'u hegluro ond mae'r person yn dal i ddymuno codi pryder ffurfiol, rhaid i gyrff cyfrifol ystyried a yw Cam 1 neu 2 yn fwyaf priodol. Os ceisir datrysiad cynnar, rhaid iddo gael ei gwblhau o fewn 10 diwrnod gwaith o'r dyddiad y mae'r corff cyfrifol yn cydnabod y pryder, sy'n golygu bod pryderon mwy cymhleth sy'n gofyn am fwy o ymchwiliad yn fwy tebygol o fod yn briodol fel Cam 2 o'r cychwyn cyntaf. Fodd bynnag, y bwriad yw ceisio datrys yn gynnar yn gyntaf cyn symud i gam 2 lle mae hynny'n bosibl ei gyflawni a gellir ystyried pryderon sy'n ymwneud â niwed honedig neu bosibl i'w datrys yn gynnar, lle bo hynny'n briodol.

98. Bydd unrhyw amser a ddefnyddir yn ystod Cam 1 yn cael ei dynnu o unrhyw amserlen ymateb ddilynol a osodir yng Ngham 2. Darperir yr egwyddorion canlynol i helpu'r asesiad cychwynol o raddio.

Egwyddorion Graddio

99. Mae'r broses raddio yn cael ei llywio gan yr egwyddorion canlynol:

- Dealltwriaeth o natur y pryder, sut y cafodd ei hysbysu ac a oes unrhyw gyfrifoldebau statudol i adrodd am y mater sy'n destun y pryder.
- P'un a yw'r pryder yn cynrychioli mater a allai fod â chwmpas allanol neu fod â sensitifrwydd ehangach.
- P'un a yw niwed wedi digwydd neu wedi'i honni. Rhaid cymhwysu hyn yn ddynamig drwy gydol y broses.
- Rhaid asesu difrifoldeb y niwed hwnnw a adroddwyd gan ddefnyddio categoreddio niwed presennol GIG Cymru – rhaid asesu niwed yn ddynamig

drwy gydol y broses o ymchwilio ac ystyried a yw trothwy ysgogi'r Ddyletswydd Gonestrwydd wedi'i gyrraedd.

- Dylid ystyried y potensial ar gyfer presenoldeb atebolrwydd cymwys a phan ganfyddir ei fod yn bresennol neu'n debygol o fod yn bresennol, ystyried ymhellach a ddylid gwneud cynnig gwneud iawn (p'un a fyddai'r cynnig hwnnw'n debygol o fod yn fwy na'r trothwy gwneud iawn o £50,000).
- Gall pryderon rychwantu sawl parth neu sefydliad a dylid eu codio yn unol â hynny.
- Gall nifer o bryderon gradd is fod yn arwydd o risgiau strategol sy'n datblygu ac yn cyfiawnhau ystyried ymchwiliad mewn dull clwstwr i atal y tebygolrwydd o niwed yn digwydd yn y dyfodol.
- Ystyried a yw'r pryder yn nodi neu'n awgrymu ymddygiad gwahaniaethol neu droseddol neu niwed sydd ar fin digwydd neu niwed gwirioneddol parhaus i oedolyn neu blentyn mewn perygl.

100. Dylid ystyried yr egwyddorion hyn yn unol â'r gofynion o dan reoliad 23 (1) o'r Prif Reoliadau bod yn rhaid i gyrff cyfrifol ymchwilio i'r mater a godwyd yn yr hysbysiad o bryder mewn modd sy'n ymddangos i'r corff yn fwyaf priodol i ddod i gasgliad mewn perthynas â'r materion hynny yn drylwyr, yn gyflym ac yn effeithlon. Mae rheoliad 23 (1) yn nodi'r ystyriaethau y mae'n rhaid i gyrff cyfrifol roi sylw penodol iddynt.

Fframwaith Graddio Niwed¹⁴

Gradd	Enghreifftiau o Bryderon
Gradd 1 – Dim	• Oedi heb effaith glinigol; cwmpo heb unrhyw anaf; gwall gweinyddol wedi'i gywiro heb unrhyw effaith
Gradd 2 – Isel	• Mân oedi mewn triniaeth • Cynnydd byr yn hyd yr arhosiad (1–3 diwrnod) • Mân anaf sy'n gofyn am driniaeth syml
Gradd 3 – Cymedrol	• Anaf y gellir ei osgoi sy'n gofyn am ymyrraeth • Aildderbyn neu ddychwelyd i'r feddygfa • Trosglwyddo i aciwtedd uwch sy'n arwain at ymyrraeth i achub bywyd • Digwyddiad adroddadwy RIDDOR
Gradd 4 – Difrifol	• Niwed parhaol neu anabledd neu golli swyddogaeth: • Arhosiad estynedig yn yr ysbyty (>15 diwrnod) gyda chanlyniadau parhaol • Torri safonau cenedlaethol yn sylweddol
Gradd 5 – Marwolaeth	• Marwolaeth y gellid bod wedi'i hosgoi neu ofal a gyfrannodd ati; marwolaeth famol/amenedigol/baban

¹⁴ [duty-of-candour-annex-b.pdf](#)

- Methiant difrifol i gyrraedd safonau
- Effeithiau iechyd na ellir eu gwrthdroi

Ymchwiliad annibynnol

101. Mae *annibyniaeth* yn cyfeirio at **gyfranogiad gwrthrychol a diduedd unigolion** wrth ymchwilio i bryderon, yn enwedig y rhai sy'n ymwneud â niwed cymedrol, difrifol neu farwolaeth. Mae annibyniaeth yn sicrhau nad yw'r ymchwiliad yn cael ei ddylanwadu'n ormodol gan y rhai sy'n ymwneud yn uniongyrchol â gofal neu reoli'r claf neu'r gwasanaeth dan sylw.

102. Yn unol â rheoliad 23, **rhaid** i gyrff cyfrifol roi sylw penodol i a oes angen cyngor meddygol annibynnol neu gyngor annibynnol arall i gefnogi'r ymchwiliad i'r pryder. Gall hyn fod yn arbenigedd clinigol, meddygol, nyrsio neu therapi neu arbenigedd tebyg gan berson hyfforddedig â chymwysterau priodol o fewn yr un sefydliad ond mewn gwasanaeth gwahanol nad yw'n ymwneud yn uniongyrchol â darparu'r gofal hwnnw sy'n destun ymchwiliad. Ni ddylent fod â gwrthdaro buddiannau drwy gyfranogiad uniongyrchol, i gynorthwyo adolygiad o'r dystiolaeth a gafwyd, helpu i ffurfio neu herio neu ddod i gasgliadau.

103. Fel arall, pan nad yw hyn yn bosibl gan nad yw person o'r fath yn bodoli neu ystyrir nad yw'n briodol oherwydd difrifoldeb y pryder neu'r honiad, efallai y byddant yn dod o sefydliad arall fel bwrdd iechyd arall neu goleg brenhinol neu arbenigedd allanol o restr o arbenigwyr clinigol lle mae'r unigolyn a ddewiswyd yn cael ei gomisiynu i ddarparu barn glinigol a allai wedyn helpu'r person sy'n arwain yr ymchwiliad i ddod i'w gasgliad wrth ddarparu cyngor meddygol annibynnol.

104. Y corff cyfrifol fydd yn penderfynu ar ba lefel o gyngor, os o gwbl, sy'n ofynnol ond rhaid iddynt gofnodi eu rheswm dros benderfynu peidio â cheisio cyngor annibynnol. Mae'n arfer da cofnodi'r rhesymeg dros bob penderfyniad yn hyn o beth. Mae hyn yn sicrhau atebolrwydd ac yn galluogi craffu ar a oedd yr ymchwiliad yn ddigon cadarn.

105. Nid yw'r Prif Reoliadau yn cynnwys hawl i unigolyn fynnu neu orfodi corff cyfrifol i ofyn am gyngor meddygol annibynnol at ddibenion ymchwilio i'r pryder.

Adrodd Cenedlaethol ac Uwchgyfeirio

106. Cymhwyswch bum egwyddor Digwyddiadau Cenedlaethol y gellir Adrodd Arnynt (NRI):

- 1) Rhaid adrodd – Digwyddiadau Byth; lladdiad iechyd meddwl a amheuir; hunanladdiad/marwolaeth hunanachosedig a amheuir mewn unrhyw leoliad clinigol neu yn ystod absenoldeb awdurdodedig/y cytunwyd arno, yn dilyn rhyddhau wedi'i gynllunio'n ddiweddar, neu ar ôl absenoldeb/rhyddhau heb ei gynllunio; marwolaethau mamol, amenedigol a babanod.

- 2) Canlyniad/niwed – rhowch wybod a yw niwed difrifol/marwolaeth yn cael ei asesu neu a amheuir o fewn 7 diwrnod gwaith (gallwch israddio yn ddiweddarach os yw'n briodol).
 - 3) Niferoedd yr effeithir arnynt – ystyriwch adrodd cenedlaethol ar gyfer effaith ar raddfa fawr (e.e., sgrinio, methiant TG, tarfu ar wasanaeth).
 - 4) Cyfleoedd dysgu – ystyriwch ddigwyddiadau a fu bron â digwydd/dim niwed neu niwed isel sy'n cynnig dysgu cenedlaethol.
 - 5) Gwnewch benderfyniadau ar y cyd – cynnwys partneriaid yn gynnar ar gyfer ymchwiliadau ar y cyd.
- Mae EWN (Hysbysiad Rhybudd Cynnar) ar wahân i NRI; Mae'n rhybudd cyflym a ddefnyddir i nodi pryderon diogelwch difrifol fel y gall gweithredu ar unwaith a dysgu sefydliadol ddigwydd, a dylid ei gwblhau lle bo'n berthnasol.
 - Defnyddio system rheoli pryderon unwaith i Gymru ar gyfer pob digwyddiad; defnyddiwch YCFF neu debyg ar gyfer NRI i gefnogi dadansoddiad ffactor cyfrannol a themâu trawsbynciol.
 - Ysgogiadau'r Ddyletswydd Gonestrwydd lle digwyddodd niwed anfwriadol/annisgwyl gymedrol neu fwy (neu farwolaeth), ac roedd darparu gofal iechyd yn ffactor neu gallai fod wedi bod yn ffactor.
 - Ar gyfer marwolaethau, cysonwch â phrosesau'r Archwilydd Meddygol/Crwner EF.

Pryderon am niwed sydd ar fin digwydd neu barhaus

107. Pan fydd pryder yn nodi bod niwed ar fin digwydd, yn fwriadol, neu'n barhaus, neu lle mae unrhyw amheuaeth o gam-drin neu esgeulustod, rhaid i'r ymateb fod ar unwaith a blaenoriaethu diogelu. O dan Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014, mae gan bob sefydliad iechyd ac ymarferydd ddyletswydd gyfreithiol i weithredu i amddiffyn oedolion a phlant sydd mewn perygl. Mae'r ddyletswydd hon yn cael ei hatgyfnerthu gan y canllawiau statudol Gweithio Gyda'n Gilydd i Ddiogelu Pobl a Gweithdrefnau Diogelu Cymru, sy'n nodi'r rolau a'r cyfrifoldebau hanfodol i ymarferwyr wrth amddiffyn y rhai sydd mewn perygl o niwed.

108. Mae'r dyletswyddau statudol o dan y Ddeddf uchod yn cynnwys dyletswydd gyffredinol ar gyfer llesiant pobl sydd angen gofal a chymorth sy'n cynnwys cydnabyddiaeth gyflym ac uwchgyfeirio i'w hamddiffyn rhag cam-drin ac esgeulustod. Rhaid i unrhyw aelod o staff sy'n dod yn ymwybodol o bryder sy'n awgrymu niwed sydd ar fin digwydd neu barhaus ei drin fel mater diogelu a'i uwchgyfeirio heb oedi. Mae camau gweithredu ar unwaith yn cynnwys sicrhau bod y person yn ddiogel, rhybuddio'r ganolfan neu'r arweinydd diogelu lleol (neu'r Ganolfan Ddiogelu Amlasiantaeth lle y'i sefydlwyd), ac ystyried a yw'r sefyllfa yn cyfiawnhau atgyfeiriad brys i'r heddlu. Pan fo unrhyw arwydd o ymddygiad troseddol—fel cam-drin corfforol neu rywiol, esgeulustod bwriadol, neu ymosodiad difrifol—dylai cyswllt â'r heddlu ddigwydd yn brydlon ac ochr yn ochr ag atgyfeiriadau diogelu. Mae'r ddyletswydd i roi gwybod am bryderon diogelu i'r awdurdod lleol (plant ac oedolion) ac i gydweithredu wrth wneud penderfyniadau amlasiantaethol yn parhau i fod yn

annibynnol ar y broses Gwrando ar Bobl ac ni ddylai gweithredoedd Gwrando ar Bobl ymyrryd â'r prosesau diogelu hynny.

109. Ni ddylid cymryd y camau hyn ar wahân. Dylai trafodaethau gydag uwch arweinwyr clinigol ac arweinydd diogelu'r sefydliad ddigwydd cyn gynted â phosibl i gadarnhau'r asesiad risg a sicrhau bod prosesau atgyfeirio yn cael eu dilyn yn gywir ac yn gyflym. Rhaid i sefydliadau ddarparu canllawiau lleol clir a manylion cyswllt hygyrch ar gyfer timau diogelu, trefniadau y tu allan i oriau, a llwybrau uwchgyfeirio. Dylid cefnogi a grymuso staff i weithredu'n bendant, gyda sicrwydd bod cyfrifoldebau diogelu yn drech nag oedi gweithdrefnol mewnol. Pan gychwynnir atgyfeiriad diogelu neu ymchwiliad troseddol, rhaid i'r broses Gwrando ar Bobl addasu er mwyn osgoi peryglu'r prosesau allanol hynny. O dan reoliad newydd 24A o'r Prif Reoliadau, a ddaeth i rym ar 1 Ebrill 2026, gall sefydliadau atal dros dro weithgareddau datrysiaid neu ymchwilio cynnar pan fo ymholiad diogelu neu ymchwiliad troseddol ar y gweill.

110. Dylid gwneud y penderfyniad hwn mewn ymgynghoriad ag arweinydd y ganolfan ddiogelu neu brif ymchwilydd yr heddlu i sicrhau bod tystiolaeth yn cael ei chadw ac nad oes unrhyw gamau yn tanseilio ymchwiliadau statudol. Rhaid i'r swyddog cyfrifol ddogfennu'r penderfyniad, y rhesymeg a'r trefniadau adolygu, a hysbysu'r person a gododd y pryder yn unol â gofynion rheoliad 24A.

111. Drwy gydol y broses hon, rhaid i sefydliadau gynnal goruchwyliaeth gan uwch arweinwyr. Dylai systemau fod ar waith i rybuddio swyddogion gweithredol neu uwch swyddogion dynodedig pryd bynnag y bydd pryder yn ymwneud â niwed sydd ar fin digwydd neu barhaus. Mae hyn yn sicrhau atebolrwydd, yn darparu sicrwydd llywodraethu, ac yn galluogi paratoi adnoddau sefydliadol yn gyflym i amddiffyn unigolion mewn perygl. Dylid trefnu adolygiadau rheolaidd o achosion Gwrando ar Bobl sydd wedi'u hatal dros dro, a dylai cyfathrebu â'r hysbysydd barhaus, gan gydbwysu bod yn agored â'r angen i osgoi rhagfarnu achosion diogelu neu droseddol. Os bydd ymchwiliad yr heddlu yn cael ei ollwng, yna gellir aildechrau'r weithdrefn datrys yn gynnar neu'r ymchwiliad o dan y broses Gwrando ar Bobl.

112. Yn olaf, rhaid i bolisi sefydliadol ymgorffori'r egwyddorion hyn o fewn fframweithiau diogelu lleol, gan sicrhau cysondeb â dyletswyddau statudol o dan Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014, Gweithdrefnau Diogelu Cymru, a'r Prif Reoliadau. Mae hyfforddiant staff, llwybrau uwchgyfeirio clir, a threfniadau llywodraethu cadarn yn hanfodol i sicrhau bod pob ymarferydd yn gallu gweithredu'n brydlon ac yn gyfreithlon pan fydd yn wynebu pryderon o niwed sydd ar fin digwydd neu barhaus.

Gweithredu Rheoliad 24A: Canllawiau ar gyfer Atal Datrysiaid Cynnar neu Ymchwiliad

113. Mae'r rhan hon o'r canllawiau yn nodi sut y dylai cyrff cyfrifol weithredu rheoliad 24A newydd o'r Prif Reoliadau. Mae rheoliad 24A yn cyflwyno pŵer statudol i atal y weithdrefn datrys yn gynnar neu ymchwiliad pan fo ymchwiliad diogelu, ymchwiliad

troseddol, neu achos troseddol ar y gweill mewn perthynas â'r un mater. Y nod yw diogelu uniondeb prosesau diogelu a throseddol statudol wrth gynnal rhwymedigaethau tryloywder a diogelwch cleifion.

114. Mae'r sylfaen gyfreithiol ar gyfer y broses hon yn glir: Mae rheoliad 24A (1)– (7) yn caniatáu atal dros dro cyhyd ag y bo angen i ganiatáu cwblhau prosesau diogelu neu droseddol, ar yr amod bod y corff cyfrifol o'r farn bod hyn yn gymesur. Mae hefyd yn gosod dyletswyddau i hysbysu'r person a gododd y pryder o fewn dau ddiwrnod gwaith i ddod yn ymwybodol o'r broses allanol, ac i osgoi datgelu gwybodaeth a allai ragfarnu ymchwiliadau neu dorri cyfyngiadau cyfreithiol. Mae'r darpariaethau hyn ochr yn ochr â'r egwyddorion cyffredinol yn rheoliad 3, sy'n ei gwneud yn ofynnol i bryderon gael eu trin yn agored, yn effeithlon, a gyda pharch i'r rhai sy'n eu codi, a'r Ddyletswydd Gonestrwydd.

115. Mae'r canllawiau hyn hefyd yn cyd-fynd â Pholisi Cenedlaethol GIG Cymru ar Adrodd a Rheoli Digwyddiadau Diogelwch Cleifion (f2.0), sy'n gorchymyn adrodd yn amserol am ddiwyddiadau drwy'r system rheoli pryderon Unwaith i Gymru, adnabod Digwyddiadau Adroddadwy Cenedlaethol yn gynnar, ac integreiddio â phrosesau diogelu a'r Ddyletswydd Gonestrwydd. At hynny, mae'n adlewyrchu canllawiau diogelu Llywodraeth Cymru o dan y *fframwaith Gweithio Gyda'n Gilydd i Ddiogelu Pobl*, gan gynnwys Cyfrol 6, ar gyfer oedolion mewn perygl, Cyfrol 5 ar gyfer plant mewn perygl (Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014,) ac adrannau 126 ar gyfer oedolion a 130 ar gyfer plant).

Pryd i ystyried atal dros dro

116. Dylid ystyried atal dros dro cyn gynted ag y daw'r corff cyfrifol yn ymwybodol bod y pryder yn ymwneud â mater sy'n destun ymchwiliad diogelu awdurdod lleol, ymchwiliad troseddol, neu achos troseddol. Gall ymwybyddiaeth godi drwy drafodaeth strategaeth/gwahoddiad cyfarfod neu dderbyn atgyfeiriad gan yr awdurdod lleol/MASH neu drwy hysbysiadau ffurfiol fel ymholiad Adran 47 (Deddf Plant 1989) ar gyfer plentyn, cyfarfod strategaeth diogelu oedolion o dan Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014, neu gyfathrebu uniongyrchol gan yr heddlu neu Wasanaeth Erlyn y Goron yn hysbysu bod ymchwiliad troseddol wedi dechrau, neu gyfathrebiadau Gwasanaeth Erlyn y Goron/erlyniad sy'n nodi achos troseddol.

117. Rhaid i'r penderfyniad i atal dros dro fod yn seiliedig ar angenrheidrwydd a chymesuredd. Mae rheoliad 24A(2) yn ei gwneud yn ofynnol i'r ataliad dros dro bara cyhyd ag sy'n angenrheidiol er mwyn osgoi rhagfarnu prosesau allanol. Cyn penderfynu, rhaid i'r corff cyfrifol ymgynghori â'r asiantaethau sy'n arwain y prosesau hynny ac ystyried unrhyw geisiadau i atal dros dro neu gydsynio i fwrw ymlaen (rheoliad 24A(3)). Mae hyn yn sicrhau nad yw'r corff cyfrifol yn rhwystro diogelu nac yn peryglu ymchwiliadau troseddol.

Cymhwyso Ymarferol a Phroses

118. Ar ôl derbyn pryder, dylai'r corff cyfrifol gymryd camau ar unwaith yn gyntaf i sicrhau diogelwch cleifion a chofnodi'r digwyddiad ar System Rheoli Pryderon Unwaith i Gymru, gan ystyried a yw'n bodloni'r trothwy ar gyfer adrodd NRI o fewn saith diwrnod gwaith. Os amheuir materion diogelu neu droseddol, rhaid gwneud atgyfeiriadau yn brydlon i'r awdurdod lleol neu'r heddlu yn unol â dyletswyddau statudol. Unwaith y derbynnir cadarnhad o broses allanol, dylai'r Swyddog Cyfrifol neu ei ddirprwy adolygu a ddylid oedi datrysiad cynnar neu ymchwiliad. Rhaid dogfennu'r penderfyniad hwn, gan gynnwys y rhesymeg, cwmpas yr atal dros dro, a'r dyddiadau adolygu.

119. Rhaid anfon hysbysiad ysgrifenedig o atal dros dro at y person a gododd y pryder heb fod yn hwyrach na dau ddiwrnod gwaith ar ôl y diwrnod y daw'r corff cyfrifol yn ymwybodol o'r broses allanol, gan ddefnyddio iaith glir sy'n esbonio'r rheswm dros atal dros dro heb ddatgelu manylion sensitif a allai ragfarnu'r achos. Yn ystod yr atal dros dro, dylai'r sefydliad barhau i gynnal diweddariadau a pharhau i fodloni ei rwymedigaethau o dan ei Ddyletswydd Gonestrwydd cyn belled ag y caniateir yn gyfreithiol, gan gydlyn ag asiantaethau diogelu a gorfodi'r gyfraith i osgoi rhagfarnu eu gwaith.

120. Dylid adolygu'r atal dros dro yn rheolaidd. Mae'n arfer da adolygu o leiaf bob 30 diwrnod neu'n gynt os bydd amgylchiadau'n newid. Unwaith y bydd asiantaethau diogelu neu droseddol yn cadarnhau na fydd parhad yn ymyrryd â'u prosesau, dylai'r corff cyfrifol ailddechrau datrys yn gynnar yn brydlon neu fwrw ymlaen ag ymchwiliad rheoliad 23. Rhaid i bob cam gweithredu, cyfathrebu a phenderfyniad gael ei gofnodi ar system rheoli pryderon Unwaith i Gymru at ddibenion llywodraethu a sicrwydd a'u hadrodd drwy ofynion monitro ac adrodd blynyddol "Gwranddo ar Bobl" sy'n bodoli eisoes.

Pryderon sy'n ymwneud â gofal sylfaenol

121. Yn y rhan fwyaf o achosion, dylid cyfeirio pryderon ynghylch gwasanaethau a ddarperir gan ddarparwyr gofal sylfaenol o dan drefniadau'r GIG, at y darparwr sy'n gyfrifol am ddarparu'r gofal yn y lle cyntaf. Mae'r dull hwn yn galluogi'r darparwr i wneud y canlynol:

- Cynnal trafodaeth wrando i ddeall natur a chyd-destun y pryder.
- Brysbennu'r pryder fel y bo'n briodol
- Cynnig datrysiad cynnar, gan gynnwys ymddiheuriad lle bo'n briodol.
- Cynnal parhad gofal a sicrhau datrysiad amserol a boddhaol i'r claf neu'r defnyddiwr gwasanaethau.

122. Pan fydd y pryder yn cael ei ddatrys i foddhad yr unigolyn, rhaid i'r darparwr wneud y canlynol:

- Dogfennu'r canlyniad yn gywir.
- Rhoi crynodeb ysgrifenedig i'r person a gododd y pryder.
- Cynnwys y pryder yn ei adroddiad blynyddol i'r BILL; nid oes angen hysbysu'r BILL ar unwaith oni bai bod y datrysiad yn aflwyddiannus.

123. Os yw'r unigolyn yn parhau i fod yn anfodlon neu os ystyrir bod datrysiad cynnar yn amhriodol, rhaid i'r darparwr uwchgyfeirio'r mater i'r BILL, gan fanylu ar yr holl ymdrechion datrys fel y gall y BILL benderfynu'n ddigonol a yw'n briodol i'r Darparwr Gofal Sylfaenol neu'r BILL ymchwilio i'r pryder. Os yw'r Darparwr Gofal Sylfaenol wedi cyhoeddi ymateb yn unol â rheoliad 24 neu os nad yw'r person yn cydsynio i'r BILL ymchwilio i'r pryder, ni ddylai'r BILL ymchwilio. Mae'r broses hon yn cael ei llywodraethu gan Reoliad 20.

Pryderon ynghylch gwasanaethau a ddarperir gan ddarparwyr annibynnol o dan drefniadau gyda Chorff GIG Cymru

124. Yn y rhan fwyaf o achosion, dylid cyfeirio pryderon ynghylch gwasanaethau a ddarperir gan ddarparwyr annibynnol o dan drefniadau'r GIG, at y darparwr sy'n gyfrifol am ddarparu'r gofal yn y lle cyntaf. Mae'r dull hwn yn galluogi'r darparwr i wneud y canlynol:

- Cynnal trafodaeth wrando i ddeall natur a chyd-destun y pryder.
- Brysbennu'r pryder fel y bo'n briodol
- Cynnig datrysiad cynnar, gan gynnwys ymddiheuriad lle bo'n briodol.
- Cynnal parhad gofal a sicrhau datrysiad amserol a boddhaol i'r claf neu'r defnyddiwr gwasanaethau.

125. Pan fydd y pryder yn cael ei ddatrys i foddhad yr unigolyn, rhaid i'r darparwr wneud y canlynol:

- Dogfennu'r canlyniad yn gywir.
- Rhoi crynodeb ysgrifenedig i'r person a gododd y pryder.
- Cynnwys y pryder yn ei adroddiad blynyddol i'r BILL y mae ganddo drefniadau gydag ef i ddarparu gofal o dan y GIG, nid oes angen hysbysu'r BILL ar unwaith oni bai bod y datrysiad yn aflwyddiannus.

126. Os yw'r unigolyn yn parhau i fod yn anfodlon neu os ystyrir bod datrysiad cynnar yn amhriodol, rhaid i'r darparwr uwchgyfeirio'r mater i'r BILL, gan fanylu ar yr holl ymdrechion datrys ac, mewn partneriaeth, ymchwilir i'r pryder o dan reoliad 24.

Amgylchiadau Eithriadol

127. Mewn achosion prin a sensitif, gall fod yn amhriodol i'r pryder gael ei godi'n uniongyrchol gyda'r Darparwr Gofal Sylfaenol neu'r Darparwr Annibynnol. Mae'r rhain yn cynnwys sefyllfaoedd sy'n cynnwys:

- Honiadau o gamymddwyn difrifol neu ofal gwael.
- Pryderon diogelu neu faterion troseddol posibl.
- Risgiau y gall yr ymchwiliad dan arweiniad y darparwr beryglu uniondeb y broses.

128. Mewn achosion o'r fath, dylid hysbysu'r BILI yn uniongyrchol am y pryder, a fydd yn:

- Cynnig trafodaeth wrando i ddeall y pryder.
- Penderfynu o fewn pum diwrnod gwaith pwy fydd yn arwain yr ymchwiliad yn unol â'r prosesau arferol
- Hysbysu'r unigolyn a'r darparwr (oni bai y cynghorir yn erbyn hynny) am y penderfyniad.

Efallai y bydd datrys yn gynnar yn bosibl o hyd os yw'r BILI yn rhannu'r pryder â'r darparwr gofal sylfaenol, fel yr amlinellir yn rheoliad 19.

Llwybr Ymchwilio a Chydsyniad

129. Os yw'r BILI yn penderfynu ei bod yn briodol ymchwilio i'r pryder, rhaid iddo wneud y canlynol:

- Gwirio a yw datrysiad cynnar neu drafodaeth wrando eisoes wedi digwydd.
- Cael cydsyniad¹⁵ i rannu'r pryder â'r darparwr oni bai y byddai gwneud hynny yn rhagfarnu'r ymchwiliad.

130. Os yw cydsyniad yn cael ei wrthod ac nad yw'r pryder yn bodloni'r meini prawf ar gyfer amgylchiadau eithriadol, ni all y BILI fwrw ymlaen â'r ymchwiliad. Mae hyn yn sicrhau tegwch a thryloywder, gan fod yn rhaid i ddarparwyr fod yn ymwybodol o bryderon a godwyd amdanynt.

131. Ni all y BILI ailymchwilio i bryderon sydd eisoes wedi bod yn destun ymchwiliad gan y darparwr gofal sylfaenol ac sy'n destun adroddiad interim o dan reoliad 24. Mewn achosion o'r fath, dylid cyfeirio'r unigolyn at Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru.

Cyfathrebu Penderfyniadau a Hawliau

132. Pan fydd y BILI yn penderfynu bod darparwr gofal sylfaenol yn y sefyllfa orau i ymchwilio:

¹⁵Yn y cyd-destun hwn, dim ond dogfennu cytundeb llafar y person y mae'r pryder yn ymwneud ag ef i rannu'r wybodaeth berthnasol sydd angen i gydsyniad ei wneud.

- Rhaid i'r unigolyn a'r darparwr gael gwybod am y penderfyniad a'i resymeg.
- Rhaid i'r unigolyn gael ei hysbysu o'i hawl i uwchgyfeirio'r mater i Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru os yw'n anfodlon.

133. Yna rhaid i'r darparwr reoli'r pryder yn unol â'r Prif Reoliadau (rheoliadau 19 a 20). Dylid datrys y rhan fwyaf o bryderon drwy ddatrys yn gynnar neu, os oes angen, ymchwiliad cam 2, o dan arweiniad y darparwr. Gall hyn ei gwneud yn ofynnol cael cymorth a chynghor gan dimau pryderon y BILL. Ni all yr ymchwiliad hwn gynnwys yr asesiad ar gyfer atebolrwydd cymwys gan nad yw gwneud iawn yn berthnasol i gorff y GIG nad yw'n Gymreig.

Pryderon sy'n ymwneud â chyrrff cyfrifol eraill

134. Manylir ar drin â phryderon sy'n ymwneud â mwy nag un corff cyfrifol yn rheoliad 17 o'r Prif Reoliadau. Gall y rhain gynnwys:

- Byrddau Iechyd Lleol, Ymddiriedolaethau'r GIG
- Darparwyr Gofal Sylfaenol

Darparwyr Annibynnol (IP) a

- chyrrff trawsffiniol y GIG yn Lloegr, yr Alban neu Ogledd Iwerddon.

135. Mae egwyddorion bod yn agored, cydweithredu a chadw'r claf a'i anghenion yng nghanol y broses yn parhau i fod yn hollbwysig ac yn cael blaenoriaeth dros broses sefydliadol, enw da neu ffiniau. Mae'n bwysig nad yw pobl sy'n codi pryderon yn teimlo eu bod yn cael eu trosglwyddo rhwng un sefydliad neu adran i'r llall.

136. Mae'r cyfrifoldeb i reoli'r pryder yn gyfartal rhwng pob un o gyrff y GIG a restrir yn y pryder. Y gwersi a ddysgwyd o achosion diweddar a hanesyddol Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru a'r Crwner yw bod dulliau cydgysylltiedig yn hanfodol i amddiffyn pobl, hyrwyddo diwylliant diogelwch tosturiol ac ni ddylid byth eu cysgodi gan brosesau sefydliadol, bylchau mewn darpariaeth neu ganolbwyntio ar effaith o ran enw da. Gall sefydliadau gytuno ar sefydliad arweiniol os yw'n briodol.

137. Mae'n cael ei ystyried yn arfer da wrth osod telerau cytundebol gyda darparwyr i gynnwys eglurder ar rolau a chyfrifoldebau o dan y Prif Reoliadau (fel y'u diwygiwyd).

Adnabod a Gweithredu Cychwynnol

138. Pan dderbynnir pryder, rhaid i'r sefydliad sy'n dod yn ymwybodol ohono gyntaf weithredu'n brydlon. O fewn dau ddiwrnod gwaith, dylid adolygu'r pryder i benderfynu a oes corff cyfrifol arall yn gysylltiedig. Rhaid hysbysu'r person sy'n codi'r pryder y gallai fod angen ymgysylltu â sefydliadau eraill, a dylid ceisio ei gysyniad i rannu'r pryder â'r cyrrff hynny. Ar ôl cael cydsyniad, rhaid hysbysu'r ail gorff cyfrifol o

fewn dau ddiwrnod gwaith, a dylai'r cydlynu ddechrau ar unwaith i gytuno ar rolau a chyfrifoldebau.

Cydlynu a Dynodi Arweinydd

139. Rhaid i'r holl gyrff cyfrifol sy'n gysylltiedig weithio gyda'i gilydd i sefydlu fframwaith clir ar gyfer rheoli'r pryder. Mae hyn yn cynnwys dynodi'r sefydliad arweiniol sy'n gyfrifol am gydlynu'r ymchwiliad a'r cyfathrebu, nodi prif gyswllt i ddarparu diweddariadau i'r person sy'n codi'r pryder, a chytuno ar ymateb ar y cyd sy'n ymgorffori mewnbwn gan yr holl gyrff cyfrifol. Dylai rhannu gwybodaeth fynd rhagddo o dan y cydsyniad a gafwyd i ddechrau, ac ni fydd cydsyniad pellach yn ofynnol o dan GDPR y DU. Dylid sicrhau cynrychiolaeth gan yr holl gyrff cyfrifol perthnasol mewn trafodaethau gwrando a thrafodaethau eraill. Os na chytunir ar bwy ddylai fod y sefydliad arweiniol, y sefydliad y cysylltwyd ag ef yn gyntaf fydd yn cymryd y rôl hon yn ddiodyn.

Trafodaeth wrando

140. Rhaid i'r sefydliad arweiniol gynnig trafodaeth wrando i'r person sy'n codi'r pryder. Dylid gwahodd cynrychiolwyr o gyrff cyfrifol eraill, yn amodol ar gydsyniad y person sydd wedi codi'r pryder. Diben y cyfarfod hwn yw egluro cwmpas llawn y pryder, deall y datrysiad a ddymunir, a sicrhau bod yr holl fanylion yn cael eu cofnodi'n gywir. Rhaid darparu cymorth hygyrchedd ac eiriolaeth yn ôl yr angen.

Ymchwilio ac Ymateb

141. Mae pob corff cyfrifol yn gyfrifol am gynnal ymchwiliad cymesur i'r agweddau ar y pryder sy'n ymwneud â'i wasanaethau. Rhaid rhannu canfyddiadau, camau a gymerwyd, ac unrhyw ystyriaethau ar gyfer gwneud iawn â'r sefydliad arweiniol. Yna dylid paratoi ymateb ar y cyd, sy'n crynhoi'r pryder, yn amlinellu canfyddiadau gan bob corff cyfrifol, yn manylu ar y camau a gymerwyd i atal hyn rhag digwydd eto, a chynnwys ymddiheuriad ac esboniad. Rhaid i'r sefydliad arweiniol gyhoeddi'r ymateb ar y cyd hwn o fewn amserlenni statudol—fel arfer 30 diwrnod gwaith ar gyfer pryderon sy'n cael eu trin drwy'r llwybr cwynion, neu hyd at 120 diwrnod gwaith pan fo Atebolrwydd Cymwys yn cael ei asesu (pryderon sy'n ddarostyngedig i reoliad 26, 33, 40 a 48). Dylai'r corff cyfrifol arweiniol gynnig cyfarfod dilynol i drafod y canlyniad o dan reoliadau 26(j) a 24(h).

Cyfathrebu a Diweddariadau

142. Mae'r sefydliad arweiniol yn gyfrifol am ddarparu diweddariadau rheolaidd i'r person sy'n codi'r pryder, gyda chefnogaeth mewnbwn amserol gan yr holl gyrff cyfrifol. Dylai pob cyfathrebu fod yn dosturiol, yn hygyrch, ac yn cael ei gyflwyno yn y fformat a'r iaith a ffefrir gan y person.

Dysgu ac Adrodd

143. Rhaid i bob corff cyfrifol adolygu'r pryder a'i ganlyniad i nodi dysgu a gweithredu camau gwella. Dylid monitro gwersi a ddysgwyd, eu rhannu'n fewnol ac yn allanol, a'u hadlewyrchu mewn adroddiadau blynyddol a systemau rheoli ansawdd. Mae goruchwyliaeth ar lefel bwrdd ac atebolrwydd strategol yn hanfodol i sicrhau gwelliant parhaus.

Uwchgyfeirio ac Anghydfodau

144. Os yw'r person sy'n codi'r pryder yn parhau i fod yn anfodlon ar yr ymateb ar y cyd, rhaid ei hysbysu am ei hawl i uwchgyfeirio'r mater i Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru. Pan fo'r pryder yn ymwneud â materion Cymraeg, gallant hefyd gysylltu â Chomisiynydd y Gymraeg.

Ystyriaethau Cytundebol a Thrawsffiniol

145. Pan fo gofal yn cael ei gomisiynu gan gyrff eraill y GIG neu ddarparwyr annibynnol, mae'n arfer da i gontractau gynnwys cymalau sy'n ei gwneud yn ofynnol cydweithredu o dan y broses Gwrando ar Bobl a'r Prif Reoliadau. Rhaid i drefniadau trawsffiniol barchu fframweithiau cyfreithiol gwledydd eraill y DU wrth gynnal egwyddorion tegwch a mynediad at wneud iawn i gleifion Cymru.

Cyfathrebu â chleifion, defnyddwyr gwasanaethau a'u teuluoedd

146. Dylai gweithwyr proffesiynol y GIG fynd i'r afael â phob rhyngweithio gydag urddas, parch a sensitifrwydd, gan gydnabod yr effaith emosiynol y gall codi pryder ei chael ar unigolion a'u teuluoedd.

147. Mae cyfathrebu tosturiol yn dechrau gyda gwrando gweithredol—galluogi pobl i rannu eu profiad heb ymyrraeth, cydnabod eu teimladau, a dilysu eu safbwynt. Defnyddio iaith glir, heb jargon, gwirio eu dealltwriaeth yn rheolaidd, darparu esboniadau ar gyfer termau meddygol neu gyfreithiol yn ôl yr angen (rheoliad 3(1) (ga)). Cadarnhewch bob amser y dull cyfathrebu a ffefrir gan y person ac unrhyw anghenion hygyrchedd, gan gynnwys dewisiadau iaith fel y Gymraeg, a sicrhau bod y rhain yn cael eu bodloni (rheoliad 22(4)(f)).

148. Darparu cynnig gweithredol o wasanaethau eiriolaeth a chymorth, gan gynnwys Llais neu lle mae gwneud iawn yn cael ei ystyried cynnig mynediad at gyngor cyfreithiol a ariennir.

149. Dangos empathi trwy dôn, iaith y corff, a dilyniant amserol, a darparu gwybodaeth realistig am opsiynau- gan gynnwys datrysiad cynnar, ymchwiliad ffurfiol, a gwneud iawn posibl (rheoliadau. 22, 22A).

150. Mae tystiolaeth yn dangos bod cyfathrebu tosturiol sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn yn lleihau uwchgyfeirio, yn gwella ymddiriedaeth, ac yn cefnogi canlyniadau gwell i gleifion a staff. Felly, dylai gweithwyr proffesiynol y GIG reoli disgwyliadau'n

dryloyw, ymddiheuro yn ddiffuant, bod yn ymwybodol o drawma a sicrhau bod diweddariadau a chanlyniadau yn cael eu cyflwyno mewn modd sy'n glir, yn hygyrch ac yn barchus, gan atgyfnerthu ymrwymiad y sefydliad i ddysgu a gwella

Y rhai mewn profedigaeth ac sy'n codi pryderon am ofal

151. Mae'r canllawiau hyn yn hyrwyddo dull sy'n ystyriol o drawma, tosturiol ac ar sail tystiolaeth i weithwyr proffesiynol y GIG yng Nghymru wrth ymateb i bobl sydd mewn profedigaeth ac sy'n codi pryderon am ofal. Mae'n cyd-fynd â'r Fframwaith Cenedlaethol ar gyfer Darparu Gofal Mewn Profedigaeth¹⁶ yng Nghymru (2021) a manyleb model y Llwybr Cenedlaethol ar gyfer Gofal Mewn Profedigaeth¹⁷ (NBCP) ar gyfer Cymru. Mae'n cwmpasu pedwar maes allweddol:

- pobl mewn profedigaeth ac sy'n codi pryderon,
- y dull sydd i'w gymryd,
- profedigaeth mewn gofal mamolaeth, a
- profedigaeth mewn plant a phobl ifanc.

152. Y disgwyliad cyffredinol yw bod pobl mewn profedigaeth yn derbyn gwybodaeth amserol, gywir, a hygyrch, ochr yn ochr â chymorth cymesur a haenog. Dylai pob aelod o staff sy'n dod i gysylltiad â phobl mewn profedigaeth gael yr hyfforddiant a'r profiad perthnasol ar gyfer lefel y cymorth y maent yn ei gynnig.

Pobl Mewn Profedigaeth ac sy'n Codi Pryderon am Ofal

153. Yn aml, mae gan bobl mewn profedigaeth gwestiynau heb eu hateb am y gofal a ddarparwyd a phenderfyniadau a wnaed yn agos at farwolaeth. Mae gofal profedigaeth o ansawdd uchel yng Nghymru yn gofyn am gyfathrebu tosturiol ac amserol a ddarperir drwy lwybr lleol integredig sy'n cynnig gwybodaeth gyffredinol, gwaith dilynol wedi'i dargedu i'r rhai sydd mewn risg uwch, ac atgyfeirio i gymorth arbenigol pan fo angen. Dylid cydnabod pryderon gydag empathi a dilysu, a dylai cyfathrebu fod yn onest, wedi'i gyflymu i'r angen, a'i ailadrodd yn ôl yr angen. Mae tystiolaeth a chanllawiau NICE yn pwysleisio deialog barchus, penderfyniadau a rennir gyda'r rhai sy'n bwysig i'r person, ac esboniadau clir, mewn iaith syml cyn ac ar ôl marwolaeth. Mae'r Model Proses Ddeuol o ymdopi yn dangos bod pobl yn pendilio rhwng wynebu galar a chymryd seibiant ohono; dylai gweithwyr proffesiynol gynnig cyfleoedd sy'n seiliedig ar ddewis ar gyfer cwestiynau dros amser yn hytrach nag un rhyngweithio dwys. [\[Cyf 3\]](#) [\[Cyf 2\]](#) [\[Cyf 4\]](#).

154. Fel rhan o'r drafodaeth wrando, dylid cyfeirio pobl mewn profedigaeth i gymorth profedigaeth priodol. Dylid trefnu cymorth dilynol rhagweithiol (er enghraifft, ar 2–3 wythnos a 6–8 wythnos) gan gydnabod bod anghenion yn newid dros amser a bod parodrwydd i ymgysylltu yn amrywio rhwng unigolion.

¹⁶ [Fframwaith cenedlaethol ar gyfer darparu gofal profedigaeth \[HTML\] | LLYW.CYMRU](#)

¹⁷ [Llwybr cenedlaethol ar gyfer gofal mewn profedigaeth \[HTML\] | LLYW.CYMRU](#)

155. Pan fydd adolygiad yn digwydd (er enghraifft, Archwilydd Meddygol ar gyfer marwolaethau oedolion nad ydynt yn grwnerol), dylid esbonio'r broses ynghyd â'r cwmpas a'r amserlenni, a sut y gellir codi cwestiynau. Dylid defnyddio dangosyddion risg byr neu offeryn asesu dilys i nodi'r rhai y gallai fod angen cymorth wedi'i dargedu neu arbenigol arnynt; dylid uwchgyfeirio'n gymesur os bydd baneri coch yn dod i'r amlwg (e.e., nam swyddogaethol parhaus, nodweddion galar trawmatig). [\[Cyf 1\]](#) [\[Cyf 2\]](#) [\[Cyf 5\]](#) [\[Cyf 6\]](#)

156.

Enghraifft o achos i ddangos anghenion ychwanegol person mewn profedigaeth sy'n codi pryderon — Marwolaeth oedolion yn yr ysbyty (llwybr disgwylidiedig), cwestiynau am ofal yn ystod y 48 awr ddiwethaf

Mae partner Mr G yn cysylltu â'r ysbyty ddau ddiwrnod ar ôl ei farwolaeth o fethiant y galon datblygedig, ac roedd yn teimlo 'nad oedd wedi cael y wybodaeth ddiweddaraf' am hydradu a rheoli symptomau. Mae'r Swyddfa Profedigaeth/Profiad Cleifion yn cydnabod ei phryder yr un diwrnod, yn neilltuo nyrs sy'n fedrus mewn profedigaethfel y cyswllt sengl, ac yn cynnig cyfarfod gwranddo o fewn 72 awr. Mae'r cyfarfod, y daeth yr ymgynghorydd ward iddo, yn esbonio cydnabyddiaeth o farw, penderfyniadau hydradu a meddyginiaethau rhagflaenol mewn iaith glir. Maent yn cytuno i wirio cofnodion cydbwysedd cyffuriau a hylifau ac ymrwymo i ddiweddariad saith diwrnod.

Mae crynodeb ysgrifenedig (diwrnod 10) yn ateb pob cwestiwn ac yn ymddiheuro am ddiweddariadau anaml dros nos. Trefnir sgwrs ragweithiol ar gyfer wythnos 6. Nid yw sgrinio risg byr yn dangos unrhyw faneri coch uniongyrchol; cynhelir cymorth cyffredinol gan gyfeirio i opsiynau wedi'u targedu os bydd cwsg neu weithrediad yn gwaethygu. Mae'r dull hwn yn adlewyrchu canllawiau NICE ar gyfathrebu tosturiol, ailadroddol a safonau Cymru ar gyfer cymorth profedigaeth haenog.

[\[Cyf 2\]](#) [\[Cyf 1\]](#)

Canllawiau ar y Dull (Proses ac Ymarfer)

157. Dechreuwch drwy fynegi dealltwriaeth ac empathi am y golled; aseswch ofynion iaith a diwylliannol yr unigolyn a gwahodd y person mewn profedigaeth i fynegi ei ddisgwyliaid ynghylch canlyniad adeiladol.

158. Darparwch gynllun ysgrifenedig byr ar ôl y cyswllt cyntaf, gan gynnwys pwy fydd yn gwneud beth ac erbyn pryd.

159. Yn ystod sgysiau gwrando, defnyddiwch gwestiynau agored, osgoi jargon, a chrynhoi 'yr hyn rydym yn ei wybod nawr', 'yr hyn rydym yn ei wirio', a 'pryd y byddwn yn rhoi'r wybodaeth ddiweddaraf i chi'. Lle bo'n bosibl, yn amodol ar brosesau allanol (fel ymchwiliadau Crwner) darparwch amserlenni realistig a chrynodeb ysgrifenedig iaith glir wedyn.

160. Dylech gynnwys sgysiau rhagweithiol (er enghraifft, ar 2-3 wythnos, 6-8 wythnos, ac eto ar ôl tua 3-4 mis os bydd anghenion yn parhau). Uwchgyfeiriwch y cymorth lle mae baneri coch yn ymddangos, gan gydnabod nad yw therapi cyffredinol, dwys i bob person mewn profedigaeth yn fuddiol yn gyson; mae'r dystiolaeth yn cefnogi mewnbwn wedi'i dargedu ac arbenigol ar gyfer grwpiau risg uwch. Ymgorfforwch lywodraethiant drwy gofnodi cwestiynau, atebion, amseru a dysgu'r person ar gyfer gwella gwasanaethau. [\[Cyf 1\]](#) [\[Cyf 2\]](#) [\[Cyf 5\]](#)

161.

Enghraifft achos i ddangos sut y gellir mynd i'r afael â dryswch ynghylch rolau mewn marwolaeth gymunedol gartref

Mae tad Ms R yn marw gartref gyda chymorth nyrsio cymunedol. Mae'n adrodd dryswch ynghylch pwy oedd yn gyfrifol am feddyginiaethau rhagflaenol. Mae'r tîm cymunedol yn ymateb i Ms R y diwrnod gwaith nesaf, yn neilltuo person cyswllt a enwir iddi, ac yn cynnig cyfarfod o fewn wythnos. Yn y cyfarfod, mae'r metron yn esbonio rolau (meddyg teulu, nyrs ardal, y tu allan i oriau, fferyllfa) gan ddefnyddio diagram un dudalen syml ac yn egluro'r trefniadau presgripsiynu a gweinyddu.

Mae crynodeb ysgrifenedig yn nodi dyddiadau a 'phwy wnaeth beth', ynghyd â chanllaw ar beth i'w wneud gyda meddyginiaethau ar ôl marwolaeth. Mae sgwrs ar ôl 6–8 wythnos yn canfod aflonyddwch cwsg ac ynysu, mae sgrinio risg byr yn arwain at atgyfeiriad i grŵp profedigaeth wedi'i dargedu. Mae'r dull yn cyd-fynd â safonau Cymru ar gyfer gwybodaeth hygyrch, llwybrau cydgysylltiedig, ac uwchgyfeirio yn seiliedig ar risg.

Profedigaeth mewn gofal mamolaeth

162. Mae'r adran hon ar gyfer gwybodaeth i gefnogi dulliau integredig i bryderon yn dilyn profedigaeth mewn gofal mamolaeth a dylid ei darllen ar y cyd â pholisïau lleol a chenedlaethol.

163. Mae beichiogrwydd a cholli babi yn gofyn am ofal tosturiol, sy'n ystyriol o drawma, wedi'i bersonoli a thryloyw. Dylid gwahodd rhieni i nodi'r cwestiynau yr

hoffent gael atebion iddynt a chyfrannu at adolygiadau neu ymchwiliadau. Dylai'r uned famolaeth adolygu pob marw-enedigaeth a marwolaeth newyddenedigol gan ddefnyddio'r Offeryn Adolygu Marwolaeth Amenedigol (PMRT), sy'n cefnogi adolygiad amlddisgyblaethol, cyfranogiad uniongyrchol rhieni, llythyr rhieni mewn iaith glir sy'n esbonio canfyddiadau ac a allai gwahanol gamau gweithredu fod wedi newid y canlyniad, a ffocws ar ddysgu ar gyfer atal. Dylai gwasanaethau roi sylw i degwch, monitro canlyniadau ac addasu cyfathrebu a chefnogaeth i fynd i'r afael â gwahaniaethau. [\[Cyf 2\]](#) [\[Cyf 7\]](#) [\[Cyf 8\]](#)

- Dylai bydwraig/nyrs sydd wedi'i hyfforddi mewn profedigaeth fod wedi'i neilltuo eisoes fel yr un pwynt cyswllt;
- Yn ystod y drafodaeth wrando, gwnewch yn siŵr bod dull tosturiol a chydgyssylltiedig yn cael ei fabwysiadu, gan ganiatáu i deuluoedd fynegi pryderon a gofyn cwestiynau pan fyddant yn teimlo'n gyfforddus neu pryd mae'n briodol iddynt.
- Cofnodwch gwestiynau rhieni yn gynnar a'u rhoi ar PMRT fel bod yr adolygiad yn mynd i'r afael yn benodol â'u blaenoriaethau.
- Cefnogwch lesiant staff drwy ôl-drafodaethau.
- Ystyriwch gynnal cyfarfod ôl-adolygiad (fel arfer ar ôl 6–12 wythnos) gydag uwch glinigydd a bydwraig profedigaeth i esbonio canfyddiadau wyneb yn wyneb; darparu lythyr rhiant PMRT; ymddiheurwch lle roedd y gofal yn brin o'r safon a disgrifio gwelliannau gwasanaeth.
- Sgriniwch am risg a chynnig cymorth wedi'i dargedu neu arbenigol lle nodir hynny; [\[Cyf 2\]](#) [\[Cyf 7\]](#) [\[Cyf 8\]](#)

164.

Enghraifft achos — Marw-enedigaeth ar ôl 38 wythnos; a allai fod wedi cael ei hatal?

Ar ôl marw-enedigaeth, mae A a B yn gofyn a ddylai ymyriadau fod wedi bod yn gynharach pan oeddent wedi codi pryderon am lai o symudiadau'r ffetws. Mae bydwraig wedi'i hyfforddi mewn profedigaeth yn dod yn gyswllt a enwir, yn cydlynu ac yn darparu cymorth ymarferol a gwybodaeth am y broses PMRT, mae cwestiynau'r rhieni yn cael eu cofnodi yn PMRT. Mae gweithgaredd creu atgofion yn cael ei gynnig yn sensitif, ynghyd â chefnogaeth ôl-enedigol a dilynol; trefnir ôl-drafodaeth staff y tîm amlddisgyblaethol. Mae'r panel PMRT yn adolygu gofal ac yn nodi y gallai cyfathrebu am opsiynau asesu a monitro fod wedi bod yn gliriach. Ar ôl 10–12 wythnos, mae meddyg ymgynghorol a'r fydwraig profedigaeth yn cwrdd â'r rhieni, yn rhannu llythyr rhieni PMRT, yn ymddiheuro am ddiffygion cyfathrebu, ac yn amlinellu newidiadau gwasanaeth penodol (ysgogiadau brysbennu a sesiynau gloywi staff). Mae sgrinio risg yn nodi bregusrwydd uwch; cynigir cymorth wedi'i dargedu gyda'r opsiwn o atgyfeirio arbenigol. Mae hyn yn adlewyrchu PMRT, safonau profedigaeth Cymru, ac ystyriaethau tegwch. [\[Cyf 7\]](#) [\[Cyf 2\]](#) [\[Cyf 8\]](#)

Profedigaeth plentyn neu berson ifanc

165. Pan fydd plentyn neu berson ifanc yn marw, dylai sefydliadau fabwysiadu dull cydgysylltiedig, tosturiol ac sy'n ystyriol o drawma ar gyfer cefnogi teuluoedd ac ymateb i unrhyw bryderon y gallant eu codi. Dylid darllen yr adran hon ochr yn ochr â pholisïau lleol a chenedlaethol, gan gynnwys y Llwybr Profedigaeth Plant a Phobl Ifanc (Hydref 2025), sy'n amlinellu'r cymorth y dylai teuluoedd ei ddisgwyl ar ôl marwolaeth plentyn neu berson ifanc.

166. Pan fydd plentyn neu berson ifanc yn marw'n sydyn neu'n annisgwyl, dylid dilyn yr Ymateb Gweithdrefnol i Farwolaethau Annisgwyl mewn Plentynod (PRUDiC). Mae PRUDiC yn nodi'r safon amlasiantaethol ofynnol ar gyfer ymateb i farwolaethau o'r fath, gan sicrhau bod teuluoedd yn cael eu trin yn sensitif, bod asiantaethau'n gweithio gyda'i gilydd yn gyson, a bod ymchwiliad strwythuredig yn cael ei gwblhau a'i adolygu mewn Cyfarfod Adolygu Achos. Dylid defnyddio'r llwybr cymorth Marwolaeth Sydyn ac Annisgwyl mewn Plant a Phobl Ifanc hyd at 25 oed hefyd i lywio ymarfer.

167. Dylid nodi aelod o staff sy'n fedrus mewn profedigaeth a'i gyflwyno i'r teulu o fewn 24–48 awr fel eu pwynt cyswllt sengl. Mae'r person hwn yn gyfrifol am gydlynu cyfathrebu, darparu gwybodaeth glir, a helpu teuluoedd i ddeall y prosesau a fydd yn dilyn. Dylid cefnogi teuluoedd i ofyn cwestiynau a chodi pryderon ar gyflymder sy'n teimlo'n iawn iddynt, gan gydnabod bod galar yn effeithio ar barodrwydd yn wahanol i bob unigolyn.

168. Drwy gydol y drafodaeth wrando ac unrhyw ymgysylltu dilynol, dylai sefydliadau ymateb i deuluoedd gyda thosturi, bod yn agored a thegwch. Dylai teuluoedd dderbyn diweddariadau rheolaidd, dealladwy yn ystod cyfnod yr ymchwiliad, ac unwaith y bydd ymholiadau wedi'u cwblhau, dylid cynnig cyfle iddynt drafod y canfyddiadau, gofyn cwestiynau pellach, a deall unrhyw ddysgu neu weithredoedd sy'n codi. Mae'r dull hwn yn adlewyrchu egwyddorion craidd proses GIG Cymru ar gyfer pryderon: gwrando, deall, dysgu, a gwella ansawdd a diogelwch gofal.

169.

Enghraifft achos — Marwolaeth annisgwyl plentyn 9 oed; mae rhieni yn gofyn am atebion cyflym

Yn dilyn marwolaeth annisgwyl yn yr Adran Achosion Brys, gofynnodd y rhieni beth ddigwyddodd yn ystod adfywio a pham y gwnaethpwyd penderfyniadau trosglwyddo. Mae'r arweinydd pediatrig yn cychwyn PRUDiC, yn darparu taflen Saesneg mewn iaith glir, ac yn neilltuo nyrs sy'n fedrus mewn profedigaeth fel y cyswllt sengl. Mae cyfarfod cynnar (o fewn 72 awr) yn cofnodi cwestiynau'r rhieni; rhoddir diweddariadau wythnosol hyd yn oed pan nad oes gwybodaeth newydd ar gael. Ar ôl y Cyfarfod Adolygu Achos, mae'r ymgynghorydd a'r nyrs yn esbonio'r canfyddiadau yn bersonol, yn ateb cwestiynau penodol am adfywio/trosglwyddo, yn darparu crynodeb ysgrifenedig, ac yn cytuno ar gymorth dilynol (gan gynnwys adnoddau brodyr a chwirydd a chyswllt ysgol). Mae ôl-drafodaeth wedi'i hwyluso yn cefnogi staff.

170. Crynodeb o'r Offer Ymarferol sydd eu hangen i gefnogi pobl sydd wedi cael profedigaeth ac yn codi pryder:

- Strwythur y sgwrs: agored gydag empathi; cadarnhewch anghenion iaith a diwylliannol ac ysbrydol;
- Gofynnwch beth sydd bwysicaf iddynt; cytunwch beth fydd yn cael ei wirio ac erbyn pryd;
- Rhowch grynodeb ysgrifenedig byr a manylion y cyswllt a enwir;
- Ailadroddwch gyfleoedd ar gyfer cwestiynau mewn sgysiau dilynol.
- Map cymorth haenog: cynnal cyfeiriadur lleol o gymorth cyffredinol, wedi'i dargedu ac arbenigol gyda throthwyon a llwybrau atgyfeirio clir;
- Defnyddiwch ddangosyddion risg byr neu offer wedi'u dilysu i uwchgyfeirio'n briodol.
- Llythyrau a chrynodebau: darparwch esboniadau mewn iaith glir ac ymatebion i holi ac ateb; mewn marwolaethau amenedigol, defnyddiwch allbynnau PMRT i lywio llythyrau rhieni wedi'u teilwra.
- Amseru: ystyriwch gynnwys sgysiau rhagweithiol (er enghraifft ar ôl 2–3 wythnos; 6–8 wythnos; 3–4 mis), wedi'i addasu i adolygu argaeledd canfyddiadau adolygiad. [\[Cyf 1\]](#)[\[Cyf 2\]](#)[\[Cyf 7\]](#)[\[Cyf 9\]](#)

Cyfeiriadau - profedigaeth

Cyf 1: Fframwaith cenedlaethol ar gyfer darparu gofal mewn profedigaeth yng Nghymru (Llywodraeth Cymru, 2021) a manyleb model Llwybr cenedlaethol ar gyfer

gofal mewn profedigaeth gyfer Cymru. <https://www.llyw.cymru/fframwaith-cenedlaethol-ar-gyfer-darparu-gofal-mewn-profedigaeth> a <https://www.llyw.cymru/llwybr-cenedlaethol-ar-gyfer-gofal-mewn-profedigaeth-html>

Cyf 2: Canllawiau NICE ar gyfer cyfathrebu diwedd oes/profedigaeth: NG31 Gofal oedolion sy'n marw yn ystod dyddiau olaf bywyd (2015) a safonau ansawdd cysylltiedig (e.e., QS160 ar gyfer cymorth galar plant a phobl ifanc). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31> a <https://www.nice.org.uk/guidance/qs160>

Cyf 3: Stroebe M, Schut H. Dual Process Model of Coping with Bereavement (1999) ac adolygiadau dilynol e.e., <https://doi.org/10.1080/074811899201046> and systematic review <https://www.researchgate.net/.../A-Systematic-Review-of-the-Dual-Process-Model>.

Cyf 4: Canllawiau cenedlaethol ar gyfathrebu diwedd oes wedi'u crynhoi gan Marie Curie (2023). <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/national-guidelines-end-of-life>

Cyf 5: Trosolwg o dystiolaeth ar ymyriadau profedigaeth sy'n cefnogi dulliau dwys wedi'u targedu yn hytrach na rhai cyffredinol. e.e., Asesiad cyflym o'r dystiolaeth: <https://www.bereavementjournal.org/index.php/berc/article/download/1067/1075> ac adroddiad canlyniadau Cruse (2022) <https://www.cruse.org.uk/wp-content/uploads/2022/11/Cruse-Bereavement-Support-Outcomes-for-Bereaved-People-Report.pdf>

Cyf 6: Offer dangosydd ar gyfer risg/galar cymhleth (e.e., dilysu IBACS). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0164005>

Cyf 7: PMRT (Offeryn Adolygu Marwolaeth Amenedigol) – cynnwys rhieni a chyfathrebu. <https://www.npeu.ox.ac.uk/pmrt/about-us/the-pmrt-tool>

Cyf 8: MBRRACE-Gwylidwriaeth marwolaethau amenedigol yn y DU a chyd-destun tegwch (adroddiadau a dangosfyrddau diweddaraf). <https://www.npeu.ox.ac.uk/mbrpace-uk/reports/perinatal-mortality-surveillance>

Cyf 9: PRUDiC (Ymateb Gweithdrefnol i Farwolaethau Annisgwyl mewn Plentyndod) Cymru, adolygiad 2023 ac adnoddau teuluol/proffesiynol. <https://icc.gig.cymru/gwasanaethau-a-thimau/gwasanaeth-diogelu-cenedlaethol-gig-cymru/canllawiau-diweddaraf-diogelu/prudic-ymateb-gweithdrefnol-i-farwolaethau-annisgwyl-mewn-plentyndod/>

Cyf 10: NICE QS160 Datganiad ansawdd ar gymorth galar a cholled i rieni/gofalwyr (Plant a Phobl Ifanc). <https://www.nice.org.uk/guidance/qs160/chapter/Quality-statement-5-Support-for-grief-and-loss-for-parents-or-carers>

Y Gwasanaeth Archwilio Meddygol

171. Mae'r gwasanaeth Archwilio Meddygol, sy'n cael ei gynnal gan Bartneriaeth Cydwasanaethau GIG Cymru, yn chwarae rôl hanfodol wrth sicrhau craffu annibynnol ar yr holl farwolaethau nad yw'r crwner yn ymchwilio iddynt, fel sy'n

ofynnol o dan Reoliadau Archwilwyr Meddygol (Cymru) 2024, Rheoliadau Tystysgrifau Meddygol Achos Marwolaeth 2024. Mae'r craffu hwn yn cael ei gynnal gan feddygon profiadol sydd â hyfforddiant arbenigol mewn ardystio marwolaeth ac adolygu amgylchiadau marwolaeth wedi'u dogfennu.

172. Mae eu swyddogaethau'n cynnwys cadarnhau cywirdeb y Dystysgrif Feddygol Achos Marwolaeth (MCCD), ymgysylltu â'r rhai mewn profedigaeth i glywed eu barn a'u pryderon, ac adrodd am unrhyw faterion difrifol sy'n ymwneud â llywodraethu clinigol, diogelwch cleifion, neu iechyd y cyhoedd i gyrff perthnasol y GIG. Nid yw'r sgyrsiau hyn gyda'r rhai mewn profedigaeth yn ddewisol; maent yn ddiogelwch craidd sydd wedi'i gynllunio i sicrhau tryloywder, cywirdeb, a dysgu o bob marwolaeth. Bydd y gwasanaeth archwilio meddygol yn hysbysu'r Bwrdd Iechyd priodol am y casgliad ar yr MCCD, a gallant wneud sylwadau lle maent yn ystyried y gallai darparu gofal fod wedi effeithio ar y farwolaeth.

173. Pan fydd Archwilydd Meddygol yn cysylltu â'r rhai mewn profedigaeth, fel arfer o fewn 24 i 72 awr ar ôl derbyn y cofnodion angenrheidiol, y diben yw esbonio achos arfaethedig y farwolaeth, ateb cwestiynau, a rhoi cyfle i'r rhai mewn profedigaeth godi unrhyw bryderon am y gofal a ddarparwyd.

Crwner EF a'r broses Gwrando ar Bobl

174. Mae'r fframwaith cyfreithiol a pholisi sy'n llywodraethu sut mae gweithwyr proffesiynol y GIG yng Nghymru yn rheoli marwolaethau cleifion a phryderon cysylltiedig wedi'i angori mewn dyletswyddau statudol cyflenwol a chanllawiau cenedlaethol sydd gyda'i gilydd yn creu un system o'r dechrau i'r diwedd ar gyfer atebolrwydd, gonestrwydd a dysgu.

175. Mae Deddf Crwneriaid a Chyfiawnder 2009 (Atodlen 5, paragraff 7) yn ei gwneud yn ofynnol i grwneriaid gyhoeddi adroddiad i atal marwolaethau yn y dyfodol pan fydd ymchwiliad yn datgelu amgylchiadau sy'n creu risg o farwolaethau yn y dyfodol ac, ym marn y crwner, dylid cymryd camau gweithredu. Mae Rheoliadau Crwneriaid (Ymchwiliadau) 2013 yn nodi'r mecanwaith ar gyfer llunio adroddiadau o'r fath (rheoliad 28) a'r ddyletswydd ar dderbynwyr i ymateb o fewn 56 diwrnod (gyda chamau gweithredu wedi'u cymryd neu wedi'u cynllunio, neu esboniad os na chynigir unrhyw gamau gweithredu (rheoliad 29).

176. Mae'r rhwymedigaethau hyn yn gweithredu ochr yn ochr â'r Prif Reoliadau a'r Ddyletswydd Gonestrwydd statudol, sy'n gofyn am fod yn agored a'r weithdrefn gonestrwydd strwythuredig yn dilyn canlyniadau andwyol hysbysadwy.

177. Wrth weithio gyda'r crwner, mae amseroldeb, cyflawnrwydd a chywirdeb datgelu yn hanfodol. Dylai un pwynt cyswllt sefydliadol gydlynu'r gwaith o gynhyrchu cofnodion clinigol cyfoes, polisiau lleol perthnasol, a datganiadau staff ffeithiol i gynnal cysondeb ar draws popeth a rennir â'r crwner.

178. Mewn perthynas â rhai cwestau, efallai y bydd y crwner yn gofyn am wrandawriad adolygu cyn y cwest y gellid ei ddefnyddio i gytuno ar gwmpas, tystion ac amserlenni, ac i egluro a yw ystyriaethau Erthygl 2 yn berthnasol.

179. Dylai staff sy'n darparu tystiolaeth gael eu cynorthwyo â chanllawiau clir ar eu dyletswyddau, gyda datganiadau sy'n ffeithiol ac yn cyd-fynd â'r cofnod clinigol.

180. Dylid ystyried adroddiadau Atal Marwolaethau yn y Dyfodol (PFD) fel cyfleoedd ffurfiol ar gyfer gwella'r system. Mae PFD yn cael ei gyhoeddi pan, ym marn y crwner, dylid cymryd camau i atal amgylchiadau sy'n creu risg o farwolaethau yn y dyfodol rhag digwydd neu barhau.

181. Mae arfer gweithredol yn dechrau gyda brysbennu a gosod ar unwaith o fewn y 48 awr gyntaf ar ôl marwolaeth. Cofnodion clinigol diogel ac offer perthnasol neu ddata digidol; lle bo angen agorwch gofnod "Gwrando ar Bobl"; cyfeiriwch yr achos at yr archwilydd meddygol fel bod pobl mewn profedigaeth yn cael cyfle cynnar i godi cwestiynau a phryderon; ac ystyried a oes rhaid hysbysu'r crwner o dan y Rheoliadau Hysbysiadau am Farwolaethau.

182. Pan fo trothwy'r Ddyletswydd Gonestrwydd yn cael ei gyrraedd, dechreuwch y weithdrefn gonestrwydd yn ddi-oed, cynnig ymddiheuriad ystyrion, ac esboniwch y camau nesaf a'r amserlenni. Os nad oes proses Gwrando ar Bobl yn bodoli, gall y corff cyfrifol ystyried cychwyn un.

183. Darparu diweddariadau rheolaidd i'r teulu a sbarduno ystyriaethau gwneud iawn yn gynnar os bydd arwyddion o atebolrwydd cymwys yn codi. Mewn ymgysylltu crwnerol, darparwch ddatgeliad amserol a chyflawn, paratoi staff ar gyfer mynd i'r cwest, a chadw cofnod gweithredu sy'n rhagweld problemau PFD posibl fel y gall y sefydliad, os caiff ei gyhoeddi, ffeilio ymateb o ansawdd uchel o dan Reoliad 29 o fewn yr amserlen statudol. Dylech gau'r ddolen drwy gyhoeddi'r ymateb terfynol "Gwrando ar Bobl" (neu ddiweddariad interim os yw'r cwest yn yr arfaeth) a sicrhau bod unrhyw gamau gweithredu PFD yn cael eu cymeradwyo ar y lefel weithredol briodol, eu gweithredu a'u monitro i'w cwblhau gan ddefnyddio fframwaith sicrhau rheoli ansawdd y sefydliad. [\(\[6\]–\[10\]\)](#)

184. Ar lefel system yng Nghymru, monitro PFD ledled y wlad a dod â dysgu thematig i'r Pwyllgor Ansawdd a Diogelwch fel bod y sefydliad nid yn unig yn datrys problemau lleol ond hefyd yn rhagweld risgiau ailadroddus a welir mewn mannau eraill. Yn olaf, cofiwch nad yw statws Trefniadau Diogelu wrth Amddifadu o Ryddid (DOLS) bellach yn creu gofyniad cwest awtomatig, ond mae pryderon clinigol neu ansicrwydd ynghylch achos marwolaeth yn dal i olygu bod angen cynnwys y crwner. [\(\[5\]–\[6\], \[2\], \[13\]–\[14\]\)](#)

185. Mae diffiniad rôl clir yn sail i ddarpariaeth ddibynadwy. Dylai fod arweinydd ar lefel weithredol ar gyfer materion cwest, gan gysylltu ag arweinwyr clinigol a

gweithredol i sicrhau bod dysgu yn llywio gwelliant.

186. Dylai timau ymchwiliadau neu bryderon gynnal yr ymchwiliad cymesur, cydlynu â swyddfa'r archwilydd meddygol a'r crwner, a pharatoi drafftiau o ymatebion a chynlluniau dysgu.

187. Dylai timau cyfreithiol llywodraethu corfforaethol reoli datgeliad, cynghori ar iawn, a sicrhau ansawdd ymateb Rheoliad 29 cyn ei gyflwyno fel ei fod yn bodloni gofynion cynnwys ac amseru statudol. [\(\[6\], \[3\]\)](#)

188. Mae cynnal pecyn tystiolaeth cyflawn yn hanfodol ar gyfer unrhyw achos a allai fynd ymlaen i gwest neu ddenu PFD. Dylai'r pecyn gynnwys copïau ardystiedig o gofnodion clinigol allweddol a siartiau arsylwi, nodiadau'r archwilydd meddygol a chofnodion cyswllt â'r rhai mewn profedigaeth, y ffeil ymchwiliad gymesur gyda chylchwyll gorchwyl, datganiadau tystion a logiau penderfyniadau, yr holl hysbysiadau Dyletswydd Gonestrwydd a dilyniant ysgrifenedig, a thystiolaeth o gymeradwyo llywodraethu a gweithredu fel polisïau wedi'u diweddarau, cofnodion hyfforddi a chanlyniadau archwilio. Mae cadw'r deunydd hwn yn ganolog ac yn gyfoes yn lleihau'r risg, yn osgoi dyblygu ac yn cyflymu ansawdd yr ymatebion i'r teuluoedd a'r crwner. [\(\[10\], \[6\]–\[7\]\)](#)

189. Cau'r ddolen: gweithredu camau, canlyniadau archwilio, adrodd drwy'r Pwyllgor/Bwrdd Ansawdd a Diogelwch, a rhannu dysgu ar draws gwasanaethau. [\(\[6\], \[14\]\)](#)

190. Mae enghreifftiau o arfer da yn cynnwys:

- Defnyddio un “golofn ddysgu” yn y system pryderon neu ddigwyddiadau sy'n cysylltu, cysylltiadau archwilydd meddygol a cherrig milltir crwnerol fel bod pob gweithred a phenderfyniad yn weladwy mewn un lle.
- cyhoeddi diweddariad gonestrwydd cynnar (er enghraifft, erbyn diwrnod pump) hyd yn oed pan nad oes llawer o wybodaeth newydd, i gynnal ymddiriedaeth a dangos dibynadwyedd.
- cymhwyso dulliau ffactorau dynol fel dadansoddiad tasgau o lwybrau uwchgyfeirio neu adolygiad strwythuredig o drosglwyddiadau SBAR i ganolbwyntio'r ymchwiliad cymesur ar amodau'r system yn hytrach nag unigolion.
- drafftio matrices ymateb PFD yn ystod y cwest sy'n mapio pob pryder tebygol gan y crwner i weithredu, perchennog, dyddiad cau a mesur llwyddiant arfaethedig fel bod ymateb Rheoliad 29 yn cael ei gyflwyno ymhell o fewn 56 diwrnod; a
- chyhoeddi bwletin mewnol cryno “dysgu o farwolaethau a chwestau” ar ôl pob achos, gyda themâu dienw a newidiadau ymarferol ar gyfer wardiau, timau a gwasanaethau.

191. Mae'r arferion hyn yn gwneud cydymffurfiaeth yn haws, yn gwella profiad teuluoedd a staff, ac yn cryfhau sicrwydd i'r crwner bod dysgu yn real ac yn gynaliadwy. ([6]–[8], [4])

Cyfeiriadau – y Gwasanaeth Archwilio Meddygol

1. Deddf Crwneriaid a Chyfiawnder 2009, Atodlen 5, paragraff 7 (Camau i atal marwolaethau eraill). <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2009/25/schedule/5/paragraph/7>
2. Rheoliadau Crwneriaid (Ymchwiliadau) 2013, Rheoliad 28 (Adrodd ar gamau i atal marwolaethau eraill). <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2013/1629/regulation/28/made>
3. Rheoliadau Crwneriaid (Ymchwiliadau) 2013, Rheoliad 29 (Ymateb i adroddiad ar gamau i atal marwolaethau eraill). <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2013/1629/regulation/29/made>
4. Barnwriaeth Llysoedd a Thribiwnlysoedd – Adroddiadau i Atal Marwolaethau yn y Dyfodol (PFD a chanllawiau cysylltiedig. <https://www.judiciary.uk/courts-and-tribunals/coroners-courts/reports-to-prevent-future-deaths/>
5. Rheoliadau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Trefniadau Pryderon, Cwynion ac Iawn) (Cymru) 2011. <https://www.legislation.gov.uk/wsi/2011/704/contents/made/welsh>
6. Llywodraeth Cymru – Canllawiau Gweithio i Wella (Fersiwn 4, Mai 2023; cyhoeddiad wedi'i ddiweddarau 2025). <https://www.llyw.cymru/sites/default/files/publications/2025-03/canllawiau-ynghylch-gweithio-i-wella-f2.pdf>
7. Llywodraeth Cymru – Canllawiau Statudol y Ddyletswydd Gonestrwydd 2023. https://www.llyw.cymru/sites/default/files/consultations/2022-09/canllawiau-statudol-y-ddyletswydd-gonestrwydd-2023_0.pdf
8. Rheoliadau'r Weithdrefn Dyletswydd Gonestrwydd (Cymru) 2023. <https://www.legislation.gov.uk/wsi/2023/274/made/welsh>
9. Llywodraeth y DU – canllawiau Rheoliadau Hysbysiadau am Farwolaethau 2019 (diweddarwyd 9 Medi 2024). <https://www.gov.uk/government/publications/notification-of-deaths-regulations-2019-guidance>
10. Canllawiau Archwilydd Meddygol Cenedlaethol ar gyfer Cymru a Lloegr (yn weithredol o 9 Medi 2024; diweddarwyd 17 Mawrth 2025). <https://www.england.nhs.uk/long-read/national-medical-examiners-guidance-for-england-and-wales/>
11. Llywodraeth y DU – Trosolwg o'r diwygiadau ardystio marwolaethau (diweddarwyd 14 Awst

2024). <https://www.gov.uk/government/publications/changes-to-the-death-certification-process/an-overview-of-the-death-certification-reforms>

12. Rheoliadau Archwilwyr Meddygol (Cymru) 2024. <https://www.legislation.gov.uk/wsi/2024/505/made/welsh>
13. Canllawiau'r Prif Grwner Rhif 16a – Trefniadau Diogelu wrth Amddifadu o Ryddid (DoLS) (o 3 Ebrill 2017). <https://www.judiciary.uk/guidance-and-resources/chief-coroner-guidance-no-16a-deprivation-of-liberty-safeguards-dols-3rd-april-2017-onwards/>
14. Llywodraeth Cymru – Datganiad Ysgrifenedig: Adroddiadau Atal Marwolaethau yn y Dyfodol yng Nghymru (19 Mawrth 2024). <https://www.llyw.cymru/datganiad-ysgrifenedig-adroddiadau-atal-marwolaethau-yn-y-dyfodol-yng-nghymru>
15. Bevan Brittan LLP - Diffyg ymatebion i adroddiadau PFD (sylwadaeth 2025). <https://www.bevanbrittan.com/insights/articles/2025/non-responses-to-prevention-of-future-deaths-pfd-reports/>

Y Draffodaeth Wrando

192. Mae'r draffodaeth wrando yn sgwrs gefnogol, sy'n canolbwyntio ar y person sy'n rhoi lle i unigolion gael eu gwranddo, i esbonio beth ddigwyddodd o'u safbwynt nhw, disgrifio'r effaith, ac i gytuno ar y camau nesaf. Rhaid i'r draffodaeth gwmpasu'r holl faterion a restrir yn rheoliad 22(4), gan gynnwys anghenion cyfathrebu, canlyniadau a ddymunir, ac a yw datrys yn gynnar yn briodol.

193. Ar ôl derbyn pryder, rhaid i'r corff cyfrifol gynnig 'traffodaeth wrando' bersonol i'r person a'i gododd. Rhaid cynnig hyn ar yr un pryd ag y mae'r corff cyfrifol yn cydnabod yr hysbysiad o'r pryder. Rhaid i'r gydnabyddiaeth honno fod heb fod yn hwyrach na 5 diwrnod gwaith ar ôl i'r hysbysiad gael ei dderbyn (rheoliad 22(1) a (4)) a'i chynnal drwy gyfathrebu personol (a all ddigwydd dros y ffôn, fideo neu wyneb yn wyneb).

194. Rhaid i'r cynnig gynnwys cynnig gweithredol o eiriolaeth ac unrhyw addasiadau hygyrchedd sydd eu hangen, gan gynnwys gwasanaethau cyfieithydd, addasiadau rhesymol, gofynion Cymraeg, a chynnwys Llais neu gymorth arall lle mae'r person yn dymuno neu angen y cymorth hwn. Dylai trefniadau fod ar waith ymlaen llaw fel bod y person yn cael ei gefnogi'n briodol (rheoliad 22(4B)).

195. Dylid cyflwyno traffodaethau gwranddo yn unol ag arferion sy'n ystyriol o drawma a'u harwain gan rywun sydd â sgiliau gwranddo gweithredol, tosturi, sgiliau ymchwilio, a digon o awdurdod i weithredu. Mae ymarfer sy'n ystyriol o drawma yn cydnabod y gall pobl fod yn byw gydag effeithiau trawma, niwed, ofn, galar, trallod, neu brofiadau negyddol blaenorol o wasanaethau. Dylai staff greu diogelwch emosiynol a

seicolegol, cyfathrebu gyda thosturi ac eglurder, osgoi iaith sy'n bychanu, a lleihau'r risg o 'niwed proses' drwy sicrhau nad yw pobl yn teimlo eu bod wedi'u gwrthod, nad oes neb yn credu ynddynt, neu eu bod yn ofynnol iddynt adrodd eu stori dro ar ôl tro.

196. Cyn neu ar ddechrau'r drafodaeth wrando, dylai'r corff cyfrifol wirio cofnodion presennol ar gyfer anghenion hygyrchedd neu ddewisiadau iaith (gan gynnwys y Gymraeg). Os nad oes cofnod yn bodoli, rhaid i staff ofyn am y dull a ffefrir gan y person ar gyfer cyfathrebu parhaus a chofnodi hyn ar gyfer ymdrin â phryderon a chyfathrebu gofal yn y dyfodol (rheoliadau 3(1)(ga), 22(4)(f), 22(4B)).

197. Dylai'r drafodaeth gael ei harwain gan rywun sydd â'r sgiliau a'r awdurdod cywir, fel rheolwr uned neu adran, Metron neu arweinydd clinigol, ac nid o reidrwydd aelod o'r tîm pryderon neu gwynion. Dylai presenoldeb fod yn gymesur er mwyn osgoi gwneud i'r person deimlo ei fod wedi'i orniferu neu'n cael ei fygwth.

198. Ar ddechrau'r drafodaeth, dylai staff gyflwyno pawb sy'n bresennol, esbonio diben y drafodaeth wrando, a chadarnhau bod y person yn rheoli'r cyflymder. Dylai staff ofyn am ganiatâd i gymryd nodiadau, cynnig seibiannau, a chadarnhau y gall y person oedi neu atal y drafodaeth ar unrhyw adeg. Dylid ailgynnig eiriolaeth ar ddechrau'r drafodaeth lle bo hynny'n briodol, yn enwedig os yw'r person yn ofidus, mewn profedigaeth, neu'n ei chael yn anodd cyfathrebu.

199. Yn ystod y drafodaeth wrando, dylai staff ganiatáu naratif di-dor, ceisio eglurder ar bwyntiau allweddol gyda chaniatâd, a chadw cofnod cywir, cymesur. Dylai'r drafodaeth ymdrin â natur y pryder a'i effaith; y cwestiynau y mae angen i'r person gael atebion yn eu cylch; a'r canlyniad(au) y mae'r person yn ceisio.

200. Dylai staff esbonio'r opsiynau ar gyfer datrysiad, gan gynnwys datrysiad cynnar (o fewn 10 diwrnod gwaith ar ôl derbyn hysbysiad o'r pryder) neu ymchwiliad ffurfiol Cam 2. Rhaid cael caniatâd penodol lle dewisir Datrysiad Cynnar (rheoliad 22A). Pan ystyrir mai Cam 2 yw'r llwybr mwyaf priodol, rhaid i staff esbonio sut y bydd yr ymchwiliad yn cael ei drin, gan gynnwys trefniadau cydsynio i gael mynediad at gofnodion clinigol a'u defnyddio, y cymorth sydd ar gael (gan gynnwys eiriolaeth), ac amserlen realistig ar gyfer ymateb.

201. Pan fo ymchwiliad yn dangos niwed, dylai staff egluro y gellir cynnal asesiad o atebolrwydd cymwys (rheoliad 22(4)(h)). Rhaid i staff hefyd esbonio bod y 'cloc' ar gyfer camau gweithredu o dan Gam 2 yn dechrau ar y diwrnod y derbyniodd y corff cyfrifol hysbysiad o'r pryder.

202. Dylai staff ddisgwyl y gall pobl fynegi dicter, rhwystredigaeth, gofid neu emosiwn cryf wrth adrodd eu profiad. Ni ddylid trin dicter a chynnwrf fel ymddygiad annerbyniol ynddynt eu hunain. Dylai staff ymateb yn dawel, dilysu emosiwn, arafu'r cyflymder, cynnig seibiannau, ac osgoi bod yn amddiffynnol. Ni ddylid defnyddio

dulliau 'dim goddefgarwch' yn amhriodol i atal mynegiant o niwed neu drallod. Dylid gosod ffiniau yn gymesur a dim ond pan fydd ymddygiad yn dod yn anniogel, er enghraifft bygythiadau, aflonyddu, cam-drin gwahaniaethol, bygwth neu drais. Pan fo'n rhaid oedi trafodaeth neu ddirwyn trafodaeth i ben am resymau diogelwch, dylai'r corff cyfrifol gynnal mynediad i'r broses bryderon drwy drefniadau amgen a chymorth priodol, gan gynnwys eiriolaeth.

203. Efallai y bydd pobl sy'n codi pryderon am wahaniaethu (fel hiliaeth) mewn gwasanaethau iechyd wedi profi o'r blaen nad ydynt yn cael eu credu neu nad yw eu problemau wedi cael sylw digonol. Gall hyn arwain at drallod sylweddol ac amharodrwydd i godi pryderon. Dylai staff sicrhau bod pryderon am wahaniaethu yn cael eu cymryd o ddifrif, eu hystyried yn barchus, eu hymchwilio'n drylwyr, ac ymateb iddynt yn brydlon. Dylai staff ddilysu profiad y person yn weithredol, cynnig eiriolaeth a chymorth arbenigol lle bo hynny'n briodol, cymhwyso ymarfer gwrth-wahaniaethol a chymhwysedd diwylliannol, a monitro ar gyfer trallod neu ail-erledigaeth drwy gydol y broses bryderon.

204. Ar ôl y drafodaeth wrando, rhaid i staff gadarnhau'r camau nesaf, camau gweithredu ac amserlenni y cytunwyd arnynt. Rhaid i'r corff cyfrifol ddarparu pwynt cyswllt a enwir, cadarnhau dull cyfathrebu a ffefrir gan y person, a darparu diweddariadau pan addawyd, gan gynnwys cynnal diweddariadau lle nad oes newid. Dylid darparu cofnod ysgrifenedig a chrynodeb i'r person fel y cytunwyd, gan gynnwys llwybrau eiriolaeth a chymorth.

205. Os yw'r person yn gwrthod y drafodaeth wrando, rhaid i'r corff cyfrifol ysgrifennu ato i amlinellu penderfyniad y corff cyfrifol ynghylch a yw datrys yn gynnar yn briodol ai peidio neu a yw'r pryder yn cael ei reoli'n fwy addas o dan reoliad 24 neu 26.

206. Os yw'r person yn gwrthod y cynnig o drafodaeth wrando, rhaid i'r corff cyfrifol benderfynu ar y ffordd a'r amserlen y bydd yr ymchwiliad i'r pryder yn cael ei drin, gan gynnwys cydsynio i ddefnyddio cofnodion meddygol ac argaeledd gwasanaethau eiriolaeth a chymorth a allai fod o gymorth i'r person hwnnw.

Cam 1 – Gwrando a gweithredu i ddatrys pryderon a'r cyfnod datrys yn gynnar

208. 'Gwrando a Gweithredu' (Cam 1) yw'r cyfle cyntaf a'r mwyaf hanfodol i fynd i'r afael â phryderon a godwyd gan bobl, eu teuluoedd, neu eu cynrychiolwyr. Ei ddiben yw datrys materion yn brydlon, yn dosturiol, ac yn effeithiol, gan osgoi uwchgyfeirio diangen i gam ymchwilio cam 2, fel y nodir yn rheoliad 23.

209. Mae'r Prif Reoliadau yn nodi cyfnod datrysiad cynnar strwythuredig ac yn cryfhau ymgysylltu sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn, gan gynnwys gofynion ynghylch sut mae trafodaethau yn cael eu cynnig, eu cofnodi a'u cynnal (yn

enwedig rheoliadau 22, 22A).

Egwyddorion Datrysiad Cynnar

210. Mae datrysiad cynnar wedi'i seilio ar dair egwyddor graidd:

Yn gyntaf, mae gofal sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn yn golygu canolbwyntio ar yr hyn sydd bwysicaf i'r unigolyn—parchu eu dewisiadau, eu gwerthoedd a'u canlyniadau a ddymunir—wrth sicrhau bod anghenion hygyrchedd a chyfathrebu yn cael eu bodloni.

Yn ail, dylai dulliau tosturiol, sy'n ystyriol o drawma ac empathi fod yn bresennol ym mhob rhyngweithio i gydnabod effaith ac adfer ymddiriedaeth.

Yn drydydd, mae gwrando gweithredol a chyfathrebu clir yn hanfodol i ddeall y pryder, cytuno ar ganlyniadau realistig, a lleihau camddealltwriaeth.

Penderfynu ar Addasrwydd ar gyfer Datrysiad Cynnar

211. Nid yw pob pryder yn addas ar gyfer datrysiad cynnar. Ystyriwch gymhlethdod, difrifoldeb, dichonoldeb o fewn 10 diwrnod gwaith ar ôl cydnabod cael y pryder gan y corff cyfrifol, unrhyw gyd-destun cyfreithiol neu ddiogelu, a dewisiadau'r person. Lle nad yw datrysiad cynnar yn briodol, esboniwch hyn yn glir a symud i Gam 2. Nodwch fod pryderon a ddatryswyd yn ystod y cyfnod datrysiad cynnar wedi'u heithrio o gwmpas rheoliadau 23–48, a gellir eithrio pryderon blinderus neu wacsaw o dan reoliad 14.

Camau Gweithredu yn ystod y Cyfnod Datrysiad Cynnar

212. Ar ôl cael cydsyniad, gweithredwch yn gyflym ac yn benderfynol. Nid yw'r cyfnod datrysiad cynnar yn hwy na 10 diwrnod gwaith o'r dyddiad y cyfathrebwyd y gydnabyddiaeth.

213. Eglurwch y canlyniadau a ddymunir a rheoli disgwyliadau. Cadarnhewch yn union beth mae'r person eisiau ei gyflawni—esboniad, ymddiheuriad, camau unioni, neu sicrwydd dysgu—a byddwch yn dryloyw ynghylch yr hyn sy'n realistig o fewn y cyfnod datrysiad cynnar yn erbyn yr hyn a allai gymryd mwy o amser.

214. Dangoswch dosturi ac empathi. Cydnabyddwch deimladau; cynigiwch ymddiheuriad diffuant am drallod; defnyddiwch dôn gefnogol ac iaith nad yw'n amddiffynol; rhowch sicrwydd ymarferol am y camau sy'n cael eu cymryd; caniatewch amser heb frysio; a dilyn ymrwymadau yn brydlon.

215. Defnyddiwch dechnegau gwrando gweithredol. Defnyddiwch gwestiynau agored, crynodebau myfyriol ac awgrymiadau egluro; rhowch sylw i arwyddion di-

eiriau; ac osgoi rhagdybiaethau.

- 216.** Cynhaliwch wiriad ffeithiau cyflym. Gwiriwch gofnodion ac amserlenni allweddol; siaradwch â staff sy'n gysylltiedig; nodwch gamau cywiro ar unwaith.
- 217.** Gweithredwch gamau y cytunwyd arnynt. Cymerwch gamau penodol, cymesur sy'n cyd-fynd â chanlyniadau'r person (e.e., trefnwch adolygiad clinigol dilynol, cywiro gwall gweinyddol, gwella prosesau cyfathrebu).
- 218.** Rhowch y wybodaeth ddiweddaraf i'r person. Yr arfer gorau yw darparu o leiaf un diweddariad cynnydd cyn i'r cyfnod 10 diwrnod gwaith ddod i ben, lle bo hynny'n bosibl, a defnyddio dull cyfathrebu a ffefrir gan y person oni bai bod y datrysiad a ddymunir yn gyraeddadwy mewn amserlen fyrrach.
- 219.** Cadarnhewch a chau neu uwchgyfeirio. Cadarnhewch a yw'r pryder wedi'i ddatrys er boddhad y person. Os ydyw, cyhoeddwch gadarnhad ysgrifenedig o gau; os nad ydyw, dechreuwch gam 2 a chadarnhau hynny yn ysgrifenedig (rheoliad 22A(4)(b)-(c)).

Adolygu gwybodaeth

- 220.** Yn ystod cam 1 nid yw gwiriad ffeithiau yn cynnwys asesu atebolrwydd cymwys; pan fydd niwed yn cael ei honni, rhaid cynghori'r person mai dim ond os bydd ymchwiliad Cam 2 - Rheoliad 23 yn mynd rhagddo (rheoliad 22(4)(h)) y gall unrhyw asesiad ffurfiol o atebolrwydd cymwys ddigwydd)). Felly, os ceisir iawndal ariannol, ni fyddai datrysiad cynnar yn addas.
- 221.** Mae canllawiau ymarfer datrysiad cynnar yn pwysleisio datrys materion syml yn gyflym ac yn anffurfiol, gydag esboniad clir a chyfathrebu hygyrch.

Rhoi'r wybodaeth ddiweddaraf i'r person sy'n codi pryder

- 222.** Yn y drafodaeth wrando, rhaid i'r sefydliad osod a chyfathrebu amserlen amcangyfrifedig ar gyfer cwblhau'r camau gweithredu datrysiad cynnar a/neu unrhyw ymateb (rheoliad 22(4)(c)). Drwy gydol y cyfnod datrys yn gynnar, dylid hysbysu'r person am gynnydd ac amserlenni tebygol, yn unol â'r egwyddor bod pobl sy'n hysbysu pryderon yn cael y wybodaeth ddiweddaraf (rheoliad 3(1) (fa)). Dylid darparu diweddariadau gan ddefnyddio'r dull a ffefrir gan y person ac mewn fformat y gall ei ddeall, gydag esboniadau o dermau meddygol/cyfreithiol lle bo'n briodol (rheoliad 31) (ga); rheoliad 22(4)(f)). Mae diweddariadau rheolaidd, rhagweithiol yn amddiffyn ymddiriedaeth ac yn lleihau'r tebygolrwydd o uwchgyfeirio.

Datrysiad boddhaol

223. Ar ddiwedd y cyfnod datrys yn gynnar o 10 diwrnod gwaith (cam 1), rhaid i'r corff cyfrifol geisio cadarnhad gan y person a gododd y pryder ynghylch a yw'r pryder wedi'i ddatrys i'w foddhad (rheoliad 22A(4)(a)). Os yw'r person yn cadarnhau boddhad, rhaid i'r sefydliad gyhoeddi cadarnhad ysgrifenedig bod y weithdrefn datrysiad cynnar wedi'i chwblhau ac na fydd y pryder yn mynd ymlaen i ymchwiliad rheoliad 23 (rheoliad 22A(4)(b)). Dylai'r cau ysgrifenedig hwn ailadrodd y canlyniadau a gyflawnwyd (e.e., esboniad, ymddiheuriad, camau unioni ar unwaith) mewn iaith glir, hygyrch sy'n cyd-fynd â dewisiadau'r person (rheoliad 3(1)(ga)). Rhaid dogfennu'r canlyniad a'r camau a gymerwyd yn gywir yng nghofnod yr achos, gan gynnwys a gyflawnwyd y datrysiad yn foddhaol; mae'r data hyn yn cefnogi Monitro a dysgu sefydliadol o dan reoliad 50.

Pan na ellir parhau â'r datrysiad cynnar

224. Os yw'r person yn tynnu'r pryder yn ôl ar lafar, rhaid i'r corff cyfrifol gadarnhau tynnu'n ôl yn ysgrifenedig (rheoliad 16). Os daw'r pryder yn destun achos sifil yn ystod ymchwiliad, bydd y pryder yn cael ei eithrio (rheoliad 14(1)(i)) a rhaid i ymdrin â'r pryder ddod i ben, gan gyhoeddi hysbysiad ysgrifenedig. Os bydd ymholiad diogelu, ymchwiliad troseddol neu achos troseddol yn codi, caiff y corff cyfrifol atal datrysiad cynnar a rhaid iddo roi gwybod i'r person yn ysgrifenedig heb fod yn hwyrach na dau ddiwrnod gwaith ar ôl y diwrnod y daw'r corff cyfrifol yn ymwybodol, yn ddarostyngedig i gyfyngiadau cyfreithiol ar ddatgelu (rheoliad 24A).

Cadw cofnodion a monitro

225. Cadwch gofnodion cywir ynghylch a gynigiwyd/gynhaliwyd trafodaeth wrando; dewisiadau cyfathrebu; eiriolaeth/addasiadau; y llwybr y cytunwyd arno (a chysyniad os yw'n Ddatrysiad Cynnar); camau a gymerwyd; a'r canlyniad a'r statws boddhad. Mae'r data hyn yn cefnogi dyletswyddau monitro a dysgu (rheoliad 50) ac adrodd BILL (rheoliad 51).

Tystiolaeth ymchwil sy'n cefnogi'r dull hwn

226. Mae datrysiad cynnar yn gwella boddhad ac yn lleihau uwchgyfeirio. Mae tystiolaeth achos yn dangos bod ymgysylltu llafar cynnar a chyfarfodydd wedi'u hwyluso yn cynyddu datrysiad tro cyntaf ac yn lleihau atgyfeiriadau i'r Ombwdsmon.

227. Mae trin sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn yn darparu canlyniadau gwell. Mae adolygiadau yn tynnu sylw at werth ymatebion wedi'u teilwra, sy'n canolbwyntio ar y claf ac arferion cyfathrebu safonedig ar gyfer datrysiad effeithiol a dysgu

system.

228. Mae cyfathrebu tosturiol yn meithrin ymddiriedaeth ac ymlyniad. Mae tosturi yn gysylltiedig â llai o bryder, perthnasoedd therapiwtig cryfach a gwell ymlyniad— sy'n allweddol i ddatrys pryderon yn gynnar ac yn dda.

229. Mae gwrando gweithredol yn lleihau gwallau ac yn cryfhau perthnasoedd. Mae tystiolaeth yn cysylltu gwrando gweithredol â gwell dealltwriaeth, llai o gamgyfathrebu a mwy o foddhad.

230. Mae modelau datgelu rhagweithiol yn gweithio. Mae rhaglenni fel CANDOR yn dangos bod ymgysylltu amserol, tryloyw ar ôl niwed yn cefnogi datrysiad teg a gall leihau'r risg o ymglyfreitha.

Rhestr Wirio Cydymffurfiaeth y Rheolwr

231. Mae'r rhestr wirio isod yn crynhoi'r camau gofynnol a lle bo'n berthnasol yn darparu angorau rheoleiddiol neu gyfeiriadau tystiolaeth:

Gofyniad / Gweithred	Angor / tystiolaeth reoleiddiol
Cynnig trafodaeth wrando o fewn 5 diwrnod gwaith drwy gyfathrebu personol (ffôn/fideo/wyneb yn wyneb).	Rheoliadau 22(1), 22(4), 22(4A)–(4C)
Cofnodi dewisiadau cyfathrebu'r person (gan gynnwys y Gymraeg/anghenion mynediad) a darparu cyfathrebu yn y modd y gofynnwyd amdano.	Rheoliadau 3(1) (ga); 22(4)(f), 22(4B)–(4C)
Sicrhau bod y cyfarfod yn cael ei arwain gan berson medrus addas sydd ag awdurdod i weithredu ac i gyflawni camau amserol.	Polisi a llywodraethu lleol; yn cyd-fynd ag egwyddorion rheoliad 7 (Swyddog Cyfrifol)
Cynnig addasiadau eiriolaeth a hygyrchedd (e.e., cyfieithydd, Llais) a'u trefnu ymlaen llaw.	Rheoliad 3(1)(i) a (ii) a 22(4b)
Egluro'r canlyniadau a ddymunir a rheoli disgwyliadau, gan ddogfennu blaenoriaethau'r person.	Rheoliad 22(4)(d);
Esbonio llwybrau datrys a chael cydsyniad i geisio datrysiad cynnar; cofnodwch y penderfyniad.	Rheoliad 22A (2)– (4); rheoliad 22(4)(c) (g), (h), (i)

Cwblhewch gamau datrysiad cynnar o fewn 10 diwrnod gwaith i gydnabyddiaeth neu uwchgyfeirio i Gam 2.	Diffiniad o gyfnod datrysiad cynnar (rheoliad 2(1)); rheoliad 22A (3)– (4)
Darparwch gadarnhad ysgrifenedig o gau (os caiff ei ddatrys) neu gadarnhad ysgrifenedig o uwchgyfeirio i Gam 2 (os nad yw'n cael ei ddatrys).	Rheoliad 22A(4)(b)–(c)
Esboniwch os nodir niwed yn y cam ffurfiol, bydd asesiad o atebolrwydd cymwys yn cael ei gynnal.	Rheoliad 22(4)(h); Rhannau 6 a 7
Rhowch wybod i'r person am gynnydd ac amserlenni tebygol.	Rheoliad 3(1)(fa)
Ataliwch ddatrysiad cynnar/ymchwiliad pan fydd prosesau diogelu neu droseddol yn berthnasol; hysbyswch o fewn dau ddiwrnod gwaith.	Rheoliad 24A
Cadwch gofnodion cyflawn ar gyfer monitro ac adrodd blynyddol.	Rheoliadau 50–51

Cam 2: Ymchwilio, Ymateb a Dysgu

232. Defnyddir Cam 2 i ddisgrifio ymchwiliad ffurfiol i bryderon o dan reoliad 23, sy'n sefydlu'r fframwaith statudol ar gyfer ymchwiliad ffurfiol i bryderon nad ydynt wedi'u datrys yn ystod y cyfnod datrysiad cynnar neu mewn perthynas â phryderon lle na cheisiwyd datrysiad cynnar (er enghraifft os na ystyriwyd ei fod yn briodol neu os nad oedd y person yn cydsynio). Ar ôl cychwyn, rhaid i'r corff cyfrifol gynnal ymchwiliad trylwyr, amserol a chymesur wedi'i deilwra i natur a chymhlethdod y pryder. Mae'r 'cloc' ar gyfer camau gweithredu o dan Gam 2 yn dechrau ar y diwrnod y cafodd y corff cyfrifol hysbysiad o'r pryder.

233. Enghreifftiau o arfer da yw lle mae pobl a theuluoedd (neu bobl sy'n bwysig i'r person) yn cael eu cynnwys wrth osod cwmpas a chynnwys yr ymchwiliad.

234. Mae hyn yn cynnwys cynnal asesiad cychwynnol i ddiffinio cwmpas a dyfnder yr ymchwiliad, cynnal cyfathrebu priodol â'r hysbysydd, a sicrhau ei gyfranogiad ystyrlon drwy gydol y broses. Mae rheoliad 23 yn pwysleisio'r angen am gymorth staff, ystyried y defnydd o gyngor arbenigol annibynnol, ac ystyried dulliau amgen o ddatrys anghydfod lle bo hynny'n briodol.

235. Rhaid i'r ymchwiliad gael ei gynnal yn unol ag unrhyw ganllawiau a gyhoeddir gan Weinidogion Cymru, gan sicrhau cysondeb, tryloywder ac atebolrwydd wrth ymdrin â phryderon

Y weithdrefn cyn ymchwilio o dan Reoliad 23

- 236.** Mae rheoliad 23 yn gosod rhwymedigaeth statudol ar gyrrff GIG Cymru i sicrhau bod unrhyw bryder sy'n ymwneud â honiad o niwed yn destun asesiad strwythuredig sy'n cydymffurfio â'r gyfraith. Mae hyn yn cynnwys gwerthusiad gorfodol o'r tebygolrwydd o atebolrwydd cymwys, y ddyletswydd i ystyried Gwneud lawn o dan reoliad 25, a, lle bo'n berthnasol, y gofynion gweithdrefnol ychwanegol a nodir yn Rhan 6 o'r Prif Reoliadau. [Gweler yr adran Gwneud iawn.](#)
- 237.** Cyn dechrau unrhyw ymchwiliad ffurfiol o dan reoliad 23, rhaid i'r corff cyfrifol gynnig cynnal trafodaeth wrando gyda'r unigolyn sydd wedi codi'r pryder, wedi'i dogfennu yn unol â rheoliad 22.
- 238.** Lle cynhelir y drafodaeth, rhaid iddi roi cyfle i ennyn dealltwriaeth yr unigolyn o'r digwyddiad, ei ddisgwyliadau ynghylch datrys, ac unrhyw anghenion cyfathrebu neu hygyrchedd penodol.
- 239.** Rhaid i'r corff cyfrifol esbonio'n glir os na ellir defnyddio'r cynllun gwneud iawn yn yr amgylchiadau lle mae'r iawndal amcangyfrifedig yn fwy na £50,000. Os bydd hyn yn digwydd, rhaid dweud wrth y person am gael cyngor cyfreithiol annibynnol a rhoi manylion cyswllt Llais, Corff Llais y Dinesydd. Rhaid i'r cyngor hwn gael ei gofnodi'n ffurfiol a'i gynnwys yn yr ymateb i reoliad 24.
- 240.** Dylai'r asesiad cychwynnol o'r pryder fod yn drylwyr, yn seiliedig ar dystiolaeth, ac yn gymesur â difrifoldeb y materion a godwyd fel yr amlinellir yn adran graddio'r canllawiau hyn.
- 241.** Mae'n ddyletswydd ar y corff cyfrifol i raddio'r pryder yn gywir, ac i bennu dyfnder a chwmpas priodol yr ymchwiliad. Mae'r graddio hwn yn llywio cyfansoddiad y tîm ymchwilio, y dylid ei ddewis yn seiliedig ar arbenigedd amlwg, annibyniaeth a hygredded proffesiynol. Dylai ymchwilwyr fod yn rhydd o unrhyw wrthdaro buddiannau gwirioneddol neu ganfyddedig, gan gynnwys perthnasoedd teuluol ag unrhyw barti sy'n ymwneud â'r pryder. Dylid diogelu uniondeb y broses bob amser.

Ymchwilio i bryderon

- 242.** Yn unol â safonau cyfoes ymchwilio i ofal iechyd, dylai'r corff cyfrifol fabwysiadu methodolegau sy'n ymestyn y tu hwnt i'r dadansoddiad o wraidd y broblem traddodiadol. Er bod dadansoddiad o wraidd y broblem yn parhau i fod yn offeryn dilys ar gyfer rhai digwyddiadau difrifoldeb uchel, nid yw'n gyffredinol berthnasol i'r amrywiaeth eang o bryderon ac mewn gwirionedd mae'n darparu sawl cyfyngiad critigol sydd angen eu hystyried yn ofalus.

- 243.** Enghreifftiau amgen yw Adolygiadau Ôl-Weithredu (AAR), yr offeryn Dysgu o Ddiffygion (LFD), a'r model SWARM sy'n cynnig fframweithiau strwythuredig, cyflym ac amlddisgyblaethol ar gyfer dadansoddi digwyddiadau.
- 244.** Mae'r modelau hyn yn cael eu cymeradwyo gan gyrff diogelwch cleifion blaenllaw yn y DU ac yn rhyngwladol ac maent wedi'u cynllunio i hyrwyddo diogelwch seicolegol, gwella dysgu tîm, a chynhyrchu canlyniadau y gellir gweithredu arnynt. Dylid hyfforddi ymchwiliwyr mewn unrhyw fethodolegau a ddefnyddir a'u grymuso i'w cymhwyso'n ddoeth yn seiliedig ar natur a chymhlethdod y pryder. Dylid ystyried ffactorau dynol a dull sy'n ystyriol o drawma hefyd.
- 245.** Mae Perfformiad a Gwella GIG Cymru a Chronfa Risg GIG Cymru wedi cael y dasg o weithio gyda'r GIG yng Nghymru i gyhoeddi fframwaith ymchwilio safon fodern ar gyfer rheoli pob pryder yn unol â'r canllawiau hyn a'r Prif Reoliadau a chefnogi ei weithredu a darparu goruchwyliaeth.
- 246.** At hynny, dylid cynnal ymchwiliadau o fewn fframwaith sy'n seiliedig ar systemau sy'n blaenoriaethu dysgu sefydliadol yn hytrach na beio unigolion gan harneisio gwersi o Ddiwylliant Cyfiawn. Dylai prosesau ymchwilio gefnogi staff yn deg drwy bryderon y maent yn ymwneud â nhw, wrth hyrwyddo dysgu sefydliadol.
- 247.** Dylai'r corff cyfrifol sicrhau bod ymchwiliadau yn archwilio ffactorau cyfrannol ar draws meysydd clinigol, gweithredol a llywodraethu. Mae hyn yn cynnwys cymhwyso egwyddorion ffactorau dynol, nodi gwendidau system cudd, ac integreiddio canfyddiadau i fentrau gwella ansawdd ehangach. Dylai'r ymchwiliad gael ei ddogfennu'n fanwl gywir, gan gynnwys rhesymeg glir dros bob penderfyniad, sylfaen dystiolaeth gynhwysfawr, ac amserlen o gamau a gymerwyd.
- 248.** Mae'n ofynnol i'r corff cyfrifol roi sylw i a oes angen [cyngor meddygol annibynnol neu gyngor arall](#) ar y person sy'n ymchwilio i'r materion a godwyd gan y pryder.
- 249.** Mewn achosion lle mae Gwneud Iawn yn cael ei ysgogi, cyfeiriwch at yr adran [Gwneud Iawn](#)
- 250.** Mae'r egwyddor o "ymchwilio unwaith, ymchwilio'n dda" yn parhau i fod yn bwysig. Fodd bynnag, dylai'r ymchwiliad fod yn gymesur â graddio'r pryder, a dylai fod yn ddiduedd ac yn derfynol, a'i gyflawni yn y modd mwyaf amserol.
- 251.** Dylai'r corff cyfrifol sicrhau bod canfyddiadau'n cael eu cyfathrebu'n dryloyw i'r unigolyn a gododd y pryder a bod dysgu sefydliadol yn cael ei ledaenu'n briodol. Dylai'r broses ymchwilio gael ei hymgorffori mewn system rheoli ansawdd gadarn

sy'n cefnogi gwelliant parhaus, atebolwydd a hyder y cyhoedd yn y gwasanaeth iechyd.

Gwneud iawn

Trosolwg Cyffredinol

- 252.** Mae'r cysyniad o wneud iawn, fel y'i nodir yn Rhan 6 o'r Prif Reoliadau (a Rhan 7 mewn perthynas ag amgylchiadau lle mae un o gyrff GIG Cymru yn ymrwymo i drefniadau gydag un o gyrff y GIG yn Lloegr, yr Alban neu Ogledd Iwerddon), yn rhan o drefniadau ehangach Gwrando ar Bobl.
- 253.** Mewn amgylchiadau lle mae pryder a hysbyswyd yn cynnwys honiad bod niwed wedi'i achosi neu a allai fod wedi'i achosi, mae gan gyrff GIG Cymru (BILlau, Ymddiriedolaethau'r GIG sy'n rheoli ysbyty neu sefydliad neu gyfleuster arall yng Nghymru yn gyfan gwbl neu'n bennaf, ac Awdurdodau Iechyd Arbennig) ddyletswydd i ystyried a oes atebolwydd cymwys yn bodoli ac a ddylid gwneud cynnig iawndal ai peidio. Mae hyn yn cynnwys ystyried a fu torri dyletswydd ac a achosodd hyn niwed, a esbonnir ymhellach yn yr Atodiad i'r adran hon.
- 254.** Mae egwyddorion gwneud iawn yn berthnasol yn gyfartal p'un a yw'r pryder a godwyd yn deillio o gŵyn neu ddigwyddiad sy'n ymwneud â diogelwch cleifion.
- 255.** Dim ond pan fydd ymchwiliad o dan reoliad 23 yn digwydd ac felly ni ellir ei ystyried o dan gam 1 (datrysiad cynnar) y gellir asesu atebolwydd cymwys ac iawn). Dylid cyfathrebu hyn yn glir yn ystod y drafodaeth wrando (reoliad 22(4)(h)).
- 256.** Mae'n bwysig nodi mai dim ond os nad yw gwerth unrhyw atebolwydd cymwys yn fwy na'r trothwy ariannol, sef £50,000 ar hyn o bryd, y caniateir cynnig yr iawn ar ffurf iawndal ariannol (gweler rheoliadau 29(2) o dan Ran 6 a 44(2) o dan Ran 7). Yn hynny o beth, mae'n bwysig bod asesiad yn cael ei gynnal **ar ôl cael y pryder** i benderfynu a) a honnir niwed fel rhan o'r pryder hwnnw, a b) y gwerth tebygol amcangyfrifedig. Bydd yr asesiad hwn yn llywio cwrpas yr ymchwiliad, ynghylch a yw'r gofyniad i ymchwilio i atebolwydd cymwys ac ystyried iawn ar ffurf iawndal ariannol yn cael ei ysgogi.
- 257.** Mewn amgylchiadau lle nad oes unrhyw honiad o niwed neu lle na chanfyddir niwed yn ystod yr ymchwiliad, mae gofyniad o hyd i gydymffurfio'n llawn â'r dyletswyddau o dan reoliad 23 i gynnal ymchwiliad ffeithiol llawn a darparu ymateb o dan reoliad 24, sy'n nodi canlyniad yr ymchwiliad, gan gynnwys unrhyw fethiannau a nodwyd. Ni ddylid mynd i'r afael â materion atebolwydd cymwys ac iawndal ariannol fel rhan o'r ymchwiliad. Fodd bynnag, gellir ystyried agweddau eraill ar wneud iawn. Gellir gwneud iawn drwy:
- gwneud cynnig iawndal i fodloni unrhyw hawl i ddwyn achos sifil mewn perthynas ag atebolwydd cymwys;

- b. rhoi esboniad;
- c. gwneud ymddiheuriad ysgrifenedig; a
- d. rhoi adroddiad ar y camau sydd wedi'u cymryd, neu a gymerwyd, i atal achosion tebyg rhag codi.

258. Mewn amgylchiadau lle mae honiad o niwed neu lle gallai niwed fod yn bresennol yna mae'n bwysig penderfynu a yw gwerth yr hawliad yn debygol o fod yn fwy na'r trothwy ariannol, h.y. £50,000. O dan yr amgylchiadau hyn, dylai'r corff cyfrifol gynnal ymchwiliad ffeithiol llawn a darparu ymateb o dan reoliad 24 heb asesu materion atebolrwydd cymwys. Caiff y corff GIG Cymru ystyried gwneud a chynnig setliad y tu allan i'r darpariaethau hyn pan fo atebolrwydd cymwys eisoes wedi'i asesu (rheoliad 29(3)).

259. Mae rheoliadau 34 i 48 (yn Rhan 7) yn caniatáu i iawn gael ei ystyried mewn perthynas â gofal a gomisiynwyd gan gyrff y GIG mewn rhannau eraill o'r DU (a elwir yn achosion trawsffiniol). Mae trefniadau penodol yn ymwneud â'r achosion trawsffiniol hyn a'r rhyngweithio rhwng y Corff GIG Cymru a chorff arall y GIG. Cyfeirir at y trefniadau hyn mewn manau eraill yn y Canllawiau hyn.

260. Nid yw adrannau gwneud iawn o'r Prif Reoliadau yn berthnasol i gyrff cyfrifol ac eithrio cyrff GIG Cymru ac felly nid ydynt yn berthnasol i Ddarparwyr Gofal Iechyd Annibynnol na Darparwyr Gofal Sylfaenol (ac eithrio pan fo'r Darparwr Gofal Sylfaenol yn bractis a reolir gan Gorff Iechyd).

261. Mae hefyd yn berthnasol nodi yma bod y Prif Reoliadau (rheoliad 14), yn cynnwys sawl eithriad, gan gynnwys (sy'n arbennig o berthnasol i'r rhan gwneud iawn o'r broses):

- a) Na ddylid ymchwilio i bryder mewn amgylchiadau lle mae achos sifil (hawliad) wedi'i gychwyn, gan gynnwys cam cyn-cyfreitha'r achosion hynny. Mae hyn yn golygu, os yw Llythyr Hysbysu neu Lythyr Hawliad wedi'i gyflwyno, neu achos Llys wedi'i gyhoeddi a'i gyflwyno, ni ddylid ymchwilio i'r pryder, gan gynnwys yr elfennau gwneud iawn. Os canfyddir bod y camau hyn wedi'u cymryd ran o'r ffordd drwy ymchwiliad o dan y trefniadau hyn, rhaid i'r ymchwiliad ddod i ben a rhaid diweddarau'r claf neu ei gynrychiolydd (rheoliad 28). Dylai cyrff GIG Cymru hefyd fod yn ymwybodol y dylent ystyried hyn ymhellach pan fyddant yn cael eu hysbysu am gytundeb ffi amodol neu bremiwm yswiriant wedi'i wneud, ac efallai yr hoffent ofyn am gyngor gan Wasanaethau Cyfreithiol a Risg Partneriaeth Cydwasanaethau GIG Cymru.
- b) Na ddylid ymchwilio i bryder mewn amgylchiadau lle mae'r pryder yn cael ei ymchwilio, neu wedi'i ymchwilio, gan Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru ('yr Ombwdsmon'), oni bai bod yr Ombwdsmon wedi argymhell bod y corff GIG Cymru yn cynnig math o iawn o dan Ran 6, ac yn yr achos hwnnw dim ond at ddibenion penderfynu a yw atebolrwydd cymwys yn bodoli neu a allai fodoli y caiff y corff GIG Cymru gynnal ymchwiliad pellach i'r pryder a chynnig math o iawn yn unol â'r argymhellion. Mae hyn yn caniatáu i achosion drosglwyddo'n ôl o'r Ombwdsmon i'r corff GIG Cymru ar gyfer

ymchwiliad pellach cyfyngedig (rheoliad 14(1)(c) fel y'i diwygiwyd gan [Reoliadau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol \(Trefniadau Pryderon, Cwynion ac Iawn\) \(Cymru\) \(Diwygio\) 2023](#)).

- 262.** Mae'r Prif Reoliadau hefyd yn darparu, yn rheoliad 15(3), na chaniateir hysbysu pryder dair blynedd neu fwy ar ôl y dyddiad y digwyddodd y mater sy'n destun y pryder neu, os yw'n ddiweddarach, tair blynedd neu fwy o'r dyddiad y daeth y mater sy'n destun y pryder i sylw'r claf.
- 263.** Mae'n bwysig bod yr eithriadau uchod yn cael eu hystyried ar ddechrau'r pryder.
- 264.** Os, ar ôl ystyried pob un o'r uchod, penderfynir gan y corff GIG Cymru a) bod y pryder yn cynnwys honiad o niwed, b) bod gwerth yr hawliad yn annhebygol o fod yn fwy na'r trothwy ariannol ac c) nad oes unrhyw un o'r eithriadau yn berthnasol, dylai'r ymchwiliad gynnwys ystyried atebolrwydd cymwys. Os sefydlir atebolrwydd cymwys, mae'n ofynnol i'r corff GIG Cymru o dan y Rheoliadau ystyried gwneud cynnig i wneud iawn. Gellir ystyried cynnig iawn anariannol o hyd pan fo'r gwerth hawliad yn debygol o fod yn fwy na'r trothwy gwerth hawliad.
- 265.** Gall iawn fod ar wahanol ffurfiau, a gall gynnwys un neu gyfuniad o'r canlynol:
- Cynnig digollediad ariannol (hyd at £50,000).
 - Contract i ddarparu gofal neu driniaeth adferol (a gynigir i'r claf gyda'r bwriad o geisio gwella ei gyflwr a'i adfer, cyn belled ag y bo modd, i'r sefyllfa y byddai wedi bod ynnddi oni bai am dorri dyletswydd).
 - Ymddiheuriad ysgrifenedig.
 - Esboniad o ddigwyddiadau.
 - Adroddiad ar gamau sydd wedi'u cymryd, neu a fydd yn cael eu cymryd, i atal achosion tebyg rhag codi.
- 266.** Er bod yr ystyriaethau ynghylch gwneud iawn yn crisialu yn ddiweddarach yn y broses, mae'n bwysig eu bod yn cael eu hegluro i'r claf neu ei gynrychiolydd ar y dechrau (h.y. efallai o fewn y drafodaeth wrando), fel ei fod yn deall y rhwymedigaethau sy'n codi. Mae hefyd yn bwysig bod trafodaeth yn cael ei chynnal gyda'r claf neu ei gynrychiolydd ynghylch ei ddisgwyliadau ar gyfer canlyniad y pryder, gan gynnwys y gwahanol fathau o iawn. Byddai'n synhwyrol i'r drafodaeth hon gael ei chynnal fel rhan o'r drafodaeth wrando, ac i ailystyried hyn ar ôl cwblhau ymchwiliad cychwynnol corff y GIG yng Nghymru os yw'r mater yn mynd i Ran 6 (gwneud iawn) byddai hyn eto yn cael ei gyflawni orau yn ystod y cyfarfod adborth a gynigir ar ôl cwblhau'r ymchwiliad, ac ar y pwynt hwnnw caiff ei drosglwyddo fel arfer i dîm gwneud iawn corff y GIG yng Nghymru i'w drin.

Ymateb i bryder

- 267.** Dylai'r ymateb terfynol i bryder gan gorff cyfrifol nad yw'n un o Gyrrff GIG Cymru gael ei anfon o dan reoliad 24. Bydd hwn yn ymateb ffeithiol na fydd yn mynd i'r afael â materion atebolrwydd cymwys. Yn yr un modd, fel y nodir uchod, lle nad

oes gofyniad i un o Gyrrff GIG Cymru ymchwilio i atebolwydd cymwys, bydd yr ymateb hwn o dan reoliad 24.

268. Pan fo'r gofyniad i ystyried atebolwydd cymwys ac iawn yn codi, bydd canlyniad ymchwiliad cychwynnol y Corff GIG Cymru fel a ganlyn:

- Ymateb a anfonir o dan reoliad 26 (a elwir yn adroddiad Interim), yn dod i'r casgliad bod neu y gallai fod atebolwydd cymwys ond bod angen ymchwiliadau pellach i benderfynu a oes atebolwydd cymwys yn bodoli neu raddau'r atebolwydd hwnnw.
- Adroddiad ymchwiliad a anfonir o dan reoliad 31 mewn perthynas â pherson sy'n ceisio iawn pan fo'r corff GIG Cymru yn cadarnhau, yn ei farn ef, a oes atebolwydd cymwys ai peidio.
- Rheoliad 33, sy'n cyfathrebu penderfyniad y corff GIG Cymru ynghylch a ddylid gwneud cynnig i wneud iawn ai peidio, gan gynnwys naill ai gwneud y cynnig hwnnw neu hysbysu na fydd cynnig yn cael ei wneud gan nad oes unrhyw atebolwydd cymwys.

269. Ar y dechrau, mae'n bwysig bod yr holl gyfathrebiadau ynghylch gwneud iawn yn cael eu darparu gyda'r claf neu ei gynrychiolydd mewn golwg, a bod empathi, eglurder a chefnogaeth wrth wraidd pob trafodaeth a chyfathrebu. Mae hefyd yn bwysig cofio nad yw iawn yn ymwneud â'r elfennau ariannol yn unig, a bod y mathau eraill o iawn yr un mor bwysig. Pan fydd materion atebolwydd cymwys a chynigion ariannol yn cael eu trafod, bydd angen cyfeirio at derminoleg gyfreithiol; mae'n bwysig bod hyn yn cael ei wneud mewn iaith glir, gyda'r claf neu ei gynrychiolydd mewn golwg, a bod esboniadau clir yn cael eu darparu.

270. Rhaid i'r ymatebion gael eu llofnodi gan y swyddog cyfrifol neu ei ddirprwy dynodedig.

Rheoliad 24 (ymateb)

271. Yr amserlen ar gyfer anfon ymateb rheoliad 24 yw 30 diwrnod gwaith gan ddechrau â'r dyddiad yr hysbyswyd y pryder yn unol â rheoliad 24(3). Os nad yw'n bosibl anfon yr ymateb o fewn yr amserlen hon, yna yn unol â rheoliad 24(4), rhaid i'r corff cyfrifol hysbysu'r person neu ei gynrychiolydd ac esbonio'r rheswm pam, ac anfon yr ymateb cyn gynted ag y bo'n rhesymol ymarferol ac o fewn chwe mis (gan ddechrau ar y diwrnod y cafodd hysbysiad o'r pryder).

272. Mae'r Prif Reoliadau yn nodi'r gofynion cynnwys fel a ganlyn:

- Ymddiheuriad (lle bo'n briodol)
- Crynodeb o'r hyn oedd y pryder
- Esboniad o sut y cafodd y pryder ei ymchwilio
- Copïau o unrhyw farn arbenigol a gafwyd fel rhan o'r ymchwiliad
- Copïau o gofnodion meddygol perthnasol, lle bo'n briodol
- esboniad o unrhyw gamau a gymerir

- cynnig i drafod yr ymateb i'r pryder gyda'r swyddog cyfrifol neu ei gynrychiolydd enwebedig; a
- manylion hawl y person i godi ei bryder gydag Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru.
- ac yn achos un o gyrff GIG Cymru:
 - mewn perthynas â phryder sy'n honni bod niwed wedi'i achosi neu a allai fod wedi'i achosi, esboniad o'r rhesymau pam nad oes atebolrwydd cymwys; neu
- esboniad o pam na fydd trefniadau gwneud iawn ariannol o dan Ran 6 yn cael eu hysgogi mewn ymateb i bryderon sy'n honni bod niwed wedi'i achosi lle byddai gwerth ariannol yr hawliad, pe bai'n cael ei brofi, yn fwy na'r trothwy ariannol a nodir yn rheoliad 29. Fodd bynnag, efallai y bydd mathau eraill o iawn yn dal i fod yn addas.

Rheoliad 26 (Ymateb i ymchwiliad o dan reoliad 23 pan benderfynir bod atebolrwydd cymwys neu y gallai fod atebolrwydd cymwys)

273. Os yw'r ymchwiliad yn arwain at ganfyddiad bod atebolrwydd cymwys yn bodoli, neu y gallai fodoli, rhaid i'r corff GIG Cymru anfon adroddiad interim o dan reoliad 26. Bydd yr ymateb hwn fel arfer yn cyfaddef torri dyletswydd a gall gyfaddef rhywfaint o achosiaeth, ond fel arfer mae angen cynnal ymchwiliadau pellach i bennu achosiaeth.

274. Yr amserlen ar gyfer anfon adroddiad interim rheoliad 26 yw **30 diwrnod gwaith gan ddechrau â'r dyddiad yr hysbyswyd y pryder** yn unol â rheoliad 26(2). Os nad yw'n bosibl anfon yr ymateb o fewn yr amserlen hon, yna yn unol â rheoliad 26(3), rhaid i'r Corff GIG Cymru hysbysu'r person neu ei gynrychiolydd ac egluro'r rheswm pam, ac anfon yr ymateb cyn gynted ag y bo'n rhesymol ymarferol ac o fewn **120 diwrnod gwaith** (gan ddechrau ar y diwrnod y cafodd hysbysiad o'r pryder). Os na ellir cadw at y cyfnod o 120 diwrnod gwaith, rhaid i'r corff GIG Cymru roi gwybod i'r claf neu ei gynrychiolydd am y rhesymau dros yr oedi, a phryd y gellir disgwyl yr adroddiad interim rheoliad 26.

275. Mae rheoliad 26(5) hefyd yn cyfeirio at y ffaith bod yn rhaid darparu adroddiad yr ymchwiliad y cyfeirir ato yn rheoliad 31 cyn gynted ag y bo'n rhesymol ymarferol ac o fewn **120 diwrnod gwaith**. Y darpariaethau cyfatebol yn Rhan 7 yw rheoliadau 40 (adroddiad interim ac adroddiad yr ymchwiliad) a 48 (hysbysu ynghylch penderfyniad am wneud iawn).

276. Os na ellir cadw at y cyfnod o 120 diwrnod gwaith, rhaid i'r corff GIG Cymru roi gwybod i'r claf neu ei gynrychiolydd am y rhesymau dros yr oedi, a phryd y gellir disgwyl adroddiad yr ymchwiliad.

277. Mewn amgylchiadau lle mae atebolrwydd cymwys yn cael ei ymchwilio, cydnabyddir efallai na fydd yn bosibl darparu ymateb o fewn 30 diwrnod gwaith. Felly, mae'n arbennig o bwysig yn yr achosion hyn bod amserlenni yn cael eu

trafod gyda'r claf neu ei gynrychiolydd ar y dechrau, fel bod amser ymateb realistig yn cael ei gytuno a disgwyliadau yn cael eu rheoli.

278. Yn ymarferol, mae'n debygol y bydd adroddiad yr ymchwiliad yn cael ei ddarparu i'r claf neu ei gynrychiolydd ynghyd â'r adroddiad interim. Mae'r Prif Reoliadau yn nodi'r gofynion cynnwys ar gyfer yr adroddiad interim o dan reoliad 26 fel a ganlyn:

- crynodeb o natur a sylwedd y materion a gynhwysir yn y pryder;
- disgrifiad o'r ymchwiliad a gynhaliwyd hyd yn hyn;
- disgrifiad o pam ym marn y corff GIG Cymru mae atebolrwydd cymwys neu y gallai fod atebolrwydd cymwys;
- copi o unrhyw gofnodion meddygol perthnasol;
- esboniad o sut i gael mynediad at gyngor cyfreithiol am ddim;
- esboniad o wasanaethau eiriolaeth a chymorth a allai fod o gymorth;
- esboniad o'r broses ar gyfer ystyried atebolrwydd ac iawn;
- cadarnhad y bydd yr adroddiad llawn yr ymchwiliad ar gael i'r person sy'n ceisio iawn;
- manylion hawl y person i fynd â'i bryder at Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru;
- cynnig cyfle i drafod cynnwys yr adroddiad interim gyda'r swyddog cyfrifol neu'r person sy'n gweithredu ar ei ran.

Rheoliad 31 (adroddiad yr ymchwiliad) a 33 (iawn – hysbysu ynghylch penderfyniad)

279. Mae ymateb o dan reoliad 31 yn cyfathrebu canlyniad yr ymchwiliad yn cynnwys tystiolaeth feddygol, a datganiad ynghylch a oes atebolrwydd cymwys yn bodoli a pham y cyrhaeddwyd y penderfyniad hwnnw.

280. Mae ymateb o dan reoliad 33 yn cyfathrebu canlyniad terfynol y corff GIG Cymru, naill ai bod penderfyniad i wneud cynnig o iawn, neu, yn dilyn ymchwiliad pellach ar ôl yr ymateb interim, na fydd yn gwneud cynnig o iawn ar y sail nad oes atebolrwydd cymwys yn dilyn ymchwiliad.

281. Yn hytrach nag anfon adroddiad interim o dan reoliad 26 cyn adroddiad terfynol yr ymchwiliad o dan reoliad 31, mewn rhai achosion, efallai y bydd yn bosibl cadarnhau'r sefyllfa ynghylch achosiaeth, a graddau'r achosiaeth, ar unwaith a heb ymchwiliad pellach. Yn yr achosion hynny, bydd yn bosibl i'r corff GIG Cymru symud ymlaen ar unwaith i baratoi adroddiad yr ymchwiliad rheoliad 31 a phenderfyniad rheoliad 33, gan gadarnhau'r sefyllfa o ran atebolrwydd cymwys yn llwyr, ac o bosibl hefyd yn gwneud cynnig o iawn. Bydd rheoliad 26(7) ac (8) yn galluogi'r adroddiad interim i gael ei ddarparu ar yr un pryd ag adroddiad yr ymchwiliad ac yn gwneud darpariaeth benodol mewn perthynas ag achosion o'r fath.

- 282.** Fel arall, fel y nodwyd uchod, gall y corff GIG Cymru anfon ymateb Rheoliad 33 ar ôl iddo gynnal ymchwiliadau pellach o dan Ran 6 ar ôl i'r ymateb Rheoliad 26 gael ei anfon.
- 283.** Yr amserlen ar gyfer anfon ymateb Rheoliad 33 yw **120 diwrnod gwaith** yn unol â Rheoliad 33(a). Os na ellir cadw at y cyfnod o 120 diwrnod gwaith, rhaid i'r corff GIG Cymru hysbysu'r person a hysbysodd y pryder am y rhesymau dros yr oedi, a phryd y cyflwynir ymateb y Rheoliad (Rheoliad 33(a)).
- 284.** Mae rhagor o wybodaeth wedi'i nodi isod mewn perthynas â'r cynnig o iawn a'r amserlenni perthnasol.
- 285.** Mae Diwygiadau 2025 yn cyflwyno is-baragraff (fa) newydd i reoliad 3(1) (egwyddorion cyffredinol ar gyfer trin ac ymchwilio i bryderon). Mae hyn yn ei gwneud yn ofynnol i'r corff cyfrifol hysbysu'r person a gododd y pryder am gynnydd yr ymchwiliad a'r amserlen debygol i'w gwblhau.
- 286.** Effaith yr is-baragraff newydd hwn yw rhoi mwy o bwyslais ar gyfathrebu cynnar a thryloyw am amserlenni disgwylidig. Pan fo'r corff cyfrifol yn hysbysu'r person am amserlen realistig a ragwelir ar gyfer cwblhau ymchwiliad rheoliad 23, dylai'r amserlen gyfathrebu honno fel arfer ddod yn darged gweithredol ar gyfer cyhoeddi'r ymateb dilynol o dan reoliadau 24, 26 ac, lle bo'n berthnasol, 31.
- 287.** Fodd bynnag, mae'r amserlen statudol bresennol o 30 diwrnod gwaith yn rheoliadau 24 a 26 yn parhau i fod ar waith fel diogelwch. Mae'n gweithredu fel sefyllfa ddiodyn (wrth gefn) lle nad oes amserlen amgen wedi'i chyfathrebu i'r person sy'n codi'r pryder.
- 288.** Yn unol â hynny, y bwriad polisi yw y dylai cyrff cyfrifol, ar gam cynnar, ddarparu dyddiad cwblhau disgwylidig clir a realistig wedi'i deilwra i amgylchiadau'r ymchwiliad. Mae hyn yn cefnogi nod polisi ehangach Gwranddo ar Bobl o sicrhau bod y broses bryderon yn dryloyw, yn canolbwyntio ar y person ac yn seiliedig ar ddisgwylidau clir. Pan fo amserlen o'r fath yn cael ei chyfathrebu, disgwylir i gyrff cyfrifol reoli'r ymchwiliad er mwyn bodloni'r amserlen honno, yn amodol ar y darpariaethau presennol sy'n caniatáu hysbysu ac esbonio pan fo oedi yn codi.

Proses gwneud iawn

- 289.** Unwaith y bydd wedi'i sefydlu y gall atebolrwydd cymwys fodoli neu mae'n bodoli, bydd y mater yn trosglwyddo o Ran 5 o'r Rheoliadau (Trin Pryder) i Ran 6 (iawn). Fel arfer ar y cam hwn bydd y mater yn cael ei drosglwyddo i dîm gwneud iawn y corff GIG Cymru i'w drin.
- 290.** Ar ôl i'r tîm gwneud iawn dderbyn y mater, byddant yn cysylltu â'r claf neu ei gynrychiolydd i drafod camau nesaf y broses, a fydd yn cael eu hystyried fesul achos.

291. Bydd ymchwiliadau pellach ar y cam hwn yn canolbwyntio ar benderfynu a oes atebolrwydd cymwys (mewn amgylchiadau lle mae adroddiad interim Rheoliad 26 yn cyfaddef torri dyletswydd yn unig), graddau'r atebolrwydd cymwys a'r cwantwm. Gallant gynnwys:

- a) P'un a oes atebolrwydd cymwys a graddau'r atebolrwydd cymwys hwnnw, yn enwedig yr elfen achosiaeth.
- b) Asesiad cyfredol o gyflwr a phrognosis y claf.
- c) Cael Tystysgrif Budd-daliadau Adferadwy neu Dystysgrif Ffioedd y GIG (gweler isod).
- d) Meintioli'r hawliad, gan gynnwys colled ariannol.

292. Ar ôl i'r Tîm gwneud iawn wneud penderfyniad cychwynnol ar ba ymchwiliadau sy'n ofynnol, dylid darparu diweddariad i'r claf neu'r cynrychiolydd sy'n nodi'r rheini, ynghyd ag amserlenni tebygol i'w cwblhau.

293. Ar y pwynt y mae'r mater yn trosglwyddo i Ran 6, bydd gan y claf hawl i gyngor cyfreithiol annibynnol (gweler yr adran ar [Ddarparu cyngor cyfreithiol](#)). Dylid esbonio hyn i'r person a hysbysodd y pryder fel rhan o adroddiad interim rheoliad 26 ac wrth gyfathrebu penderfyniad o dan reoliad 33, ond os nad yw'r rhain wedi'u darparu eto, dylai'r tîm gwneud iawn gyfathrebu hyn.

294. Canlyniad arall o'r mater yn trosglwyddo i Ran 6 yw atal dros dro gyfnod y cyfyngiad mewn perthynas ag unrhyw hawliad. Os nad yw hyn wedi'i esbonio i'r claf, dylai'r tîm gwneud iawn gyfathrebu hyn.

295. Er mwyn ymchwilio a oes atebolrwydd cymwys, a all gynnwys ystyried a yw achosiaeth yn deillio o unrhyw dorri dyletswydd a nodwyd, neu raddau'r niwed a achosir lle nad yw hynny'n glir, a/neu gyflwr a phrognosis y claf, efallai y bydd angen cael mewnbwn gan arbenigwr meddygol-gyfreithiol annibynnol. Os oes angen tystiolaeth annibynnol, mae'r Prif Reoliadau (yn rheoliad 32(1)(b)) yn ei gwneud yn ofynnol bod hyn yn gyfarwyddyd ar y cyd ynghyd â'r person a hysbysodd y pryder. Felly, dylid cytuno ar y llythyr cyfarwyddyd at yr arbenigwr, ac unrhyw ohebiaeth bellach, rhwng y corff GIG Cymru a'r person a hysbysodd y pryder.

296. Unwaith y bydd y corff GIG Cymru wedi cwblhau ei ymchwiliad ynghylch atebolrwydd cymwys a chyflwr a phrognosis y claf wedi'u sefydlu a'r hawliad wedi'i feintioli, rhaid cyfathrebu eu penderfyniad ynghylch a ddylid gwneud cynnig o iawn ai peidio o dan reoliad 33. Fel y nodwyd uchod, gall hyn naill ai ddod i'r casgliad:

- a) Nad oes unrhyw atebolrwydd cymwys ac felly ni fydd unrhyw gynnig o iawn yn cael ei wneud; neu
- b) Mae atebolrwydd cymwys ac felly bydd cynnig o iawn yn cael ei wneud (drwy ddigollediad ariannol neu ymrwymo i gontract i ddarparu gofal neu driniaeth neu'r ddau).

297. Rhaid anfon y cyfathrebiad rheoliad 33 o fewn 120 diwrnod gwaith i'r dyddiad yr hysbyswyd y pryder. Os na ellir cadw at y cyfnod o 120 diwrnod gwaith, rhaid i'r corff GIG Cymru hysbysu'r person a hysbysodd y pryder am y rhesymau dros yr oedi, a phryd y bydd y penderfyniad yn cael ei gyfathrebu (rheoliad 33(a)).

298. Os ystyrir bod cynnig o ddigollediad ariannol yn briodol fel rhan o wneud iawn, bydd y corff GIG Cymru yn sicrhau bod awdurdodiad gan y person(au) dirprwyedig priodol o fewn y corff GIG Cymru wedi'i gael cyn gwneud unrhyw gynnig ariannol o iawn.

299. Fel y nodwyd uchod, gall gwneud iawn fod ar wahanol ffurfiau, a gall gynnwys un neu gyfuniad o'r canlynol, y dylid eu nodi yn yr ymateb Rheoliad 33:

- Cynnig digollediad ariannol (hyd at £50,000).
- Contract i ddarparu gofal neu driniaeth adferol (a gynigir i'r claf gyda'r bwriad o geisio gwella ei gyflwr a'i adfer, cyn belled ag y bo modd, i'r sefyllfa y byddai wedi bod ynddi oni bai am dorri dyletswydd). Gall hyn fod drwy ofal a ddarperir yn lleol neu a gomisiynir i'w ddarparu gan ddarparwr arall ar draul y corff GIG Cymru.
- Ymddiheuriad ysgrifenedig.
- Esboniad o ddigwyddiadau.
- Adroddiad ar gamau sydd wedi'u cymryd, neu a fydd yn cael eu cymryd, i atal achosion tebyg rhag codi.

300. Rhan annatod o'r broses bryderon a gwneud iawn yw dysgu, fel yr amlinellir mewn manau eraill yn y Canllawiau hyn. Mae Cronfa Risg Cymru yn rheoli proses ar gyfer Dysgu o Ddigwyddiadau ar ran Llywodraeth Cymru. Lle bo'n bosibl, dylid nodi tystiolaeth o ddysgu, gyda'r nod o wella safonau mewn diogelwch cleifion, yn y cyfathrebiad rheoliad 33 fel rhan o'r iawn a gynigir.

301. Pan dderbynnir atebolrwydd cymwys, gall un o gyrrff GIG Cymru wneud cynnig o ddigollediad ariannol nad yw'n fwy na £50,000. Mae rhagor o wybodaeth am brisio pryderon wedi'i nodi isod. Dylai cyfathrebu Rheoliad 33 nodi'r sail y mae'r pryder wedi'i brisio arni.

302. Rhaid i'r person a hysbysodd y pryder neu ei gynrychiolydd cyfreithiol gael ei hysbysu bod ganddynt 6 mis i ymateb i'r cynnig o iawn. Os nad yw'r person neu ei gynrychiolydd, a gododd y pryder, yn gallu ymateb i'r penderfyniad o fewn 6 mis, rhaid iddynt gysylltu â'r corff GIG Cymru a rhoi esboniad am yr oedi wrth ymateb. Yna gellir ymestyn y terfyn amser ar gyfer ymateb i'r penderfyniad i 9 mis o'r dyddiad y gwnaed y cynnig. Fodd bynnag, os na dderbynnir ymateb o fewn 9 mis, bydd cyfnod y cyfyngiad yn dechrau rhedeg.

303. Cydnabyddir ei bod yn anodd ar ddechrau ymchwiliad o dan reoliad 23 i fod yn sicr am werth ariannol hawliad ac mae'n anochel bod rhai achosion a ymrwymodd i'r trefniadau gwneud iawn oherwydd yr ystyriwyd y byddai digollediad ariannol, pe bai atebolrwydd yn cael ei brofi, yn werth llai na £50,000, ond ei bod yn dod i'r amlwg, ar ôl ymchwiliad, eu bod yn werth mwy na hynny. Yn

yr achosion hyn, mae rheoliad 29(3) yn darparu y gall cyrff GIG Cymru roi ystyriaeth i wneud cynnig o setliad y tu allan i ddarpariaethau'r Prif Reoliadau, er enghraifft, setliad y tu allan i'r llys. Gallai cyrff GIG Cymru ar y cam hwn, ac yn ysbryd y Prif Reoliadau, ystyried cynnig talu costau cyfreithiol y claf sy'n gysylltiedig â chael cyngor ar unrhyw setliad y tu allan i'r llys o'r fath. Fodd bynnag, nid oes unrhyw rwymedigaeth iddynt wneud hynny.

- 304.** Os gwneir cynnig o iawn, bydd y setliad a gynigir gan y cynnig drwy gytundeb ffurfiol y mae'n rhaid iddo gynnwys ildiad unrhyw hawl i ddwyn achos sifil mewn perthynas â'r atebolrwydd cymwys y mae'r setliad yn ymwneud ag ef (rheoliad 33(e)).
- 305.** Pan fo'r person a hysbysodd y pryder yn anfodlon ar ganlyniad yr ymateb neu'r cynnig, rhaid iddo gael ei atgoffa o'i hawl i hysbysu'r pryder i Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru.
- 306.** Er mwyn amddiffyn unigolion agored i niwed, bydd angen cymeradwyaeth llys ar rai setliadau o iawn. Mae'r achosion hyn lle mae'r atebolrwydd yn ymwneud â phlentyn o dan 18 oed neu berson sydd heb alluedd o dan Ddeddf Galluedd Meddyliol 2005¹⁸(1). Mewn achosion o'r fath, bydd angen gwneud cais i'r llys, a phan fo angen cymeradwyaeth llys ar setliad o iawn, rhaid i'r corff GIG Cymru dalu'r holl gostau cyfreithiol rhesymol i gael cymeradwyaeth y llys.

Arbenigwyr annibynnol

- 307.** Fel y gwelir uchod, efallai y bydd nifer o faterion y gallai fod angen ymchwiliad pellach iddynt o dan Ran 6, gan gynnwys y rhai sy'n ymwneud ag achosiaeth, cyflwr a phrognosis a/neu gwantwm i sefydlu a oes atebolrwydd cymwys y dylid gwneud cynnig o iawn mewn perthynas ag ef. Er mwyn cwblhau'r ymchwiliadau hyn, efallai y bydd angen mewnbwn arbenigol annibynnol. O dan y trefniadau gwneud iawn, dylai unrhyw gyngor meddygol arbenigol a geisir o dan reoliad 32 gael ei gyfarwyddo ar y cyd gan y person a hysbysodd y pryder a'r corff GIG Cymru. Os yw'r person wedi derbyn y cynnig o gyngor cyfreithiol am ddim, yna dylid caniatáu i'w gynghorydd cyfreithiol hefyd gyfrannu at y cyfarwyddiadau i'r arbenigwr/arbenigwyr meddygol.

Darparu cyngor cyfreithiol

- 308.** Yn unol â rheoliad 32, pan fo'r trefniadau gwneud iawn yn cael eu defnyddio (h.y. pan fo'r Corff GIG Cymru wedi derbyn bod atebolrwydd cymwys neu y gallai fod atebolrwydd cymwys, ac nid o'r pwynt y ceir pryder), bydd cyngor cyfreithiol am ddim i'r person a hysbysodd y pryder ar gael, os yw'r person neu ei gynrychiolydd ei eisiau, mewn perthynas â:
- a) cyfarwyddo arbenigwyr clinigol ar y cyd gan gynnwys eglurhad o faterion sy'n codi o'u hadroddiadau;

¹⁸ [Deddf Galluedd Meddyliol 2005](#)

- b) unrhyw gynnig o iawn a wneir yn unol â Rhan 6 o'r Prif Reoliadau;
- c) cynnig o iawn a wneir yn unol â Rhan 7 o'r Prif Reoliadau
- d) unrhyw wrthodiad i wneud cynnig; neu
- e) unrhyw gytundeb setlo a gynigir.

309. Dim ond gan gwmni o gyfreithwyr sydd ag arbenigedd cydnabyddedig mewn esgeuluster clinigol y dylid gofyn am gyngor cyfreithiol (sy'n golygu bod rhaid iddynt gael o leiaf un partner neu gyflogai sy'n aelod o Banel Esgeuluster Clinigol Cymdeithas y Cyfreithwyr neu'r Panel Gweithredu yn erbyn Damweiniau Meddygol (rheoliad 32(2)). Mae sefydliadau'r GIG yn gallu cael manylion cyswllt o wefannau'r sefydliadau hyn a'u rhannu â'r person a gododd y pryder. Rhaid i gost cyngor cyfreithiol a chlinigol o'r fath gael ei ariannu gan y corff GIG Cymru ac nid y person a gododd y pryder.

310. Ceir canllawiau i'r cyrff GIG Cymru ar gost ffioedd cyfreithiol mewn dogfen ar wahân.

Cyfyngiad - atal dros dro

311. Cyfyngiad yw'r terfyn amser cyfreithiol y mae'n rhaid cyflwyno hawliad. Mewn hawliadau lle honnir niwed (gan gynnwys y rhai o esgeuluster clinigol) mae gan Hawlydd fel arfer **dair blynedd** o ddyddiad y "sail achos", sydd bron bob amser yn ddyddiad yr anaf, neu eu gwybodaeth am yr un peth, i gyflwyno hawliad am ddigollediad (Deddf Cyfyngiadau 1980). Mae rhai eithriadau i'r rheol hon sy'n cynnwys:

- a) Plant o dan 18 oed ar adeg yr anaf – ni fydd y cyfnod o dair blynedd yn dechrau nes bod y plentyn yn cyrraedd 18 oed.
- b) Cleifion sydd heb alluedd o dan Ddeddf Galluedd Meddyliol 2005 – efallai na fydd y cyfnod o dair blynedd byth yn dechrau.

312. Mae rheoliad 30 yn llywodraethu'r sefyllfa ynghylch atal cyfnod y cyfyngiad dros dro yn rhinwedd y broses Gwrando ar Bobl. Unwaith y bydd pryder yn trosglwyddo i Ran 6 (iawn), h.y. pan fydd y corff GIG Cymru o'r farn bod atebolrwydd cymwys yn bodoli neu y gallai fodoli, mae'r Prif Reoliadau yn caniatáu atal y cyfnod cyfyngiad dros dro. Felly, nid yw cyfyngiad yn cael ei atal dros dro yn awtomatig pan fydd pryder yn cael ei godi. Yn ystod yr amser pan fo'r atebolrwydd yn destun cais am iawn, mae cyfnod y cyfyngiad yn cael ei atal dros dro, hynny yw, mae'r "cloc yn cael ei stopio". Os yw cyfnod y cyfyngiad yn cael ei atal dros dro o dan y broses gwneud iawn, mae'r cyfnod atal dros dro yn dechrau yn ôl-weithredol o'r dyddiad pan gafwyd y pryder gyntaf gan y corff GIG Cymru.

313. Pan fo cynnig o iawn drwy ddigollediad ariannol wedi'i wneud, mae cyfnod y cyfyngiad yn dechrau rhedeg eto:

- a) Y diwrnod ar ôl i'r claf neu ei gynrychiolydd dderbyn y cynnig o iawn hwnnw,
- b) Y dyddiad y mae'r claf neu ei gynrychiolydd yn gwrthod y cynnig o iawn hwnnw, neu
- c) 9 mis ar ôl gwneud y cynnig o iawn hwnnw (lle na dderbynnir ymateb)

314. Os yw cynnig o iawn wedi'i wneud ond mae angen cymeradwyaeth y Llys ar gyfer y setliad (mewn achosion o blant o dan 18 oed neu'r rhai sydd heb alluedd) yna mae cyfnod y cyfyngiad yn parhau i fod wedi'i atal nes bod y Llys yn cymeradwyo'r setliad.

315. Os bydd hawliad sifil yn cael ei gyflwyno wedyn, mae'r cyfnod atal dros dro cael ei ystyried wrth gyfrifo cyfnod y cyfyngiad sy'n weddill ac yn y pen draw pan fydd y cyfyngiad yn dod i ben.

316. Y rheswm dros yr atal dros dro yw sicrhau nad oes unrhyw berson dan anfantais, neu ei atal rhag dwyn achos cyfreithiol, os ydynt yn anfodlon ar ganlyniad yr ymchwiliad i wneud iawn. Mae'n bwysig bod y person neu ei gynrychiolydd yn deall, lle gwneir cynnig o iawn ariannol, mai dim ond 6 mis sydd ganddynt i ystyried y cynnig (neu gyfanswm o 9 mis os oes angen mwy o amser). Ar ôl y cyfnod 9 mis hwnnw, ni fydd y trefniadau gwneud iawn yn berthnasol mwyach.

317. Efallai y bydd achosion lle mae pryder yn cael ei hysbysu ychydig cyn i gyfnod y cyfyngiad ddod i ben ac nid yw wedi bod yn bosibl i ymchwiliad gael ei gwblhau. Efallai y bydd y corff GIG Cymru yn dymuno ystyried cytuno ar estyniad i gyfnod y cyfyngiad er mwyn caniatáu iddo gwblhau ei ymchwiliad a darparu ymateb wrth osgoi'r angen i'r claf/darpar Hawlydd gyhoeddi achos llys.

318. Mewn achosion lle nad yw'r achos yn trosglwyddo i Ran 6, naill ai oherwydd nad yw atebolrwydd cymwys wedi'i ymchwilio, neu oherwydd bod y corff GIG Cymru wedi dod i'r casgliad nad oes atebolrwydd cymwys ac wedi anfon ymateb rheoliad 24, nid yw'r cyfyngiad yn cael ei atal dros yn rhinwedd y Prif Reoliadau. Unwaith eto, efallai y bydd y corff GIG Cymru yn dymuno ystyried cytuno ar estyniad i gyfnod y cyfyngiad gyda'r claf neu ei gynrychiolydd.

Cwantwm

Iawndal cyffredinol

319. Bwriad iawndal cyffredinol yw digolledu'r claf mewn perthynas â phoen, dioddefaint a cholli amwynder o ganlyniad i unrhyw anaf corfforol neu anaf seiciatrig cydnabyddedig a achosir, a fyddai wedi ei osgoi fel arall. Felly, mae angen i'r corff GIG Cymru sefydlu graddau unrhyw anaf a pha symptomau a

chollod amwynder y mae'r claf wedi'u dioddef o ganlyniad i'r torri dyletswydd, ar wahân i'r hyn a fyddai wedi cael ei ddioddef beth bynnag.

- 320.** Gellir defnyddio'r wybodaeth hon i lywio lefel cynnig priodol i ddiogolledu'r claf am unrhyw symptomau, colled amwynder, a thriniaeth ychwanegol. Yn gyffredinol, po fwyaf difrifol yw'r anaf neu'r niwed, yr uchaf yw'r dyfarniad o ddiogollediad.
- 321.** Er mwyn cyfrifo'r swm priodol, gall cyrff GIG Cymru gyfeirio at Ganllawiau'r Coleg Barnwrol yn y lle cyntaf, gan fod hyn yn darparu *ystod* o iawndal i'w ddyfarnu, fesul math o anaf. Mae Canllawiau'r Coleg Barnwrol yn ystyried:
1. Hyd yr anaf, gan gynnwys a yw'r adferiad wedi bod yn hir neu a ddisgwylir i'r anaf fod yn barhaol.
 2. Yr angen am driniaeth ychwanegol, a allai fod wedi'i hosgoi (yn y gorffennol neu'r dyfodol).
 3. Y risg o gymhlethdodau yn y dyfodol.
- 322.** Nid yw pob anaf sy'n deillio o esgeuluster clinigol clinigol yn 'ffitio' i gategori o fewn Canllawiau'r Coleg Barnwrol a gall cyfeirio at adroddiadau cyfraith achos cwantwm fod yn ddefnyddiol. Mae'r rhain yn ddyfarniadau a adroddwyd neu setliadau y tu allan i'r llys sydd wedi'u cyrraedd mewn achosion go iawn a gallant helpu i gyrraedd ffigur priodol.
- 323.** Mae anafiadau seiciatrig yn aml yn cyd-fynd ag anaf corfforol. Er mwyn cael hawl i ddiogollediad, rhaid i glaf fod wedi dioddef anaf seiciatrig cydnabyddedig, a fyddai fel arfer yn cael ei ddangos gan ddiagnosis ffurfiol. Efallai y bydd angen mewnbwn gan arbenigwr annibynnol i asesu'r claf oni bai bod tystiolaeth o hyn yn y cofnodion meddygol.
- 324.** Mae'n bwysig nodi, pan fo claf wedi dioddef mwy nag un anaf gwahanol, boed hynny'n anaf corfforol neu seiciatrig neu'r ddau, fel arfer nid yw'n briodol adio'r gwerthoedd ar wahân ar gyfer pob anaf unigol, gan y bydd rhywfaint o orgyffwrdd.

Iawndal arbennig

- 325.** Mae'r term 'iawndal arbennig' yn cwmpasu ystod o benawdau colled (mathau o hawliad ariannol) y gellir eu hawlio lle mae'r claf wedi dioddef colledion ariannol o ganlyniad i'r esgeuluster. Mae colledion fel arfer yn cael eu rhannu'n golledion yn y gorffennol a'r dyfodol fel y nodir isod.
- 326.** Os yw claf yn cael ei gynrychioli'n gyfreithiol, yn aml bydd manylion unrhyw hawliadau iawndal arbennig yn cael eu nodi mewn 'Rhestr Golledion', wedi ei hategu gan y dystiolaeth angenrheidiol. Dylid ystyried gofyn am ddadansoddiad o'r fath os yw'n debygol y bydd iawndal arbennig sylweddol.
- 327.** Bydd y penawdau colledion y gellir eu hadennill yn amrywio yn ôl achos, yn dibynnu ar yr atebolrwydd cymwys sydd wedi'i dderbyn gan y corff GIG Cymru ac

amgylchiadau unigol y claf. Isod mae rhestr nad yw'n gynhwysfawr o'r mathau o iawndal arbennig sy'n cael eu hawlio'n aml:

1. Gellir hawlio **colli enillion** os na allai'r person wedi'i anafu weithio o ganlyniad i'r torri dyletswydd (neu gymryd mwy o amser i ffwrdd nag y byddai fel arall heb dâl). Gall hyn gynnwys hawliad am daliadau bonws a gollwyd, cyfleoedd dyrchafiad a gollwyd neu hyd yn oed hawliad am golli pensiwn.
2. Mae **gofal a chymorth** yn cyfeirio at swm a hawliwyd gan aelod o'r teulu neu weithiwr proffesiynol a allai fod wedi cynorthwyo â thasgau cartref neu ofalu am y claf pan oedd yn gwella o'i anaf. Gallai'r golled hon barhau i'r dyfodol os oes angen cymorth hirdymor ar y claf o ganlyniad i'w anaf.
3. Yn yr un modd, cymorth ychwanegol â **glanhau, garddio neu wella'r cartref** a achosir o ganlyniad i analluogrwydd y claf oherwydd yr esgeuluster a gyfaddefwyd.
4. **Teithio** a oedd ond yn angenrheidiol oherwydd yr esgeuluster, gan gynnwys cost tanwydd, parcio neu drafnidiaeth gyhoeddus. Gall hyn hefyd gael ei hawlio gan aelodau o'r teulu a oedd yn gorfod teithio i gynorthwyo'r claf.
5. Gellir hawlio **costau triniaeth** (boed yn y gorffennol neu'r dyfodol) ar sail breifat, os oedd/yw'r driniaeth yn ofynnol o ganlyniad uniongyrchol i'r esgeuluster.
6. Gall hawliadau **cymhorthion ac offer** gynnwys matresi arbenigol, cadeiriau, cymhorthion symudedd ac unrhyw eitemau eraill a fyddai'n gwella cyflwr y claf yn dilyn anaf.
7. Yn aml, hawli'r am wyliau coll, neu dreuliau **amrywiol** eraill, fel triniaethau dros y cownter. Dylid ystyried y rhain fesul achos.
8. **Costau angladd** os bu farw'r claf o ganlyniad uniongyrchol i'r esgeuluster.

328. Dylai cyrff GIG Cymru geisio tystiolaeth o'r colledion, a all gynnwys derbynebaw am unrhyw dreuliau blaenorol neu ddyfynbrisiau ar gyfer treuliau yn y dyfodol, neu slipiau cyflog cyn ac yn ystod y cyfnod perthnasol ar gyfer unrhyw golli enillion. Fodd bynnag, efallai na fydd bob amser yn bosibl darparu tystiolaeth (derbynebaw am danwydd, er enghraifft) a dylid cymryd dull pragmatig yn enwedig pan fo'r symiau a hawli'r yn isel.

Cwantwm mewn achosion angheuol

329. Gellir dwyn hawliadau penodol yn yr achosion hyn, hawliadau ar ran yr Ystad o dan ***Ddeddf Diwygio'r Gyfraith (Darpariaethau Amrywiol) 1934*** a hawliadau gan ddibynyddion o dan ***Ddeddf Damweiniau Angheuol 1976***. I gael rhagor o wybodaeth, dylai cyrff GIG Cymru gysylltu â Gwasanaethau Cyfreithiol a Risg Partneriaeth Cydwasanaethau GIG Cymru.

Uned Adfer Digollediad

330. Os yw cynnig ariannol o setliad i'w wneud, rhaid cofrestru'r mater gyda'r Uned Adfer Digollediad ('CRU'), drwy Ffurflen CRU1, i benderfynu a fydd y corff GIG Cymru yn atebol am unrhyw fudd-daliadau a delir i'r claf. Bydd Tystysgrif Budd-daliadau Adenilladwy yn cael ei derbyn, sy'n dangos naill ai Dim budd-daliadau,

neu'n rhestru'r budd-daliadau priodoledig sydd i'w had-dalu. Os yw budd-daliadau i'w had-dalu i'r CRU, mae'n bwysig ystyried, cyn gwneud unrhyw gynnig, a ellir eu gwrthbwysu yn erbyn unrhyw hawliad am iawndal arbennig. Hefyd, a yw'r budd-daliadau wedi'u priodoli'n gywir. Os na, dylai'r corff GIG Cymru wneud cais am adolygiad neu ailystyriaeth orfodol o'r dystysgrif (nodwch fod terfynau amser yn berthnasol i'r prosesau hyn).

Ffioedd y GIG

331. Ar ôl cofrestru'r mater gyda'r CRU, dylai'r corff GIG Cymru hefyd gwblhau'r adran sy'n ymwneud ag ysbytai'r GIG y mae'r claf wedi mynd iddynt o ganlyniad i'r torri dyletswydd. Os priodolir Ffioedd y GIG, bydd Tystysgrif Ffioedd y GIG yn cael ei chyhoeddi. Mae'r ffioedd hyn yn daladwy gan y corff GIG Cymru yn ychwanegol at yr iawndal, oni bai eu bod yn cael eu hadolygu neu eu herio'n llwyddiannus mewn amgylchiadau lle maent wedi'u priodoli'n anghywir, e.e. oherwydd y byddai'r driniaeth ysbyty wedi bod yn angenrheidiol beth bynnag neu oherwydd y byddai'r digolledwr wedi ei darparu.

Atodiad i'r Adran Gwneud Iawn

Atebolrwydd Cymwys – esboniad

332. Dim ond os oes atebolrwydd cymwys profedig mewn camwedd y gellir ystyried gwneud iawn. Mae atebolrwydd cymwys yn cael ei ystyried gan gyfeirio at brawf tri cham.

1. Bod gan y Corff GIG Cymru ddyletswydd gofal i'r claf
2. Bod torri'r ddyletswydd honno wedi digwydd
3. Bod torri'r ddyletswydd wedi achosi anaf personol neu golled

333. Mewn amgylchiadau lle mae atebolrwydd cymwys wedi'i sefydlu (h.y., pan fo torri dyletswydd gofal a achosodd anaf personol neu golled), mae gan y claf hawl i ddigollediad i adlewyrchu'r gwahaniaeth rhwng (i) y cyflwr y byddai wedi bod ynddo pe bai safon y driniaeth a gafodd wedi bod o safon dderbyniol a (ii) ei gyflwr gwirioneddol.

334. Dim ond pan fydd y profion hyn yn cael eu bodloni y dylid ystyried taliad digollediad. Dylid gwneud hyn yn glir iawn i gleifion a'u cynrychiolwyr gan fod pobl yn aml yn credu mai dim ond gofal gwael sydd ei angen er mwyn bodloni'r prawf esgeuluster ac er mwyn bod hawl i ddiogollediad. Fodd bynnag, mae'n wir bod angen i'r person hefyd fod wedi dioddef niwed o ganlyniad (a elwir yn “achosiaeth niwed”). Gall pennu achosiaeth fod yn anodd iawn, yn enwedig os oedd y claf yn sâl iawn beth bynnag, neu efallai ei fod wedi disgwyl rhywfaint o boen neu gymhlethdodau yn ystod ei gyfnod adferiad o ganlyniad i driniaeth.

Dyletswydd Gofal

335. Mewn hawliad esgeuluster clinigol, mae dyletswydd gofal fel arfer yn cael ei sefydlu bob amser.

Safon Gofal: Torri Dyletswydd

336. Mae prawf cyfreithiol i benderfynu a yw clinigydd wedi bod yn esgeulus ai peidio. Gelwir hyn yn “Brawf Bolam” ac mae'n deillio o achos adnabyddus ***Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957]***. Cafodd cwmpas y prawf ei gyfyngu wedi hynny yn dilyn achos diweddarach ***Bolitho v City & Hackney Health Authority [1998]***.

337. Y Prawf Cyfreithiol:

Mae clinigydd wedi bod yn esgeulus os nad yw wedi dilyn arfer a ystyriwyd yn dderbyniol gan gorff cyfrifol o farn feddygol. Nid oes angen i'r corff cyfrifol hwnnw fod yn gorff mwyafrifol. Rhaid i'r clinigydd wedyn weithredu yn unol â'r arfer i safon i'w disgwyl gan glinigydd rhesymol gymwys. Os yw'r clinigydd yn

credu ei fod yn arbennig o gymwys mewn unrhyw faes penodol, yna'r safon yw arbenigwr rhesymol gymwys.

- 338.** Felly, mae'n amddiffyniad i honiad o esgeuluster os gall y Corff GIG Cymru brofi y byddai corff rhesymol a chyfrifol o ymarferwyr ag enw da yn y maes perthnasol wedi cynnal yr ymchwiliadau a'r driniaeth yn yr un modd â'r clinigydd.
- 339.** Mae'r safon a nodir yn Bolam yn un wrthrychol ac felly mae'n bwysig cofio bod safon y gofal wedi'i theilwra i'r dasg a wneir ac nid lefel profiad y clinigydd unigol.
- 340.** Mae'r prawf Bolitho yn egluro bod rhaid i farn a ddelir gan gorff cyfrifol fod allu gwrthsefyll dadansoddiad rhesymegol.
- 341.** Ers hynny, mae **Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015]** wedi addasu'r prawf ar gyfer torri dyletswydd mewn perthynas ag achosion sy'n ymwneud â chydsyniad ac mae hyn yn cael ei drafod yn fanylach isod. Gelwir hyn yn aml yn brawf Montgomery.

Ymchwilio i Dorri Dyletswydd

342. Bydd cwmplas yr ymchwiliad yn dibynnu i raddau helaeth ar y math o achos/honiadau. Fodd bynnag, mae sawl cam i'w cymryd wrth ymchwilio:

- Nodi'r methiannau honedig yn y gofal/driniaeth;
- Nodi a chael gafael ar ddogfennaeth berthnasol (e.e. cofnodion meddygol, radioleg, polisïau, unrhyw ddogfennaeth digwyddiadau)
- Nodi pwy oedd yn rhan o'r gofal/driniaeth;
- Gofyn am gyfrif ffeithiol gan y clinigydd/clinigwyr sy'n ymwneud â'r gofal/driniaeth a'u sylwadau ar y pryderon penodol a godwyd a'r honiadau o esgeuluster;
- Gofyn am drosolwg gan yr Arweinydd Clinigol (os yw'n briodol);
- Lle bo angen, cael tystiolaeth arbenigol annibynnol ar dorri dyletswydd.
- Wrth gael y cyfrifon ffeithiol gan glinigydd mae'n bwysig ystyried safon y gofal ar adeg yr esgeuluster honedig (h.y. nid y safon gyfredol), a yw ei gyfrif ffeithiol yn ddigon manwl, a yw'n cael ei ategu gan y cofnodion meddygol ac a oes angen mewnbwn ychwanegol gan glinigwyr eraill.

Safon a Baich Profi

Y safon profi mewn achosion o esgeuluster meddygol yw "yn ôl pwysau tebygolrwydd" (h.y. 51% yn debygol). Baich yr Hawlydd yw profi, 'yn ôl pwysau tebygolrwydd' bod gofal y Diffynnydd wedi disgyn islaw'r safon resymol a derbynol.

Achosiaeth

343. Os na chafodd y claf anaf o ganlyniad i'r torri dyletswydd, nid oes atebolrwydd cymwys. Rhaid bod cyswllt achosol rhwng y torri dyletswydd a'r niwed y cwynwyd amdano gan y claf. Ymchwiliad esboniadol yw hwn yn y bôn: sut, mewn gwirionedd, y digwyddodd y niwed? Mae'r cwestiwn fel arfer yn cael ei drin gan y prawf "heblaw am". Y rheol gyffredinol yw, os na fyddai'r niwed i'r claf wedi digwydd "heblaw am" yr esgeuluster, yna yr esgeuluster yw achos y niwed. Pe bai'r niwed wedi digwydd beth bynnag, nid yr esgeuluster yw achos y niwed. Mae hwn yn esboniad byr a sylfaenol o rai o'r prif gyfraith achosion yn y maes hwn ac ni ddylid dibynnu arno fel cyfrif cyflawn o'r gyfraith nac yn lle cyngor cyfreithiol. Gellir gofyn am gyngor cyfreithiol gan y Gwasanaethau Cyfreithiol a Risg.

Prawf Achosiaeth Amgen - Cyfraniad Perthnasol

344. Lle nad yw'n bosibl dod i gasgliad ynghylch y tebygolrwydd na fyddai'r anaf wedi digwydd oni bai am y torri dyletswydd, gellir ystyried cyfraniad perthnasol mewn rhai amgylchiadau.

345. Sefydlodd achos ***Bailey v Ministry of Defence [2008]*** mewn rhai amgylchiadau, lle na all gwyddor feddygol sefydlu'r tebygolrwydd na fyddai'r anaf wedi digwydd "heblaw am" weithred o esgeuluster, ond ei bod yn bosibl sefydlu bod cyfraniad yr achos esgeulus yn fwy na dibwys, mae'r prawf "heblaw am" yn cael ei addasu. Mae hyn yn codi mewn amgylchiadau lle mae mwy nag un achos posibl yr anaf, esgeulus a heb fod yn esgeulus, a all godi gyda'i gilydd. Yn yr achosion hynny, os gall y claf sefydlu bod y torri dyletswydd wedi gwneud mwy na gwahaniaeth dibwys i ganlyniad y claf, bydd yr hawliad yn llwyddo.

346. Nid yw bob amser yn hawdd asesu cyfraniad perthnasol, ac efallai y bydd angen gofyn am gyngor gan y Gwasanaethau Cyfreithiol a Risg.

Ymchwilio i Achosiaeth

347. Bydd angen sefydlu sut mae'r torri dyletswydd wedi effeithio ar y claf. Ymhlith y cwestiynau allweddol i'w gofyn mae:

- Achosiaeth ffeithiol - a yw'r golled y mae'r hawlydd yn ceisio iawndal amdani yn ganlyniad i weithred neu hepgoriad y diffynnydd? Pa gyfres o ddigwyddiadau fyddai wedi digwydd pe na bai'r torri dyletswydd wedi digwydd? Mae hyn er mwyn cael dealltwriaeth ffeithiol o'r camau a'r amserlen a fyddai wedi digwydd heblaw am y torri dyletswydd.
- Achosiaeth meddygol/anafiadau - yn ôl pwysau tebygolrwydd, pa wahaniaeth a achosodd y torri dyletswydd yn feddygol i'r claf? Dylid ymchwilio i hyn drwy ofyn am sylwadau mewnol gan y clinigwyr perthnasol ac, mewn rhai achosion, byddai angen cyfarwyddo arbenigwr annibynnol ar y cyd â'r achwynydd.

Dylai Cyrff GIG Cymru ystyried nid yn unig y canlyniadau tymor hwy, ond hefyd yr effaith tymor byr ar y claf. Er enghraifft, mewn pryder sy'n ymwneud ag oedi wrth roi diagnosis o dorasgwrn, er efallai na fu unrhyw effaith ar y driniaeth a'r prognosis i'r claf, gellir sefydlu achosiaeth am gyfnod byr o boen neu symptomau diangen.

Pryderon sy'n ymwneud â chydysyniad

348. Gellir codi pryderon mewn perthynas â'r broses gydsynio. Mae'r prawf cyfreithiol o dorri dyletswydd a gymhwysir i honiadau a wnaed mewn perthynas â chydysyniad wedi'i nodi yn achos *Montgomery*.

Torri Dyletswydd (cydsyniad)

349. Yr achos allweddol yn y maes hwn yw *Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015]* UKSC 11.

350. Penderfynwyd, er mwyn sicrhau bod y weithdrefn gydsynio yn cael ei chwblhau'n gywir, bod dyletswydd ar glinigydd i gymryd gofal rhesymol i sicrhau bod claf yn ymwybodol o unrhyw risgiau perthnasol sy'n gysylltiedig ag unrhyw driniaeth a argymhellir ac o unrhyw driniaethau amgen neu amrywiadol rhesymol, gan gynnwys dim triniaeth o gwbl.

351. O ran triniaethau amgen, nid yw rhwymedigaeth y clinigydd yn ymestyn i gyfathrebu'r holl driniaethau amgen posibl, ond yn hytrach dim ond y rhai y mae'r clinigydd yn eu hystyried yn rhesymol. Wrth farnu beth sy'n rhesymol, dylid defnyddio egwyddorion y prawf Bolam. (*McCulloch v Forth Valley Health Board [2023]* UKSC 26).

Risg Berthnasol

352. Mae'r prawf perthnasedd yn seiliedig ar a fyddai person rhesymol yn amgylchiadau'r claf hwnnw yn debygol o briodoli arwyddocâd i'r risg, neu a yw'r clinigydd yn ymwybodol, neu a ddylai'n rhesymol fod yn ymwybodol, y byddai'r claf penodol hwnnw'n debygol o briodoli arwyddocâd i'r risg.

353. Nid yw'r Llysoedd wedi gosod ffigur canrannol ar yr hyn a fyddai'n pennu'r asesiad ynghylch a yw risg yn berthnasol ai peidio. Mae'n bwysig bod clinigwyr yn trafod gyda'u cleifion i benderfynu beth sy'n debygol o gael ei ystyried fel risg berthnasol iddynt yn eu hachos unigol. Y nod yw sicrhau bod y claf yn deall difrifoldeb ei gyflwr, a manteision a risgiau disgwylid y driniaeth arfaethedig ac unrhyw ddewisiadau amgen rhesymol, fel bod y claf wedyn mewn sefyllfa i wneud penderfyniad gwybodus (paragraff 90 o ddyfarniad *Montgomery*).

354. Felly, rhaid asesu torri dyletswydd mewn perthynas â chydysyniad ar egwyddor Montgomery, yn hytrach na'r prawf a nodir yn Bolam. A yw clinigydd wedi cymryd gofal rhesymol i sicrhau bod y claf yn ymwybodol o unrhyw risgiau perthnasol sy'n gysylltiedig ag unrhyw driniaeth a argymhellir ac o unrhyw driniaethau amgen neu amrywiadol rhesymol, gan gynnwys dim triniaeth o gwbl? Os mai na yw'r ateb, bydd torri dyletswydd yn cael ei sefydlu.

Achosiaeth (cydsyniad)

355. Pan sefydlir torri dyletswydd, mae'r cyfrifoldeb wedyn ar y claf/achwynydd i brofi y byddent, yn ôl pwysau tebygolrwydd, wedi gwneud penderfyniad gwahanol a fyddai wedi osgoi neu newid yr anaf mewn ffordd berthnasol. Er enghraifft, yn Montgomery, profodd y claf y byddai wedi dewis toriad Cesaraidd pe bai wedi cael ei gwneud yn ymwybodol o'r risgiau dystocia ysgwydd a chael yr opsiwn. Efallai y bydd angen gofyn am ddatganiad gan y claf/achwynydd.

356. Mae'n bwysig adolygu cofnodion y claf yn fanwl i gynorthwyo'r corff GIG Cymru i benderfynu a ellir sefydlu achosiaeth. Os yw claf wedi bod yn dioddef o symptomau parhaus ac wedi disbyddu'r holl driniaethau eraill sydd ar gael iddo, pa mor debygol yw y byddai wedi bwrw ymlaen â'r driniaeth dan sylw hyd yn oed pe bai cydsyniad ar sail gwybodaeth wedi'i ddarparu?

357. Os bydd angen canllawiau pellach mewn perthynas â'r profion cyfreithiol ar gyfer atebolrwydd cymwys, dylid gofyn am gyngor gan y Gwasanaethau Cyfreithiol a Risg.

Gwneud iawn pan ddarperir gofal gan ddarparwyr GIG Lloegr, yr Alban neu Ogledd Iwerddon

358. Mae Rhan 7 o'r Prif Reoliadau yn creu'r broses y dylai cyrff GIG Cymru ei dilyn pan fo pryder yn cael ei godi am ofal a ddarperir y tu allan i Gymru o dan drefniadau a gomisiynwyd—yn benodol yn Lloegr, yr Alban neu Ogledd Iwerddon. Mae'n integreiddio egwyddorion tegwch, dyletswyddau statudol, camau ymarferol, trefniadau diogelu cytundebol, a gofynion dysgu/sicrwydd.

359. Pan wneir trefniadau comisiynu gyda Gogledd Iwerddon, yr Alban, Lloegr, darparwyr preifat, byddai'n arfer da cynnwys cyfrifoldeb i fodloni gofynion y Prif Reoliadau yn y trefniadau cytundebol.

Egwyddor Graidd Tegwch

360. Pan fo un o gyrff GIG Cymru yn comisiynu gwasanaethau gan ddarparwr GIG Lloegr ar gyfer trigolion Cymru, mae proses cwynion, digwyddiadau ac iawn Cymru yn berthnasol fel pe bai'r gofal wedi'i ddarparu yng Nghymru. Mae hyn yn sicrhau cydraddoldeb mynediad at iawn a chysondeb ar draws ffin Cymru a Lloegr. Mae Rhan 7 o'r Rheoliadau yn darparu'r mecanwaith ar gyfer

hysbysiadau, ymchwilio ac iawn trawsffiniol.

Y Cyd-destun Cyfreithiol Ledled y DU

361. Mae Cymru a Lloegr yn rhannu fframwaith cyfraith gyffredin y gyfraith gamweddau sy'n cyd-fynd ar y cyfan. O dan Ran 7, pan fydd un o gyrff GIG Lloegr sy'n rheoli gofal o dan drefniadau gydag un o gyrff GIG Cymru yn derbyn pryder sy'n honni niwed, rhaid iddo ystyried a all atebolwydd cymwys mewn camwedd (QLIT) fodoli a hysbysu'r corff GIG Cymru gyda chofnodion, barn arbenigol a'i resymeg.

A dylai ddarparu'r canlynol:

- copi o'r ymateb i unrhyw bryder a ddarperir yn unol â gweithdrefn gwyno berthnasol
- copi o unrhyw gofnodion meddygol perthnasol;
- copi o unrhyw farn arbenigol a gafwyd yn ystod ymchwiliad i bryder;
- adroddiad ysgrifenedig o pam ei fod yn credu bod atebolwydd cymwys neu y gallai fod atebolwydd cymwys;
- y dyddiad y cafodd y pryder; ac
- unrhyw wybodaeth neu gymorth arall y gallai'r corff GIG Cymru fod eu hangen yn rhesymol.

362. Yna mae cyrff GIG Cymru yn penderfynu a oes Atebolwydd Cymwys mewn Camwedd (QLIT) yn bodoli ac a ddylid gwneud cynnig o iawn (gweler y broses penderfynu iawn).

363. Disgwylir cydweithio â NHS Resolution a'r darparwr yn Lloegr i sefydlu ffeithiau ac, lle bo'n briodol, cytuno ar iawn.

Atebolwydd cymwys yn yr Alban a Gogledd Iwerddon

364. Oherwydd y gwahaniaeth ym mhwerau cyfreithiol Gweinidogion Cymru, nid yw'r Prif Reoliadau (fel y'u diwygiwyd) yn gosod dyletswyddau statudol uniongyrchol ar gyrff y GIG yn yr Alban na Gogledd Iwerddon i ystyried a oes atebolwydd cymwys mewn camwedd mewn perthynas â gwasanaethau y maent wedi'u darparu o dan drefniadau gydag un o gyrff GIG Cymru.

365. Yn unol â hynny, pan fo un o gyrff GIG Cymru yn ymrwmo i drefniadau comisiynu gyda chorff GIG yn yr Alban neu Ogledd Iwerddon ar gyfer darparu gwasanaethau i gleifion Cymru, rhaid i'r corff GIG Cymru sicrhau bod y contract comisiynu yn cynnwys darpariaethau sy'n ei gwneud yn ofynnol i'r corff GIG yr Alban neu'r corff GIG Gogledd Iwerddon:

- Ystyried, pan fydd yn derbyn pryder yn ymwneud â gwasanaethau a ddarperir o dan y trefniadau hynny a'i drin o dan ei weithdrefn gwyno leol, a oes neu a allai fod atebolwydd cymwys;

- ac os yw'n barnu bod atebolrwydd cymwys o'r fath yn bodoli neu y gallai fodoli, hysbysu'r mater a'i gyfeirio at gorff comisiynu GIG Cymru i ymdrin ag ef yn unol â rheoliad 38 a gweddill Rhan 7 o'r prif reoliadau.

366. Rhaid i'r contract comisiynu hefyd ei gwneud yn ofynnol i'r darparwr yn yr Alban neu Ogledd Iwerddon ddarparu'r un wybodaeth i gorff GIG Cymru y byddai'n ofynnol i gorff GIG Lloegr ei darparu o dan reoliad 36 o'r Prif Reoliadau.

367. Yng sgil y gwahaniaethau rhwng systemau cyfreithiol Cymru, yr Alban a Gogledd Iwerddon, mae trefniadau polisi yn darparu y bydd unrhyw gais llwyddiannus am iawn sy'n ymwneud â gwasanaethau a gomisiynwyd gan gorff GIG yr Alban neu Ogledd Iwerddon yn cael ei ariannu gan y corff GIG Cymru sy'n comisiynu. Mae hyn yn cynnwys talu digollediad a chostau cyfreithiol cysylltiedig. Felly, bydd unrhyw ildiad a lofnodwyd gan y person o dan reoliad 48(e) yn ymwneud ag atebolrwydd y corff GIG Cymru.

Camau sy'n ofynnol o dan Reoliad 38 (fel y'i diwygiwyd)

368. Mae rheoliad 38 yn rhagnodi'r camau y mae'n rhaid i un o gyrff GIG Cymru eu cymryd pan fydd yn derbyn hysbysiad gan un o gyrff GIG yr Alban neu Ogledd Iwerddon bod atebolrwydd cymwys, neu y gallai fod atebolrwydd cymwys, mewn camwedd mewn perthynas â gwasanaethau a gomisiynwyd.

369. Ar ôl derbyn hysbysiad o'r fath, rhaid i'r corff GIG Cymru gydnabod derbyn yr hysbysiad o fewn pum diwrnod gwaith; ac o fewn pum diwrnod gwaith ar ôl ei dderbyn, hysbysu'r person a gododd y pryder bod y mater wedi'i drosglwyddo i'r corff GIG Cymru i ystyried a oes atebolrwydd cymwys yn bodoli. O'r pwynt hwnnw ymlaen, rhaid i'r corff GIG Cymru fwrw ymlaen yn unol â darpariaethau perthnasol Rhan 7 o'r Prif Reoliadau (fel y'u diwygiwyd).

370. Mae'r camau gweithdrefnol sy'n berthnasol i ymchwiliadau sy'n ymwneud â chyrrff GIG Lloegr yn berthnasol yn fras yn yr un modd, yn amodol ar addasiadau angenrheidiol i gyfeiriadau. Fodd bynnag, nid yw'r mecanweithiau cydweithredu rheoliadol sy'n berthnasol rhwng cyrrff GIG Cymru a Lloegr yn berthnasol mewn perthynas â chyrrff GIG yr Alban neu Ogledd Iwerddon.

Camau gweithredu pan godir Pryder Trawsffiniol

371. Cydnabod o fewn 5 diwrnod gwaith a chofnodi'r pryder mewn systemau lleol.

Cadarnhau'r awdurdodaeth a'r llwybr comisiynu (Lloegr, yr Alban, Gogledd Iwerddon).

372. Ceisio cydsyniad a gofyn am gofnodion/allbynnau ymchwilio gan y darparwr; ar gyfer darparwyr yn Lloegr, gofynnwch am eu hasesiad o QLIT posibl.

- 373.** Ymgysylltu'n gynnar ag NHS Resolution ar gyfer achosion yn Lloegr lle honnir niwed a gallai QLIT fodoli. Sicrhau trafodaethau gweithredol gyda thimau Cyfreithiol a Risg Partneriaeth Cydwasanaethau GIG Cymru drwy gydol y broses hon.
- 374.** Ymchwilio yn unol ag egwyddorion Rheoliad 23: cymesur, amserol, tryloyw; cynnwys y person sy'n codi'r pryder.
- 375.** Asesu a oes QLIT ai peidio ac a ddylid cynnig gwneud iawn ai peidio.
- 376.** Cyhoeddi adroddiadau interim/ymchwilio o fewn amserlenni cymwys a chyfathrebu canlyniadau'n glir.
- 377.** Mae rheoliad 40(2) yn darparu bod yr amserlen arferol ar gyfer adroddiad interim o dan Ran 7 o fewn 50 diwrnod gwaith yn dechrau â'r diwrnod y cafwyd hysbysiad o bryder, ac os nad yw hynny'n bosibl o fewn 120 diwrnod gwaith, ac mae rheoliad 40(5) yn ei gwneud yn ofynnol i adroddiad yr ymchwiliad gael ei ddarparu cyn gynted ag y bo'n rhesymol ymarferol a heb fod yn hwyrach na 120 diwrnod gwaith.
- 378.** Gweithredu camau dysgu, monitro a chau gyda sicrwydd.
- 379.** Cynnal adolygiadau ôl-achos; rhannu dysgu â byrddau clinigol a thimau comisiynu; cynnwys metrigau trawsffiniol yn yr adroddiad blynyddol (Rheoliad 51) a sicrhau goruchwyliaeth gan y person a ddynodwyd o dan Rheoliad 6.

Cyfathrebu Canlyniadau Ymchwiliadau a Phenderfyniadau Gwneud iawn

- 380.** Wrth gyfathrebu canlyniad ymchwiliad neu benderfyniad ar Wneud iawn, rhaid i'r person sy'n ei dderbyn deimlo ei fod yn cael ei glywed, ei barchu a'i gefnogi, tra'n gadael gyda dealltwriaeth glir o'r hyn a benderfynwyd, pam y penderfynwyd hynny, a beth sy'n digwydd nesaf. Dylid cynnal y cynnig gweithredol o eiriolaeth drwy gydol y broses gyfan a chyfeirio i wasanaethau cymorth a allai fod o gymorth i'r person sy'n hysbysu'r pryder, yn enwedig pan fo trallod yn amlwg.
- 381.** Mae cyflawni'r cydbwysedd hwn yn gofyn am dri pheth sy'n gweithio gyda'i gilydd:
- Tôn dosturiol a defnydd o iaith glir
 - cadw at y Prif Reoliadau, a
 - cysoni â disgwyliadau'r Ombwdsmon ar gyfer tegwch, rhymedi, a chyfathrebu hygyrch

Cyfathrebu Canlyniad Ymchwiliadau i Bryderon

- 382.** Dechreuwch drwy gydnabod profiad y person a'r ymdrech a gymerodd i godi ei bryder. Mae hwn yn ddisgwyliad rheoliadol o dan reoliad 3(1)(d) ac (e), sy'n ei gwneud yn ofynnol bod pobl sy'n codi pryderon yn cael eu trin â pharch a chwarteisi a bod eu disgwyliadau yn cael eu sefydlu.
- 383.** Nodwch, yn eu termau eu hunain, yr hyn a ddywedasant wrthy ch a'r hyn oedd bwysicaf iddynt. Mae hyn yn dangos eich bod wedi gwrandao a deall, sy'n hanfodol ar gyfer ymddiriedaeth ac sy'n cyd-fynd â safonau gwasanaeth Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru ar gyfer cyfathrebu parchus.
- 384.** Nesaf, esboniwch yr hyn wnaethoch chi. Disgrifiwch gwmpas eich adolygiad mewn iaith glir, bob dydd: pa gofnodion wnaethoch chi eu hadolygu, gyda phwy wnaethoch chi siarad, a pha safonau a gymhwyswyd gennych. Osgowch ymadroddion amddiffynnol neu jargon cyfreithiol.
- 385.** Mae rheoliad 3(1) (ga) yn ei gwneud yn ofynnol bod cyfathrebu yn cael ei ddarparu mewn modd y gall y person ei ddeall, gydag esboniadau o dermau cyfreithiol neu feddygol lle bo angen. Mae canllawiau Cymdeithas y Cyfreithwyr ac arfer gorau iaith glir yn pwysleisio brawddegau byr, geiriau cyfarwydd, ac esbonio unrhyw dermau cyfreithiol neu glinigol angenrheidiol y tro cyntaf iddynt ymddangos. Os na ellir osgoi term technegol, diffiniwch ef mewn geiriau clir.
- 386.** Nid yw hyn yn ymwneud â gor-symleiddio; mae'n ymwneud â gwneud y neges yn hawdd i'w deall y tro cyntaf iddi gael ei darllen, sy'n adeiladu ymddiriedaeth, yn lleihau pryder ac yn atal uwchgyfeirio.
- 387.** Cyflwynwch eich canfyddiadau'n ffeithiol a heb amwysedd ond byddwch yn ymwybodol o effaith y datganiadau ffeithiol hyn pan mae'n ymwneud â dioddefaint neu farwolaeth person. Ar gyfer pob mater a godwyd, nodwch ganfyddiadau'r ymchwiliad a'r rhesymau dros bob penderfyniad a wnaed.
- 388.** Mae amseroldeb yn hanfodol. Mae rheoliad 22(1) yn ei gwneud yn ofynnol cydnabod o fewn pum diwrnod gwaith, ac mae rheoliad 24(3) yn ei gwneud yn ofynnol i'r ymateb llawn gael ei anfon o fewn 30 diwrnod gwaith.
- 389.** Mae rheoliad 24(1)(a)–(f) yn ei gwneud yn ofynnol bod yr ymateb ysgrifenedig yn crynhoi'r materion, yn disgrifio'r ymchwiliad, yn cynnwys barn a chofnodion arbenigol perthnasol, ac yn nodi unrhyw gamau gweithredu i'w cymryd. Os oedd gofal yn methu cyrraedd y safonau disgwyliedig, dywedwch hynny'n glir a chyhoeddi ymddiheuriad diamheuol. Monitwch yn ofalus yr effaith y mae'r datganiadau hyn yn ei chael ar yr unigolyn, yn enwedig os ydych yn bwydo'n ôl drwy gyfathrebu personol.
- 390.** Os nad yw'n bosibl darparu ymateb llawn o fewn 30 diwrnod gwaith, rhaid i chi esbonio pam a darparu dyddiad diwygiedig realistig, gan roi'r wybodaeth

ddiweddaraf i'r person. Os yw amgylchiadau eithriadol yn golygu na ellir bodloni hyd yn oed y terfyn allanol 6 mis yn rheoliad 24(4)– (5), rhaid i chi roi rhesymau a dyddiad disgwyliedig newydd. Mae'r rhain yn ofynion cyfreithiol.

- 391.** Os yw corff cyfrifol yn methu dyddiad cau y cytunwyd arno, gall hyn effeithio'n negyddol ar gywirdeb y cynrychiolydd unigol a ffydd yn y sefydliad yn cyflawni eu dyletswyddau cyfreithiol yn agored ac yn dryloyw. Gall hyn arwain at uwchgyfeirio a chanfyddiadau o anonestrwydd a chadw neu guddio'r gwir.
- 392.** Pan fo niwed wedi bod yn gymedrol, yn ddifrifol neu wedi achosi marwolaeth ac yn gysylltiedig â'r gofal neu'r driniaeth a ddarparwyd, gall y Ddyletswydd Gonestrwydd fod yn berthnasol. Rhaid i chi gadarnhau yn eich cyfathrebiad canlyniadau bod camau gonest wedi'u cymryd pan gododd y ddyletswydd a darparu adroddiad dilynol ysgrifenedig o fewn pum diwrnod gwaith, gan gynnwys ymddiheuriad ac amlinelliad o'r camau nesaf. Weithiau cyflawnir hyn ar ddiwedd y drafodaeth wrando neu yn fuan wedyn ar ôl i'r ffeithiau gael eu gwirio. Os yw'r Ddyletswydd Gonestrwydd o dan adran 3 o Ddeddf 2020 yn gymwys a bod hysbysiad wedi'i roi o dan reoliadau 4(1) a 5(1) o Reoliadau 2023, nid oes angen i'r corff cyfrifol anfon yr hysbysiad o bryder at y claf neu ei gynrychiolydd.
- 393.** Gorffennwch drwy wahodd trafodaeth bellach. Cynigiwch gyfarfod yn bersonol, drwy fideo, neu dros y ffôn i drafod y canlyniad (rheoliad 24).
- 394.** Mae cyrff cyfrifol yn gyfrifol am ailasesu'r angen am a darparu manylion cymorth eiriolaeth drwy Llais ac egluro'r hawl i gysylltu ag Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru os ydynt yn parhau i fod yn anfodlon.
- 395.** Peidiwch â dirwyn y sgwrs i ben; yn hytrach, dylech greu llwybr diogel ar gyfer cwestiynau wrth fod yn glir am derfynau amser ffurfiol. Mae'r dull hwn yn gyson â rheoliad 24(1)(g)–(h) a safonau Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru ar gyfer bod yn agored a hygyrchedd.

Cyfathrebu Cynnig Gwneud Iawn

- 396.** Pan fyddwch yn cyfathrebu penderfyniad Gwneud Iawn, mae'r un egwyddorion yn yr adran uchod yn berthnasol.
- 397.** Dechreuwch drwy gydnabod profiad y person a chrynhai, yn eu termau eu hunain, yr hyn a ddywedasant wrthyhych oedd bwysicaf iddynt. Yna esboniwch, mewn iaith glir, ganfyddiadau eich ymchwiliad a'r rhesymeg y tu ôl i'ch penderfyniad.
- 398.** Mae rheoliad 26 yn ei gwneud yn ofynnol, pan fo atebolrwydd cymwys yn bodoli neu a allai fodoli, eich bod yn darparu adroddiad interim sy'n esbonio pam, yn amgáu cofnodion perthnasol, ac yn amlinellu'r weithdrefn ar gyfer penderfynu atebolrwydd a gwneud cynnig. Rhaid i chi hefyd gadarnhau mynediad at gyngor

cyfreithiol ac eiriolaeth am ddim a chynnig trafodaeth bersonol gyda'r swyddog cyfrifol. Fodd bynnag, mae'n hanfodol bod yr adroddiad interim hwn yn canolbwyntio ar ganlyniad yr ymchwiliad fel y soniwyd uchod, gan ganolbwyntio ar y pryderon a godwyd gan y person a'i fod wedi'i ysgrifennu mewn modd sensitif, tosturiol a chlr.

- 399.** Mae llythyrau gor-gyfreithiol sy'n cynnwys paragraffau o esboniadau cyfreithiol cymhleth yn cael eu crybwyll gan y bobl sydd wedi cael eu niweidio fel rhai sy'n achosi niwed seicolegol iddynt. Gall canlyniadau anfwriadol hyn olygu bod pobl yn gweld hyn fel rhywbeth brawychus neu fygythiol pan fyddant wedi codi pryderon syml am eu gofal. Rhaid cymryd gofal i sicrhau bod y wybodaeth yn cael ei chyfleu mewn iaith hygyrch ac yn cael ei hegluro'n glir. Rhaid i'r swyddog cyfrifol ar gyfer pob corff cyfrifol sicrhau bod iaith hygyrch ac esboniadau clir bob amser yn cael eu defnyddio gan y sefydliad.
- 400.** Os nad ydych yn gwneud cynnig, dywedwch hynny'n glir ac esboniwch pam, yn seiliedig ar y ffeithiau a'r safonau a gymhwyswyd. Mae rheoliad 33 yn ei gwneud yn ofynnol bod y penderfyniad hwn, p'un ai i gynnig neu beidio, yn cael ei gyfathrebu o fewn 120 diwrnod gwaith i'r pryder gael ei hysbysu, neu cyn gynted ag y bo'n ymarferol gyda rhesymau os oes amgylchiadau eithriadol yn berthnasol.
- 401.** Gwnewch yn glir, mewn geiriau clir, bod y cyfyngiad yn cael ei oedi yn ystod y cyfnod hwn ond bydd yn ailgychwyn naill ai unwaith y bydd unrhyw gynnig wedi'i dderbyn neu ei wrthod, neu ar ôl naw mis os na dderbynnir ymateb, neu os nad oes cynnig yn cael ei wneud, naw mis o'r dyddiad y cyfathrebwyd y penderfyniad i beidio â gwneud cynnig (Rheoliad 30). Os derbynnir cynnig, eglurwch y bydd setliad drwy gytundeb ffurfiol a bydd yn cynnwys ildiad cyfreithiol o'r hawl i ddwyn achos llys ar gyfer yr un mater cymwys (Rheoliad 33(e)). Pan fo'r person yn blentyn neu heb alluedd, esboniwch fod angen cymeradwyaeth y llys ac y bydd y GIG yn talu'r costau cyfreithiol rhesymol o gael y gymeradwyaeth honno (Rheoliad 33(dd)–(e)).
- 402.** Drwy gydol y cyfan, cynhaliwch dôn agored, gefnogol. Ailgynigiwch eiriolaeth drwy Llais a chadarnhau mynediad at gyngor cyfreithiol annibynnol am ddim fel sy'n ofynnol gan reoliad 32.
- 403.** Rhowch enw a manylion cyswllt person a fydd yn cadw mewn cysylltiad ac yn ateb cwestiynau. Gwahoddwch y person i gwrdd â chi a'i deulu neu gefnogwyr i siarad am y penderfyniad a'r camau nesaf. Mae'r drafodaeth barhaus hon yn rhan o gydymffurfio â gonestrwydd ac mae'n cyd-fynd â safonau Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru ar gyfer cyfathrebu parchus ac urddasol.
- 404.** P'un a ydych yn cyfathrebu canlyniad ymchwiliad neu benderfyniad Gwneud lawn, mae'r egwyddorion yr un peth: byddwch yn dosturiol, byddwch yn glir, a byddwch yn gydymffurfiol. Cydnabyddwch brofiad y person, esboniwch beth

wnaethoch chi a pham, ymddiheurwch lle na chafodd safonau eu cyrraedd, a nodwch beth fydd yn newid.

- 405.** Defnyddiwch iaith glir, osgoi jargon, a diffinio unrhyw dermau technegol angenrheidiol. Bodlonwch yr amserlenni statudol, cynnig eiriolaeth a chyngor cyfreithiol, a rhoi'r wybodaeth ddiweddaraf i'r person.
- 406.** Mae'r rhain yn ddyletswyddau cyfreithiol o dan y Prif Reoliadau (fel y'u diwygiwyd), wedi'u hatgyfnerthu gan y Ddyletswydd Gonestrwydd ac egwyddorion rhwymedi Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru. Wedi'i wneud yn dda, mae'r dull hwn yn lleihau'r risg o uwchgyfeirio, yn cryfhau ymddiriedaeth, ac yn dangos ymrwymiad y GIG i fod yn agored, tegwch a dysgu.

Pryderon am ofal oedolion mewn perygl

- 407.** Mae'r ethos o roi'r person wrth wraidd y broses hon o wrando a gweithredu, ac yna ymchwilio ac adrodd, ac yna dysgu yn allweddol i'r dull i'w fabwysiadu gyda'r rhai sy'n cael eu hystyried mewn perygl ac sydd angen ystyriaeth ofalus ac addasiadau i'r ffordd y mae'r system yn gwrando ar eu pryderon ac yn ymateb iddynt neu bryderon am y rhai yr ystyrir eu bod mewn perygl.
- 408.** Rhaid i gyrrff y GIG asesu ac addasu'r llwybrau mynediad i'r rhai sy'n llai abl i godi pryderon neu sydd heb alluedd neu sy'n agored i niwed yn gorfforol ac yn emosiynol.
- 409.** Rhaid i holl staff GIG Cymru (clinigol ac anghlinigol) mewn cyrrff GIG a allai dderbyn, brysbennu, ymchwilio, cyfathrebu neu uwchgyfeirio pryder sy'n ymwneud â pherson a allai fod yn agored i niwed (oedolyn mewn perygl o dan Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014, neu unrhyw blentyn/person ifanc) fod yn glir ynghylch gwahaniaethau ac ystyriaethau allweddol a'r camau gweithredu y dylent eu cymryd a'u cyfrifoldebau i uwchgyfeirio a rhoi gwybod am bryderon.
- 410.** Os yw'r pryder yn arwydd o niwed uniongyrchol neu barhaus neu os gwneir honiadau yn mynegi pryderon am gam-drin neu niwed, rhaid i'r holl staff mewn byrddau iechyd, Ymddiriedolaethau, practisau Gofal Sylfaenol drin y rhain fel mater diogelu brys. Mae hyn yn golygu gwneud atgyfeiriadau brys i'r awdurdod lleol (oedolion/plant) a'r heddlu lle nodir hynny; rhaid i staff beidio â gadael i'r camau gweithredu "Gwrando ar Bobl" ymyrryd â dyletswyddau neu weithredoedd diogelu statudol.
- 411.** Pan fydd pryderon yn cael eu codi gan berson arall, nad yw'n glaf, sy'n cael ei ystyried mewn perygl, rhaid ystyried y berthynas â'r claf ac a oes gan y claf y

gallu i gydsynio i ryddhau ei wybodaeth gyfrinachol neu a oes budd pennaf gwirioneddol.

- 412.** Os yw ymchwiliad diogelu, ymchwiliad troseddol neu achos ar y gweill neu'n dechrau mewn perthynas â'r mater, rhaid i'r corff cyfrifol gymryd cyngor gan y swyddog heddlu arweiniol neu'r arweinydd Diogelu yn hyb diogelu'r awdurdod lleol ynghylch a ddylid atal ER neu'r ymchwiliad yng ngham 2 cyhyd ag y bo angen ([Gweler yr adran ar Reoliad 24A](#)) er mwyn peidio â thanseilio neu wrthdaro â'r ymchwiliad diogelu neu heddlu.
- 413.** Efallai y bydd angen meddwl a pharatoi yn ofalus ynghylch cyfathrebu a gwrando ac arsylwi gweithredol gyda phobl sydd mewn perygl a chyda'r rhai sydd gyda nhw. Yn ogystal ag asesiad gofalus i ddeall natur y pryder sy'n cael ei godi ac a oes angen gweithredu ar unwaith arno neu ei uwchgyfeirio. Mae trafodaeth ehangach gydag uwch glinigwyr neu arweinwyr yn aml yn ddefnyddiol mewn perthynas â'r pryderon hyn gyda'r nod o ddod i gonsensws ar y camau priodol i'w cymryd.
- 414.** Mae angen cynnig gweithredol eiriolaeth i alluogi'r person i gael ei gefnogi drwy gydol y broses ac i sicrhau ei fod yn gallu cael ei glywed a'i ddeall yn ddigonol ac iddo gael cynnig cyfleoedd i ddeall a chymryd rhan lawn yn y broses.
- 415.** Cynnwys y person/teulu yn ystyrlon, gan gynnwys cynigion personol i drafod cynnydd/canlyniadau.
- 416.** Sicrhau bod staff cymorth y person yn cymryd rhan i helpu i gael y darlun llawn o anghenion a dymuniadau'r person; ystyried yr angen am gyngor meddygol annibynnol.
- 417.** Ar gyfer achosion o niwed cymedrol/difrifol neu farwolaeth, lle mae'r corff cyfrifol wedi penderfynu yn ystod yr ymchwiliad nad oes angen cyngor meddygol annibynnol, rhaid i'r corff cyfrifol gofnodi ei resymau dros y penderfyniad hwnnw.
- 418.** Rhaid i bob corff cyfrifol sicrhau bod polisïau lleol sy'n gweithredu'r canllawiau hyn yn cynnwys:
- Llwybrau atgyfeirio ar unwaith ar gyfer amheuaeth o niwed, cam-drin ac esgeulustod,
 - Rolau diffiniedig a gwneuthurwyr penderfyniadau ar gyfer defnyddio Rheoliad 24(A)
 - Prosesau ar gyfer cofnodi atgyfeiriadau diogelu o fewn systemau Datix/LTP
 - Goruchwylio ac adolygu unrhyw ymchwiliadau wedi'u hatal dros dro yn rheolaidd

Mae'n hanfodol bod pob corff cyfrifol a byrddau diogelu rhanbarthol yn sicrhau gweithrediad cyson o'r prosesau hyn ac yn monitro pob sefydliad sy'n adrodd data i ddarparu'r sicrwydd hwnnw.

Plant a phobl ifanc – codi pryderon ac ymateb iddynt

Cynnal Hawliau a Lles Plant a Phobl ifanc yng Nghyd-destun Pryderon

Egwyddorion Craidd a Hawliau Cyfreithiol

418. Rhaid i les, urddas a hawliau plant a phobl ifanc fod yn ganolog i bob rhyngweithio gofal iechyd, yn enwedig pan fo pryderon yn cael eu codi am eu gofal. Mae hyn yn cynnwys amgylchiadau lle mae digwyddiad diogelwch cleifion wedi digwydd neu lle mae'r Ddyletswydd Gonestrwydd wedi'i hysgogi'n gyfreithiol.

419. Rhaid i weithwyr proffesiynol sicrhau bod plant a phobl ifanc:

- **Yn gwbl wybodus** ac yn cymryd rhan weithredol mewn penderfyniadau am eu gofal, lle mae ganddynt y galluedd a'r awydd i wneud hynny.
- **Yn cael eu cefnogi** i ddeall beth sydd wedi digwydd, pam y digwyddodd, a beth fydd yn digwydd nesaf.
- **Yn cael eu diogelu** rhag niwed pellach drwy arferion cyfathrebu a diogelu sensitif, sy'n briodol i'w hoedran.

420. Mae'r egwyddorion hyn wedi'u hategu gan Gonfensiwn y Cenhedloedd Unedig ar Hawliau'r Plentyn (CCUHP):

- **Erthygl 12:** Hawl i fynegi barn yn rhydd ym mhob mater sy'n effeithio arnynt.
- **Erthygl 13:** Hawl i dderbyn a rhannu gwybodaeth.
- **Erthygl 24:** Hawl i'r safon iechyd uchaf y gellir ei chyrraedd.

Diogelwch Seicolegol ac Effaith Emosiynol

421. Gall plant a phobl ifanc brofi trallod emosiynol sylweddol pan nad yw digwyddiadau yn cael eu hegluro'n glir neu pan fyddant yn teimlo eu bod wedi'u heithrio o drafodaethau. Gall hyn amlygu fel:

- Gorbryder ac ofn oherwydd ansicrwydd.
- Rhwystredigaeth a dicter o deimlo nad oes neb yn gwrandao arnynt.
- Straen meddyliol o bryderon heb eu datrys.

422. Rhaid i weithwyr proffesiynol fynd i'r afael â'r risgiau hyn yn rhagweithiol drwy feithrin cyfathrebu agored, gonest a thosturiol, gan sicrhau bod y plentyn neu'r person ifanc yn teimlo'n ddiogel, yn cael ei barchu a'i ddeall a darparu cymorth drwy eiriolaeth a/neu gyfranogiad rhieni/gwarcheidwaid.

Safonau Cyfathrebu

423. Rhaid i bob cyfathrebu â phlant a phobl ifanc fod:

- Yn agored, tryloyw, a chywir, yn unol â'r Ddyletswydd Gonestrwydd.
- Wedi'i deilwra i oedran, cyfnod datblygiadol, profiad gofal iechyd, a galluedd meddyliol y plentyn.
- Sensitif ac amserol, gan osgoi oedi diangen a allai gynyddu trallod.
- Cynhwysol, gan gynnwys rhieni neu warcheidwaid lle bo hynny'n briodol, a defnyddio eiriolwyr pan fo angen.

424. Lle bo'n bosibl, dylai gweithwyr proffesiynol sydd ag arbenigedd mewn cyfathrebu pediatrig fod yn rhan o'r broses i sicrhau bod trafodaethau'n cael eu cynnal mewn ffordd sy'n lleihau niwed ac yn cynyddu dealltwriaeth i'r eithaf.

Cynnwys Rhieni, Gwarcheidwaid ac Eiriolwyr

425. Hyd yn oed pan ystyrir bod plentyn yn gymwys yn ôl gofynion Gillick neu fod gan berson ifanc alluedd meddyliol, dylid eu hannog i gynnwys eu rhieni neu warcheidwaid mewn trafodaethau sy'n ymwneud â phryderon ynghylch gofal neu driniaeth, oni bai y byddai gwneud hynny'n niweidiol i'w llesiant.

426. Dylai plant a phobl ifanc gael dewis a llais gweithredol yn eu triniaeth a fyddai'n cynnwys lle mae pryderon wedi'u codi am eu gofal. Dylid ystyried yr eiriolwr a ffeirir gan y person ifanc wrth gydbwysu'r angen i'r rhai sydd â chyfrifoldeb rhiant fod yn rhan o'r broses.

427. Rhieni a gwarcheidwaid:

- Darparu cefnogaeth emosiynol hanfodol.
- Cynnig mewnwelediadau gwerthfawr i anghenion a dewisiadau'r plentyn.
- Gallant helpu i hwyluso trafodaeth adeiladol gyda'r tîm gofal iechyd.

428. Lle nad yw cyfranogiad rhieni yn bosibl neu'n briodol, dylid ystyried eiriolwr annibynnol i gefnogi'r plentyn neu'r person ifanc.

429. Dylid darparu gwybodaeth neu adnoddau sy'n ymwneud â chymhwysedd Gillick i bobl ifanc gael mynediad atynt.

Asesu Cymhwysedd a Chydsyniad

430. Ar gyfer plant o dan 16 oed, rhaid i weithwyr proffesiynol asesu cymhwysedd Gillick i benderfynu a oes gan y plentyn ddigon o aeddfedrwydd a dealltwriaeth i wneud penderfyniadau am ei ofal.

- Rhaid i'r asesiad hwn gael ei gynnal gan weithiwr gofal iechyd proffesiynol hyfforddedig.
- Os nad yw'r plentyn yn gymwys o ran Gillick, rhaid gwneud penderfyniadau mewn ymgynghoriad â rhiant neu warcheidwad cyfreithiol.
- Rhaid gwrando ar farn y plentyn neu'r person ifanc a'i pharchu, gyda chefnogaeth i'w helpu i ddeall y sefyllfa.

431. Rhaid i bob penderfyniad ynghylch cymhwysedd a chydysyniad gael ei ddogfennu'n glir, a rhaid adolygu unrhyw benderfyniadau i atal gwybodaeth yn rheolaidd.

Diogelu a Rhwymedigaethau Cyfreithiol

432. Rhaid cynnal egwyddorion diogelu bob amser. Os bydd pryderon am ddiogelwch plentyn neu berson ifanc yn codi yn ystod trafodaethau, rhaid i weithwyr proffesiynol:

- Ddilyn gweithdrefnau diogelu statudol.
- Gwneud atgyfeiriadau priodol i dimau neu awdurdodau diogelu.
- Sicrhau bod lles pennaf y plentyn yn cael ei flaenoriaethu yn yr holl gamau a gymerir.

Ymateb i'r pryderon a godwyd gan Blant a Phobl Ifanc

433. Pan fydd plentyn neu berson ifanc yn codi pryder am eu gofal, rhaid i gyrff cyfrifol fabwysiadu dull sy'n canolbwyntio ar y plentyn, sy'n seiliedig ar hawliau ac sy'n blaenoriaethu diogelwch emosiynol, cydymffurfiaeth gyfreithiol ac ymgysylltu ystyrlon. Rhaid i'r broses gael ei chynllunio i rymuso'r plentyn neu'r person ifanc i fynegi eu pryderon yn rhydd, deall eu hawliau, a chymryd rhan yn y broses ddatrysiad mewn ffordd sy'n briodol i'w oedran, eu gallu a'u dewisiadau.

434. Er mwyn hwyluso hyn, rhaid i gyrff y GIG sicrhau bod eiriolwyr hyfforddedig—fel y rhai a ddarperir gan Llais neu wasanaethau eiriolaeth plant eraill—ar gael i gefnogi plant a phobl ifanc drwy gydol y broses bryderon. Dylai'r eiriolwyr hyn fod ag arbenigedd penodol mewn cyfathrebu â phlant a phobl ifanc, ac yn eu helpu i fynegi eu pryderon a'u canlyniadau a ddymunir.

435. Pan fydd pryder yn cael ei godi gan blentyn neu berson ifanc, rhaid i gorff y GIG ystyried yn ofalus a ddylid hysbysu'r person â Chyfrifoldeb Rhiant a sut i wneud hynny. Dim ond os nad yw'n gwrthdaro â hawliau neu ddiogelwch y plentyn neu'r person ifanc y dylai hysbysu ddiogelwch. Yn benodol, rhaid atal hysbysu os yw'r plentyn neu'r person ifanc wedi gofyn am gyfrinachedd yn benodol ac wedi cael ei asesu fel rhywun sy'n gymwys i wneud y penderfyniad hwnnw. Mae hyn yn cynnwys y rhai sy'n 16 oed neu'n hŷn nad oes ganddynt ddiffyg galluedd o dan

Ddeddf Galluedd Meddyliol 2005, neu'r rhai o dan 16 oed sy'n cael eu hystyried yn gymwys o ran Gillick. Yn ogystal, ni ddylai hysbysu ddigwydd os byddai'n peri risg i lesiant y plentyn, os nad oes rhwymedigaeth gyfreithiol drech i'w ddatgelu, neu os yw'r plentyn yn Ward y Llys neu o dan awdurdodaeth y Llys Gwarchod.

- 436.** Pan fo'r hysbysiad yn briodol, dylid rhoi'r dewis i'r plentyn neu'r person ifanc naill ai ddatgelu'r pryder eu hunain—gyda chefnogaeth corff y GIG—neu i gorff y GIG i wneud y datgeliad ar eu rhan. Mae hyn yn parchu eu hymreolaeth wrth sicrhau bod y person sydd â Chyfrifoldeb Rhiant yn cael ei hysbysu'n briodol.
- 437.** Mewn achosion lle mae'r pryder yn cael ei godi gan riant neu warcheidwad, ac mae'r plentyn neu'r person ifanc yn cael ei ystyried yn gymwys o ran Gillick, dylai'r corff GIG gynnig cymorth i'r rhiant neu'r gwarcheidwad wrth drafod y pryder gyda'r plentyn. Mae hyn yn sicrhau bod y plentyn yn parhau i fod yn ganolog i'r broses a bod ei farn yn cael ei chydabod a'i pharchu.
- 438.** Os yw'r pryder yn cael ei godi gan rywun heblaw'r plentyn, y person ifanc, neu ei riant neu warcheidwad, rhaid i gorff y GIG hysbysu'r person sydd â Chyfrifoldeb Rhiant yn gyntaf. Yna rhaid iddo asesu a yw'r plentyn neu'r person ifanc yn gymwys i fod yn rhan o'r broses ac, lle bo'n briodol, eu cynnwys mewn trafodaethau am y pryder.
- 439.** Dylid cynnig trafodaeth wrando fel cam cynnar yn y broses ddatrys. Dylai'r cyfarfod hwn gael ei gynllunio i archwilio natur y pryder, nodi beth aeth o'i le, a deall yr hyn y byddai'r plentyn neu'r person ifanc yn hoffi ei weld yn digwydd o ganlyniad. Dylai'r cyfarfod fod yn gynhwysol, gan gynnwys y plentyn neu'r person ifanc a'u rhiant neu warcheidwad oni bai bod pryderon cyfrinachedd neu ddiogelu yn atal hyn. Dylid addasu fformat y cyfarfod i anghenion cyfathrebu'r plentyn, gan ddefnyddio cymhorthion gweledol, iaith symlach, neu offer rhyngweithiol yn ôl yr angen. Y nod yw creu lle diogel lle mae'r plentyn neu'r person ifanc yn teimlo ei fod yn cael ei glywed a'i gefnogi.
- 440.** Trwy gydol y broses, rhaid i gorff y GIG gadw datrysiad dymunol y plentyn neu'r person ifanc yn ganolog i'w ddull gweithredu. Mae hyn yn cynnwys cydnabod y gallai fod angen help ar blant a phobl ifanc i nodi'r problemau penodol yn eu gofal a mynegi sut yr hoffent i'r rhain gael eu datrys. Dylai staff gael eu hyfforddi i hwyluso'r sgysiau hyn mewn ffordd sy'n grymuso ac nad yw'n fygythiol.
- 441.** Pan fydd pryder yn mynd ymlaen i Gam 2 (Ymchwiliad), rhaid i gorff y GIG sicrhau bod yr holl adroddiadau a llythyrau canlyniadau yn cael eu hysgrifennu mewn iaith sy'n hygyrch i blant a phobl ifanc. Dylid cynnig cymorth eiriolaeth i'w helpu i ddeall y canfyddiadau ac unrhyw iawn sy'n cael ei gynnig. Dylid rhoi'r opsiwn i'r plentyn neu'r person ifanc dderbyn yr adroddiad yn uniongyrchol, a dylid hysbysu'r person sydd â Chyfrifoldeb Rhiant hefyd lle bo'n briodol.

- 442.** Er mwyn sicrhau hygyrchedd a chynhwysiant, rhaid i gyrff cyfrifol ddarparu sianeli amgen i blant a phobl ifanc godi pryderon, yn ogystal â dulliau traddodiadol fel galwadau ffôn, negeseuon e-bost a chwynion ysgrifenedig. Rhaid i'r sianeli hyn fod yn ddiogel, yn gyfrinachol ac yn cael eu monitro gan staff sydd wedi'u hyfforddi mewn diogelu ac ymgysylltu ag ieuencid. Dylid datblygu deunyddiau hyrwyddo mewn fformatau sy'n gyfeillgar i ieuencid er mwyn esbonio sut y gellir codi pryderon, pa hawliau sydd gan blant a phobl ifanc, a pha ganlyniadau y gallant eu disgwyl.
- 443.** Yn olaf, rhaid dogfennu'n glir bob penderfyniad ynghylch hysbysu, cydsyniad a chymhwysedd. Mae hyn yn cynnwys cofnodion Gillick neu asesiadau galluedd, y rhesymeg dros benderfyniadau i beidio â datgelu, a manylion cyfranogiad eiriolaeth. Rhaid adolygu unrhyw benderfyniadau i atal gwybodaeth yn rheolaidd, yn enwedig os yw amgylchiadau'r plentyn yn newid. Rhaid cynnal egwyddorion diogelu drwy'r amser, a rhaid i unrhyw bryderon am ddiogelwch plentyn a nodwyd yn ystod y broses bryderon gael eu huwchgyfeirio yn unol â gweithdrefnau statudol.

Rôl Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru

- 444.** Sefydlwyd Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru o dan Ddeddf Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus (Cymru) 2005, gyda'i bwerau a'i gyfrifoldebau wedi'u moderneiddio gan Ddeddf Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus (Cymru) 2019 ("Deddf 2019"). Mae'r ddeddfwriaeth hon yn darparu'r fframwaith ar gyfer rôl yr Ombwdsmon, sy'n cynnwys ymchwilio i gwynion am wasanaethau cyhoeddus Cymru, gan gynnwys gofal a thriniaeth y GIG. Mae'r Ombwdsmon yn gweithredu fel corff annibynnol pan nad yw datrysiad lleol wedi'i gyflawni. Mae'r Ombwdsmon hefyd yn gweithio gyda chyrff cyhoeddus i wella'r broses o ymdrin â chwynion drwy ei swyddogaeth Awdurdod Safonau Cwynion.
- 445.** Dylai cleifion neu eu cynrychiolwyr godi pryderon gyda'r corff cyfrifol yn y lle cyntaf. Os ydynt yn parhau i fod yn anfodlon, gallant gyfeirio'r mater at yr Ombwdsmon, fel arfer o fewn blwyddyn i'r digwyddiad neu i ddod yn ymwybodol ohono. Gall yr Ombwdsmon hefyd ystyried cwynion penodol sy'n ymwneud â gofal a ariennir yn breifat pan fo meini prawf penodol yn cael eu bodloni. Rhaid i gyrff cyfrifol sicrhau bod yr holl ddeunyddiau sy'n wynebu cleifion yn cynnwys manylion cyswllt cyfredol yr Ombwdsmon a dileu unrhyw wybodaeth sydd wedi dyddio.

Ymateb i Adroddiadau'r Ombwdsmon o dan Ddeddf 2019

- 446.** Pan fydd yr Ombwdsmon yn cyhoeddi adroddiad yn dilyn ymchwiliad, mae gan gyrff y GIG ddyletswydd statudol i ymateb a dangos cydymffurfiaeth.

447. Mae Deddf 2019 yn ei gwneud yn ofynnol:

- 1) Bod darpariaeth ar gyfer cydnabyddiaeth a chynllun gweithredu: Ar ôl derbyn adroddiad drafft, rhaid i gyrff y GIG adolygu argymhellion arfaethedig, ymgynghori â thimau perthnasol, a darparu sylwadau o fewn y terfyn amser a bennir gan yr Ombwdsmon. Dyma'r cyfle i godi pryderon am ddichonoldeb, dyblygu camau presennol, neu awgrymu gwelliannau.
- 2) Cydymffurfiaeth â'r Adroddiad Terfynol: Unwaith y bydd yr adroddiad terfynol yn cael ei gyhoeddi, rhaid i'r corff gadarnhau derbyn yr argymhellion a darparu tystiolaeth o weithredu o fewn yr amserlenni a bennir. Gall tystiolaeth gynnwys copiâu o lythyrau ymddiheuriad, polisïau diwygiedig, cofnodion hyfforddi, neu brawf o newidiadau systemig.
- 3) Cyflwyno tystiolaeth: Nid yw'n ddigonol nodi bod camau gweithredu wedi'u cwblhau; rhaid darparu tystiolaeth ddogfennol. Os na ellir bodloni'r terfynau amser, rhaid i'r sefydliad roi gwybod i'r Ombwdsmon yn brydlon a gofyn am estyniad.
- 4) Pan fydd Methiant i Gydymffurfio: Os nad yw corff y GIG yn cydymffurfio heb reswm da, gall yr Ombwdsmon gyhoeddi adroddiad arbennig, a fydd yn cael ei gyhoeddi a'i adrodd i'r Senedd. Gall hyn gael goblygiadau o ran enw da a llywodraethu.
- 5) Ymgorffori Dysgu a Gwella: Mae argymhellion yn aml yn cynnwys gwelliannau systemig fel diweddariadau polisi neu hyfforddiant staff. Rhaid i gyrff y GIG sicrhau bod y rhain yn cael eu hymgorffori a'u monitro ar gyfer effeithiolrwydd.
- 6) ystyried a chynllunio ar gyfer cyhoeddusrwydd ac adrodd: O dan Ddeddf 2019, mae rhai adroddiadau (e.e., adroddiadau budd y cyhoedd) yn cael eu cyhoeddi gan yr Ombwdsmon a'r sefydliad. Rhaid i gyrff y GIG hefyd rannu adroddiadau'n fewnol â thimau llywodraethu ac yn allanol â Llywodraeth Cymru yn ôl yr angen.

Dyletswydd i sicrhau bod cyrff cyfrifol yn dysgu o bryderon

448. Mae hyn yn nodi sut y bydd cyrff cyfrifol yn dysgu yn systematig o bryderon fel bod lleihad mewn digwyddiadau andwyol a niwed y gellir ei osgoi i gleifion, defnyddwyr gwasanaethau, gofawyr, a staff. Mae'r rhwydweithiau dysgu yn cael eu cefnogi gan Gronfa Risg Cymru. Fodd bynnag, mae pob sefydliad yn gyfrifol am sicrhau bod y gwersi gwerthfawr o reoli pryderon yn cael eu hintegreiddio i'r system rheoli ansawdd ac i ymarfer o ddydd i ddydd ar gyfer yr holl wasanaethau, gan gynnwys y rhai a ddarperir gan gontractwyr gofal sylfaenol a darparwyr annibynnol neu gyda nhw. Dylid rhannu dysgu ar sail Cymru gyfan er mwyn gwella dysgu systemau ar draws y GIG.

449. Sail gyfreithiol: mae rheoliad 49(1) yn ei gwneud yn ofynnol i bob corff cyfrifol gael trefniadau i adolygu canlyniad unrhyw bryder yr ymchwiliwyd iddo o dan y

Prif Reoliadau ac i sicrhau bod diffygion a nodwyd yn cael eu gweithredu a'u monitro fel bod gwersi a ddysgwyd yn cael eu nodi a'u lledaenu ar draws y sefydliad er mwyn gwella gwasanaethau ac osgoi ailadrodd.

- 450.** Mae rheoliad 49(2) yn gosod cyfrifoldeb am weithredu'r trefniadau hyn gyda'r person sydd â goruchwyliaeth strategol a ddynodwyd o dan reoliad 6. Mae dyletswyddau cyflenwol ychwanegol wedi'u nodi mewn manau eraill yn y Prif Reoliadau, gan gynnwys y cyfarwyddyd i gael swyddog cyfrifol gyda goruchwyliaeth strategol a gweithredol ac uwch reolwr ymchwiliadau (rheoliadau 6, 7 ac 8) a'r gofyniad yn y safonau ymchwiliadau ac yn yr ymatebion o ymchwiliadau i gynnwys y dysgu a gafwyd (rheoliadau 23 a 24).
- 451.** Felly, rhaid i sefydliadau gael trefniadau gweithio sy'n adolygu, gweithredu, monitro a lledaenu dysgu o bob pryder yr ymchwiliwyd iddo, gan ei ymgorffori ym mhob gwasanaeth. Rhaid i sefydliadau ddangos tystiolaeth o'r gweithgareddau hyn drwy fonitro sicrwydd ac adrodd blynyddol yn rheolaidd (rheoliadau 50 a 51).

Egwyddorion

- 452.** Mae dysgu yn un o'r cynhyrchion allweddol o ymdrin â phryderon. Bydd pob pryder yn cynhyrchu allbwn dysgu clir (mewnwelediad, gweithredu, rheolaeth neu sicrwydd) hyd yn oed lle na chanfyddir unrhyw fai na gwall.
- 453.** Mae dysgu yn amserol (yn cyd-fynd â cherrig milltir yr ymchwiliad), yn gymesur (â niwed/cymhlethdod), yn gynhwysol (wedi'i gydgyhyrchu â'r rhai yr effeithir arnynt), ac yn cael ei rannu'n ddiogel (gan barchu diogelu data).

Dysgu o Bryderon

454.

- 1) Cofnodi a Dosbarthu - Ar ôl derbyn, codiwch bob pryder i alluogi cyfanredu (gwasanaeth, thema, ffactorau cyfrannol, niwed). Sicrhau nad yw achosion datrysiad cynnar (rheoliad 22A) nad ydynt yn bwrw ymlaen â'r ymchwiliad yn cael eu colli o'r biblinell ddysgu.
- 2) Ymchwilio i Gael Mewnwelediad – Bydd ymchwiliadau (rheoliad 23) yn nodi amodau'r system a'r ffactorau cyfrannol yn benodol, nid dim ond achosion sylfaenol. Pan fo niwed cymedrol/difrifol neu farwolaeth yn digwydd, mae'r ddyletswydd i ystyried a oes angen cyngor meddygol annibynnol i gefnogi'r ymchwiliad (rheoliad 23) a chofnodi rhesymau os nad yw'n ofynnol (rheoliad 50(aa)) yn golygu y gallai mwy o fewnwelediad fod ar gael i wella dysgu sefydliadol.
- 3) Synthesis – Trosi canfyddiadau yn wersi clir a rheolaethau risg (newid prosesau, hyfforddiant, amgylchedd, technoleg, polisi). Bydd pob achos yn llunio Crynodeb Dysgu.
- 4) Penderfynu a Chymeradwyo Camau – Ar gyfer pob gwers, gosodwch gamau gweithredu SMART gyda pherchnogion, dyddiadau dyledus a mesurau. Rhaid i

gamau sy'n deillio o bryderon sy'n gysylltiedig ag atebolrwydd cymwys/gwneud iawn posibl gyd-fynd ag amserlenni Rhannau 6 a 7.

- 5) Gweithredu a Chymorth – Darparu adnoddau a chefnogaeth rheoli newid. Pan fo staff yn ymwneud â'r pryder, sicrhau cymorth a dysgu (rheoliad 23(1)(ch)).
- 6) Monitro ar gyfer Effaith - Tracio cwblhau ac effeithiolrwydd (cydymffurfiaeth prosesau a arwyddion canlyniad/ansawdd). Mae hyn yn bodloni gofyniad rheoliad 49(1) i fonitro mynd i'r afael â diffygion a'u hatal rhag digwydd eto.
- 7) Lledaenu a Sicrhau – Rhannwch wersi ar draws y sefydliad (rheoliad 49(1)) a, lle bo'n briodol, ar draws rhwydweithiau gofal. Rhwch sicrwydd drwy'r Pwyllgor Ansawdd a Diogelwch a chynnwys allbynnau yn yr Adroddiad Blynyddol (rheoliad 51).

Rolau, llywodraethu ac atebolrwydd

Bwrdd a Phwyllgor

455. Bydd y person sydd â goruchwyliaeth strategol (rheoliad 6) yn sicrhau bod fframwaith dysgu wedi'i ddogfennu, sy'n cael ei adolygu'n rheolaidd ar gyfer effeithiolrwydd. Dylai'r Pwyllgor Ansawdd a Diogelwch (neu gyfwerth) dderbyn data Dysgu o Bryderon a briffio thematig sy'n crynhoi gwersi allweddol, camau gweithredu a chadarnhad o ledaeniad.

Arweinwyr Gweithredol

456. Bydd y Swyddog Cyfrifol (rheoliad 7) yn sicrhau un llwybr llywodraethu integredig o bryder i weithredu i sicrwydd—sy'n cwmpasu ymchwiliadau, gwneud iawn (Rhan 6) ac adrodd. Bydd Uwch Reolwyr Ymchwiliadau (rheoliad 8) yn arwain y llwybr, gan warantu ansawdd, amseroldeb, cefnogaeth staff, a chydgyngyrchu â phobl a theuluoedd. Bydd Cyfarwyddwyr Clinigol/Penaethiaid Nyrso/Rheolwyr Gwasanaethau yn gweithredu camau tystiolaeth, yn cadarnhau effeithiolrwydd, ac yn sicrhau lledaeniad yn lleol.

457. Disgwylir i'r holl staff gymryd rhan mewn gweithgareddau dysgu (cyfarfodydd diogelwch, ôl-drafodaethau, hyfforddiant) ac i fabwysiadu rheolaethau newydd neu ddiwygiedig yn brydlon ar ôl cytuno arnynt. Dylai sefydliadau ystyried dull sy'n ystyriol o drawma wrth gynnwys staff a darparu cymorth cyfannol iddynt.

Adrodd ar y broses Gwranddo ar Bobl ac integreiddio i'r system Rheoli Ansawdd

458. Er mwyn sicrhau cydymffurfiaeth effeithiol â'r Prif Reoliadau drwy gydol y flwyddyn, rhaid i gyrff cyfrifol sefydlu mecanweithiau adrodd mewnol cadarn sy'n galluogi monitro amser real, uwchgyfeirio a goruchwyllo llywodraethu. Dylai'r

mecanweithiau hyn gael eu cynllunio i gofnodi nifer a natur y pryderon a godwyd, olrhain cynnydd datrysiad, a nodi risgiau neu batrymau sy'n dod i'r amlwg sy'n gofyn am sylw. Rhaid strwythuro adroddiadau mewnol i gefnogi ymatebolrwydd gweithredol tra hefyd yn bwydo i strwythurau goruchwyllo strategol fel y Pwyllgor Ansawdd a Diogelwch a'r Bwrdd.

- 459.** Dylid cofnodi pryderon yn syth ar ôl eu derbyn yn system OFWCMS, gyda phwyntiau data allweddol gan gynnwys y categori pryder, difrifoldeb, ffynhonnell (e.e., claf, teulu, staff), ac a yw'r pryder yn ymwneud â gofal sylfaenol neu ddarparwyr gofal iechyd annibynnol. Rhaid i bob pryder fod yn gysylltiedig â thrafodaeth wrando, lle cytunir ar ddisgwyliadau, amserlenni, a chanlyniadau a ddymunir a dogfennu'r rhain. Mae'r data cychwynnol hyn yn sail ar gyfer monitro parhaus a dylid eu hadolygu'n rheolaidd gan y tîm pryderon a phrofiad cleifion.
- 460.** Dylid llunio adroddiadau mewnol misol sy'n crynhoi nifer y pryderon a gafwyd, statws datrysiad, achosion hwyr, a chydymffurfiaeth ag amserlenni y cytunwyd arnynt. Dylai'r adroddiadau hyn hefyd gynnwys mewnwelediadau ansoddol o arolygon adborth ac adolygiadau gan gymheiriaid, gan dynnu sylw at feysydd lle cyrhaeddwyd safonau neu lle mae angen gwelliannau. Rhaid i'r Swyddog Cyfrifol sicrhau bod yr adroddiadau hyn yn cael eu hadolygu gan y tîm arweinyddiaeth weithredol a'u huwchgyfeirio i'r Pwyllgor Ansawdd a Diogelwch lle mae pryderon yn nodi materion systemig, methiannau dro ar ôl tro, neu risgiau i ddiogelwch cleifion.
- 461.** Dylai'r Pwyllgor Ansawdd a Diogelwch dderbyn adroddiad strwythuredig bob chwarter sy'n cynnwys dadansoddiad o dueddiadau, dysgu thematig, a metrigau cydymffurfio. Dylai'r adroddiad hwn hefyd dynnu sylw at bryderon sy'n ymwneud â darparwyr allanol a manylu ar sut mae'r rhain wedi'u rheoli a'u hintegreiddio i brosesau dysgu'r sefydliad. Pan fo pryderon yn nodi torri dyletswydd, methiant i gyrraedd safonau rheoleiddio, neu risg o niwed i enw da, rhaid i'r Swyddog Cyfrifol uwchgyfeirio'r rhain yn uniongyrchol i Fwrdd neu gyfwerth y corff cyfrifol, gydag argymhellion ar gyfer gweithredu.
- 462.** Rhaid i'r Bwrdd gael gwybod am berfformiad cyffredinol y system pryderon, gan gynnwys sut mae dysgu yn cael ei ymgorffori yn y System Rheoli Ansawdd. Mae'r Swyddog Cyfrifol yn atebol am sicrhau bod y Bwrdd yn derbyn gwybodaeth amserol a chywir, a bod penderfyniadau a wneir ar lefel y Bwrdd yn cael eu llywio gan brofiadau bywyd cleifion a theuluoedd. Mae hyn yn cynnwys cyflwyno'r adroddiad blynyddol ond hefyd sicrhau bod diweddariadau interim drwy gydol y flwyddyn yn adlewyrchu ymateboldeb, tryloywder ac ymrwymiad y sefydliad i wella.

Adroddiad blynyddol

- 463.** Yn GIG Cymru, mae'r adroddiad blynyddol yn ofyniad statudol o dan reoliad 51 o'r Prif Reoliadau. Mae'n gwasanaethu fel crynodeb cynhwysfawr o sut mae pob

corff cyfrifol wedi ymdrin â phryderon dros y flwyddyn flaenorol, ac mae'n chwarae rhan hanfodol wrth sicrhau tryloywder, atebolrwydd a gwelliant parhaus ar draws y system iechyd. Rhaid i'r adroddiad gynnwys cyfanswm nifer y pryderon a hysbyswyd i'r corff cyfrifol, gan gynnwys y rhai a gafwyd o dan drefniadau trawsffiniol a'r rhai sy'n ymwneud â gofal sylfaenol a darparwyr gofal iechyd annibynnol sy'n darparu gofal a ariennir gan y GIG. Rhaid iddo hefyd nodi faint o'r pryderon hyn y penderfynwyd bod sail dda iddynt a faint a gafodd eu hatgyfeirio i Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru. Yn ogystal, mae'n ofynnol cynnwys crynodeb o bwnc y pryderon a hysbyswyd, unrhyw faterion o bwysigrwydd cyffredinol, a pha gamau a gymerwyd mewn ymateb i'r materion a godwyd.

- 464.** Mae'r broses o lunio'r adroddiad blynyddol yn dechrau gyda chasglu a categoreiddio data yn systematig drwy gydol y flwyddyn. Mae hyn yn cynnwys metrigau meintiol—fel amseroedd datrysiad, categorïau pryderon, a chanlyniadau gwneud iawn—a mewnwediadau ansoddol o adborth gan gleifion a theuluoedd, adolygiadau cymheiriaid, a dadansoddiad thematig. Ar gyfer cyrff y GIG sy'n comisiynu gwasanaethau gan ddarparwyr gofal sylfaenol neu ddarparwyr gofal iechyd annibynnol, mae'n hanfodol bod y partneriaid hyn hefyd yn llunio eu hadroddiadau blynyddol eu hunain. Rhaid cyflwyno'r rhain i'r BILL a drefnodd ddarparu gwasanaethau. Yna mae'n ofynnol i'r BILL ymgorffori'r cyflwyniadau hyn yn ei adroddiad blynyddol ei hun, gan sicrhau bod profiadau a chanlyniadau gofal a ddarperir gan ddarparwyr allanol yn cael eu cynrychioli'n llawn.
- 465.** Nid yw integreiddio'r adroddiadau allanol hyn yn adroddiad blynyddol y corff cyfrifol yn ymarfer goddefol. Mae'n gofyn am oruchwyliaeth a chydlynu gweithredol i sicrhau bod y data yn gyflawn, yn gywir ac yn adlewyrchu'r safonau a nodir yn y rheoliadau. Mae hyn yn cynnwys gwirio bod pryderon a godwyd am wasanaethau a ddarperir gan ddarparwyr gofal sylfaenol ac annibynnol wedi cael eu hymchwilio'n briodol, bod dysgu wedi'i gofnodi, a bod unrhyw welliannau angenrheidiol wedi'u gweithredu. Rhaid i'r corff cyfrifol hefyd sicrhau bod adrodd yn gyson â gofynion y Ddyletswydd Ansawdd, a bod y dadansoddiad o dueddiadau a themâu yn cynnwys cyfraniadau o bob maes gwasanaeth, waeth beth fo'r darparwr.
- 466.** Mae'r Swyddog Cyfrifol yn chwarae rhan allweddol yn y broses hon. Fel arweinydd gweithredol y system bryderon, maent yn atebol i'r Bwrdd Gweithredol am sicrhau bod y broses Gwrando ar Bobl wedi'i hymgorffori'n llawn ar draws y sefydliad a'i wasanaethau a gomisiynwyd. Mae hyn yn cynnwys goruchwyllo'r gwaith o gasglu data, sicrhau cydymffurfiaeth â gofynion adrodd, a chydlynu'r broses o integreiddio adroddiadau darparwyr allanol. Rhaid i'r Swyddog Cyfrifol hefyd sicrhau nad yw'r adroddiad blynyddol yn ddogfen ôl-weithredol yn unig ond yn offeryn strategol sy'n llywio llywodraethu, gwella ansawdd, a chynllunio gwasanaethau. Maent yn gyfrifol am gyflwyno'r adroddiad i'r Bwrdd Gweithredol, gan dynnu sylw at ganfyddiadau, risgiau a chyfleoedd i

wella, a sicrhau bod y bwrdd yn cymryd camau priodol mewn ymateb i hynny.

- 467.** Drwy'r cyfrifoldebau adrodd parhaus, mae'r Swyddog Cyfrifol yn sicrhau bod y sefydliad yn parhau i fod yn atebol i'r bobl y mae'n eu gwasanaethu a bod y mewnwelediadau a gafwyd o bryderon yn cael eu defnyddio i ysgogi newid ystyrllon. Felly, mae'r adroddiad blynyddol yn dod yn fecanwaith hanfodol ar gyfer dysgu, tryloywder a sicrwydd, gan gysylltu manylion gweithredol y broses gwrando ar bobl â goruchwyliaeth strategol y Bwrdd Gweithredol a fframwaith llywodraethu ehangach GIG Cymru.
- 468.** Drwy gynnal cylch parhaus o adrodd mewnol, uwchgyfeirio a goruchwyllo llywodraethu, gall cyrff y GIG sicrhau bod y broses gwrando ar bobl nid yn unig yn cydymffurfio ond hefyd yn sbardun dynamig o ansawdd, diogelwch ac ymddiriedaeth.

Rhestr Termau

Cydnabyddiaeth

Cadarnhad ysgrifenedig ffurfiol a gyhoeddir gan y corff cyfrifol heb fod yn hwyrach na 5 diwrnod gwaith ar ôl iddo gael hysbysiad o bryder, gan gynnwys cynnig Trafodaeth Wrando a gwybodaeth cymorth cyfathrebu. Gellir gwneud y gydnabyddiaeth yn ysgrifenedig neu'n electronig, yn dibynnu ar sut yr hysbyswyd y pryder. Pan hysbyswyd pryder ar lafar, rhaid i'r gydnabyddiaeth fod yn ysgrifenedig.

Eiriolaeth

Cymorth annibynnol a gynigir i bobl sy'n codi pryderon; rhaid ei gynnig yn weithredol yn ystod y Trafodaeth Wrando.

Pryder

Unrhyw gŵyn, hawliad neu ddigwyddiad diogelwch cleifion a adroddwyd i'w drin o dan Reoliadau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Trefniadau Pryderon, Cwynion ac Iawn) (Cymru).

Y Ddyletswydd Gonestrwydd

[Dyletswydd Gonestrwydd y GIG | LLYW.CYMRU](#): Mae'r Ddyletswydd Gonestrwydd yn ofyniad cyfreithiol i Sefydliadau'r GIG yng Nghymru fod yn agored ac yn onest gyda defnyddwyr gwasanaethau sy'n derbyn gofal a thriniaeth. Amlinellir hyn yn Neddf Iechyd a Gofal Cymdeithasol (Ansawdd ac Ymgysylltu) (Cymru) 2020. Mae'r Ddyletswydd Gonestrwydd yn berthnasol os yw'r gofal a ddarperir wedi cyfrannu, neu a allai fod wedi cyfrannu, at niwed cymedrol neu ddifrifol annisgwyl neu anfwriadol, neu farwolaeth.

Y Ddyletswydd Ansawdd

[Y ddyletswydd ansawdd mewn gofal iechyd | LLYW.CYMRU](#): Gofyniad cyfreithiol o dan Ddeddf Iechyd a Gofal Cymdeithasol (Ansawdd ac Ymgysylltu) (Cymru) 2020. Mae'n ei gwneud yn ofynnol i Weinidogion Cymru a holl gyrff y GIG yng Nghymru ystyried yn weithredol sut y bydd eu penderfyniadau yn gwella ansawdd gwasanaethau iechyd ac yn gwella canlyniadau i'r boblogaeth. Rhaid dangos y ddyletswydd drwy wneud penderfyniadau sy'n cael eu hysgogi gan ansawdd, gan ddefnyddio'r Safonau Ansawdd Iechyd a Gofal i gynllunio, darparu, monitro a gwella gwasanaethau yn barhaus.

Datrysiaid Cynnar

Cam 1 ("Gwrando a Gweithredu"). Proses gyflym, gymesur i ddatrys pryderon syml o

fewn 10 diwrnod gwaith ar ôl cydnabyddiaeth.

Cyfnod Datrysiad Cynnar

Uchafswm o 10 diwrnod gwaith yn dechrau ar y diwrnod y mae'r corff cyfrifol yn cydnabod y pryder.

Trafodaeth Wrando

Cynnig gorfodol (ar y pwynt cydnabyddiaeth) o drafodaeth bersonol, a all fod dros y ffôn, fideo neu wyneb yn wyneb, i ddeall pryderon, anghenion cyfathrebu, canlyniadau a ddymunir ac addasrwydd ar gyfer datrysiad cynnar.

Llais

Corff llais y dinesydd annibynnol yng Nghymru sy'n darparu eiriolaeth a chymorth am ddim i bobl sy'n defnyddio gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol.

Gwasanaeth Archwilydd Meddygol

Gwasanaeth statudol sy'n darparu craffu annibynnol ar farwolaethau cyn cofrestru; mae'n rhyngwynebu â phrosesau LTP drwy ddyletswyddau cyfathrebu penodol.

Hysbysu

Y weithred o hysbysu'r corff cyfrifol am bryder—boed ar lafar neu'n ysgrifenedig—sy'n dechrau'r broses bryderon yn ffurfiol.

Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru (PSOW)

Y sefydliad annibynnol sy'n gallu adolygu cwynion am wasanaethau cyhoeddus yng Nghymru, gan gynnwys y GIG, os ydych yn parhau i fod yn anfodlon ar ôl ymchwiliad y GIG.

Atebolrwydd Cymwys (QL)

Pan fo anaf personol neu golled wedi'u profi yn deillio o ofal neu driniaeth claf, neu mewn cysylltiad â hynny, oherwydd y gwasanaeth a ddarperir gan y corff cyfrifol.

Iawn

Mae iawn yn ymwneud â sefyllfaoedd lle gallai'r claf fod wedi cael ei niweidio a'r niwed hwnnw wedi'i achosi gan y GIG yng Nghymru. Gall iawn gynnwys :

- ymddiheuriad ysgrifenedig;
- adroddiad ar y camau a gymerwyd neu a gymerir i atal pryderon tebyg rhag codi;
-
- rhoi esboniad, a

- chynnig digollediad ariannol a/neu driniaeth adferol, ar yr amod na fydd y person yn ceisio mynd ar drywydd yr un peth drwy achosion sifil pellach

Corff cyfrifol

Un o gyrff GIG Cymru; darparwr gofal sylfaenol; neu ddarparwr annibynnol.

Pryder Diogelu

Pryder sy'n nodi niwed neu gam-drin sydd ar fin digwydd, parhaus neu fwriadol, gan ysgogi prosesau diogelu ar unwaith yn annibynnol ar amserlenni LTP.

Ymchwiliad Cam 2 (Rheoliad 23)

Ymchwiliad ffurfiol, cymesur sy'n ofynnol pan nad yw datrysiad cynnar yn addas neu'n aflwyddiannus.

Pryder Blinderus neu Wacsaw

Pryder a ystyrir yn ddi-sail neu a fwriadwyd i amharu, y gellir ei eithrio o dan Reoliad 14.

Corff GIG Cymru

Bwrdd Iechyd Lleol; neu un o Ymddiriedolaethau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol sy'n rheoli ysbyty neu sefydliad neu gyfleuster arall yng Nghymru yn gyfan gwbl neu'n bennaf; neu Awdurdod Iechyd Arbennig.

Atodiad 1: Sylfaen dystiolaeth a darllen pellach

Y Drafodaeth Wranddo

1. van Dael J, Reader TW, Gillespie A, Neves AL, Darzi A, Mayer EK. Learning from complaints in healthcare: a realist review of academic literature, policy evidence and front-line insights. *BMJ Quality & Safety*. 2020;29(8):684–695. Ar gael yn: <https://qualitysafety.bmj.com/content/29/8/684>
2. Antonopoulou V, Meyer C, Chadwick P, et al. Understanding healthcare professionals' responses to patient complaints in secondary and tertiary care in the UK: a systematic review and behavioural analysis using the Theoretical Domains Framework. *Health Research Policy and Systems*. 2024; 22:137. Ar gael yn: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-024-01209-4>
3. Patient Experience Network / Picker. Benefits of Early Resolution in the Complaints Process (Northern Devon Healthcare NHS Trust case study). Ar gael yn: <https://patientexperiencenetwork.org/case-study/benefits-of-early-resolution-in-the-complaints-process/>
4. Asiantaeth Ymchwil ac Ansawdd Gofal Iechyd. Communication and Optimal Resolution (CANDOR) Toolkit. Ar gael yn: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/candor/index.html>
5. Skills for Health. Person-Centred Care: What it means and why it matters. 2025. Ar gael yn: <https://www.skillsforhealth.org.uk/article/person-centred-care-meaning-implications/>
6. Parliamentary and Health Service Ombudsman. Early resolution: resolving complaints quickly (NHS Complaint Standards – Good complaint handling guide). Ar gael yn: <https://www.ombudsman.org.uk/organisations-we-investigate/complaint-standards/nhs-complaint-standards/good-complaint-handling-guides/early-resolution-resolving-complaints-quickly>
7. Crocker H, Cromwell DA, Modha S, et al. Patient-reported harm from NHS treatment or care, or the lack of access to care: a cross-sectional survey of prevalence, impact and responses. *BMJ Quality & Safety*. 2025 (ar-lein yn gyntaf). Ar gael yn: <https://qualitysafety.bmj.com/content/early/2025/04/02/bmjqs-2024-017213>

Cyfathrebu Canlyniadau Ymchwiliadau a Phenderfyniadau Gwneud Iawn

1. Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru – [Cyfathrebu am eich cwyn](#)
2. Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru – [Rhwymediâu](#)

ATODIADAU

Atodiad A

Addewid y Bobl ar Bryderon GIG Cymru

Beth allwch ei ddisgwyl pan fyddwch yn codi pryder:

Pan fyddwch yn codi pryder am wasanaethau GIG Cymru, rydym yn gwneud yr addewidion canlynol i chi.

1. Mynediad Hawdd, Cefnogaeth a Datrysiaid Cynnar

Ein haddewid i chi

- Gallwch godi pryder yn hawdd drwy un pwynt mynediad clir.
- Byddwch yn cael cynnig cefnogaeth eiriolaeth o'r cychwyn cyntaf.
- Byddwn yn gwneud addasiadau rhesymol ac yn parchu eich dewis iaith (Cymraeg, Saesneg neu arall).
- Byddwn yn ystyried datrys eich pryder yn gynnar, lle bo'n briodol, wrth sicrhau nad yw hyn byth yn atal nac yn oedi ymchwiliad ffurfiol os oes angen hynny.

2. Parch, Tosturi a Dull sy'n Canolbwyntio ar yr Unigolyn

Ein haddewid i chi

- Byddwch yn cael eich trin â pharch, urddas a thosturi ar bob cam.
- Byddwn yn gwranddo ar yr hyn sy'n bwysig i chi a byddwn yn eich cynnwys yn y ffordd y caiff eich pryder ei drin.
- Byddwch yn cael cynnig trafodaeth wrando, fel bod eich pryderon, eich dymuniadau a'ch disgwyliadau yn cael eu deall yn glir.
- Byddwn yn agored, yn onest ac yn atebol yn ein dull gweithredu.

3. Gwybodaeth, Cyfathrebu a Diweddariadau Clir

Ein haddewid i chi

- Byddwn yn esbonio sut mae'r broses bryderon yn gweithio, yr opsiynau sydd ar gael, a beth i'w ddisgwyl.
- Byddwch yn cael cyswllt a enwir sy'n gyfrifol am eich pryder.
- Byddwn yn dweud wrthyich pa mor hir y mae pethau'n debygol o gymryd ac yn eich hysbysu os bydd amserlenni yn newid.
- Bydd eich preifatrwydd a'ch cyfrinachedd yn cael eu parchu, a byddwn yn esbonio a oes angen rhannu gwybodaeth, â phwy a pham.

4. Trin Amserol, Teg a Seiliedig ar Dystiolaeth

Ein haddewid i chi

- Bydd eich pryder yn cael ei asesu'n ofalus a'i drin yn gymesur, heb oedi diangen.
- Os oes risg ddifrifol o niwed yn y dyfodol, byddwn yn gweithredu ac yn uwchgyfeirio'n briodol.
- Byddwn yn ystyried eich pryder yn deg a heb ragfarn, yn seiliedig ar y dystiolaeth.
- Lle bo hynny'n briodol, gallwn gyfarwyddo arbenigwr meddygol annibynnol ar y cyd.
- Bydd unrhyw benderfyniad i gyfyngu ar sut mae pryder yn cael ei drin oherwydd ei fod yn cael ei ystyried yn flinderus neu'n wacsaw yn eithriadol, yn gyfiawn, yn cael ei gofnodi a'i esbonio i chi.

5. Canlyniadau Clir, Ymatebion Ystyrlon a Gwneud Iawn

Ein haddewid i chi

- Byddwn yn ymddiheuro pan fydd pethau wedi mynd o'i le ac yn esbonio beth fydd yn cael ei wneud i fynd i'r afael â'r materion a nodwyd.
- Byddwch yn derbyn ymateb ysgrifenedig clir sy'n mynd i'r afael â phob mater a godwyd gennych.
- Byddwn yn cynnig cyfarfod canlyniadau i esbonio'r hyn a ganfuom a sut y daethpwyd i benderfyniadau.
- Os ystyrir iawn, byddwn yn eich cyfeirio i gymorth cyfreithiol a ariennir lle bo hynny'n briodol.

6. Dysgu, Gwella a Chraffu Annibynnol

Ein haddewid i chi

- Byddwn yn defnyddio eich pryder i ddysgu a gwella gwasanaethau, gan helpu i leihau niwed yn y dyfodol.
- Byddwn yn esbonio beth sydd wedi'i ddysgu a beth sydd wedi newid, o ganlyniad i'ch pryder.
- Byddwn yn ystyried a oes angen cyngor meddygol annibynnol neu gyngor arall fel rhan o ymchwiliad i niwed cymedrol neu ddifrifol neu farwolaeth. Byddwn yn cofnodi'n glir ein rhesymau os nad oes ei angen

7. Atebolrwydd, Tryloywder a'ch Hawl i Adolygu

Ein haddewid i chi

- Bydd sefydliadau'r GIG yn atebol am sut mae eich pryder yn cael ei drin.
- Bydd cofnodion cywir yn cael eu cadw, a bydd dysgu yn cael ei rannu'n agored drwy adrodd blynyddol.
- Os byddwch yn parhau i fod yn anfodlon, byddwn yn egluro'n glir sut i geisio adolygiad pellach, gan gynnwys eich hawl i gysylltu ag Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru.



Llywodraeth Cymru
Welsh Government

Listening to People

The NHS Wales Complaints,
Incidents and Redress Policy

- Guidance for Organisations

2026

Table of Contents

Introduction.....	7
Listening to People: The NHS Wales Complaints, Incidents and Redress Process 2026	8
Foreword by Jeremy Miles MS, Cabinet Secretary for Health and Social Care.....	8
Chief Nursing Officer Foreword.....	9
General Principles of Listening to People: The NHS Wales Complaints, Incidents and Redress process	11
The People’s Pledge on NHS Wales Concerns	11
The four principles of Listening to People.....	11
The Standards	12
Strategic and operational duties, oversight and local arrangements	13
The Approach: Stage 1 Listen and Act; Stage 2 Investigate, Respond and Learn	17
Putting people at the heart of the process.....	17
Stage 1 – Listen and Act	17
Listen	17
Act	18
Stage 2 – Investigate, Respond and Learn	19
Investigate.....	19
Respond.....	19
Learn.....	20
Notification, acknowledgement and grading of a concern.....	20
Who can raise a concern.....	22
Prisoners who raise concerns	23
Matters Excluded from Consideration Under the Arrangements.....	23
Time Limit for Notification of Concerns	24
Withdrawal of concerns.....	25
Concerns that are vexatious or frivolous	25
Grading Concerns	26
Principles of Grading	27
Harm Grading Framework	28
Independent investigation.....	29
National Reporting & Escalation.....	29
Concerns of imminent or ongoing harm.....	30
Implementing Regulation 24A: Guidance for Suspending Early Resolution or Investigation ..	31
When to Consider Suspension	32
Practical Application and Process.....	32

Concerns involving primary care	33
Concerns regarding services provided by independent providers (IPs) under arrangements with a Welsh NHS Body.....	34
Exceptional Circumstances	34
Investigation Pathway and Consent	35
Decision Communication and Rights	35
Concerns involving other responsible bodies	36
Initial Identification and Action	36
Coordination and Lead Designation	36
Listening discussion.....	37
Investigation and Response.....	37
Communication and Updates.....	37
Learning and Reporting	37
Escalation and Disputes.....	37
Contractual and Cross-Border Considerations	38
Communication with patients, service users and their families	38
Those who are bereaved and raising concerns about care.....	38
People Who Are Bereaved and Raising Concerns About Care	39
Guidance on the Approach (Process and Practice).....	40
Case example to illustrate how confusion about roles in a community death at home can be addressed	41
Bereavement in maternity care.....	41
Case example — Stillbirth at 38 weeks; could it have been prevented?.....	42
Bereavement of a child or young person	42
Case example — Unexpected death of a 9-year-old; parents request rapid answers	43
References - bereavement	44
The Medical Examiners service	45
HM Coroner and the Listening to People process	45
References – Medical Examiners Service	48
The Listening Discussion	49
Stage 1 – Listening and acting to resolve concerns and the early resolution period	51
Principles of Early Resolution	52
Determining Suitability for Early Resolution.....	52
Actions During the Early Resolution Period.....	52
Review of information	53
Updating the person raising concern.....	53

Satisfactory resolution	53
When Early Resolution Cannot Proceed	54
Record-Keeping and Monitoring.....	54
Research Evidence Supporting This Approach.....	54
Manager’s Compliance Checklist	55
Stage 2: Investigate, Respond and Learn	56
Procedure before investigation under Regulation 23.....	56
Investigation of concerns.....	57
Redress	58
General Overview	58
Response to a concern	61
Regulation 24 (response).....	62
Regulation 26 (Response to an investigation under regulation 23 where it is decided that there is or there may be a qualifying liability)	63
Regulation 31 (investigation report) and 33 (redress – communication of a decision)	64
Redress process	65
Independent experts	68
Provision of legal advice	68
Limitation - suspension	69
Quantum	70
General damages	70
Special damages	71
Quantum in fatal cases.....	72
Compensation Recovery Unit.....	72
NHS Charges.....	72
Appendix to Redress Section	74
Qualifying Liability – an explanation.....	74
Duty of Care.....	74
Standard of Care: Breach of Duty.....	74
Investigating Breach of Duty	75
Standard and Burden of Proof.....	75
Causation.....	76
An Alternative Causation Test - Material Contribution	76
Investigating Causation	76
Concerns Relating to Consent	77
Breach of Duty (consent).....	77

Material Risk.....	77
Causation (consent).....	78
Redress where care is provided by English, Scottish or Northern Irish NHS providers.....	78
Core Principle of Equity	79
Legal Context Across the UK	79
Qualifying liability in Scotland and Northern Ireland	79
Action Required Under Regulation 38 (as amended)	80
Operational Actions When a Cross-Border Concern is Raised.....	80
Communicating Outcomes of Investigations and Redress Decisions	81
Communicating the Outcome of Investigations into Concerns.....	82
Communicating a Redress Offer	83
Concerns about the care of adults at risk	85
Children and young people – raising concerns and responding to them	86
Upholding the Rights and Welfare of Children and Young People in the Context of Concerns	86
Core Principles and Legal Rights.....	86
Psychological Safety and Emotional Impact	87
Communication Standards	87
Involving Parents, Guardians, and Advocates	88
Assessing Competency and Consent.....	88
Safeguarding and Legal Obligations	89
Responding to the concerns raised by Children and Young People	89
Role of the Public Services Ombudsman for Wales.....	91
Responding to Ombudsman Reports under the 2019 Act	91
Duty to ensure responsible bodies are learning from concerns	92
Principles.....	93
Learning from Concerns	93
Roles, governance and accountability	93
Board & Committee	93
Executive & Operational Leads	94
Reporting on the Listening to People process and integrating into the Quality Management system.....	94
Annual report	95
Glossary	97
Appendix 1: Evidence base and further reading	100
The Listening Discussion	100
Communicating Outcomes of Investigations and Redress Decisions	100

Annex: Flowcharts.....	Error! Bookmark not defined.
ANNEXES	101
Annex A	102
The People’s Pledge on NHS Wales Concerns	102
What You Can Expect When You Raise a Concern:.....	102
1. Easy Access, Support and Early Resolution	102
2. Respect, Compassion and a Person-Centred Approach	102
3. Clear Information, Communication and Updates	102
4. Timely, Fair and Evidence-Based Handling.....	102
5. Clear Outcomes, Meaningful Responses and Redress	103
6. Learning, Improvement and Independent Scrutiny	103
7. Accountability, Transparency and Your Right to Review	103

Introduction

- 1. Listening to People:** The NHS Wales Complaints, Incidents and Redress process is the operational name for the framework that governs the reporting and investigation of a concern, related to care provided or commissioned by the NHS in Wales. The term “concerns” includes complaints and patient safety incidents and redress where appropriate. This guidance is intended to be used as a reference document by responsible bodies and should be read in conjunction with the [NHS Duty of Candour](#) and [NHS Duty of Quality](#).
- 2.** The term “responsible body” means a Welsh NHS body, a primary care provider, or an independent provider.
- 3.** A “Welsh NHS body” means a Local Health Board (LHB), a National Health Service Trust managing a hospital or other establishment or facility wholly or mainly in Wales, or a Special Health Authority.
- 4.** This guidance is intended to be used by responsible bodies to ensure their processes meet regulatory requirements under the National Health Service (Concerns, Complaints and Redress Arrangements) (Wales) Regulations 2011 (“the Principal Regulations”), as amended (encompassing amendments made by the National Health Service (Concerns, Complaints and Redress Arrangements) (Wales) (Amendment) Regulations 2025 which come into force on 1 April 2026).
- 5.** The Equality Act 2010¹ and Public Sector Equality Duty² (PSED) is foundational to this guidance.
- 6.** The processes described in this guidance together with the Principal Regulations govern the way all responsible bodies consider and respond to people who raise a concern in respect of services provided by or under arrangements with the NHS in Wales.
- 7.** There is separate published guidance aimed to explain to patients, service users, their families and their advocates what rights have been provided to them under the Principal Regulations and what is reasonable to expect from the NHS in response to the raising of a concern.
- 8.** This guidance explains the requirements under the Principal Regulations and their underpinning principles, including to listen, act upon, understand, learn and implement change from concerns, improving quality and safety in care delivery.

¹ [Equality Act 2010](#)

² [Public Sector Equality Duty \[HTML\] | GOV.WALES](#)

Listening to People: The NHS Wales Complaints, Incidents and Redress Process 2026

Foreword by Jeremy Miles MS,
Cabinet Secretary for Health and
Social Care



Our healthcare system is based on the key principle that people must be at the heart of everything we do. When someone raises a concern about their care, it provides the NHS with an opportunity to strengthen the safety and quality of services in response.

Putting Things Right, the concerns, complaints and redress process for services provided by or under arrangements with the NHS in Wales, was introduced in 2011. It was designed to ensure people's concerns were properly investigated, and that when mistakes were made, lessons were learned. This was an ambitious step for Wales – at the time, no other part of the UK had adopted such a proactive system of redress.

In the 15 years since, many tens of thousands of people have been helped to raise their concerns and to find a resolution.

However, we now know *Putting Things Right* hasn't worked for everyone. People have found the system overly legalistic; some feel it lacks empathy and understanding, and that when faced with concerns, NHS organisations can be defensive.

Following extensive work and a public consultation in 2024, we have reformed the system to respond to these concerns and strengthen the complaints and redress process. The *Listening to People: NHS Wales Complaints, Incidents and Redress process* embeds a system which prioritises compassionate communication to ensure everyone feels heard and supported. A culture of learning will help to ensure every opportunity is taken to learn from concerns to prevent incidents recurring.

There is now an enhanced focus on early resolution in the first stage of the process, where early resolution is considered appropriate. This includes a mandatory offer of a listening discussion, where responsible bodies will take on board the experience of the person raising a concern. The second stage includes an assessment of liability and whether redress should be offered.

We know that raising a concern can feel distressing, so *Listening to People* puts an emphasis on clear and compassionate communication. If any complex legal or medical terminology is used, it will be properly explained. People raising concerns will be actively offered advocacy and support services and will be kept informed of the progress of the investigation and the likely timeframe for completing the investigation.

Listening to People has been developed with NHS Wales, including patients, staff and partner organisations. I am confident the result will be meaningful and positive change for the people who use NHS services.

Together, we will continue building a system which puts people first and which is always listening, learning, and improving.

Foreword by Chief Nursing Officer for Wales, Sue Tranka

I am proud to introduce this operational guidance for *Listening to People: NHS Wales Complaints, Incidents and Redress process*. This document represents a significant step forward in strengthening how we respond to concerns, learn from them, and improve the quality and safety of care for people across Wales. It has been developed with extensive input from colleagues across health boards, trusts, primary care, independent providers, legal and safeguarding experts, and crucially the voices of patients, service users and their families. My sincere thanks go to everyone who has contributed.



The *Listening to People* process places compassion, clarity and accountability at the heart of how concerns will now be handled. As professionals, we all recognise that people raise concerns at moments of vulnerability and distress. How we respond - our openness, our timeliness, our empathy - can shape their trust in the NHS for years to come. This guidance provides the framework to ensure that our actions are person-centred, consistent, and legally compliant, while also supporting you as staff to deliver your responsibilities confidently and safely.

Implementing this strengthened approach will require commitment from every part of the system. You play a vital role: whether you are the first point of contact for someone raising a concern, a clinical leader responsible for ensuring proportionate and effective investigation, or a manager overseeing governance, learning and reporting. This guidance sets out clear expectations for early resolution, robust investigation, and effective communication, reflecting the Duty of Candour and the Duty of Quality. It also recognises the importance of supporting staff wellbeing, providing appropriate training, fostering a culture where people feel safe to speak up and that learning leads to meaningful improvement.

This is not simply a compliance exercise. It is a cultural commitment to ensuring that every concern - whether large or small - is listened to with respect and used to strengthen the system. It is about working collaboratively across organisational boundaries, reducing harm, and embedding a just and open culture within every

service. Patients and families deserve the assurance that the NHS in Wales responds fairly, learns transparently, and acts where care falls short.

Crucially, this guidance also strengthens organisational and system assurance, enabling NHS bodies to demonstrate to boards, regulators and the public that concerns are handled consistently, learning is acted upon, and improvements are monitored and sustained.

I know how hard staff work, often under significant pressure. This guidance is designed to support you, equip you and make your work easier, not harder. By applying it consistently, you will play a direct role in improving people's experiences, strengthening public confidence, preventing future harm and improving care.

Thank you for your continued professionalism, compassion and commitment to listening and learning.

Sue Tranka, Chief Nursing Officer

General Principles of Listening to People: The NHS Wales Complaints, Incidents and Redress process

9. The aims of the Listening to People process are to:
- Enhance & improve safer care delivery through listening and acting
 - Promote an open and just culture
 - Increase transparency and trust
 - Mitigate against future harm
 - Support staff development and learning
 - Meet legal duties and ethical standards

The People's Pledge on NHS Wales Concerns

10. The People's Pledge ([Annex A](#)) sets out a clear, public promise about how people can expect their concerns to be listened to, taken seriously, and responded to across NHS Wales. It explains in plain language the values of fairness, respect, openness and timeliness that underpin the handling of concerns, and the rights people have when raising them.

11. The Pledge is supported by **the Principles and Standards** discussed below, aligning with the Principal Regulations. The Pledge provides practical guidance and consistent standards that responsible bodies and staff must follow in their day-to-day practice, ensuring the promise made to the public is delivered in a clear, accountable and consistent way across all services.

The four principles of Listening to People

12. It is important to people raising concerns about care delivered and/or funded by the NHS that the process for raising a concern is through a single simplified accessible point e.g. email address, phone number, postal address or through face-to-face representation. People can raise concerns in a variety of ways (see regulation 11(1) (a) in writing; (b) electronically; or (c) verbally, either by telephone or in person, to any member of the staff of the responsible body, the exercise of whose functions is the subject of the concern), and they are able to select the method that is most suitable to them. The responsibility for making this available and effectively communicated resides with the responsible body where there is a clear expectation to consider the accessibility needs of the entire population they serve, including those who are digitally excluded.

13. The **first principle** of Listening to People is that people raising concerns are actively listened to; are treated with respect, courtesy and in a compassionate manner, and have their rights and options explained to them in a way that they can understand and that is accessible to their specific needs.

14. These rights and options include the right to appropriate advocacy and support throughout the process and that this is actively considered and offered, free at the point of access. In addition, people are made aware they can clearly state their desired outcome and where appropriate, are offered this solution via a timely early resolution.

15. The **second principle** is that concerns will be effectively investigated in a proportionate manner, the timeframe for completion is discussed and communicated at the start of the process, keeping people informed on progress and any delays, and involving them in the investigation process where practicable. The results of this investigation must be clearly communicated to the person who raised the concern in writing, and using a language that can be easily understood, including explanations of any complex medical or legal terms used.

16. The **third principle** is that organisations are under a duty to learn from these concerns and report back. They must develop effective actions to prevent reoccurrence. These actions must be shared with the people raising a concern.

17. The **fourth principle** is that the leaders of organisations must provide assurance that the way in which the organisation handles every concern meets these regulatory requirements effectively, and provides evidence of the learning undertaken. It also demonstrates that actions are taken to strengthen the quality and safety of care following the Listening to People process.

The Standards

1) Access, Support and Early Resolution

Responsible bodies must provide clear and accessible routes for raising concerns with a single point of access. They must actively offer advocacy from the start of the process and reasonable adjustments and language choice (Welsh/ English/ other). Responsible bodies are required to demonstrate that where appropriate to the concern, Early Resolution has been actively considered as the initial approach, while ensuring that this does not restrict or delay access to a formal investigation when necessary.

2) Respectful, Compassionate and a Person-Centred Approach

Responsible bodies must handle concerns in a respectful, compassionate way at all stages, with the emphasis on person-centred communication and a culture of openness and accountability. People involved in raising concerns are expected to be respectful in their behaviour to staff listening to and investigating their concern. Responsible bodies must offer people the opportunity of a listening discussion to ensure that their concerns and wishes are considered throughout the process.

3) Clear Information, Communication and Updates

Responsible bodies must clearly explain the concerns process and options available, provide a named contact, communicate likely timescales, and give progress updates if these change. Confidentiality and privacy must be maintained, and individuals should be informed of any information sharing- requirements.

4) Timely, Fair and Evidence-Based Approach

Responsible bodies must assess and grade concerns accurately and manage them proportionately within expected timescales. They must escalate matters where there is serious risk of harm occurring. Responsible bodies must investigate concerns fairly and without bias, ensuring decisions are evidence-based and where appropriate, to jointly instruct a medical expert. The responsible body must ensure that any exclusion of a concern on the grounds that it considers it to be vexatious or frivolous is justified, proportionate and recorded.

5) Clear Outcomes, Meaningful Responses and Redress

Responsible bodies must provide a clear written response addressing each issue raised, and offer an outcome meeting, explaining the findings and decisions. They must offer apologies where appropriate and explain any remedial action to be taken. If redress is being considered, signposting to funded legal support must be provided.

6) Learning, Improvement and Independent Scrutiny

Responsible bodies must identify learning from concerns and take action to improve services in order to reduce future harm. They must report on themes and outcomes and share these with the person raising the concern. A responsible body must consider whether independent medical advice is needed during investigations and where it determines that such advice is not needed in relation to a concern involving the death of, or moderate or severe harm to a patient, the responsible body must record its reasons for that determination.

7) Accountability, Transparency and Right to Review

Responsible bodies must be accountable for how concerns are handled and maintain accurate records that comply with new requirements for annual reporting and shared learning duties. Responsible bodies must clearly explain escalation and review routes to the Public Services Ombudsman for Wales (PSOW).

Strategic and operational duties, oversight and local arrangements

18. Under Part 2 of the Principal Regulations, all responsible bodies are required to have a fully developed integrated approach for dealing with concerns that is effectively led, responsive, and accountable to the needs of the population for which it provides healthcare (regulation 7). It is also expected that the approach taken must span all its services and service providers; whether these are NHS-delivered or NHS-funded and provided by others. These arrangements must be published in a variety of media and made available to the population served (regulation 5). There should be one single point of contact for this system and adequate resources to

ensure that the responsible body meets the 5 working day time frame for acknowledging receipt of the notification of a concern (regulation 22).

19. There must be clear strategic and operational leadership and accountability. Each responsible body must designate a person to be responsible for maintaining a strategic overview of its operation of the arrangements under the Principal regulations. Where the responsible body is a Welsh NHS body this person must be one of its non-officer members or non-executive directors as appropriate (regulation 6 and part 8). This does not impact the Board's collective responsibility for concerns. The expectation is that concerns are integrated into the organisation's quality management system and informs the board's work around the Duty of Quality³ and that there is seamless integration with the Duty of Candour⁴.

20. Accountability sits with the Chief Executive Officer. The day-to-day overall responsibility for the operation of these arrangements must be delegated to an executive officer identified as the responsible officer (regulation 7).

The responsible officer is to be:

- (a) in the case of a Welsh NHS body, a person who is an officer member or executive director of that body, as appropriate
- (b) in the case of any other responsible body, the person who acts as the chief executive officer of that body; or, if there is none:
 - (i) the person who is the sole proprietor of the responsible body;
 - (ii) where the responsible body is a partnership, a partner; or
 - (iii) in any other case, a director of the responsible body, or a person who is responsible for managing the responsible body.

21. For hosted services the accountable officer and the responsible officer remain the Chief Executive Officer (CEO) and Responsible Officer of the responsible body which hosts the service (i.e.) an all-Wales organisation hosted by a health board.

22. In the case of a Primary Care Provider this would be the Senior Responsible Partner or sole proprietor and in the case of an independent provider the registered provider or manager in accordance with the Independent Healthcare (Wales) Regulations 2011⁵. They are both charged with ensuring the culture of the organisation is one of openness and honesty towards people who have cause to complain, and with ensuring a positive culture of reporting of, and learning from, patient safety concerns is in place. They are also responsible for ensuring that their organisation embeds and supports a 'Just culture'⁶ and the 'Speaking Up Safely Framework'⁷ for all staff who work for them. This is achieved through effective

³ [The Duty of Quality in healthcare | GOV.WALES](https://www.gov.wales/the-duty-of-quality-in-healthcare)

⁴ The Duty of Candour Procedure (Wales) Regulations 2023
<https://www.legislation.gov.uk/wsi/2023/274/contents/made>

⁵ The Independent Health Care (Wales) Regulations 2011
<https://www.legislation.gov.uk/wsi/2011/734/contents/made>

⁶ Just Culture in Healthcare <https://www.justculture.healthcare/>

⁷ NHS Wales speaking up safely framework <https://www.gov.wales/nhs-wales-speaking-safely-framework>

strategic leadership to ensure that every member of an organisation adopts these principles and behaviours and demonstrates this each and every time.

23. The Accountable Officer of the NHS body retains ultimate responsibility for ensuring that compliance against the Principal Regulations and all items of expenditure, for example, compensation claims, fall within the legal powers of the Board.

24. There must be clear lines of operational leadership, accountability and reporting within the organisation to support the organisation's quality and safety arrangements, specifically around the concerns process and with the subsequent learning-based implemented actions to ensure the aim and focus is to improve patient and service user experience.

25. It is also incumbent on responsible bodies to demonstrate through the existing oversight arrangements with NHS Wales Performance and Improvement on behalf of the Welsh Government, how the organisation effectively implements learning to improve outcomes and strengthen the quality and safety of health care delivery.

26. The day-to-day handling and consideration of concerns to effectively meet the requirements in the regulations and in this guidance may be delegated to the senior investigations manager, as outlined in regulation 8.

27. Large organisations may assign this role to multiple people under different titles, but policies should clearly identify who holds the responsibility. The designated person's job description must specify and fulfil all regulatory requirements as a minimum.

28. The sufficiency of the resources made available to support these roles and to meet the Standards, Principal Regulations and the guidance must be assessed and be prioritised.

29. Every responsible body is required to develop an organisational development and training strategy as part of their integrated approach. This strategy should address the staffing levels, skills, and experience needed to effectively implement the Listening to People process throughout the whole organisation, in accordance with regulations 8 and 9.

30. Integrated approaches should centre on listening to concerns, responding promptly, investigating proportionally, giving clear and compassionate feedback, and enabling organisational learning. The approach should also specify how staff who raise concerns are involved and this should be aligned to the "Speaking up Safely" framework⁸.

⁸ [Speaking up Safely: A Framework for the NHS in Wales](#)

31. It is also expected that responsible bodies make every effort to effectively communicate and advertise the rights of people who wish to raise a concern (regulation 5), how they find the local single point of access for concerns and what support they are entitled to and how to gain that support (regulation 3).

32. It is essential that responsible bodies give careful consideration to ensuring that there is equity of access for marginalised or seldom-heard groups within their local population, and that there is active monitoring of this equity of access⁹. In addition, organisations should be assured that people are equally able to raise a concern regardless of any protected characteristic, and that there is active monitoring of this. The responsible officer should be assured that concerns involving prejudice and discrimination based on any protected characteristics have been investigated, and that the investigation has led to appropriate learning and improvements made where necessary

33. Organisations must ensure there is adequate oversight from the Board, and any committees tasked with maintaining an overview of the feedback and experience of those who have had cause to raise concerns. In addition, it should utilise both quantitative and qualitative data to inform any improvement plans necessary. This should form part of the annual report and periodic oversight reporting arrangements of the board and relevant committees with NHS Wales Performance and Improvement, Public Services Ombudsman for Wales and the Welsh Government.

34. Responsible bodies must have a written policy on the handling of concerns, clinical negligence and personal injury compensation claims, approved by the Board or duly authorised committee. The policy as a minimum must cover the points set out in the Principal Regulations and this guidance and include any all-Wales related guidance.

35. Responsible bodies must ensure that education and training plans are in place to support staff in their organisation to be effective in their role in relation to these arrangements. These policies must be clear and available to their staff and information must be available to patients, service users and families.

36. There is an expectation that responsible bodies, in addition to the annual report required under regulation 51 of the Principal Regulations, will consider how best to report to their population improvements through the *always on reporting* process they have already developed under the Duty of Quality¹⁰.

⁹ The Equality Act 2010 (Statutory Duties) (Wales) Regulations 2011
<https://www.legislation.gov.uk/wsi/2011/1064>

¹⁰ [The Duty of Quality in healthcare | GOV.WALES](#)

The Approach: Stage 1 Listen and Act; Stage 2 Investigate, Respond and Learn

37. The Listening to People process consists of two stages. Stage 1: Listen and Act focuses on early resolution and includes an offer for a listening discussion. This discussion provides individuals with an opportunity to clearly express their concerns. Stage 2: Investigate, Respond and Learn is the investigation phase, as set out in regulation 23.

Putting people at the heart of the process

Stage 1 – Listen and Act

Listen

38. There is strong evidence that the way people are treated at the outset of raising a concern can set the whole tone for a person's experience of the concerns process, their faith in the organisation and future relationships or interactions for healthcare providers and people they care for. It is also important that those people feel listened to and adequately understood if effective resolution of the issue is achievable.

39. The listening stage is crucial in identifying all aspects of the concern to establish all the issues that need to be addressed. This stage includes the offer of advocacy support, and a mandatory offer of an in-person listening discussion via telephone, video call, or a face-to-face discussion. Responsible bodies are required to offer this discussion, although participation is voluntary for the individual raising the concern. If early resolution is pursued, it must be completed within 10 working days from the date the concern is acknowledged by the responsible body. A 5 working day window is given before this to allow for acknowledging receipt of the concern, during which it should be considered if the Duty of Candour¹¹ has been triggered.

40. The focus of the listening stage is to enable the individual, family, their advocate or those close to the person/chosen family to detail the issues they are concerned about and wish to be resolved.

41. This is, primarily, an information-gathering opportunity where active listening skills, through the use of reflecting and paraphrasing, reinforces that the information being given has been heard clearly and accurately. It also reinforces the information and enables those listening an opportunity to absorb information more effectively. It is the start of building an openness that creates a rapport, shows empathy and provides the person with validation. It enables the person receiving the concern an opportunity to ask questions for clarification of anything that is unclear, and enables greater understanding of the person's priority and the impact this has had on them to understand what next steps may be necessary.

¹¹ [The NHS Duty of Candour | GOV.WALES](#)

42. It is important during the listening discussion that the person is asked their desired outcome from the Listening to People process. This may be difficult to articulate initially, but with support can range from acknowledgement of the nature of the concern having occurred with a sincere apology, to reparation steps. These steps could be alternative treatment or care, or financial redress settlements. A [trauma-informed approach](#) could be considered to help recognise and understand people's adverse and traumatic experiences.

43. Regardless of the desired outcome, many people specifically request that they need to know this will not happen again to anyone else. It is important to ensure that the desired resolution is clearly recorded in the appropriate management system.

44. Regulation 14(5) now expressly provides that a concern which is resolved during the early resolution period is excluded from the scope of the investigation and redress arrangements under regulations 23 to 48. This provision does not impose any restriction on the types of concern that may be considered for early resolution, and does not exclude concerns where harm is alleged or may be present. Had such an exclusion been intended, it would have been stated expressly in the Principal Regulations.

45. The amended regulation 22(1)(h) clarifies that an assessment of whether a qualifying liability exists can only take place where an investigation under regulation 23 is undertaken and requires this to be communicated to the person notifying the concern. This provision aims to ensure that this position is explained, is transparent and that the informed consent of the person notifying the concern is obtained to attempt early resolution. While, in practice, some cases will not be considered appropriate for early resolution, it does not operate as a bar on the use of early resolution where harm is alleged or considered that it may be present.

Act

46. Once the concern has been acknowledged not later than 5 working days after the day of receipt and the offer of the listening discussion has occurred, it is important that any possible opportunity to act is taken promptly.

47. This can be in the form of the early resolution of the concern, which attempts to provide a solution or action that corrects the situation or provides a service that is required to remedy the care need.

48. It is important that prompt fact-checking of what has occurred is undertaken to ensure clarity of understanding around the cause of the concern. This is also to ensure actions can be taken where possible to maximise the opportunity to reduce reoccurrence and provide clear learning for the organisation and those involved.

49. Actions taken may include the arrangements to discuss information with clinicians providing care or provide answers to questions about care or taking direct

action to provide required care. There may also be immediate corrective actions required.

50. It may be that the action required includes an apology to the person who has raised the concern, or the individual to whom the care was delivered. It is understood that the provision of an apology does not in itself indicate an acceptance of liability, and should be seen as a reasonable and proportionate step early in the process.

Stage 2 – Investigate, Respond and Learn

Investigate

51. There is a requirement to apply a proportionate approach to the type and method of investigation so that the concern can be thoroughly and efficiently investigated in a timely way, at a suitable depth to reach a conclusion. This general requirement means that responsible bodies should take a reasoned and balanced approach to the investigation of concerns, remembering that not all issues will require the same level of investigation. The handling of the concern needs to be sensitive to this and dealt with appropriately and the person raising the concern must be kept informed of the intended timeline and the progress or any delays.

52. If an investigation reveals that moderate or severe harm or death has occurred, consideration is needed to assess whether the Duty of Candour¹² has been triggered. Additionally, all responsible bodies have a duty to assess whether the care provided fell below the standard of care considered reasonable for the circumstances of the clinical situation. If this is found to have occurred, then the organisation must also consider whether the provision of care at that level is the likely cause of the harm sustained. If both are considered to be present, NHS bodies must also decide if an appropriate offer of redress should be made.

It should be noted that this duty to assess for qualifying liability only exists for concerns subject to regulation 23, and is not applicable for those dealt with under the early resolution stage.

Respond

53. It is imperative that the person raising the concern receives a full and timely response to the investigation undertaken. This should be in any accessible manner that they may have previously stated or agreed. There is also the requirement to offer to go through the results of the investigation with the person to answer questions and aid clarity and understanding in a proportionate way.

54. There are additional requirements to report the outcome of certain investigations, both internally within the organisation and as laid out in the National Policy on Patient Safety Incident Reporting & Management V2. 2023 to NHS Wales

¹² [The NHS Duty of Candour | GOV.WALES](#)

Performance and Improvement and Welsh Government.

Learn

55. There is an expressed duty placed on responsible bodies in the Principal Regulations and Listening to People process to ensure that the identification of learning from concerns and investigations are developed into effective actions to reduce the likelihood of reoccurrence and future harm to others (regulation 49).

56. People raising concerns must also be informed of the actions being taken and, where redress is considered, actions taken to prevent reoccurrence. Effective organisational learning should be the central objective. Leadership, and the culture that leaders develop and maintain, are critical to achieving this.

Notification, acknowledgement and grading of a concern

57. Responsible bodies need to ensure that active signposting and advertisement exists, with consideration to accessibility needs and seldom-heard groups, to inform people how to raise a concern. This should include the legal requirement of provision for Welsh language, along with provision of community languages and accessible formats for those who are sensory impaired or are neurodivergent, and those who are digitally excluded.

58. There needs to be a single point of access for those raising a concern within a responsible body, however, any member of staff approached can outline and explain how a person can raise a concern about their care or that of a family member or someone close to them.

59. Where a member of staff is approached directly rather than through the single point of access, it is the responsibility of that member of staff to ensure the concern is appropriately reported and managed; either by referral to the single point of access, or through early resolution near to the point of service delivery. In all cases the agreed process within the responsible body should be followed and accurate records must be kept (regulation 11(2)).

60. It is important that individuals receiving care from NHS services are aware of their rights to raise concerns about their experience. A concern can consist of any expressed dispute or grievance requiring clarification or questions about care to be answered, or formalised complaint, or patient safety incident notification, or a claim for compensation.

61. Concerns may be raised with any member of staff of the responsible body. It is essential that all staff understand how to receive, record, and respond to concerns in line with the Principal Regulations, organisational policies and professional

standards.

62. Concerns can be submitted in writing via letter or a designated concern form, electronically, or verbally in person or by telephone or video link.

63. Where a concern is raised verbally, the following steps must be taken:

- a. The concern must be formally documented by a member of the concerns team or the designated staff member responsible for managing concerns.
- b. A copy of the written record of the concern must be provided to the individual who raised it.

64. In accordance with regulation 3, consideration should be given to the individual's previously specified method of communication. While it is necessary for the responsible body to maintain a written record, the regulation allows the responsible body to respect and adhere to the individual's expressed preferences regarding their chosen method of communication.

65. If the concern is raised in Welsh, the written record must also be provided in Welsh, in accordance with the Welsh Language Standards.

66. Staff must adhere to local policies and procedures on record keeping and information governance at all times.

67. Effective record keeping is fundamental to the fair and thorough handling of concerns. All records must be accurate, reflecting the facts clearly and truthfully; complete, including all relevant details; understandable, written in plain language and they must ensure language used is accessible and explained if complicated terminology is necessary; and contemporaneous, recorded at the time of the event or as soon as possible thereafter. Records should therefore comply with professional standards and guidance issued by regulatory bodies.

68. Where the Duty of Candour applies under the [Duty of Candour Procedure \(Wales\) Regulations 2023](#), responsible bodies must maintain a comprehensive written record for each notifiable adverse outcome.

69. Records should include the notification of the Duty of Candour; attempts made to contact the service user or their representative; any decision by the service user or representative not to engage with the candour process; and all documentation relating to the investigation and review of the adverse outcome, including responses or interim reports issued under regulations 24, 26, 31 and 33 of the Principal Regulations.

70. Where a concern is assessed and found not to trigger the Duty of Candour, it is required practice to document the rationale for this decision. This supports quality assurance and governance, organisational learning and service improvement, and

compliance with reporting obligations under the Health and Social Care (Quality and Engagement) (Wales) Act 2020, as outlined in Chapter 4 of the Duty of Candour statutory guidance.¹³

71. It is anticipated that the Once for Wales Concerns Management system will be the primary system used for the reporting and recording of all concerns and patient safety incidents. However, for primary care providers or the independent sector there may be other systems being utilised. Staff must ensure that entries into the system are timely, accurate, and reflective of the full scope of the concern and any actions taken.

Who can raise a concern

72. Almost anyone may raise a concern, and the responsible body has a statutory duty to consider whether the concern can be investigated. However, it may not always be possible to share full details of any subsequent investigation with the individual who raised the concern, particularly where they are not the patient or appointed representative, as this could breach the requirements of the UK General Data Protection Regulation (UK GDPR). See also section on [Investigation Pathway and Consent](#).

73. Under regulation 12 of the Principal Regulations, concerns may be raised by a range of individuals. These include:

- a service user or patient who is receiving or has received services from a responsible body.
- individuals affected or likely to be affected by the actions, errors, or decisions of the responsible body.
- staff members of responsible bodies.
- independent members of a responsible body, such as non-executive directors or non-officers.
- partners, for example, a partner in a GP practice; and
- representatives acting on behalf of a person who is unable to raise a concern themselves, such as a young child or someone who lacks capacity, or where the person wishes to be represented by another person
- a representative acting on behalf of someone who has died.

74. Where a representative acts on behalf of another person, such as a child or someone who lacks capacity, the responsible body must consider whether the representative is suitable to act in that capacity.

75. If there are reasonable grounds to conclude that the representative is not acting in the best interests of the service user, this decision must be communicated to them in writing with due consideration of the Principal Regulations. Even where a

¹³ [duty-of-candour-statutory-guidance.pdf](#)

representative is deemed unsuitable, the responsible body may still decide to investigate the concern, particularly where safeguarding issues are identified. In such cases, there is no obligation to provide a detailed response to the individual who raised the concern unless it is reasonable to do so and after consideration of whether regulation 24 A applies ([see Safeguarding section](#)).

Prisoners who raise concerns

76. Prisoners in Wales are entitled to the same quality and range of healthcare services as those available to the public through NHS Wales. When a prisoner raises a concern about their healthcare, the responsible body must manage and investigate the concern in accordance with the same procedures applied to all other individuals under the Principal Regulations.

77. Prisoners also have the right to access independent advocacy services provided by Llais (Citizen Voice Body), which has a duty to offer free, confidential support to help these individuals raise concerns about health and social care services. This advocacy support does not affect or limit a prisoner's right to raise a concern at any stage with the **Independent Monitoring Board**, which operates independently to monitor fairness and respect for those in custody.

Matters Excluded from Consideration Under the Arrangements

78. Under regulation 14 certain matters are outside the scope of the arrangements for handling and investigating concerns under the Principal Regulations. Staff must ensure these exclusions are applied consistently, fairly and communicated clearly to individuals raising concerns in a manner that is both empathetic and compassionate.

79. The following matters must not be considered under arrangements made under the Principal Regulations:

- **Primary Care Provider Contractual Issues:** concerns raised by a primary care provider that relate to the terms of its contract or arrangements for providing primary care services.
- **Employment Matters:** concerns raised by staff members of a responsible body that relate to their own contract of employment.
- **Matters Investigated by the Public Services Ombudsman for Wales:** concerns that are currently being, or have already been, investigated by the Ombudsman, unless the Ombudsman recommends that the responsible body offers redress under Part 6 (regulation 27) of the Principal Regulations. In such cases, further investigation may only occur to determine whether a qualifying liability exists and to implement the Ombudsman's recommendations.
- **Freedom of Information requests:** concerns arising from an alleged failure to comply with a request for information under the Freedom of Information Act 2000.

- Disciplinary proceedings: any disciplinary action being taken or proposed by a responsible body because of, or arising from, the investigation of a concern.
- Duplicate or previously resolved concerns: concerns that are the same as a previously notified and resolved concern, unless the responsible body considers it reasonable to reopen the matter.
- Previously considered matters: concerns that have already been considered under the Principal Regulations, or under any previous concerns procedure in place before 1 April 2011.
- Vexatious or frivolous concerns: concerns deemed to be without merit or intended to cause disruption.
- Matters subject to civil proceedings: concerns that are, or become, the subject of civil proceedings, including the pre-action stage.
- Individual Patient Treatment Requests: concerns relating to decisions about individual patient treatment funding requests are excluded from consideration. The care or treatment delivered, about which the Individual Patient Funding Request application was made should still be considered. Please refer to the All-Wales Individual Patient Funding Request policy¹⁴.
- Concerns outside Health Education and Improvement Wales's (HEIW) scope: Where the responsible body is HEIW, any concern that does not relate to the provision of healthcare by that body.
- Concerns that are raised that are outside of the time limit for notification (regulation 15).

80. If a concern falls within these exclusions as described in regulation 14, the responsible body must notify the person who raised the concern in writing as soon as reasonably practicable, explaining the decision and the reasons for it. Where part of a concern is excluded but other elements are not, the remaining issues should still be considered under the arrangements.

Time Limit for Notification of Concerns

81. Under the Principal Regulations, concerns should normally be raised within **12 months** of the date on which the matter occurred or, if later, the date on which the person became aware of the issue. This timeframe helps ensure that investigations can be carried out effectively while evidence remains available and recollections are reliable.

82. The regulations allow flexibility where there are good reasons for delay in notifying a responsible body of a concern. This is at the discretion of the responsible body. If the person raising the concern can demonstrate valid reasons for not doing so within 12 months, and it is still possible to investigate fairly and effectively, the responsible body may accept the concern outside this period. In these cases, the responsible body should explain to the person raising the concern that the investigation may be limited by the availability of evidence, particularly where

¹⁴ [Individual Patient Funding Requests \(IPFR\) - NHS Wales Joint Commissioning Committee](#)

significant time has passed, or key staff have left the organisation. This should be communicated sensitively and documented appropriately.

83. In practice, there is normally an absolute limit of three years from the date of the incident or the date from which the patient became aware, whichever is later. The decision is for the responsible body to consider if it is satisfied that the patient had good reason for not notifying within the time frame in regulation 15 and that the concern can still be investigated effectively and fairly. Concerns raised beyond this period will not usually be considered under the arrangements made under the Principal Regulations. Staff must ensure that decisions on time limits are applied consistently, recorded clearly, and communicated in writing, including the reasons for accepting or rejecting a late notification.

Withdrawal of concerns

84. Whilst people are able to withdraw their concern at any time in the process, it remains the duty of the responsible body to assess whether investigation of the concern remains appropriate to ensure legitimate learning or prevention of future harm to others or to meet statutory duties under criminal law or safeguarding legislation.

85. If the decision is taken to continue the investigation there is no duty under the regulations to notify the person who raised the concern of the outcome of the investigation. It is important however that the body confirms, in writing, with the person who is withdrawing the concern.

Concerns that are vexatious or frivolous

86. All concerns should be handled fairly and transparently. However, some concerns may be considered vexatious or frivolous. Examples of what is meant by vexatious or frivolous concerns may be abusive, unreasonable or persistent behaviours placing excessive demands on staff.

87. These include cases where the matter which has already been investigated is resubmitted without new evidence, where the concern is oppressive or there is perceived abuse of the process, or where it is fanciful or lacks any identifiable details such as the person, their contact details or any reference to the person affected. Such concerns can place significant strain on resources and staff wellbeing, so a structured approach is essential in managing these concerns.

88. The person raising the concern may remain dissatisfied for various reasons, including perceived lack of transparency, delays in response, or unrealistic expectations of outcomes. To reduce escalation, staff should communicate clearly, manage expectations early, and explain what can and cannot be achieved. Demonstrating how learning has been used can also help restore trust.

89. When dealing with persistent or abusive behaviour, staff should remain professional and empathetic while ensuring their own safety. All interactions must be documented. A staged approach is recommended. It is also important to recognise that strong emotions are often present, such as frustration, anger and upset. These emotions are acceptable, and do not, in themselves, constitute reasons for exclusion of a concern from the scope of arrangements made under the Principal Regulations.

90. Any restrictions must be proportionate, clearly communicated, and regularly reviewed. Regulation 14(1)(ha) now allows for a responsible body to exclude a concern that is vexatious or frivolous from investigation. However, the responsible body must demonstrate that they have reached their decision not to investigate after careful consideration.

91. Staff psychological welfare is an absolute priority. Repeated or aggressive concerns can cause stress and burnout, so managers should ensure access to Occupational Health, counselling, and peer support. Additionally, where people use social media to continue their focus negatively on individual staff, organisations should consider referring matters to the police or seeking legal advice. Regular check-ins, stress risk assessments, and resilience training should be in place, alongside safe spaces for staff to debrief. Leaders play a key role in fostering a supportive culture and ensuring staff feel protected and valued.

92. The overarching principles are fairness, proportionality, and safety. All concerns should initially be considered on their merits, and restrictions should only be applied as a last resort. Protecting staff from harm, including psychological stress, is as important as maintaining a fair and transparent concerns process.

93. Staged Approach to dealing with vexatious or frivolous concerns:

- 1) Issue a warning letter outlining concerns and expected behaviour
- 2) Consider restricting contact to a single point of contact or written communication only
- 3) If issues persist, and, in cases of threats or harassment, escalate to legal or security teams or the police liaison team
- 4) Record all interactions and decisions clearly.
- 5) Access support, for example through HR or occupational health, counselling, resilience training and regular check-ins.

Grading Concerns

94. This guidance integrates the All-Wales harm definitions and NHS Wales National Policy on Patient Safety Incident Reporting & Management (v2. 2023) and ensures consistency across harm grading, escalation, Once for Wales Concerns Management system and the statutory guidance for Duty of Candour.

95. Grading concerns is a critical part of the process for determining the appropriate level of proportionate investigation, prioritising resources, and ensuring consistency in approach across the NHS in Wales. Whilst NHS Wales works to establish broader guidance to support concern grading across the NHS in Wales, the following principles are to be followed.

96. Responsible bodies are encouraged to explore with the person raising the concern how resolution is best achieved, taking into account the nature of the concern raised, and where appropriate, signposting to alternative methods for resolution such as registering an enquiry, referral to the Patient Liaison Services (PALS), providing experience through people's experience data capture, and or providing more bespoke feedback via digital story capture. Regulation 23 (1) makes specific provision to consider whether the concern may be capable of resolution by alternative dispute resolution. Responsible bodies could therefore consider approaches such as mediation.

97. Where alternative processes have been explained but the person still wishes to raise a formal concern, responsible bodies must consider whether Stage 1 or 2 is the most appropriate. If early resolution is pursued, it must be completed within 10 working days from the date the concern is acknowledged by the responsible body, meaning that more complex concerns which require a greater degree of investigation are more likely to be appropriate as Stage 2 from the start. However, the intention is that early resolution is attempted first before moving to stage 2 where that is possible to achieve and concerns involving alleged or potential harm may be considered for early resolution, where appropriate.

98. Any time utilised during Stage 1 will be deducted from any subsequent response timeframe set in Stage 2.. The following principles are provided to help the initial assessment of grading.

Principles of Grading

99. The grading process is guided by the following principles:

- The understanding of the nature of the concern, how it was notified and whether there are any statutory responsibilities to report the matter that is the subject of the concern.
- Whether the concern represents a matter that may incur external coverage or have wider sensitivities.
- Whether harm has occurred or is alleged. This must be dynamically applied throughout the process.
- The severity of that reported harm using the NHS Wales existing harm categorisations – harm must be assessed dynamically throughout the process

of investigation and consideration of whether the Duty of Candour trigger threshold has been reached.

- The potential for the presence of qualifying liability should be considered and where it is found to be present or likely to be present, further consideration as to whether a redress offer should be made (whether that offer would likely exceed the £50,000 redress threshold).
- Concerns may span multiple domains or organisations and should be coded accordingly.
- Multiple lower graded concerns may be indicative of evolving strategic risks and warrant consideration of investigation in a cluster approach to prevent the likelihood of harm occurring in the future.
- Consideration of whether the concern identifies or suggests discriminatory or criminal behaviour or imminent or actual ongoing harm to an adult or child at risk.

100. These principles should be considered in keeping with the requirements under regulation 23 (1) of the Principal Regulations that responsible bodies must investigate the matter raised in the notification of a concern in a manner which appears to the body to be most appropriate to reach a conclusion in respect of those matters thoroughly, speedily and efficiently. Regulation 23 (1) sets out the considerations responsible bodies must have particular regard to.

Harm Grading Framework¹⁵

Grade	Examples of Concerns
Grade 1 – None	<ul style="list-style-type: none"> • Delay without clinical impact; fall with no injury; admin error corrected with no effect
Grade 2 – Low	<ul style="list-style-type: none"> • Minor treatment delays • Short increase in length of stay (1–3 days) • Minor injury requiring simple treatment
Grade 3 – Moderate	<ul style="list-style-type: none"> • Avoidable injury requiring intervention • Readmission or return to surgery • Transfer to higher acuity resulting intervention to save life • RIDDOR reportable incident
Grade 4 – Severe	<ul style="list-style-type: none"> • Permanent harm or disability or function loss: • Extended hospital stay (>15 days) with permanent sequelae • Significant breach of national standards
Grade 5 – Death	<ul style="list-style-type: none"> • Avoidable death or care contributing; maternal/perinatal/infant death • Gross failure to meet standards • Irreversible health effects

¹⁵ [duty-of-candour-annex-b.pdf](#)

Independent investigation

101. *Independence* refers to the **objective, impartial, and unbiased involvement of individuals** in the investigation of concerns, especially those involving moderate, severe harm or death. Independence ensures that the investigation is not unduly influenced by those directly involved in the care or management of the patient or service in question.

102. In line with regulation 23, responsible bodies **must** have particular regard to whether independent medical or other advice is required to support the investigation of the concern. This may be clinical, medical, nursing or therapy or similar expertise from a suitably qualified trained person within the same organisation but in a different service who is not directly involved in the delivery of that care being investigated. They should have no conflicts of interest through direct involvement, to aid a review of the evidence obtained, help form or challenge or reach conclusions.

103. Alternatively, where this is not possible as such a person doesn't exist or it is considered not appropriate due to the seriousness of the concern or allegation, they may be sourced from another organisation such as another health board or royal college or external expertise from a list of clinical experts where the selected individual is commissioned to provide clinical opinions that then may assist the person leading the investigation in reaching their conclusion whilst providing independent medical advice.

104. The determination of what level of advice, if any, is required is to be decided by the responsible body but they must record their reason for deciding not to seek independent advice. It is good practice to record the reasoning for all decisions in this regard. This ensures accountability and allows for scrutiny of whether the investigation was sufficiently robust.

105. The Principal Regulations do not include a right for an individual to insist on or force a responsible body to seek independent medical advice for the purposes of investigating the concern.

National Reporting & Escalation

106. Apply five National Reportable Incidents (NRI) principles:

- 1) Must reports – Never Events; suspected mental health homicide; suspected suicide/self-inflicted death in any clinical setting or during authorised/agreed leave, following recent planned discharge, or following unplanned leave/discharge; maternal, perinatal and infant deaths.
- 2) Outcome/harm – report if severe harm/death is assessed or suspected within 7 working days (downgrade later if appropriate).

- 3) Numbers affected – consider national reporting for large-scale impact (e.g., screening, IT failure, service disruption).
 - 4) Learning opportunities – consider near-miss/no- or low-harm incidents that offer national learning.
 - 5) Joint decision-making – involve partners early for joint investigations.
- EWN (Early Warning Notification) is separate from NRI; It is a rapid alert used to flag serious safety concerns so that immediate action and organisational learning can occur, and should be completed where applicable.
 - Use once for Wales concerns management system for all incidents; use YCFF or similar for NRIs to support contributory factor analysis and cross-cutting themes.
 - Duty of Candour triggers where unintended/unexpected moderate or greater harm (or death) occurred, and provision of healthcare was or could have been a factor.
 - For deaths, align with Medical Examiner/HM Coroner processes.

Concerns of imminent or ongoing harm

107. When a concern indicates that harm is imminent, deliberate, or ongoing, or where there is any suspicion of abuse or neglect, the response must be immediate and prioritise safeguarding. Under the Social Services and Well-being (Wales) Act 2014, all health organisations and practitioners have a legal duty to act to protect adults and children at risk. This duty is reinforced by the statutory guidance Working Together to Safeguard People and the Wales Safeguarding Procedures, which set out the essential roles and responsibilities for practitioners in protecting those at risk of harm.

108. The statutory duties under the Act above include an overarching duty for the well-being of people who need care and support which includes rapid recognition and escalation to protect them from abuse and neglect. Any member of staff who becomes aware of a concern suggesting imminent or ongoing harm must treat it as a safeguarding matter and escalate it without delay. Immediate actions include ensuring the person is safe, alerting the local safeguarding hub or lead (or Multi-Agency Safeguarding Hub where established), and considering whether the situation warrants an urgent referral to the police. Where there is any indication of criminal behaviour—such as physical or sexual abuse, wilful neglect, or serious assault—contact with the police should occur promptly and in parallel with safeguarding referrals. The duty to report safeguarding concerns to the local authority (children and adults) and to cooperate in multi-agency decision making remains independent of the Listening to People process and Listening to People actions must not interfere with those safeguarding processes.

109. These steps should not be taken in isolation. Discussions with senior clinical leaders and the organisation’s safeguarding lead should occur at the earliest opportunity to confirm the risk assessment and ensure that referral processes are

followed correctly and swiftly. Organisations must provide clear local guidance and accessible contact details for safeguarding teams, out-of-hours arrangements, and escalation routes. Staff should be supported and empowered to act decisively, with assurance that safeguarding responsibilities override internal procedural delays. Where a safeguarding referral or criminal investigation is initiated, the Listening to People process must adapt to avoid compromising those external processes. Under new regulation 24A of the Principal Regulations, that came into force on 1 April 2026, organisations may suspend early resolution or investigation activities when a safeguarding enquiry or criminal investigation is underway.

110. This decision should be made in consultation with the safeguarding hub lead or the lead police investigator to ensure that evidence is preserved and that no action undermines statutory investigations. The responsible officer must document the decision, rationale, and review arrangements, and notify the person who raised the concern in line with regulation 24A requirements.

111. Throughout this process, organisations must maintain senior leadership oversight. Systems should be in place to alert executive or designated senior officers whenever a concern involves imminent or ongoing harm. This ensures accountability, provides governance assurance, and enables rapid mobilisation of organisational resources to protect individuals at risk. Regular reviews of suspended Listening to People cases should be scheduled, and communication with the notifier should continue, balancing openness with the need to avoid prejudicing safeguarding or criminal proceedings. If a police investigation is dropped, then the early resolution procedure or investigation under the Listening to People process may be restarted.

112. Finally, organisational policy must embed these principles within local safeguarding frameworks, ensuring alignment with statutory duties under the Social Services and Well-being (Wales) Act 2014, the Wales Safeguarding Procedures, and the Principal Regulations. Staff training, clear escalation pathways, and robust governance arrangements are essential to ensure that every practitioner can act promptly and lawfully when faced with concerns of imminent or ongoing harm.

Implementing Regulation 24A: Guidance for Suspending Early Resolution or Investigation

113. This part of the guidance sets out how responsible bodies should implement new regulation 24A of the Principal Regulations. Regulation 24A introduces a statutory power to suspend the early resolution procedure or an investigation where a safeguarding enquiry, criminal investigation, or criminal proceedings are underway in relation to the same matter. The aim is to protect the integrity of statutory safeguarding and criminal processes while maintaining transparency and patient safety obligations.

114. The legal foundation for this process is clear: Regulation 24A (1)– (7) permits suspension for as long as necessary to allow completion of safeguarding or criminal

processes, provided the responsible body considers this proportionate. It also imposes duties to notify the person who raised the concern within two working days of becoming aware of the external process, and to avoid disclosing information that could prejudice investigations or breach legal restrictions. These provisions sit alongside the general principles in regulation 3, which require concerns to be handled openly, efficiently, and with respect for those raising them, and the Duty of Candour.

115. This guidance also aligns with the NHS Wales National Policy on Patient Safety Incident Reporting (v2.0), which mandates timely reporting of incidents through the Once for Wales concerns management system, early identification of Nationally Reportable Incidents (NRIs), and integration with safeguarding and Duty of Candour processes. Furthermore, it reflects Welsh Government safeguarding guidance under the *Working Together to Safeguard People* framework, including Volume 6, for adults at risk Volume 5 for children at risk (Social Services and Well-being (Wales) Act 2014,) and sections 126 for adults and 130 for children).

When to Consider Suspension

116. Suspension should be considered as soon as the responsible body becomes aware that the concern relates to a matter subject to a local authority safeguarding enquiry, a criminal investigation, or criminal proceedings. Awareness may arise through strategy discussion/meeting invitation or referral acceptance from the local authority/MASH or through formal notifications such as a Section 47 (Children Act 1989) enquiry for a child, an adult safeguarding strategy meeting under the Social Services and Well-being (Wales) Act 2014, or direct communication from the police or Crown Prosecution Service notifying that a criminal investigation has commenced, or CPS/prosecution communications indicating criminal proceedings.

117. The decision to suspend must be based on necessity and proportionality. Regulation 24A(2) requires the suspension to last only as long as needed to avoid prejudicing external processes. Before deciding, the responsible body must consult with the agencies leading those processes and take account of any requests to suspend or consent to proceed (regulation 24A(3)). This ensures that the responsible body neither obstructs safeguarding nor compromises criminal investigations.

Practical Application and Process

118. On receipt of a concern, the responsible body should first take immediate steps to ensure patient safety and record the incident in Once for Wales Concerns Management System, considering whether it meets the threshold for NRI reporting within seven working days. If safeguarding or criminal issues are suspected, referrals must be made promptly to the local authority or police in line with statutory duties. Once confirmation of an external process is received, the Responsible Officer or

their delegated deputy should review whether early resolution or investigation should be paused. This decision must be documented, including the rationale, scope of suspension, and review dates.

119. Written notice of suspension must be sent to the person who raised the concern not later than two working days after the day the responsible body becomes aware of the external process, using clear language that explains the reason for suspension without disclosing sensitive details that could prejudice proceedings. During the suspension, the organisation should maintain holding updates and continue to meet its Duty of Candour obligations as far as legally permissible, coordinating with safeguarding and law enforcement agencies to avoid prejudicing their work.

120. The suspension should be reviewed regularly. It is good practice to review at least every 30 days or sooner if circumstances change. Once safeguarding or criminal agencies confirm that continuation will not interfere with their processes, the responsible body should promptly resume early resolution or proceed to a regulation 23 investigation. All actions, communications, and decisions must be logged in the Once of Wales concerns management system for governance and assurance purposes and reported through existing “Listening to People” monitoring and annual reporting requirements.

Concerns involving primary care

121. Concerns regarding services provided by primary care providers (PCPs) under NHS arrangements should, in most cases, be directed initially to the provider responsible for delivering the care. This approach enables the provider to:

- Conduct a listening discussion to understand the nature and context of the concern.
- Triage the concern as appropriate
- Offer early resolution, including an apology where appropriate.
- Maintain continuity of care and ensure timely and satisfactory resolution for the patient or service user.

122. Where the concern is resolved to the satisfaction of the individual, the provider must:

- Document the outcome accurately.
- Provide a written summary to the person who raised the concern.
- Include the concern in their annual report to the LHB; immediate notification to the LHB is not required unless resolution is unsuccessful.

123. If the individual remains dissatisfied or early resolution is deemed inappropriate, the provider must escalate the matter to the LHB, detailing all resolution attempts so that the LHB can adequately determine whether or not it is appropriate for the Primary Care Provider or the LHB to investigate the concern. If the Primary Care Provider has issued a response in accordance with regulation 24 or the person does not consent to the LHB investigating the concern, the LHB must not investigate. This process is governed by Regulation 20.

Concerns regarding services provided by independent providers (IPs) under arrangements with a Welsh NHS Body

124. Concerns regarding services provided by IPs under NHS arrangements should, in most cases, be directed initially to the provider responsible for delivering the care. This approach enables the provider to:

- Conduct a listening discussion to understand the nature and context of the concern.
- Triage the concern as appropriate
- Offer early resolution, including an apology where appropriate.
- Maintain continuity of care and ensure timely and satisfactory resolution for the patient or service user.

125. Where the concern is resolved to the satisfaction of the individual, the provider must:

- Document the outcome accurately.
- Provide a written summary to the person who raised the concern.
- Include the concern in their annual report to the LHB with whom they have arrangements to provide care under the NHS, immediate notification to the LHB is not required unless resolution is unsuccessful.

126. If the individual remains dissatisfied or early resolution is deemed inappropriate, the provider must escalate the matter to the LHB, detailing all resolution attempts and, in partnership, the concern will be investigated under regulation 24.

Exceptional Circumstances

127. In rare and sensitive cases, it may be inappropriate for the concern to be raised directly with the Primary Care Provider or Independent Provider. These include situations involving:

- Allegations of serious misconduct or poor care.
- Safeguarding concerns or potential criminal matters.

- Risks that the provider-led investigation may compromise the integrity of the process.

128. In such cases, the concern should be notified directly to the LHB, which will:

- Offer a listening discussion to understand the concern.
- Decide within five working days who will lead the investigation in line with usual processes
- Inform the individual and the provider (unless contraindicated) of the decision.

Early resolution may still be possible if the LHB shares the concern with the primary care provider, as outlined in regulation 19.

Investigation Pathway and Consent

129. If the LHB determines it is appropriate to investigate the concern, it must:

- Verify whether early resolution or a listening discussion has already occurred.
- Obtain consent¹⁶ to share the concern with the provider unless doing so would prejudice the investigation.

130. If consent is withheld and the concern does not meet the criteria for exceptional circumstances, the LHB cannot proceed with the investigation. This ensures fairness and transparency, as providers must be aware of concerns raised about them.

131. Concerns already investigated by the primary care provider and subject to an interim report under regulation 24 cannot be reinvestigated by the LHB. In such cases, the individual should be directed to the Public Services Ombudsman for Wales.

Decision Communication and Rights

132. When the LHB decides a primary care provider is best placed to investigate:

- Both the individual and the provider must be informed of the decision and its rationale.
- The individual must be advised of their right to escalate the matter to the Public Services Ombudsman for Wales if dissatisfied.

133. The provider must then manage the concern in accordance with the Principal Regulations (regulations 19 and 20). Most concerns should be resolved through early resolution or, if necessary, stage 2 investigation, led by the provider. This may require support and advice from the LHB concerns teams. This investigation cannot include the assessment for qualifying liability as redress is not applicable to a non-

¹⁶ Consent in this context need only document the verbal agreement of the person to whom the concern relates to share the relevant information.

Welsh NHS body.

Concerns involving other responsible bodies

134. Handling of concerns involving more than one responsible body is detailed in regulation 17 of the Principal Regulations. These may include:

- LHBs, NHS Trusts
- Primary Care Providers (PCPs)

Independent Providers (IPs) and

- cross-border NHS bodies in England, Scotland, or Northern Ireland.

135. The principles of openness, mutual cooperation and maintaining the patient and their need at the centre of the process remain paramount and take priority over organisational process, reputation or boundaries. It is important people raising concerns do not feel that they are being passed on between one organisation or department to another.

136. The responsibility to manage the concern is held equally between each of the NHS bodies listed in the concern. The lessons learned from recent and historical PSOW and Coroner cases are that joined up approaches are essential to protect people, promote a compassionate safety culture and must never be overshadowed by organisational processes, gaps in provision or a focus on reputational impact. Organisations can mutually agree a lead organisation if appropriate.

137. It is considered good practice when setting contractual terms with providers to include clarity on roles and responsibilities under the Principal Regulations (as amended).

Initial Identification and Action

138. When a concern is received, the organisation that first becomes aware of it must act promptly. Within two working days, the concern should be reviewed to determine whether another responsible body is involved. The person raising the concern must be informed that other organisations may need to be engaged, and their consent should be sought to share the concern with those bodies. Once consent is obtained, the second responsible body must be notified within two working days, and coordination should begin immediately to agree on roles and responsibilities.

Coordination and Lead Designation

139. All responsible bodies involved must work together to establish a clear framework for managing the concern. This includes designating the leading organisation responsible for coordinating the investigation and communication, identifying a primary contact to provide updates to the person raising the concern,

and agreeing on a joint response that incorporates input from all responsible bodies. Information sharing should proceed under the consent initially obtained, with no further consent required under UK GDPR. Representation from all relevant responsible bodies should be ensured at Listening discussions and other discussions. If no agreement on whom the leading organisation should be reached, the organisation first contacted will assume this role by default.

Listening discussion

140. The lead organisation must offer a listening discussion to the person raising the concern. Representatives from other responsible bodies should be invited, subject to consent from the person who has raised the concern. The purpose of this meeting is to clarify the full scope of the concern, understand the desired resolution, and ensure that all details are accurately recorded. Accessibility and advocacy support must be provided as required.

Investigation and Response

141. Each responsible body is responsible for conducting a proportionate investigation into the aspects of the concern that relate to its services. Findings, actions taken, and any considerations for redress must be shared with the lead organisation. A joint response should then be prepared, summarising the concern, outlining findings from each responsible body, detailing actions taken to prevent recurrence, and including an apology and explanation. The lead organisation must issue this joint response within statutory timeframes—normally 30 working days for concerns being dealt with through the complaints pathway, or up to 120 working days where Qualifying Liability is being assessed (concerns subject to regulation 26, 33, 40 and 48). The lead responsible body should offer a follow-up meeting to discuss the outcome under regulations 26(j) and 24(h).

Communication and Updates

142. The lead organisation is responsible for providing regular updates to the person raising the concern, supported by timely input from all responsible bodies. All communication should be compassionate, accessible, and delivered in the person's preferred format and language.

Learning and Reporting

143. Each responsible body must review the concern and its outcome to identify learning and implement improvement actions. Lessons learned should be monitored, shared internally and externally, and reflected in annual reports and quality management systems. Board-level oversight and strategic accountability are essential to ensure continuous improvement.

Escalation and Disputes

144. If the person raising the concern remains dissatisfied with the joint response, they must be informed of their right to escalate the matter to the PSOW. Where the

concern involves Welsh language issues, they may also contact the Welsh Language Commissioner.

Contractual and Cross-Border Considerations

145. Where care is commissioned from other NHS bodies or independent providers, it is good practice for contracts to include clauses requiring cooperation under the Listening to People process and the Principal Regulations. Cross-border arrangements must respect the legal frameworks of other UK nations while upholding the principles of equity and access to redress for Welsh patients.

Communication with patients, service users and their families

146. NHS professionals should approach every interaction with dignity, respect, and sensitivity, recognising the emotional impact that raising a concern can have on individuals and their families.

147. Compassionate communication begins with active listening—allowing people to share their experience without interruption, acknowledging their feelings, and validating their perspective. The use of clear, jargon-free language, checking their understanding regularly, providing explanations for medical or legal terms as required (regulation 3(1) (ja)). Always confirm the person's preferred communication method and any accessibility needs, including language preferences such as Welsh, and ensure these are met (regulation 22(4)(f)).

148. Provide an active offer of advocacy and support services, including Llais or where redress is being considered offer access to funded legal advice.

149. Demonstrate empathy through tone, body language, and timely follow-up, and provide realistic information about options—including early resolution, formal investigation, and potential redress (regulations. 22, 22A).

150. Evidence shows that compassionate, person-centred communication reduces escalation, improves trust, and supports better outcomes for patients and staff. Therefore, NHS professionals should manage expectations transparently, apologise sincerely, be trauma-aware and ensure that updates and outcomes are delivered in a manner that is clear, accessible, and respectful, reinforcing the organisation's commitment to learning and improvement

Those who are bereaved and raising concerns about care

151. This guidance promotes a trauma-aware, compassionate, evidence-informed approach for NHS professionals in Wales when responding to people who are bereaved and raise concerns about care. It aligns with the National Framework for

the Delivery of Bereavement Care¹⁷ in Wales (2021) and the National Bereavement Care Pathway¹⁸ (NBCP) model specification for Wales. It covers four key areas:

- people who are bereaved and raise concerns,
- the approach to be taken,
- bereavement in maternity care, and
- bereavement in children and young people.

152. The overarching expectation is that bereaved people receive timely, truthful, and accessible information, alongside proportionate and tiered support. All staff who come into contact with bereaved people should have the relevant training and experience for the level of support they offer.

People Who Are Bereaved and Raising Concerns About Care

153. Bereaved people commonly have unanswered questions about the care provided and decisions made close to death. High-quality bereavement care in Wales requires compassionate, timely communication delivered through an integrated local pathway that offers universal information, targeted follow-up for those at higher risk, and referral to specialist support when needed. Concerns should be acknowledged with empathy and validation, and communication should be honest, paced to need, and repeated as required. Evidence and NICE guidance emphasise respectful dialogue, shared decision-making with those important to the person, and clear, plain-language explanations before and after death. The Dual Process Model of coping indicates that people oscillate between confronting and taking respite from grief; professionals should offer choice-based opportunities for questions over time rather than a single, intensive interaction. [\[Ref 2\]](#) [\[Ref 3\]](#) [\[Ref 4\]](#).

154. As part of the listening discussion, bereaved people should be signposted to appropriate bereavement support. Proactive follow-ups should be scheduled (for example, at 2–3 weeks and 6–8 weeks) recognising that needs change over time and that readiness to engage varies between individuals.

155. Where a review is occurring (for example, Medical Examiner for adult non-coronial deaths), the process should be explained along with the scope and timelines, and how questions can be raised. Brief risk indicators or a validated assessment tool should be used to identify those who may need targeted or specialist support; escalate proportionately if red flags emerge (e.g., persistent functional impairment, traumatic grief features). [\[Ref 1\]](#) [\[Ref 2\]](#) [\[Ref 5\]](#) [\[Ref 6\]](#)

¹⁷ [National framework for the delivery of bereavement care \[HTML\] | GOV.WALES](#)

¹⁸ [National bereavement care pathway \[HTML\] | GOV.WALES](#)

156.

Case example to illustrate additional needs of a bereaved person raising concerns — Adult hospital death (expected trajectory), questions about care in the last 48 hours

Mr G's partner contacts the hospital two days after his death from advanced heart failure, feeling 'kept out of the loop' about hydration and symptom control. The Bereavement/Patient Experience Office acknowledges her concern the same day, assigns a bereavement-skilled nurse as the single contact, and offers a listening meeting within 72 hours. The meeting, attended by the ward consultant, explains recognition of dying, hydration decisions and anticipatory medicines in plain language. They agree to verify drug and fluid balance records and commit to a seven-day update.

A written summary (day 10) answers each question and apologises for infrequent overnight updates. A proactive check-in is booked for week 6. Brief risk screening shows no immediate red flags; universal support is maintained with signposting targeted options if sleep or functioning worsens. This approach reflects NICE guidance on compassionate, iterative communication and the Welsh standards for tiered bereavement support. [\[Ref 2\]](#) [\[Ref 1\]](#)

Guidance on the Approach (Process and Practice)

157. Start by expressing understanding and empathy for the loss; assess the individual's language and cultural requirements and invite the bereaved person to articulate their expectations regarding a constructive outcome.

158. Provide a short written plan after the first contact, including who will do what and by when.

159. During listening conversations, use open questions, avoid jargon, and summarise 'what we know now', what we are checking', and 'when we will update you'. Where possible, subject to external processes (such as Coroner's investigations) provide realistic timeframes and a plain-language written summary afterwards.

160. Build proactive check-ins (for example, at 2–3 weeks, 6–8 weeks, and again at around 3–4 months if needs persist). Escalate support where red flags appear, recognising that universal, intensive therapy for all bereaved people is not consistently beneficial; the evidence supports targeted and specialist input for higher-risk groups. Embed governance by capturing the person's questions, answers, timing, and learning for service improvement. [\[Ref 1\]](#) [\[Ref 2\]](#) [\[Ref 5\]](#)

161.

Case example to illustrate how confusion about roles in a community death at home can be addressed

Ms R's father dies at home with community nursing support. She reports confusion about who was in charge and about anticipatory medicines. The community team replies to Ms R the next working day, assigns a named contact person, and offers a meeting within a week. In the meeting, the matron explains roles (GP, district nurse, out-of-hours, pharmacy) using a simple one-page diagram and clarifies prescribing and administration arrangements.

A written summary sets out dates and 'who did what', plus a guide on what to do with medicines after death. A 6–8 week check-in finds sleep disturbance and isolation, brief risk screening leads to targeted bereavement group referral. The approach aligns with Wales' standards for accessible information, coordinated pathways, and risk-based escalation.

Bereavement in maternity care

162. This section is for information to support integrated approaches to concerns following bereavement in maternity care and should be read in conjunction with local and national policies.

163. Pregnancy and baby loss require compassionate, trauma informed, personalised and transparent care. Parents should be actively invited to identify the questions they want answered and to contribute to reviews or investigations. All stillbirths and neonatal deaths should be reviewed by the maternity unit using the Perinatal Mortality Review Tool (PMRT), which supports a multidisciplinary review, direct parent involvement, a plain-language parent letter explaining findings and whether different actions might have changed the outcome, and a focus on learning for prevention. Services should pay attention to equity, monitoring outcomes and adapting communication and support to address disparities. [\[Ref 2\]](#) [\[Ref 7\]](#) [\[Ref 8\]](#)

- A bereavement-trained midwife/nurse should already be assigned as the single point of contact;
- During the listening discussion, ensure a compassionate and coordinated approach is adopted, allowing families to express concerns and pose questions when they feel comfortable or when it is appropriate for them.
- Capture parents' questions early and enter them into PMRT so the review explicitly addresses their priorities.
- Support staff wellbeing through debriefs.

- Consider holding a post-review meeting (typically at 6–12 weeks) with a senior clinician and bereavement midwife to explain findings face-to-face; provide the PMRT parent letter; apologise where care fell short and describe service improvements.
- Screen for risk and offer targeted or specialist support) where indicated; [\[Ref 7\]](#) [\[Ref 2\]](#) [\[Ref 8\]](#)

164.

Case example — Stillbirth at 38 weeks; could it have been prevented?

After a stillbirth, A and B ask whether there should have been earlier interventions when they had raised concerns on reduced foetal movements. A bereavement-trained midwife becomes the named contact, coordinates and provides practical support and information on the PMRT process, parental questions are recorded in PMRT. Memory-making is offered sensitively, together with postnatal support and follow-up; an MDT staff debrief is arranged. The PMRT panel reviews care and identifies that communication about assessment and monitoring options could have been clearer. At 10–12 weeks, a consultant and the bereavement midwife meet the parents, share the PMRT parent letter, apologise for communication shortfalls, and outline specific service changes (triage prompts and staff refreshers). Risk screening identifies higher vulnerability; targeted support is offered with the option of specialist referral. This reflects PMRT, Wales's bereavement standards, and equity considerations. [\[Ref 7\]](#)[\[Ref 2\]](#)[\[Ref 8\]](#)

Bereavement of a child or young person

165. When a child or young person dies, organisations should adopt a coordinated, compassionate, and trauma-informed approach to supporting families and responding to any concerns they may raise. This section should be read alongside local and national policies, including the Children and Young People Bereavement Pathway (October 2025), which outlines the support families should expect following the death of a child or young person.

166. When a child or young person dies suddenly or unexpectedly, the Procedural Response to Unexpected Death in Childhood (PRUDiC) should be followed. PRUDiC sets out the minimum multi-agency standard for responding to such deaths, ensuring that families are treated sensitively, that agencies work together consistently, and that a structured investigation is completed and reviewed at a Case Review Meeting. The Sudden and Unexpected Death in Children and Young People up to 25 Years support pathway should also be used to guide practice.

167. A bereavement-skilled member of staff should be identified and introduced to the family within 24–48 hours as their single point of contact. This person is

responsible for coordinating communication, providing clear information, and helping families understand the processes that will follow. Families are to be supported to ask questions and raise concerns at a pace that feels right for them, recognising that grief affects readiness differently for each individual.

168. Throughout the listening discussion and any subsequent engagement, organisations are to respond to families with compassion, openness, and fairness. Families should receive regular, understandable updates during the investigation period, and once enquiries are complete, they should be offered the opportunity to discuss the findings, ask further questions, and understand any learning or actions arising. This approach reflects the core principles of the NHS Wales concerns process: listening, understanding, learning, and improving the quality and safety of care.

169.

Case example — Unexpected death of a 9-year-old; parents request rapid answers

Following an unexpected death in the Emergency Department, the parents asked what happened in resuscitation and why transfer decisions were made. The paediatric lead initiates PRUDiC, provides a plain-English leaflet, and assigns a bereavement-skilled nurse as the single contact. An early meeting (within 72 hours) records the parents' questions; weekly updates are given even when no new information is available. After the Case Review Meeting, the consultant and nurse explain findings in person, answer specific resuscitation/transfer questions, provide a written summary, and agree follow-on support (including sibling resources and school liaison). A facilitated debrief supports staff.

170. Summary of Practical Tools Required to Support people who are bereaved and raising a concern:

- Conversation structure: open with empathy; confirm language and cultural and spiritual needs;
- Ask what matters most; agree what will be checked and by when;
- Provide a short-written summary and the named contact's details;
- Repeat opportunities for questions in follow-ups.
- Tiered support map: maintain a local directory of universal, targeted, and specialist support with clear referral thresholds and routes;
- Use brief risk indicators or validated tools to escalate appropriately.
- Letters and summaries: provide plain-language explanations and Q&A responses; in perinatal deaths, use PMRT outputs to inform tailored parent letters.

- Timing: consider building in proactive check-ins (for example at 2–3 weeks; 6–8 weeks; 3–4 months), adjusted to review findings availability. [\[Ref 1\]\[Ref 2\]\[Ref 7\]\[Ref 9\]](#)

References - bereavement

Ref 1: National framework for the delivery of bereavement care in Wales (Welsh Government, 2021) and National Bereavement Care Pathway model specification for Wales. <https://www.gov.wales/national-framework-delivery-bereavement-care> and <https://www.gov.wales/national-bereavement-care-pathway-html>

Ref 2: NICE guidance for end of life/bereavement communication: NG31 Care of dying adults in the last days of life (2015) and related quality standards (e.g., QS160 for CYP grief support). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31> and <https://www.nice.org.uk/guidance/qs160>

Ref 3: Stroebe M, Schut H. Dual Process Model of Coping with Bereavement (1999) and subsequent reviews. e.g., <https://doi.org/10.1080/074811899201046> and systematic review <https://www.researchgate.net/.../A-Systematic-Review-of-the-Dual-Process-Model>.

Ref 4: National guidance on end-of-life communication summarised by Marie Curie (2023). <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/national-guidelines-end-of-life>

Ref 5: Evidence overview on bereavement interventions supporting targeted rather than universal intensive approaches. e.g., Rapid evidence assessment: <https://www.bereavementjournal.org/index.php/berc/article/download/1067/1075> and Cruse outcomes report (2022) <https://www.cruse.org.uk/wp-content/uploads/2022/11/Cruse-Bereavement-Support-Outcomes-for-Bereaved-People-Report.pdf>

Ref 6: Indicator tools for risk/complex grief (e.g., IBACS validation). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0164005>

Ref 7: PMRT (Perinatal Mortality Review Tool) – parent involvement and communication. <https://www.npeu.ox.ac.uk/pmrt/about-us/the-pmrt-tool>

Ref 8: MBRRACE-UK perinatal mortality surveillance and equity context (latest reports and dashboards). <https://www.npeu.ox.ac.uk/mbrpace-uk/reports/perinatal-mortality-surveillance>

Ref 9: PRUDiC (Procedural Response to Unexpected Death in Childhood) Wales, 2023 revision and family/professional resources. <https://phw.nhs.wales/services-and-teams/national-safeguarding-service/safeguarding-latest-guidance/prudic-procedural-response-to-unexpected-death-in-childhood/>

Ref 10: NICE QS160 Quality statement on grief and loss support for parents/carers (CYP). <https://www.nice.org.uk/guidance/qs160/chapter/Quality-statement-5-Support-for-grief-and-loss-for-parents-or-carers>

The Medical Examiners service

171. The Medical Examiner service, which is hosted by NHS Wales Shared Services Partnership, plays a critical role in ensuring independent scrutiny of all deaths not investigated by the coroner, as required under the Medical Examiners (Wales) Regulations 2024, the Medical Certificate of Cause of Death Regulations 2024. This scrutiny is carried out by experienced doctors with specialist training in death certification and the review of documented circumstances of death.

172. Their functions include confirming the accuracy of the Medical Certificate of Cause of Death (MCCD), engaging with the bereaved to hear their views and concerns, and reporting any serious issues relating to clinical governance, patient safety, or public health to the relevant NHS bodies. These conversations with the bereaved are not optional; they are a core safeguard designed to ensure transparency, accuracy, and learning from every death. The medical examiner service will notify the appropriate Health Board of the conclusion on the MCCD, and they can comment where they consider care delivery may have impacted on the death.

173. When a Medical Examiner contacts the bereaved, usually within 24 to 72 hours of receiving the necessary records, the purpose is to explain the proposed cause of death, answer questions, and provide an opportunity for the bereaved people to raise any concerns about the care provided.

HM Coroner and the Listening to People process

174. The legal and policy framework that governs how NHS professionals in Wales manage patient deaths and related concerns is anchored in complementary statutory duties and national guidance that together create a single end-to-end system for accountability, candour and learning.

175. The Coroners and Justice Act 2009 (Schedule 5, paragraph 7) requires coroners to issue a report to prevent future deaths when an investigation reveals circumstances creating a risk of future deaths and, in the coroner's opinion, action should be taken. The Coroners (Investigations) Regulations 2013 set out the mechanism for making of such reports (regulation 28) and the duty on recipients to respond within 56 days (with actions taken or planned, or an explanation if none is proposed (regulation 29).

176. These obligations operate alongside the Principal Regulations and the statutory Duty of Candour, which requires openness and the structured candour procedure

following notifiable adverse outcomes.

177. When working with the coroner, timeliness, completeness and accuracy of disclosure are essential. A single organisational liaison point should coordinate the production of contemporaneous clinical records, relevant local policies, and factual staff statements to maintain consistency across everything shared with the coroner.

178. In relation to some inquests, the coroner may require there to be a pre-inquest review hearing which might be used to agree scope, witnesses and timetables, and to clarify whether Article 2 considerations apply.

179. Staff who provide evidence should be supported with clear guidance on their duties, with statements that are factual and aligned to the clinical record.

180. Prevention of Future Deaths (PFD) reports should be approached as formal opportunities for system improvement. A PFD is issued when, in the coroner's opinion, action should be taken to prevent the occurrence or continuation of circumstances creating a risk of future deaths.

181. Operational practice begins with immediate triage and setup within the first 48 hours after a death. Secure clinical records and relevant equipment or digital data; where needed open a "Listening to People" record; refer the case to the medical examiner so bereaved people have an early opportunity to raise questions and concerns; and consider whether the coroner must be notified under the Notification of Deaths Regulations.

182. Where the Duty of Candour threshold is met, commence the candour procedure without delay, offer a meaningful apology, and explain next steps and timescales. If no Listening to People process exists, the responsible body may consider initiating one.

183. Provide regular family updates and trigger redress considerations early if indications of qualifying liability arise. In coronial engagement, supply timely and complete disclosure, prepare staff for inquest attendance, and maintain an action log anticipating potential PFD issues so that, if issued, the organisation can file a high-quality Regulation 29 response within the statutory timeframe. Close the loop by issuing the "Listening to People" final response (or an interim update if the inquest is pending) and ensure that any PFD actions are approved at the appropriate executive level, implemented and monitored to completion using the organisations quality management assurance framework. [\(\[6\]–\[10\]\)](#)

184. At a system level in Wales, monitor PFDs across the country and bring thematic learning to the Quality & Safety Committee so the organisation not only fixes local problems but also anticipates recurring risks seen elsewhere. Finally, remember that Deprivation of Liberty Safeguards (DOLS) status no longer creates an automatic inquest requirement, but clinical concerns or uncertainties about cause of death still

necessitate coronial involvement. ([\[5\]–\[6\]](#), [\[2\]](#), [\[13\]–\[14\]](#))

185. Clear role definition underpins reliable delivery. There should be an executive-level lead for inquest matters, liaising with clinical and operational leaders to ensure learning informs improvement.

186. Investigations or concerns teams should run the proportionate investigation, coordinate with the medical examiner office and the coroner, and prepare drafts of responses and learning plans.

187. Legal and corporate governance teams should manage disclosure, advise on redress, and quality assure the Regulation 29 response before submission so that it meets statutory content and timing requirements. ([\[6\]](#), [\[3\]](#))

188. Maintaining a complete evidence pack is essential for any case that may proceed to inquest or attract a PFD. The pack should include certified copies of key clinical records and observation charts, medical examiner notes and logs of contact with the bereaved, the proportionate investigation file with terms of reference, witness statements and decision logs, all Duty of Candour notifications and written follow-ups, and evidence of governance approvals and action implementation such as updated policies, training records and audit results. Holding this material centrally and contemporaneously reduces risk, avoids duplication and accelerates the quality of responses to both families and the coroner. ([\[10\]](#), [\[6\]–\[7\]](#))

189. Close the loop: implement actions, audit outcomes, report through Quality & Safety Committee/Board, and share learning across services. ([\[6\]](#), [\[14\]](#))

190. Examples of good practice include:

- using a single “learning spine” in the concerns or incident system that links, medical examiner contacts and coronial milestones so every action and decision is visible in one place.
- issuing an early candour update (for example, by day five) even when there is little new information, to maintain trust and demonstrate reliability.
- applying human factors methods such as task analysis of escalation pathways or structured review of SBAR handovers to focus the proportionate investigation on system conditions rather than individuals.
- drafting a PFD response matrix during the inquest that maps each likely coronial concern to a proposed action, owner, deadline and success measure so the Regulation 29 response is submitted well within 56 days; and
- publishing a concise internal “learning from deaths and inquests” bulletin after each case, with anonymised themes and practical changes for wards, teams and services.

191. These practices make compliance easier, improve the experience of families and staff, and strengthen assurance to the coroner that learning is real and sustainable. [\(\[6\]–\[8\], \[4\]\)](#)

References – Medical Examiners Service

1. Coroners and Justice Act 2009, Schedule 5, paragraph 7 (Action to prevent other deaths). <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2009/25/schedule/5/paragraph/7>
2. Coroners (Investigations) Regulations 2013, Regulation 28 (Report on action to prevent other deaths). <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2013/1629/regulation/28/made>
3. Coroners (Investigations) Regulations 2013, Regulation 29 (Response to a report on action to prevent other deaths). <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2013/1629/regulation/29/made>
4. Courts and Tribunals Judiciary – Reports to Prevent Future Deaths (PFDs) and related guidance. <https://www.judiciary.uk/courts-and-tribunals/coroners-courts/reports-to-prevent-future-deaths/>
5. The National Health Service (Concerns, Complaints and Redress Arrangements) (Wales) Regulations 2011. <https://www.legislation.gov.uk/wsi/2011/704/contents/made>
6. Welsh Government – Putting Things Right Guidance (Version 4, May 2023; updated publication 2025). <https://www.gov.wales/sites/default/files/publications/2025-03/putting-things-right-guidance-ii.pdf>
7. Welsh Government – The Duty of Candour Statutory Guidance 2023. <https://www.gov.wales/sites/default/files/publications/2023-03/duty-of-candour-statutory-guidance.pdf>
8. The Duty of Candour Procedure (Wales) Regulations 2023. <https://www.legislation.gov.uk/wsi/2023/274/made>
9. UK Government – Notification of Deaths Regulations 2019 guidance (updated 9 Sept 2024). <https://www.gov.uk/government/publications/notification-of-deaths-regulations-2019-guidance>
10. National Medical Examiner’s Guidance for England and Wales (effective from 9 Sept 2024; last updated 17 Mar 2025). <https://www.england.nhs.uk/long-read/national-medical-examiners-guidance-for-england-and-wales/>
11. UK Government – Overview of the death certification reforms (updated 14 Aug 2024). <https://www.gov.uk/government/publications/changes-to-the-death-certification-process/an-overview-of-the-death-certification-reforms>

12. The Medical Examiners (Wales) Regulations 2024. <https://www.legislation.gov.uk/wsi/2024/505/made>
13. Chief Coroner Guidance No. 16a – Deprivation of Liberty Safeguards (DoLS) (from 3 April 2017). <https://www.judiciary.uk/guidance-and-resources/chief-coroner-guidance-no-16a-deprivation-of-liberty-safeguards-dols-3rd-april-2017-onwards/>
14. Welsh Government – Written Statement: Prevention of Future Deaths reports in Wales (19 March 2024). <https://www.gov.wales/written-statement-prevention-future-deaths-reports-wales>
15. Bevan Brittan LLP – Non-responses to PFD reports (2025 commentary). <https://www.bevanbrittan.com/insights/articles/2025/non-responses-to-prevention-of-future-deaths-pfd-reports/>

The Listening Discussion

192. The listening discussion is a supportive, person-centred conversation which provides space for individuals to be listened to, to explain what happened from their perspective, to describe the impact, and to agree next steps. The discussion must cover all the matters listed in regulation 22(4), including communication needs, desired outcomes, and whether early resolution is appropriate.

193. Following receipt of a concern, the responsible body must offer an in-person ‘listening discussion’ to the person who raised it. This must be offered at the same time as the responsible body acknowledges the notification of the concern. That acknowledgement must be no later than 5 working days after the notification is received (regulation 22(1) and (4)) and conducted through in-person communication (which may take place by telephone, video, or face-to-face).

194. The offer must include an active offer of advocacy and any accessibility adjustments required, including interpreter services, reasonable adjustments, Welsh language requirements, and involvement of Llais or other support where the person wishes or requires this support. Arrangements should be in place in advance so that the person is properly supported (regulation 22(4B)).

195. Listening discussions should be delivered in line with trauma-informed practice and led by someone with active listening skills, compassion, inquiry skills, and sufficient authority to act. Trauma-informed practice recognises that people may be living with the effects of trauma, harm, fear, grief, distress, or previous negative experiences of services. Staff should create emotional and psychological safety, communicate with compassion and clarity, avoid minimising language, and reduce the risk of ‘process harm’ by ensuring people do not feel dismissed, disbelieved, or repeatedly required to tell their story.

196. Before or at the start of the listening discussion, the responsible body should check existing records for accessibility needs or language preferences (including Welsh). If no record exists, staff must ask for the person's preferred method for ongoing communication and record this for both concern handling and future care communications (regulations 3(1)(ja), 22(4)(f), 22(4B)).

197. The discussion should be led by someone with the right skills and authority, such as a unit or department manager, Matron or clinical lead, and not necessarily a member of the concerns or complaints team. Attendance should be proportionate to avoid the person feeling outnumbered or intimidated.

198. At the start of the discussion, staff should introduce everyone present, explain the purpose of the listening discussion, and confirm that the person is in control of the pace. Staff should ask permission to take notes, offer breaks, and confirm that the person can pause or stop the discussion at any point. Advocacy should be re-offered at the start of the discussion where appropriate, particularly if the person is distressed, bereaved, or finding communication difficult.

199. During the listening discussion, staff should allow uninterrupted narrative, seek clarity on key points with permission, and keep an accurate, proportionate record. The discussion should cover the nature of the concern and its impact; the questions the person needs answered; and the outcome(s) the person seeks.

200. Staff should explain options for resolution, including early resolution (within 10 working days of acknowledgement of receipt of notification of the concern) or Stage 2 formal investigation. Explicit consent must be obtained where Early Resolution is chosen (regulation 22A). Where Stage 2 is deemed the most appropriate route, staff must explain how the investigation will be handled, including consent arrangements to access and use clinical records, the support available (including advocacy), and a realistic timeframe for response.

201. Where an investigation demonstrates harm, staff should explain that an assessment of qualifying liability may be undertaken (regulation 22(4)(h)). Staff must also explain that the 'clock' for actions under Stage 2 begins on the day upon which the responsible body received notification of the concern.

202. Staff should expect that people may express anger, frustration, distress or strong emotion when recounting their experience. Anger and upset should not be treated as unacceptable behaviour in themselves. Staff should respond calmly, validate emotion, slow the pace, offer breaks, and avoid defensiveness. 'Zero tolerance' approaches should not be applied inappropriately to shut down expressions of harm or distress. Boundaries should be set proportionately and only where behaviour becomes unsafe, for example threats, harassment, discriminatory abuse, intimidation, or violence. Where a discussion has to be paused or ended for

safety reasons, the responsible body should maintain access to the concerns process through alternative arrangements and appropriate support, including advocacy.

203. People who raise concerns about discrimination (such as racism) in health services may have previously experienced not being believed or having their issues inadequately addressed. This may lead to significant distress and reluctance to raise concerns. Staff should ensure concerns about discrimination are taken seriously, addressed respectfully, investigated thoroughly, and responded to promptly. Staff should actively validate the person's experience, offer advocacy and specialist support where appropriate, apply anti-discriminatory practice and cultural competence, and monitor for distress or re-victimisation throughout the concerns process.

204. Following the listening discussion, staff must confirm the agreed next steps, actions, and timescales. The responsible body must provide a named point of contact, confirm the person's preferred method of communication, and provide updates when promised, including holding updates where there is no change. A written record and summary should be provided to the person as agreed, including advocacy and support routes.

205. If the person declines the listening discussion, the responsible body must write to them to outline the responsible body's decision on whether early resolution is appropriate or not or if the concern is more suitably managed under regulation 24 or 26.

206. If the person declines the offer of a listening discussion, the responsible body must decide the manner and timeframe in which the investigation of the concern will be handled, including consent to the use of medical records and the availability of advocacy and support services which may be of assistance to that person.

Stage 1 – Listening and acting to resolve concerns and the early resolution period

208. The 'Listen & Act' (Stage 1) is the first and most critical opportunity to address concerns raised by people, families, or their representatives. Its purpose is to resolve issues promptly, compassionately, and effectively, avoiding unnecessary escalation to the stage 2 investigation phase, as set out in regulation 23.

209. The Principal Regulations set out a structured early resolution period and strengthen person-centred engagement, including requirements around how discussions are offered, recorded, and conducted (notably regulations 22, 22A).

Principles of Early Resolution

210. Early resolution is grounded in three core principles:

First, person-centred care means focusing on what matters most to the individual—respecting their preferences, values and desired outcomes—while ensuring accessibility and communication needs are met.

Second, compassion trauma informed approaches and empathy should be present in every interaction to acknowledge impact and restore trust.

Third, active listening and clear communication are essential to understand the concern, agree realistic outcomes, and reduce misunderstanding.

Determining Suitability for Early Resolution

211. Not every concern is suitable for early resolution. Consider complexity, severity, feasibility within 10 working days of acknowledgement of receipt of the concern by the responsible body, any legal or safeguarding context, and the person's preferences. Where early resolution is not appropriate, explain clearly and move to Stage 2. Note that concerns resolved during the early resolution period are excluded from the scope of regulations 23–48, and vexatious or frivolous concerns may be excluded under regulation 14.

Actions During the Early Resolution Period

212. Once consent is obtained, act swiftly and decisively. The early resolution period is no longer than 10 working days from the date that acknowledgement was communicated.

213. Clarify desired outcomes and manage expectations. Confirm exactly what the person wants to achieve—an explanation, apology, corrective action, or assurance of learning—and be transparent about what is realistic within the early resolution period versus what may take longer.

214. Demonstrate compassion and empathy. Acknowledge feelings; offer a sincere apology for distress; use a supportive tone and non-defensive language; provide practical reassurance about steps being taken; allow time without rushing; and follow through on commitments promptly.

215. Apply active listening techniques. Use open questions, reflective summaries and clarifying prompts; attend to non-verbal cues; and avoid assumptions.

216. Conduct a rapid fact-check. Verify key records and timelines; speak with involved staff; identify immediate corrective actions.

- 217.** Implement agreed actions. Take specific, proportionate steps aligned to the person's outcomes (e.g., arrange follow-up clinical review, correct an administrative error, improve communication processes).
- 218.** Keep the person informed. Best practice is to provide at least one progress update before the 10-working day period ends, where possible, and using the person's preferred communication method unless the desired resolution is achievable in a shorter timescale.
- 219.** Confirm and close or escalate. Confirm whether the concern is resolved to the person's satisfaction. If yes, issue written confirmation of closure; if not, begin stage 2 and confirm in writing (regulation 22A(4)(b)-(c)).

Review of information

- 220.** During stage 1 a fact-check does not include assessing qualifying liability; where harm may be alleged, the person must be advised that any formal assessment of qualifying liability can only occur if a stage 2 - regulation 23 investigation proceeds (regulation 22(4)(h)). Therefore, if financial redress is sought early resolution would not be suitable.
- 221.** Early resolution practice guidance emphasises resolving straightforward issues quickly and informally, with clear explanation and accessible communication.

Updating the person raising concern

- 222.** At the listening discussion, the organisation must set and communicate an estimated timeframe for the completion of the early resolution actions and/or any response (regulation 22(4)(c)). Throughout the early resolution period, the person should be kept informed of progress and likely timeframes, consistent with the principle that people who notify concerns are kept up to date (regulation 3(1)(ha)). Updates should be provided using the person's preferred method and, in a format, they can understand, with explanations of medical/legal terms where appropriate (regulation 31)(ja); regulation 22(4)(f)). Regular, proactive updates are protective of trust and reduce the likelihood of escalation.

Satisfactory resolution

- 223.** At the end of the 10-working day early resolution period (stage 1), the responsible body must actively seek confirmation from the person who raised the concern as to whether the concern has been resolved to their satisfaction (regulation 22A(4)(a)). If the person confirms satisfaction, the organisation must issue written confirmation that the early resolution procedure has been concluded and that the concern will not proceed to a regulation 23 investigation (regulation

22A(4)(b)). This written closure should reiterate the outcomes achieved (e.g., explanation, apology, immediate remedial action) in clear, accessible language aligned to the person's preferences (regulation 3(1) (ja)). The outcome and actions taken must be accurately documented in the case record, including whether the resolution was achieved satisfactorily; these data support Organisational monitoring and learning under regulation 50.

When Early Resolution Cannot Proceed

224. If the person verbally withdraws the concern, the responsible body must confirm withdrawal in writing (regulation 16). If the concern becomes subject to civil proceedings during the course of an investigation, the concern becomes excluded (regulation 14(1)(i)) and concern handling must cease, with written notification issued. If a safeguarding enquiry, criminal investigation or criminal proceedings arise, the responsible body may suspend early resolution and must notify the person in writing no later than two working days after the day on which the responsible body becomes aware, subject to legal restrictions on disclosure (regulation 24A).

Record-Keeping and Monitoring

225. Maintain accurate records of whether a listening discussion was offered/ held; communication preferences; advocacy/ adjustments; the agreed route (and consent if Early Resolution); actions taken; and the outcome and satisfaction status. These data support monitoring and learning duties (regulation 50) and LHB reporting (regulation 51).

Research Evidence Supporting This Approach

226. Early resolution improves satisfaction and reduces escalation. Case evidence indicates that early verbal engagement and facilitated meetings increase first-time resolution and reduce Ombudsman referrals.

227. Person-centred handling delivers better outcomes. Reviews highlight the value of tailored, patient-centred responses and standardised communication practices for effective resolution and system learning.

228. Compassionate communication fosters trust and adherence. Compassion is associated with reduced anxiety, stronger therapeutic relationships and better adherence—key to resolving concerns early and well.

229. Active listening reduces errors and strengthens relationships. Evidence links active listening to improved understanding, fewer miscommunications and greater satisfaction.

230. Proactive disclosure models work. Programmes such as CANDOR show that timely, transparent engagement following harm supports fair resolution and can reduce litigation risk.

Manager's Compliance Checklist

231. The checklist below summarises required actions and where applicable provides regulatory anchors or evidence references:

Requirement / Action	Regulatory anchor / evidence
Offer a listening discussion within 5 working days via in-person communication (telephone/video/face-to-face).	Regulations 22(1), 22(4), 22(4A)–(4C)
Record the person's communication preferences (including Welsh/access needs) and provide communication in the requested manner.	Regulations 3(1) (ja); 22(4)(f), 22(4B)–(4C)
Ensure the meeting is led by a suitably skilled person with authority to act and to commit timely actions.	Local policy & governance; aligns to regulation 7 (Responsible Officer) principles
Offer advocacy and accessibility adjustments (e.g., interpreter, Llais) and arrange them in advance.	Regulation reg 3(1)(i) and (ii) and 22(4b)
Clarify desired outcomes and manage expectations, documenting the person's priorities.	Regulation 22(4)(d);
Explain resolution routes and obtain consent to attempt early resolution; record the decision.	Regulation 22A (2)– (4); regulation 22(4)(c) (g), (h), (i)
Complete early resolution actions within 10 working days of acknowledgement or escalate to Stage 2.	Definition of early resolution period (regulation 2(1)); regulation 22A (3)– (4)
Provide written confirmation of closure (if resolved) or written confirmation of escalation to Stage 2 (if unresolved).	Regulation 22A(4)(b)–(c)
Explain that if harm is identified at formal stage, an assessment of qualifying liability (QL) will be undertaken.	Regulation 22(4)(h); Parts 6 & 7
Keep the person informed about progress and likely timeframes.	Regulation 3(1)(ha)

Suspend early resolution/investigation when safeguarding or criminal processes apply; notify within two working days.	Regulation 24A
Maintain complete records for monitoring and annual reporting.	Regulations 50–51

Stage 2: Investigate, Respond and Learn

232. Stage 2 is used to describe formal investigation of concerns under regulation 23, which establishes the statutory framework for the formal investigation of concerns that have not been resolved during the early resolution period or in relation to concerns where early resolution was not attempted (for example if it was not considered appropriate or the person did not consent). Upon initiation, the responsible body must undertake a thorough, timely, and proportionate investigation tailored to the nature and complexity of the concern. The ‘clock’ for actions under Stage 2 begins on the day upon which the responsible body received notification of the concern.

233. Examples of good practice are where people and families (or people important to the person) are included in setting the scope and content of the investigation.

234. This includes conducting an initial assessment to define the scope and depth of the inquiry, maintaining appropriate communication with the notifier, and ensuring their meaningful involvement throughout the process. Regulation 23 emphasises the need for staff support, the consideration of the use of independent expert advice, and consideration of alternative dispute resolution methods where appropriate.

235. The investigation must be conducted in accordance with any guidance issued by Welsh Ministers, ensuring consistency, transparency, and accountability in the handling of concerns

Procedure before investigation under Regulation 23

236. Regulation 23 imposes a statutory obligation on Welsh NHS bodies to ensure that any concern involving an allegation of harm is subject to a structured and legally compliant assessment. This includes a mandatory evaluation of the likelihood of a qualifying liability, the duty to consider Redress under regulation 25, and, where applicable, the additional procedural requirements set out in Part 6 of the Principal Regulations. [See the Redress section.](#)

237. Prior to the commencement of any formal investigation under regulation 23, the responsible body must offer to hold a listening discussion with the individual who

has raised the concern, documented in accordance with regulation 22.

- 238.** Where held the discussion must provide an opportunity to elicit the individual's understanding of the incident, their expectations regarding resolution, and any specific communication or accessibility needs.
- 239.** The responsible body must clearly explain if the redress scheme cannot be used in the circumstances where the estimated damages are more than £50,000. If this happens, the person must be told to get independent legal advice and be given the contact details for Llais, the Citizen Voice Body. This advice must be formally recorded and included in the regulation 24 response.
- 240.** The initial assessment of the concern should be rigorous, evidence-informed, and proportionate to the severity of the issues raised as outlined in the grading section of this guidance.
- 241.** It is incumbent upon the responsible body to grade the concern accurately, and to determine the appropriate depth and scope of the investigation. This grading informs the composition of the investigative team, which should be selected based on demonstrable expertise, independence, and professional credibility. Investigators should be free from any actual or perceived conflict of interest, including familial relationships with any party involved in the concern. The integrity of the process should be always safeguarded.

Investigation of concerns

- 242.** In accordance with contemporary standards of healthcare investigation, the responsible body should adopt methodologies that extend beyond the traditional root cause analysis (RCA). While RCA remains a valid tool for some high-severity incidents, it is not universally applicable to the wide range of concerns and in fact provides several critical limitations that need careful consideration.
- 243.** Alternative examples are After-Action Reviews (AAR), the Learn From Defect (LFD) tool, and the SWARM model offer structured, rapid, and multidisciplinary frameworks for incident analysis.
- 244.** These models are endorsed by leading UK and international patient safety bodies and are designed to promote psychological safety, enhance team learning, and generate actionable outcomes. Investigators should be trained in any methodologies used and empowered to apply them judiciously based on the nature and complexity of the concern. Human factors and a trauma-informed approach should also be considered.
- 245.** NHS Wales Performance and Improvement and NHS Wales Risk Pool are tasked to work with the NHS in Wales to publish a modern standard of investigation framework for all concerns management in line with this guidance

and the Principal Regulations and support its implementation and provide oversight.

- 246.** Furthermore, investigations should be conducted within a systems-based framework that prioritises organisational learning over individual blame harnessing lessons from Just Culture. Investigation processes should fairly support staff through concerns they are involved in, whilst promoting organisational learning.
- 247.** The responsible body should ensure that investigations examine contributory factors across clinical, operational, and governance domains. This includes the application of human factors principles, the identification of latent system vulnerabilities, and the integration of findings into broader quality improvement initiatives. The investigation should be documented with precision, including a clear rationale for all decisions, a comprehensive evidence base, and a timeline of actions taken.
- 248.** The responsible body is required to have regard to whether the person investigating the matters raised by the concern requires [independent medical or other advice.](#)]
- 249.** In cases where Redress is triggered, refer to the [Redress](#) section
- 250.** The principle of “investigate once, investigate well” remain important, however the investigation should be proportionate to the grading of the concern, and should be impartial and conclusive, and delivered in the most timely manner.
- 251.** The responsible body should ensure that findings are communicated transparently to the individual who raised the concern and that organisational learning is disseminated appropriately. The investigation process should be embedded within a robust quality management system that supports continuous improvement, accountability, and public confidence in the health service.

Redress

General Overview

- 252.** The concept of redress, as set out within Part 6 of the Principal Regulations (and Part 7 in relation to circumstances where a Welsh NHS body enters into arrangements with an NHS body in England, Scotland or Northern Ireland), forms part of the wider Listening to People arrangements.
- 253.** In circumstances where a concern notified includes an allegation that harm has or may have been caused, Welsh NHS bodies (LHBs, NHS Trusts managing a

hospital or other establishment or facility wholly or mainly in Wales, and Special Health Authorities) have a duty to consider, whether a qualifying liability exists and whether or not an offer of redress should be made. This includes consideration of whether there has been a breach of duty and whether this caused harm, which is explained further in the Appendix to this section.

254. The principles of redress apply equally whether the concern raised arose from a complaint or an incident concerning patient safety.

255. Qualifying liability and redress can only be assessed where an investigation under regulation 23 takes place and cannot therefore be considered under stage 1 (early resolution). This should be clearly communicated during the listening discussion (regulation 22(4)(h)).

256. It is important to note that the redress in the form of financial compensation may only be offered where the value of any qualifying liability does not exceed the financial threshold, currently £50,000 (see regulations 29(2) under Part 6 and 44(2) under Part 7). As such, it is important that an assessment is undertaken **upon receipt of the concern** to determine a) whether harm is alleged as part of that concern, and b) the estimated likely value. This assessment will inform the scope of the investigation, as to whether the requirement to investigate qualifying liability and consider redress in the form of financial compensation is triggered.

257. In circumstances where there is no allegation of harm or harm is not found during the investigation, there remains a requirement to comply fully with the duties under regulation 23 to undertake a full factual investigation and provide a response under regulation 24, setting out the outcome of the investigation, including any failings identified. Issues of qualifying liability and financial redress should not be addressed as part of the investigation, however other aspects of redress can be considered. Redress can be by way of :

- a. the making of an offer of compensation in satisfaction of any right to bring civil proceedings in respect of a qualifying liability;
- b. the giving of an explanation;
- c. the making of a written apology; and
- d. the giving of a report on the action which has been, or will be, taken to prevent similar cases arising.

258. In circumstances where there is an allegation of harm or harm may be present then it is important to determine whether the value of the claim is likely to exceed the financial threshold, i.e. £50,000. In these circumstances the responsible body should undertake a full factual investigation and provide a response under regulation 24 without assessing issues of qualifying liability. The Welsh NHS body may consider making and offer of settlement outside of these provisions where qualifying liability has already been assessed (regulation 29(3)).

259. Regulations 34 to 48 (in Part 7) allow for redress to be considered in relation to care commissioned from NHS bodies in other parts of the UK (known as cross-border cases). There are specific arrangements relating to these cross-border

cases and the interaction between the Welsh NHS Body and other NHS body. These arrangements are referenced elsewhere in this Guidance.

- 260.** The redress sections of the Principal Regulations do not apply to responsible bodies other than Welsh NHS bodies and therefore do not apply to Independent Healthcare Providers or Primary Care Providers (other than where the Primary Care Provider is a Health Body managed practice).
- 261.** It is also relevant to note here that the Principal Regulations (regulation 14), contain several exclusions, including (which are particularly relevant to the redress part of the process):
- a) That a concern must not be investigated in circumstances where civil proceedings (a claim) have been initiated, including the pre-action stage of those proceedings. This means that if a Letter of Notification or a Letter of Claim has been served, or Court proceedings issued and served, the concern should not be investigated, including the redress elements. If it is found that these steps have been taken part-way through an investigation under these arrangements, the investigation must cease and the patient or their representative must be updated (regulation 28). Welsh NHS bodies should also be mindful that where they are notified of a conditional fee agreement or insurance premium having been entered into, they should consider this further and may wish to seek advice from NWSSP Legal & Risk Services.
 - b) That a concern must not be investigated in circumstances where the concern is being, or has been, investigated by the Public Services Ombudsman for Wales ('PSOW'), unless the PSOW has recommended that the Welsh NHS body offers a form of redress under Part 6, in which case the Welsh NHS body may undertake a further investigation of the concern only for the purpose of determining whether a qualifying liability exists or may exist and to offer a form of redress in accordance with the recommendations. This allows a mechanism for cases to pass back from PSOW to the Welsh NHS body for limited further investigation (regulation 14(1)(c) as amended by [The National Health Service \(Concerns, Complaints and Redress Arrangements\) \(Wales\) \(Amendment\) Regulations 2023](#)).
- 262.** The Principal Regulations also provide, at regulation 15(3), that a concern may not be notified three or more years after the date on which the matter which is the subject of the concern occurred or, if later, three or more years from the date on which the matter which is the subject of the concern came to the notice of the patient.
- 263.** It is important that the above exclusions are considered at the outset of the concern.
- 264.** If, following consideration of all of the above, it is determined by the Welsh NHS body that a) the concern includes an allegation of harm, b) the value of the claim is unlikely to exceed the financial threshold and c) none of the exclusions apply, the investigation should include consideration of qualifying liability. If a qualifying liability is established, the Welsh NHS body is obliged under the Regulations to

consider making an offer of redress. An offer of non-financial redress can still be considered where the claim value is likely to exceed the claim value threshold.

265. Redress can take various forms, and may include one or a combination of the following:

- An offer of financial compensation (up to £50,000).
- A contract to provide remedial care or treatment (offered to the patient with a view to trying to improve their condition and restore them, as far as possible, to the position they would have been in but for the breach of duty).
- A written apology.
- An explanation of events.
- A report on actions which have been, or will be, taken to prevent similar cases arising.

266. Whilst the considerations around redress crystallise later on in the process, it is important that they are explained to the patient or their representative at the outset (i.e. perhaps within the listening discussion), so that they understand the obligations that arise. It is also important that a discussion is held with the patient or their representative concerning their expectations for outcome of the concern, including the various forms of redress. It would be sensible for this discussion to take place as part of the listening discussion, and for this to be revisited following completion of the Welsh NHS body's initial investigation if the matter passes to Part 6 (redress) this again would be best achieved during the feedback meeting offered after completion of the investigation, at which point it is usually transferred to the Welsh NHS body's redress team for handling.

Response to a concern

267. The final response to a concern from a responsible body that is not a Welsh NHS Body should be sent under regulation 24. This will be a factual response which will not address issues of qualifying liability. Likewise, as set out above, where there is no requirement for a Welsh NHS Body to investigate qualifying liability, this response will be under regulation 24.

268. Where the requirement to consider qualifying liability and redress does arise, the outcome of the Welsh NHS Body's initial investigation will be as follows:

- A response sent under regulation 26 (known as an Interim report), concluding that there is or may be a qualifying liability but that further investigations are required to determine whether a qualifying liability exists or the extent of that liability.
- An investigation report sent under regulation 31 in relation to a person seeking redress where the Welsh NHS body is confirming, in its opinion, whether or not there is a qualifying liability.

- Regulation 33, communicating the Welsh NHS body's decision on whether or not to make an offer of redress, including either the making of that offer or notification that no offer will be made as there is no qualifying liability.

269. At the outset, it is important that all communications regarding redress are provided with the patient or their representative in mind, and that empathy, clarity and support are at the heart of all discussions and communications. It is also important to keep in mind that redress does not just relate to the financial elements, and that the other forms of redress are equally important. Where issues of qualifying liability and financial offers are being discussed, there will be a need to refer to legal terminology; it is important that this is done in plain language, with the patient or their representative in mind, and that clear explanations are provided.

270. The responses must be signed off by the responsible officer or their designated deputy.

Regulation 24 (response)

271. The timescale for sending out a regulation 24 response is 30 working days beginning with the date that the concern was notified in accordance with regulation 24(3). If it is not possible to send the response within this timescale, then pursuant to regulation 24(4), the responsible body must notify the person or their representative and explain the reason why, and send the response as soon as reasonably practicable and within six months (beginning on the day upon which it received notification of the concern).

272. The Principal Regulations set out the content requirements as follows:

- An apology (where appropriate)
- A summary of what the concern was about
- An explanation of how the concern was investigated
- Copies of any expert opinion obtained as part of the investigation
- Copies of relevant medical records, where appropriate
- an explanation of any actions that will be taken
- an offer to discuss the response to the concern with the responsible officer or their nominated representative; and
- details of the person's right to raise their concern with the Public Services Ombudsman for Wales.
- and in the case of a Welsh NHS body:
 - in respect of a concern that alleges harm has or may have been caused, an explanation of the reasons why there is no qualifying liability; or
- an explanation of why financial redress arrangements under Part 6 will not be triggered in response to concerns alleging harm has been caused where the financial value of the claim would, if proven, exceed the financial threshold set out in regulation 29. However, other forms of redress may still be suitable.

Regulation 26 (Response to an investigation under regulation 23 where it is decided that there is or there may be a qualifying liability)

- 273.** If the investigation culminates in a finding that a qualifying liability exists, or may exist, an interim report under regulation 26 must be sent by the Welsh NHS body. This response will usually make an admission of breach of duty and may admit some causation, but usually further investigations need to be undertaken to determine causation.
- 274.** The timescale for sending out a regulation 26 interim report is **30 working days beginning with the date that the concern was notified** in accordance with regulation 26(2). If it is not possible to send the response within this timescale, then pursuant to regulation 26(3), the Welsh NHS Body must notify the person or their representative and explain the reason why, and send the response as soon as reasonably practicable and within **120 working days** (beginning on the day upon which it received notification of the concern). If the 120 working day period cannot be adhered to, the Welsh NHS body must advise the patient or their representative of the reasons for the delay, and when the regulation 26 interim report may be expected.
- 275.** Regulation 26(5) also refer to the fact that the investigation report referenced in regulation 31 must be provided as soon as reasonably practicable and within **120 working days**. The equivalent provisions in Part 7 are regulations 40 (interim report and investigation report) and 48 (communication of a redress decision).
- 276.** If the 120 working day period cannot be adhered to, the Welsh NHS body must advise the patient or their representative of the reasons for the delay, and when the investigation report may be expected.
- 277.** In circumstances where qualifying liability is being investigated, it is recognised that it may not be possible to provide a response within 30 working days. It is therefore particularly important in these cases that timescales are discussed with the patient or their representative at the outset, so that a realistic response time is agreed and expectations are managed.
- 278.** In practice, it is likely that this investigation report will be provided to the patient or their representative together with the interim report. The Principal Regulations set out the content requirements for the interim report under regulation 26 as follows:
- a summary of the nature and substance of the issues contained in the concern;
 - a description of the investigation undertaken so far;
 - a description of why in the opinion of the Welsh NHS body there is or may be a qualifying liability;
 - a copy of any relevant medical records;
 - an explanation of how to access legal advice without charge;

- an explanation of advocacy and support services which may be of assistance;
- an explanation of the process for considering liability and redress;
- confirmation that the full investigation report will be made available to the person seeking redress;
- details of the right of the person to take their concern to the Public Services Ombudsman of Wales;
- an offer of an opportunity to discuss the contents of the interim report with the responsible officer or person acting on their behalf.

Regulation 31 (investigation report) and 33 (redress – communication of a decision)

- 279.** A response under regulation 31 communicates the outcome of the investigation includes medical evidence, and a statement of whether or not qualifying liability exists and why that decision was reached.
- 280.** A response under regulation 33 communicates the Welsh NHS body's final outcome, either that there has been a decision to make an offer of redress, or that, following further investigation after the interim response, it will not make an offer of redress on the basis that following investigation there is no qualifying liability.
- 281.** Rather than sending an interim report under regulation 26 in advance of a final investigation report under regulation 31, in some cases, it may be possible to establish the position regarding causation, and the extent of the causation, immediately and without further investigation. In those cases, it will be possible for the Welsh NHS body to proceed immediately to preparing a regulation 31 investigation report and regulation 33 decision, confirming the position as to qualifying liability completely, and possibly also making an offer of redress. regulation 26(7) and (8) will enable the interim report to be provided at the same time as the investigation report and make specific provision in relation to such cases.
- 282.** Alternatively, as above, the Welsh NHS body may send a Regulation 33 response once it has undertaken further investigations under Part 6 following the Regulation 26 response having been sent.
- 283.** The timescale for sending out a Regulation 33 response is **120 working days** pursuant to Regulation 33(a). If the 120 working day period cannot be adhered to, the Welsh NHS body must advise the person who notified the concern of the reasons for the delay, and when the Regulation response will be submitted (Regulation 33(a)).
- 284.** Further information is set out below in respect of the offer of redress and applicable timescales.

- 285.** The 2025 Amendments introduce a new sub-paragraph (ha) into regulation 3(1) (general principles for the handling and investigation of concerns). This requires the responsible body to keep the person who raised the concern informed of the progress of the investigation and the likely timeframe for completing it.
- 286.** The effect of this new sub-paragraph is to place greater emphasis on early and transparent communication about expected timescales. Where the responsible body informs the person of a realistic anticipated timeframe for completing the regulation 23 investigation, that communicated timeframe should ordinarily become the operational target for issuing the subsequent response under regulations 24, 26 and, where relevant, 31.
- 287.** However, the existing statutory timeframe of 30 working days in regulations 24 and 26 remains in place as a safeguard. It operates as a default (fallback) position where no alternative timeframe has been communicated to the person raising the concern.
- 288.** Accordingly, the policy intention is that responsible bodies should, at an early stage, provide a clear and realistic expected completion date tailored to the circumstances of the investigation. This supports the wider Listening to People policy aim of ensuring that the concerns process is transparent, person-centred and based on clear expectations. Where such a timeframe is communicated, responsible bodies are expected to manage the investigation so as to meet that stated timeframe, subject to the existing provisions allowing notification and explanation where delays arise.

Redress process

- 289.** Once it has been established that a qualifying liability may or does exist, the matter will pass from Part 5 of the Regulations (Handling of a Concern) to Part 6 (redress). Usually at this stage the matter will be passed to the Welsh NHS body's redress team for handling.
- 290.** On receipt of the matter by the redress team, they will be in touch with the patient or their representative to discuss the next steps of the process, which will be considered on a case-by-case basis.
- 291.** Further investigations at this stage will focus on determining whether there is a qualifying liability (in circumstances where the Regulation 26 interim report admits only breach of duty), the extent of the qualifying liability and quantum. They may include:
- a) Whether there is a qualifying liability and the extent of that qualifying liability, particularly the causation element.
 - b) An up-to-date assessment of the patient's condition and prognosis.
 - c) Obtaining of a Certificate of Recoverable Benefits or NHS Charges Certificate (see below).

d) Quantification of the claim, including financial loss.

- 292.** Following initial determination by the redress Team of what investigations are required, an update should be provided to the patient or representative setting those out, together with likely timescales for completion.
- 293.** At the point at which the matter passes to Part 6, the patient will be entitled to independent legal advice (see section on [Provision of legal advice](#)). This should be explained to the person who notified the concern as part of a regulation 26 interim report and when communicating a decision under regulation 33, but if these have not yet been provided, the redress team should communicate this.
- 294.** Another consequence of the matter passing to Part 6 is the suspension of limitation period in respect of any claim. If this has not been explained to the patient, the redress team should communicate this.
- 295.** In order to investigate whether there is a qualifying liability, which may include consideration of whether causation flows from any breach of duty identified, or the extent of the harm caused where that is unclear, and/or the patient's condition and prognosis, it may be necessary to obtain input from an independent medicolegal expert. If independent evidence is required, the Principal Regulations (at regulation 32(1)(b)) require that this is a joint instruction together with the person who notified the concern. The letter of instruction to the expert, and any further correspondence, should therefore be agreed between the Welsh NHS body and the person who notified the concern.
- 296.** Once the Welsh NHS body has concluded its investigation as to qualifying liability and the patient's condition and prognosis has been established and the claim quantified, their decision on whether or not to make an offer of redress must be communicated under regulation 33. As above, this may either conclude that:
- a) There is no qualifying liability and therefore no offer of redress will be made; or
 - b) There is a qualifying liability and therefore an offer of redress will be made (by way of financial compensation or entry into a contract to provide care or treatment or both).
- 297.** The regulation 33 communication must be sent out within 120 working days from the date the concern was notified. If the 120 working day period cannot be adhered to, the Welsh NHS body must advise the person who notified the concern of the reasons for the delay, and when the decision will be communicated (regulation 33(a)).
- 298.** If an offer of financial compensation is deemed appropriate as part of redress, the Welsh NHS body will ensure authorisation from the appropriate delegated person(s) within the Welsh NHS body has been obtained prior to making any financial offer of redress.

299. As above, redress can take various forms, and may include one or a combination of the following, which should be set out within the Regulation 33 response:

- An offer of financial compensation (up to £50,000).
- A contract to provide remedial care or treatment (offered to the patient with a view to trying to improve their condition and restore them, as far as possible, to the position they would have been in but for the breach of duty) this may be through care delivered locally or commissioned to be provided by another provider the Welsh NHS body's expense.
- A written apology.
- An explanation of events.
- A report on actions which have been, or will be, taken to prevent similar cases arising.

300. An integral part of the concerns and redress process is learning, as outlined elsewhere in this Guidance. The Welsh Risk Pool (WRP) manage a process for Learning from Events on behalf of Welsh Government. Where possible, evidence of learning, with the objective of improving standards in patient safety, should be set out within the regulation 33 communication as part of the redress offered.

301. Where qualifying liability is accepted, a Welsh NHS body can make an offer of financial compensation that does not exceed £50,000. Further information on valuation of concerns is set out below. The Regulation 33 communication should set out the basis upon which the concern has been valued.

302. The person who notified the concern or their legal representative must be advised that they have 6 months to respond to the offer of redress. If the person or their representative, who raised the concern is unable to respond to the decision within 6 months, they must contact the Welsh NHS body and provide an explanation for the delay in responding. The time limit for response to the decision can then be extended to 9 months from the date the offer was made. However, if no response is received within 9 months the limitation period will start to run.

303. It is recognised that it is difficult at the outset of an investigation under regulation 23 to be certain about the financial value of a claim and it is inevitable that some cases that were entered into the redress arrangements because it was considered that financial compensation, should liability be proven, would be worth less than £50,000 transpire, on investigation, to be worth more. In these cases, regulation 29(3) provides that Welsh NHS bodies may give consideration to making an offer of settlement outside of the provisions of the Principal Regulations, for example, an out of court settlement. Welsh NHS bodies might at this stage, and in the spirit of the Principal Regulations, consider offering to pay the patient's legal costs associated with obtaining advice on any such out of court settlement. However, there is no obligation for them to do so.

304. If an offer of redress is made, the settlement proposed by the offer will be by way of a formal agreement which must include a waiver of any right to bring civil

proceedings in respect of the qualifying liability to which the settlement relates (regulation 33(e)).

305. Where the person who notified the concern is unsatisfied with the outcome of the response or offer, they must be reminded of their right to notify the concern to the Public Services Ombudsman for Wales.

306. In order to protect vulnerable individuals, some redress settlements will require approval of a court. These cases are where the liability relates to a child under the age of 18 or a person lacking capacity under the Mental Capacity Act 2005¹⁹(1). In such cases, an application will need to be made to Court, and where a redress settlement requires approval by a court, the Welsh NHS body must pay all reasonable legal costs to obtain the approval of the court.

Independent experts

307. As can be seen above, there may be a number of issues on which further investigation may be required under Part 6, including those relating to causation, condition and prognosis and/or quantum to establish whether there is a qualifying liability in respect of which an offer of redress should be made. In order to complete these investigations, independent expert input may be required. Under the redress arrangements, any expert medical advice sought under the regulation 32 should be instructed jointly by the person who notified the concern and the Welsh NHS body. If the person has accepted the offer of free legal advice, then their legal adviser should also be allowed input to the instruction of the medical expert(s).

Provision of legal advice

308. In accordance with regulation 32, where the redress arrangements are engaged (i.e. where the Welsh NHS Body has accepted that there is or may be a qualifying liability, and not from the point at which a concern is received), legal advice without charge to the person who notified the concern will be available, should the person or his representative want it, in relation to:

- a) the joint instruction of clinical experts including clarification of issues arising from their reports;
- b) any offer of redress made in accordance with Part 6 of the Principal Regulations;
- c) an offer of redress made in accordance with Part 7 of the Principal Regulations
- d) any refusal to make an offer; or
- e) any settlement agreement that is proposed.

309. Legal advice must only be sought from a firm of solicitors with recognised expertise in clinical negligence (meaning they must have at least one partner or employee who is a member of the Law Society Clinical Negligence Panel or from

¹⁹ [Mental Capacity Act 2005](#)

the Action Against Medical Accidents Clinical Negligence Panel (regulation 32(2)). NHS organisations are able to obtain contact details from these organisations' websites and share with the person who raised the concern. The cost of such legal and clinical advice must be funded by the Welsh NHS body and not the person who raised the concern.

310. Guidance to Welsh NHS bodies on the cost of legal fees is provided in a separate document.

Limitation - suspension

311. Limitation is the legal time limit within which a claim must be brought. In claims where harm is alleged (including those of clinical negligence) a Claimant usually has **three years** from the date of the "cause of action", which is almost always the date of the injury, or their knowledge of the same, in which to bring a claim for compensation (Limitation Act 1980). There are some exceptions to this rule which include:

- a) Children under the age of 18 at the time of the injury – the three year period will not begin to run until the child reaches the age of 18.
- b) Patients lacking capacity under the Mental Capacity Act 2005 – the three year period may never begin to run.

312. Regulation 30 governs the position regarding the suspension of the limitation period by virtue of the Listening to People process. Once a concern passes to Part 6 (redress), i.e. when the Welsh NHS body considers that a qualifying liability exists or may exist, the Principal Regulations allow for the suspension of the limitation period. Limitation is therefore not automatically suspended when a concern is raised. During the time when the liability is subject to an application for redress, the limitation period is suspended, that is, the "clock is stopped". If the limitation period is suspended under the redress process, the suspension period starts retrospectively from the date on which the concern was first received by the Welsh NHS body.

313. Where an offer of redress by financial compensation has been made the limitation period starts to run again:

- a) The day after the patient or their representative accepts that redress offer,
- b) The date the patient or their representative rejects that redress offer, or
- c) 9 months after that redress offer is made (where no response is received)

314. If an offer of redress has been made but Court approval is required for the settlement (in cases of children under the age of 18 or those lacking capacity) then the limitation period remains suspended until the Court approves the settlement.

- 315.** .If a civil claim is subsequently brought, the period of suspension is factored in when calculating the remaining limitation period and ultimately when limitation expires.
- 316.** The reason for the suspension is to ensure that no person is disadvantaged, or prevented from bringing legal action, should they be unhappy with the outcome of the redress investigation. It is important that the person or their representative understand that where a financial offer of redress is made, that they only have 6 months to consider the offer (or a total of 9 months if longer is needed). After that 9-month period, the redress arrangements will no longer apply.
- 317.** There may be cases where a concern is notified just before the limitation period would expire and it has not been possible for an investigation to be concluded. The Welsh NHS body may wish to give consideration to agreeing an extension of the limitation period in order to allow it to complete its investigation and provide a response whilst avoiding the need for the patient/potential Claimant to issue court proceedings.
- 318.** In cases where the case does not pass into Part 6, either because qualifying liability has not been investigated, or because the Welsh NHS body has concluded that there is no qualifying liability and sent a regulation 24 response, limitation is not suspended by virtue of the Principal Regulations. Again, the Welsh NHS body may wish to consider agreeing an extension to the limitation period with the patient or their representative.

Quantum

General damages

- 319.** General damages are intended to compensate the patient in respect of pain, suffering and loss of amenity (PSLA) as a result of any physical or recognised psychiatric injury caused, which would have otherwise been avoided. The Welsh NHS body therefore needs to establish the extent of any injury and what symptoms and loss of amenity the patient has suffered as a result of the breach of duty, aside from that which would have been suffered in any event.
- 320.** This information can be used to inform the level of an appropriate offer to compensate the patient for any symptoms, loss of amenity, and additional treatment. Generally, the more severe the injury or harm, the higher the award of compensation.
- 321.** To calculate the appropriate sum, Welsh NHS bodies can refer to the Judicial College Guidelines in the first instance, as this provides a *range* of damages to be awarded, per injury type. The JC Guidelines take into account:
1. The duration of the injury, including whether recovery has been prolonged or if the injury is expected to be permanent.

2. The need for additional treatment, which may have been avoided (past or future).
3. The risk of future complications.

322. Not all injuries resulting from clinical negligence 'fit' into a category within the JC Guidelines and reference to quantum case law reports can be helpful. These are reported judgments or out of court settlements which have been reached in real cases and can assist in helping to reach an appropriate figure.

323. Psychiatric injuries are often accompanied by a physical injury. In order to be entitled to compensation, a patient must have suffered a recognised psychiatric injury, which would usually be evidenced by a formal diagnosis. Input may be required from an independent expert to assess the patient unless there is evidence of this in the medical records.

324. It is important to note that, where a patient has suffered more than one distinct injury, whether that be physical or psychiatric injury or both, it is usually not appropriate to simply 'add up' the separate valuations for each individual injury, as there will be some aspect of overlap.

Special damages

325. The term 'special damages' encompasses a range of heads of loss (types of financial claim) which can be claimed where financial losses have been incurred by the patient as a result of the negligence. Losses are usually split into past and future losses as set out below.

326. If a patient is legally represented, often details of any special damages claims will be set out in a 'Schedule of Loss', supported by the necessary evidence. Consideration should be given to requesting such a breakdown if there are likely to be significant special damages.

327. The heads of loss which are recoverable will vary by case, dependent upon the qualifying liability which has been accepted by the Welsh NHS body and the patient's individual circumstances. Below is a non-exhaustive list of the types of special damages that are often claimed:

1. **Loss of earnings** may be claimed if the injured person could not work as a result of the breach of duty (or took more time off than they otherwise would have without pay). This may include a claim for missed bonuses, missed promotion opportunities or even pension loss.
2. **Care and assistance** refers to a sum claimed by a family member or professional who may have assisted with household chores or cared for the patient whilst they were recovering from their injury. This loss could continue into the future if the patient requires long term assistance as a result of their injury.
3. Likewise, additional assistance with **cleaning, gardening or DIY** caused as a result of the patient's incapacity due to the admitted negligence.

4. **Travel** which was only necessary because of the negligence, including the cost of fuel, parking or public transport. This can also be claimed by family members who had to travel to assist the patient.
5. **Treatment costs** (whether past or future) may be claimed on a private basis, if the treatment was/is required as a direct result of the negligence.
6. **Aids and equipment** claims may include specialist mattresses, chairs, mobility aids and any other items which would improve the patient's condition following an injury.
7. A lost holiday, or other **miscellaneous** expense incurred, such as over the counter treatments are often claimed. These should be considered on a case-by-case basis.
8. **Funeral costs** if the patient died as a direct result of the negligence.

328. Welsh NHS bodies should seek evidence of the losses, which may include receipts for any past expenses incurred or quotations for future expenses, or wage slips from prior to and during the relevant period for any loss of earnings. However, it may not always be possible to provide evidence (receipts for fuel, for example) and a pragmatic approach should be taken particularly when the sums claimed are low.

Quantum in fatal cases

329. Specific claims can be brought in these cases, both claims on behalf of the Estate under the ***Law Reform (Miscellaneous Provisions) Act 1934*** and claims by dependents under the ***Fatal Accidents Act 1976***. For further information, Welsh NHS bodies should please contact NWSSP Legal & Risk Services.

Compensation Recovery Unit

330. If a financial offer of settlement is to be made, the matter must be registered with the Compensation Recovery Unit ('CRU'), via a CRU1 Form, to establish whether the Welsh NHS body will be liable for any benefits paid to the patient. A Certificate of Recoverable Benefits will be received, showing either Nil benefits, or listing the attributed benefits due to be repaid. If benefits are to be repaid to the CRU, it is important to consider, before any offer is made, whether they can be offset against any claim for special damages. Also, whether the benefits are correctly attributed. If not, the Welsh NHS body should apply for a review or mandatory reconsideration of the certificate (please note that time limits apply to these processes).

NHS Charges

331. Upon registering the matter with the CRU, the Welsh NHS body should also complete the section relating to NHS hospitals attended by the patient as a result of the breach of duty. If NHS Charges are attributed, a Certificate of NHS Charges will be issued. These charges are payable by the Welsh NHS body in addition to the damages, unless successfully reviewed or appealed in

circumstances where they are incorrectly attributed, e.g. because the hospital treatment would have been required in any event or was provided by the compensator.

Appendix to Redress Section

Qualifying Liability – an explanation

332. Redress can only be considered if there is a proven qualifying liability in tort. A qualifying liability is considered with reference to a three-stage test.

1. That the Welsh NHS Body owed the patient a duty of care
2. That there was a breach of that duty
3. That the breach caused personal injury or loss

333. In circumstances where a qualifying liability is established (i.e., where there is a breach of a duty of care which caused personal injury or loss), the patient is entitled to compensation to reflect the difference between (i) the condition which they would have been in if the standard of treatment they received had been of an acceptable standard and (ii) their actual condition.

334. It is only when these tests are satisfied that a payment of compensation should be considered. This should be made very clear to patients and their representatives as often people believe that there only needs to have been poor care for the test of negligence to be satisfied and for there to be an entitlement to compensation. However, it is the case that the person also needs to have suffered harm as a consequence (known as “causation of damage”). Determining causation can be very difficult, particularly if the patient was very ill anyway, or might have expected some pain or complications during their period of recovery as a result of treatment.

Duty of Care

335. In a clinical negligence claim, a duty of care is usually always established.

Standard of Care: Breach of Duty

336. There is a legal test to determine whether or not a clinician has been negligent. This is known as the “Bolam Test” and arises from the well-known case of ***Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957]***. The scope of the test was subsequently narrowed following the later case of ***Bolitho v City & Hackney Health Authority [1998]***.

337. The Legal Test:

A clinician has been negligent if they have not followed a practice which was deemed to be acceptable by a responsible body of medical opinion. That responsible body need not be a majority body. The clinician must then act in accordance with the practice to a standard to be expected of a reasonably competent clinician. If the clinician holds themselves out to be especially qualified

in any particular field, then the standard is that of a reasonably competent specialist.

338. Therefore, it is a defence to an allegation of negligence if the Welsh NHS Body can prove that a reasonable and responsible body of reputable practitioners in the relevant field would have carried out the investigations and treatment in the same way as the clinician did.

339. The standard set out in Bolam is an objective one and so it is important to remember the standard of care is tailored to the task undertaken and not the individual clinician's level of experience.

340. The Bolitho test clarifies that opinion held by a responsible body must be capable of withstanding logical analysis.

341. *Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015]* has since modified the test for breach of duty in relation to cases involving consent and this is discussed in further detail below. This is often known as the Montgomery test.

Investigating Breach of Duty

342. The scope of the investigation will depend largely on the type of case/allegations, however, there are several steps to take when investigating:

- Identify the alleged failings in the care/treatment;
- Identify and obtain relevant documentation (e.g. medical records, radiology, policies, any incident documentation)
- Identify who was involved in the care/treatment;
- Request a factual account from the clinician(s) involved in the care/treatment and their comments upon the specific concerns raised and allegations of negligence;
- Request an overview from the Clinical Lead (if appropriate);
- Where needed, obtain independent expert evidence on breach of duty.
- When obtaining the factual accounts from a clinician it is important to consider the standard of care at the time of the alleged negligence (i.e. not the current standard), whether their factual account is sufficiently detailed, whether it is supported by the medical records and whether additional input from other clinicians is required.

Standard and Burden of Proof

The standard of proof in cases of medical negligence is “on the balance of probabilities” (i.e. 51% likely). It is the Claimant's burden to prove that, ‘on the balance of probabilities’ the Defendant's care fell below the reasonable and accepted standard.

Causation

343. If the patient did not sustain injury as a result of the breach of duty, there is no qualifying liability. There must be a causal link between the breach of duty and the damage complained of by the patient. This is essentially an explanatory inquiry: how in fact did the damage occur? The question is normally dealt with by the “but for” test. The general rule is that if the harm to the patient would not have occurred “but for” the negligence, then the negligence is the cause of the damage. If the harm would have occurred in any event, the negligence is not the cause of the damage. This is a brief and basic explanation of some of the leading case law in this area and should not be relied upon as a complete account of the law or as a substitute for legal advice. Legal advice can be sought from Legal & Risk Services.

An Alternative Causation Test - Material Contribution

344. Where it is not possible to conclude the probability that but for the breach of duty the injury would not have happened, material contribution may be considered in some circumstances.

345. The case of *Bailey v Ministry of Defence [2008]* established that in certain circumstances, where medical science cannot establish the probability that “but for” an act of negligence the injury would not have happened, but it is possible to establish that the contribution of the negligent cause was more than negligible, the “but for” test is modified. This arises in circumstances where there is more than one potential cause of the injury, negligent and non-negligent, which can arise cumulatively. In those cases, if the patient can establish that the breach of duty made more than negligible difference to the patient’s outcome, the claim will succeed.

346. It is not always easy to assess material contribution, and it may be necessary to seek advice from Legal & Risk.

Investigating Causation

347. There will be a need to establish how the breach of duty has affected the patient. Key questions to ask include:

- Factual causation - is the loss for which the claimant seeks damages the consequence of the defendant’s act or omission? What series of events would have taken place had the breach of duty not occurred? This is in order to gain a factual understanding of the steps and timeline that would have taken place but for the breach of duty.
- Medical/Injury causation - on the balance of probabilities, what difference did the breach of duty cause medically to the patient? This should be investigated by asking for internal comments from the relevant clinicians and, in some

cases, an independent expert would need to be instructed on a joint basis with the complainant.

Welsh NHS Bodies should consider not only longer-term consequences, but also the short-term impact upon the patient. For example, in a concern relating to a delay in diagnosing a fracture, whilst there may have been no impact on the treatment and prognosis for the patient, causation may be established for a short period of unnecessary pain or symptoms.

Concerns Relating to Consent

348. Concerns may be raised in respect of the consent process. The legal test of breach of duty applied to allegations made in respect of consent is set out in the case of *Montgomery*.

Breach of Duty (consent)

349. The key case in this area is *Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015]* UKSC 11.

350. It was determined that, in order to ensure the consenting procedure is completed correctly, a clinician is under a duty to take reasonable care to ensure that a patient is made aware of any material risks involved in any recommended treatment and of any reasonable alternative or variant treatments, to include no treatment at all.

351. In terms of alternative treatments, the clinician's obligation does not extend to communicating all potential alternative treatments, but rather only those that the clinician considers to be reasonable. When judging what is reasonable, the principles of the Bolam test should be used. (*McCulloch v Forth Valley Health Board [2023]* UKSC 26).

Material Risk

352. The test of materiality is based on whether a reasonable person in that patient's circumstances would likely attach significance to the risk, or the clinician is, or should reasonably be aware, that that particular patient would likely attach significance to the risk.

353. The Courts have not placed a percentage figure on what would determine the assessment of whether a risk is material or not. It is important that clinicians engage in dialogue with their patients to determine what is likely to be considered as a material risk to them in their individual case. The aim of which is to ensure that the patient understands the seriousness of their condition, and the anticipated benefits and risks of the proposed treatment and any reasonable

alternatives, so that the patient is then in a position to make an informed decision (para 90 of Montgomery judgement).

354. Therefore, breach of duty in relation to consent must be assessed on the Montgomery principle, rather than the test set out in Bolam. Has a clinician taken reasonable care to ensure that the patient has been made aware of any material risks involved in any recommended treatment and of any reasonable alternative or variant treatments to include no treatment at all? If the answer is no, breach of duty will be established.

Causation (consent)

355. Where breach of duty is established, the onus is then on the patient/complainant to prove that, on the balance of probabilities, they would have made a different decision which would have avoided or altered the injury in a material way. For example, in Montgomery, the patient proved that she would have opted for a caesarean section had she been made aware of the risks of shoulder dystocia and given the option. It may be necessary to request a statement from the patient/complainant.

356. It is important to review the patient's records in detail to assist the Welsh NHS body in determining whether causation can be established. If a patient has been suffering with ongoing/persistent symptoms and had exhausted all other treatments available to them, how likely is it that they would have proceeded with the treatment in question even had informed consent been provided?

357. Should further guidance be required in respect of the legal tests for qualifying liability, advice should be sought from Legal & Risk Services.

Redress where care is provided by English, Scottish or Northern Irish NHS providers

358. Part 7 of the Principal Regulations create the process that Welsh NHS bodies should follow when a concern is raised about care delivered outside Wales under commissioned arrangements—specifically in England, Scotland or Northern Ireland. It integrates principles of equity, statutory duties, practical steps, contractual safeguards, and learning/assurance requirements.

359. Where commissioning arrangements are made with Northern Ireland, Scotland, England, private providers, it would be good practice to include responsibility to meet the requirements of the Principal Regulations in the contractual arrangements.

Core Principle of Equity

360. Where a Welsh NHS body commissions services from an English NHS provider for Welsh residents, the Welsh complaints, incidents and redress process applies as if the care had been provided in Wales. This ensures parity of access to redress and consistency across the England–Wales border. Part 7 of the Regulations provides the mechanism for cross-border notifications, investigation and redress.

Legal Context Across the UK

361. England and Wales share a broadly aligned common law tort framework. Under Part 7, when an English NHS body managing care under arrangements with a Welsh NHS body receives a concern that alleges harm, it must consider whether a qualifying liability in tort (QLIT) may exist and notify the Welsh NHS body with records, expert opinion and its rationale.

and provide the following:

- a copy of the response to any concern provided in accordance with a relevant complaints procedure
- a copy of any relevant medical records;
- a copy of any expert opinion that has been obtained during the investigation of a concern;
- a written account of why it believes that there is or there may be a qualifying liability;
- the date that it received the concern; and
- such other information or assistance as the Welsh NHS body may reasonably require.

362. Welsh NHS bodies then determine whether Qualifying Liability in Tort (QLIT) exists and whether an offer of redress should be made (see the redress decision process).

363. Joint working is expected with NHS Resolution and the English provider to establish facts and, where appropriate, agree redress.

Qualifying liability in Scotland and Northern Ireland

364. Due to the difference in the Welsh Ministers' legal powers, the Principal Regulations (as amended) do not impose direct statutory duties on NHS bodies in Scotland or Northern Ireland to consider whether a qualifying liability in tort exists in respect of services they have provided under arrangements with a Welsh NHS body.

365. Accordingly, where a Welsh NHS body enters into commissioning arrangements with an NHS body in Scotland or Northern Ireland for the provision of services to Welsh patients, the Welsh NHS body must ensure that the commissioning

contract includes provisions requiring the Scottish NHS body or Northern Irish NHS body to:

- Consider, where it receives a concern relating to services provided under those arrangements and handled under its local complaints procedure, whether there is or may be a qualifying liability;
- and if it forms the view that such qualifying liability exists or may exist, notify and refer the matter to the commissioning Welsh NHS body to deal with in accordance with regulation 38 and the rest of Part 7 of the principal regulations.

366. The commissioning contract must also require the Scottish or Northern Irish provider to provide the Welsh NHS body with the same information that an English NHS body would be required to provide under regulation 36 of the Principal Regulations.

367. In light of differences between the legal systems of Wales, Scotland and Northern Ireland, policy arrangements provide that any successful application for redress relating to services commissioned from a Scottish or Northern Irish NHS body will be funded by the commissioning Welsh NHS body. This includes the payment of compensation and associated legal costs. Any waiver signed by the person under regulation 48(e) will therefore relate to the liability of the Welsh NHS body.

Action Required Under Regulation 38 (as amended)

368. Regulation 38 prescribes the action a Welsh NHS body must take where it receives notification from a Scottish or Northern Irish NHS body that there is or may be a qualifying liability in tort in respect of commissioned services.

369. Upon receiving such notification, the Welsh NHS body must acknowledge receipt of the notification within five working days; and within five working days of receipt, notify the person who raised the concern that the matter has been passed to the Welsh NHS body for consideration of whether qualifying liability exists. From that point onward, the Welsh NHS body must proceed in accordance with the relevant provisions of Part 7 of the Principal Regulations (as amended).

370. The procedural steps applicable to investigations involving English NHS bodies apply broadly in the same way, subject to necessary modification of references. However, the regulatory co-operation mechanisms applicable between Welsh and English NHS bodies do not apply in relation to Scottish or Northern Irish NHS bodies.

Operational Actions When a Cross-Border Concern is Raised

371. Acknowledge within 5 working days and log the concern in local systems.

Confirm jurisdiction and commissioning route (England, Scotland, Northern Ireland).

372. Seek consent and request records/investigation outputs from the provider; for English providers, request their assessment of potential QLIT.

373. Engage early with NHS Resolution for English cases where harm is alleged and QLIT may exist. Ensure active discussions with NWSSP Legal and Risk teams throughout this process.

374. Investigate per Regulation 23 principles: proportionate, timely, transparent; involve the person raising the concern.

375. Assess whether or not there is a QLIT and whether or not to offer redress .

376. Issue interim/investigation reports within applicable timescales and communicate outcomes clearly.

377. Regulation 40(2) provides that the usual time frame for an interim report under Part 7 is within 50 working days beginning with the day notification of concern is received, and if that is not possible within 120 working days, and regulation 40(5) requires the investigation report to be provided as soon as reasonably practicable and not later than 120 working days.

378. Implement learning actions, monitor and close with assurance.

379. Undertake post-case reviews; share learning with clinical boards and commissioning teams; include cross-border metrics in the annual report (Regulation 51) and ensure oversight by the person designated under Regulation 6.

Communicating Outcomes of Investigations and Redress Decisions

380. When communicating the outcome of an investigation or a decision on Redress, the person receiving it must feel heard, respected, and supported, while leaving with a clear understanding of what was decided, why it was decided, and what happens next. The active offer of advocacy should be maintained throughout the whole process and signposting to support services which may be of assistance to the person notifying the concern, particularly where distress is evident.

381. Achieving this balance requires three things working together:

- a) A compassionate tone and use of plain language
- b) adherence to the Principal Regulations, and
- c) alignment with the Ombudsman's expectations for fairness, remedy, and accessible communication

Communicating the Outcome of Investigations into Concerns

- 382.** Begin by acknowledging the person's experience and the effort it took to raise their concern. This is a regulatory expectation under regulation 3(1)(d) and (e), which requires that people who raise concerns are treated with respect and courtesy and that their expectations are established.
- 383.** Set out, in their own terms, what they told you and what mattered most to them. This demonstrates that you have listened and understood, which is essential for trust and aligns with Public Services Ombudsman for Wales service standards for respectful communication.
- 384.** Next, explain what you did. Describe the scope of your review in clear, everyday language: what records you reviewed, who you spoke to, and what standards you applied. Avoid defensive phrasing or legal jargon.
- 385.** Regulation 3(1) (ja) requires that communication is provided in a manner the person can understand, with explanations of legal or medical terms where needed. The Law Society guidance and plain language best practice emphasise short sentences, familiar words, and explaining any necessary legal or clinical terms the first time they appear. If a technical term cannot be avoided, define it in plain words.
- 386.** This is not about oversimplifying; it is about making the message easy to grasp the first time it is read, which builds trust, reduces anxiety and prevents escalation.
- 387.** Present your findings factually and without ambiguity but be mindful of the impact of these factual statements when it relates to a person's suffering or death. For each issue raised, state the findings of the investigation and the reasons for each decision being reached.
- 388.** Timeliness is critical. Regulation 22(1) requires acknowledgement within five working days, and regulation 24(3) requires that the full response is sent within 30 working days.
- 389.** Regulation 24(1)(a)–(f) requires that the written response summarises the issues, describes the investigation, includes relevant expert opinions and records, and sets out any actions to be taken. If care fell short of expected standards, say so plainly and issue an unreserved apology. Monitor carefully the impact that these statements are having with the individual, particularly if you are feeding back through in-person communication.
- 390.** If it is not possible to provide a full response within 30 working days, you must explain why and provide a realistic revised date, keeping the person updated. If exceptional circumstances mean that even the 6 months outer limit in regulation 24(4)– (5) cannot be met, you must give reasons and a new expected date.

These are legal requirements.

- 391.** If a responsible body, misses an agreed deadline this can negatively impact on the veracity of the individual representative and faith in the organisation meeting their legal duties openly and transparently. This can lead to escalation and perceptions of dishonesty and withholding or hiding the truth.
- 392.** Where harm has been moderate, severe or has caused death and is related to the care or treatment provided, the Duty of Candour may apply. You must confirm in your outcome communication that candour steps were taken when the duty arose and provide written follow-up within five working days, including an apology and outline of next steps. This is sometimes achieved at the end of the listening discussion or shortly afterwards once facts have been checked. If the Duty of Candour under section 3 of the 2020 Act applies and notification has been given under regulations 4(1) and 5(1) of the 2023 Regulations, the responsible body does not need to send the concern notification to the patient or their representative.
- 393.** Close by inviting further dialogue. Offer to meet in person, by video, or by phone to discuss the outcome (regulation 24).
- 394.** Responsible bodies are charged with reassessing the need for and for provision of details of advocacy support through Llais and explain the right to approach the Public Services Ombudsman for Wales if they remain dissatisfied.
- 395.** Do not close down the conversation; instead, create a safe route for questions while being clear about formal time limits. This approach is consistent with regulation 24(1)(g)–(h) and Public Services Ombudsman for Wales standards for openness and accessibility.

Communicating a Redress Offer

- 396.** When you communicate a Redress decision, the same principles in the above section apply.
- 397.** Begin by acknowledging the person's experience and summarising, in their own terms, what they told you mattered most. Then explain, in plain language, the findings of your investigation and the reasoning behind your decision.
- 398.** Regulation 26 requires that, where a qualifying liability exists or may exist, you provide an interim report explaining why, enclosing relevant records, and outlining the procedure for determining liability and making an offer. You must also confirm access to free legal advice and advocacy and offer an in-person discussion with the responsible officer. However, it is imperative that this interim report focuses on the outcome of the investigation as mentioned above, centred on the concerns the person raised and that it is written in a sensitive compassionate and clear

manner.

- 399.** Over legalistic letters containing paragraphs of complex legal explanations are cited by the people who have been harmed as psychologically injuring. The unintended consequences of this can be that people perceive this as frightening or intimidating when they had raised simple concerns about their care. Care must be taken to ensure that the information is conveyed in accessible language and explained clearly. The responsible officer for each responsible body must ensure that accessible language and clear explanations are always used by the organisation.
- 400.** If you are not making an offer, say so clearly and explain why, based on the facts and standards applied. Regulation 33 requires that this decision, whether to offer or not, is communicated within 120 working days of the concern being notified, or as soon as practicable with reasons if exceptional circumstances apply.
- 401.** Make clear, in plain words, that limitation is paused during this period but will restart either once any offer has been accepted or rejected, or after nine months if no response is received, or where no offer is made, nine months from the date the decision not to make an offer was communicated (Regulation 30). If an offer is accepted, explain that settlement will be by formal agreement and will include a legal waiver of the right to bring court proceedings for the same qualifying issue (Regulation 33(e)). Where the person is a child or lacks capacity, explain that court approval is required and that the NHS will pay the reasonable legal costs of obtaining that approval (Regulation 33(f)–(g)).
- 402.** Throughout, maintain an open, supportive tone. Re-offer advocacy through Llais and confirm access to free, independent legal advice as required by regulation 32.
- 403.** Provide the name and contact details of a person who will stay in touch and answer questions. Invite the person to meet with you and their family or supporters to talk through the decision and next steps. This ongoing dialogue is part of being candour-compliant and aligns with Public Services Ombudsman for Wales standards for respectful, dignified communication.
- 404.** Whether you are communicating the outcome of an investigation or a Redress decision, the principles are the same: be compassionate, be clear, and be compliant. Acknowledge the person's experience, explain what you did and why, apologise where standards were not met, and set out what will change.
- 405.** Use plain language, avoid jargon, and define any necessary technical terms. Meet the statutory timescales, offer advocacy and legal advice, and keep the person informed.

406. These are legal duties under the Principal Regulations (as amended), reinforced by the Duty of Candour and Public Services Ombudsman for Wales remedy principles. Done well, this approach reduces escalation risk, strengthens trust, and demonstrates the NHS's commitment to openness, fairness, and learning.

Concerns about the care of adults at risk

407. The ethos of putting the person at the centre of this process of listening and acting, followed by investigation and reporting, followed by learning is key to the approach to be adopted with those who are considered at risk and require careful consideration and adaptations to the manner in which the system listens to and responds to their concerns or concerns about those deemed to be at risk.

408. NHS bodies must assess and adapt the access pathways for those who are less able to raise concerns or who lack capacity or are physically and emotionally vulnerable.

409. All NHS Wales staff (clinical and nonclinical) in NHS bodies who might receive, triage, investigate, communicate or escalate a concern involving a person who may be vulnerable (adult at risk under the Social Services and Wellbeing (Wales) Act 2014, or any child/young person) must be clear about key differences and considerations and actions they should take and their responsibilities to escalate and report concerns.

410. If the concern signals imminent or ongoing harm or allegations are made expressing concerns about abuse or harm, all staff within health boards, Trusts, Primary Care practices must treat these as an urgent safeguarding matter. This entails making urgent referrals to the local authority (adults/children) and police where indicated; Staff must not let the "Listening to People" actions interfere with statutory safeguarding duties or actions.

411. When concerns are raised by another person, who is not the patient, who is considered to be at risk, consideration must be given to the relationship to the patient and whether the patient has capacity to consent to release their confidential information or whether there is a genuine best interest.

412. If a safeguarding enquiry, criminal investigation or proceedings are underway or begin in relation to the matter, the responsible body must take advice from the lead police officer or Safeguarding lead at the local authority safeguarding hub on whether to suspend ER or the investigation in stage 2 for as long as necessary ([See section on Regulation 24A](#)) in order not to undermine or

conflict with the safeguarding or police enquiry.

- 413.** Careful thought and preparation around communication and active listening and observation with people at risk and with those who are with them may be needed. As well as careful assessment to understand the nature of the concern being raised and whether it require immediate action or escalation. Wider discussion with senior clinicians or leaders is often helpful with regards to these concerns with an aim to reach consensus on the appropriate action to take.
- 414.** The active offer of advocacy is required to enable the person to be supported throughout the process and to ensure they are able to be adequately heard, understood and for them to be offered opportunities to understand and participate fully in the process.
- 415.** Involve the person/family meaningfully, including in-person offers to discuss progress/outcomes.
- 416.** Ensure the person's support staff are involved to help gain the full picture of the person's needs and wishes; consider the need for independent medical advice.
- 417.** For moderate/severe harm or death incidents, where the responsible body has determined during the investigation that independent medical advice is not required, the responsible body must record its reasons for that determination.
- 418.** All responsible bodies must ensure that local policies implementing this guidance include:
- Immediate referral routes for suspected harm, abuse and neglect,
 - Defined roles and decision –makers for invoking Regulation 24(A)
 - Processes for recording safeguarding referrals within Datix/LTP systems
 - Regular oversight and review of any suspended investigations

It is imperative that each responsible body and regional safeguarding boards ensure consistent implementation of these processes and monitor each organisations reporting data to provide that assurance.

Children and young people – raising concerns and responding to them

Upholding the Rights and Welfare of Children and Young People in the Context of Concerns

Core Principles and Legal Rights

- 418.** The welfare, dignity, and rights of children and young people must be central to all healthcare interactions, particularly when concerns are raised about their care. This includes circumstances where a patient safety incident has occurred

or where the Duty of Candour has been legally triggered.

419. Professionals must ensure that children and young people are:

- **Fully informed** and actively involved in decisions about their care, where they have the capacity and desire to do so.
- **Supported** in understanding what has happened, why it happened, and what will happen next.
- **Protected** from further harm through sensitive, age-appropriate communication and safeguarding practices.

420. These principles are underpinned by the United Nations Convention on the Rights of the Child (UNCRC):

- **Article 12:** Right to express views freely in all matters affecting them.
- **Article 13:** Right to receive and impart information.
- **Article 24:** Right to the highest attainable standard of health.

Psychological Safety and Emotional Impact

421. Children and young people may experience significant emotional distress when incidents are not clearly explained or when they feel excluded from discussions. This can manifest as:

- Anxiety and fear due to uncertainty.
- Frustration and anger from feeling unheard.
- Mental stress from unresolved concerns.

422. Professionals must proactively address these risks by fostering open, honest, and compassionate communication, ensuring that the child or young person feels safe, respected, and understood and providing support through advocacy and/or parent/guardian involvement.

Communication Standards

423. All communication with children and young people must be:

- Open, transparent, and truthful, in line with the Duty of Candour.
- Tailored to the child's age, developmental stage, healthcare experience, and mental capacity.
- Sensitive and timely, avoiding unnecessary delays that may increase distress.
- Inclusive, involving parents or guardians where appropriate, and using advocates when needed.

424. Where possible, professionals with expertise in paediatric communication should be involved to ensure that discussions are conducted in a way that minimises harm and maximises understanding.

Involving Parents, Guardians, and Advocates

425. Even when a child is deemed Gillick competent or a young person has mental capacity, they should be encouraged to involve their parents or guardians in discussions relating to concerns around care or treatment, unless doing so would be detrimental to their wellbeing.

426. Children and young people should have an active choice and voice in their treatment that would include where concerns have been raised about their care. Consideration of the young person's preferred advocate should be given whilst balancing the need for those with parental responsibility to be involved.

427. Parents and guardians:

- Provide essential emotional support.
- Offer valuable insights into the child's needs and preferences.
- Can help facilitate constructive dialogue with the healthcare team.

428. Where parental involvement is not possible or appropriate, an independent advocate should be considered to support the child or young person.

429. Information or resources surrounding Gillick competency should be made available for young people to access.

Assessing Competency and Consent

430. For children under 16, professionals must assess Gillick competency to determine whether the child has sufficient maturity and understanding to make decisions about their care.

- This assessment must be conducted by a trained healthcare professional.
- If the child is not Gillick competent, decisions must be made in consultation with a parent or legal guardian.
- The child's or young person's views must be listened to and respected, with support provided to help them understand the situation.

431. All decisions regarding competency and consent must be clearly documented, and any decisions to withhold information must be regularly reviewed.

Safeguarding and Legal Obligations

432. Safeguarding principles must be upheld at all times. If concerns about a child or young person's safety arise during discussions, professionals must:

- Follow statutory safeguarding procedures.
- Make appropriate referrals to safeguarding teams or authorities.
- Ensure that the child's best interests are prioritised in all actions taken.

Responding to the concerns raised by Children and Young People

433. When a child or young person raises a concern about their care, responsible bodies must adopt a child-centred, rights-based approach that prioritises emotional safety, legal compliance, and meaningful engagement. The process must be designed to empower the child or young person to express their concerns freely, understand their rights, and participate in the resolution process in a way that is appropriate to their age, capacity, and preferences.

434. To facilitate this, NHS bodies must ensure that trained advocates—such as those provided by Llais or other children's advocacy services—are available to support children and young people throughout the concerns process. These advocates should have specific expertise in communicating with children and young people, and in helping them articulate their concerns and desired outcomes.

435. When a concern is raised by a child or young person, the NHS body must carefully consider whether and how to notify the person with Parental Responsibility (PR). Notification should only occur if it does not conflict with the child or young person's rights or safety. Specifically, notification must be withheld if the child or young person has explicitly requested confidentiality and has been assessed as competent to make that decision. This includes those aged 16 or over who do not lack capacity under the Mental Capacity Act 2005, or those under 16 who are deemed Gillick competent. Additionally, notification must not occur if it would pose a risk to the child's wellbeing, if there is no overriding legal obligation to disclose, or if the child is a Ward of Court or under the jurisdiction of the Court of Protection.

436. Where notification is appropriate, the child or young person should be given the choice to either disclose the concern themselves—with support from the NHS body—or to have the NHS body make the disclosure on their behalf. This respects their autonomy while ensuring that the person with PR is appropriately informed.

437. In cases where the concern is raised by a parent or guardian, and the child or young person is considered Gillick competent, the NHS body should offer support to the parent or guardian in discussing the concern with the child. This

ensures that the child remains central to the process and that their views are acknowledged and respected.

- 438.** If the concern is raised by someone other than the child, young person, or their parent or guardian, the NHS body must first notify the person with PR. It must then assess whether the child or young person is competent to be involved in the process and, where appropriate, include them in discussions about the concern.
- 439.** A listening discussion should be offered as an early step in the resolution process. This meeting should be designed to explore the nature of the concern, identify what went wrong, and understand what the child or young person would like to see happen as a result. The meeting should be inclusive, involving both the child or young person and their parent or guardian unless confidentiality or safeguarding concerns prevent this. The format of the meeting should be adapted to the child's communication needs, using visual aids, simplified language, or interactive tools as necessary. The goal is to create a safe space where the child or young person feels heard and supported.
- 440.** Throughout the process, the NHS body must keep the child or young person's desired resolution central to its approach. This includes recognising that children and young people may need help identifying the specific problems in their care and articulating how they would like these to be resolved. Staff should be trained to facilitate these conversations in a way that is empowering and non-intimidating.
- 441.** When a concern progresses to Stage 2 (Investigation), the NHS body must ensure that all reports and outcome letters are written in language that is accessible to children and young people. Advocacy support should be offered to help them understand the findings and any redress being proposed. The child or young person should be given the option to receive the report directly, and the person with PR should also be informed where appropriate.
- 442.** To ensure accessibility and inclusivity, responsible bodies must provide alternative channels for children and young people to raise concerns, in addition to traditional methods such as phone calls, emails, and written complaints. These channels must be secure, confidential, and monitored by staff trained in safeguarding and youth engagement. Promotional materials should be developed in youth-friendly formats to explain how concerns can be raised, what rights children and young people have, and what outcomes they can expect.
- 443.** Finally, all decisions regarding notification, consent, and competency must be clearly documented. This includes records of Gillick or capacity assessments, the rationale for decisions not to disclose, and details of advocacy involvement. Any decisions to withhold information must be regularly reviewed, especially if the child's circumstances change. Safeguarding principles must be upheld

throughout, and any concerns about a child's safety identified during the concerns process must be escalated in accordance with statutory procedures.

Role of the Public Services Ombudsman for Wales

444. The Public Services Ombudsman for Wales was established under the Public Services Ombudsman (Wales) Act 2005, with its powers and responsibilities modernised by the Public Services Ombudsman (Wales) Act 2019 ("the 2019 Act"). This legislation provides the framework for the Ombudsman's role, which includes investigating complaints about Welsh public services, including NHS care and treatment. The Ombudsman acts as an independent body when local resolution has not been achieved. The PSOW also works with public bodies to improve complaint handling through its Complaints Standards Authority (CSA) function.

445. Patients or their representatives should raise concerns with the responsible body in the first instance. If they remain dissatisfied, they may refer the matter to the PSOW, usually within one year of the incident or of becoming aware of it. The Ombudsman can also consider certain complaints involving privately funded care where specific criteria are met. Responsible bodies must ensure that all patient-facing materials include the current PSOW contact details and remove any outdated information.

Responding to Ombudsman Reports under the 2019 Act

446. When the PSOW issues a report following an investigation, NHS bodies have a statutory duty to respond and demonstrate compliance.

447. The 2019 Act requires that:

- 1) There is provision of an acknowledgement and Action Plan: Upon receipt of a draft report, NHS bodies must review proposed recommendations, consult relevant teams, and provide comments within the deadline set by the Ombudsman. This is the opportunity to raise concerns about feasibility, duplication of existing actions, or suggest improvements.
- 2) Final Report Compliance: Once the final report is issued, the body must confirm acceptance of the recommendations and provide evidence of implementation within the timescales specified. Evidence may include copies of apology letters, amended policies, training records, or proof of systemic changes.
- 3) Provide evidence Submission: It is not sufficient to state that actions have been completed; documentary evidence must be provided. If deadlines cannot be met, the organisation must inform the Ombudsman promptly and request an extension.

- 4) When there is a Failure to Comply: If an NHS body does not comply without good reason, the Ombudsman may issue a special report, which will be publicised and reported to the Senedd. This can have reputational and governance implications.
- 5) Embed Learning and Improvement: Recommendations often include systemic improvements such as policy updates or staff training. NHS bodies must ensure these are embedded and monitored for effectiveness.
- 6) consider and plan for publicity and reporting: Under the 2019 Act, certain reports (e.g., public interest reports) must be published by the Ombudsman and the organisation. NHS bodies must also share reports internally with governance teams and externally with Welsh Government as required.

Duty to ensure responsible bodies are learning from concerns

448. This sets out how responsible bodies will systematically learn from concerns so that there is a reduction in adverse events and avoidable harm for patients, service users, carers, and staff. The learning networks are supported by Welsh Risk Pool however each organisation is charged with ensuring the valuable lessons from concerns management are integrated into the quality management system and into day-to-day practice for all services, including those delivered by or with primary care contractors and independent providers. Learning should be shared on an All-Wales basis to improve system learning across the NHS.

449. Legal basis: regulation 49(1) requires each responsible body to have arrangements to review the outcome of any concern investigated under the Principal Regulations and to ensure identified deficiencies are acted upon and monitored so that lessons learned are identified and disseminated throughout the organisation to improve services and avoid recurrence.

450. Regulation 49(2) places responsibility for the operation of these arrangements with the person who has strategic oversight designated under regulation 6. Additional complementary duties are set out elsewhere in the Principal Regulations, including the instruction to have a responsible officer with strategic and operational oversight and a senior investigations manager (regulations 6, 7 and 8) and requirement in the standards of investigations and in the responses from investigations to include the learning obtained (regulations 23 and 24).

451. Therefore, organisations must have working arrangements that review, act, monitor and spread learning from every investigated concern, embedding it in each service. Organisations must evidence these activities through routine monitoring of assurance and annual reporting (regulations 50 and 51).

Principles

- 452.** Learning is one of the key products from handling concerns. Every concern will produce a clearly articulated learning output (insight, action, control, or assurance) even where no fault or error is found.
- 453.** Learning is timely (aligned to investigation milestones), proportionate (to harm/complexity), inclusive (co-produced with those affected), and safely shared (respecting data-protection).

Learning from Concerns

454.

- 1) Capture & Classify – On receipt, code each concern to enable aggregation (service, theme, contributory factors, harm). Ensure early-resolution cases (regulation 22A) that do not proceed with investigation are not lost from the learning pipeline.
- 2) Investigate for Insight – Investigations (regulation 23) will explicitly identify system conditions and contributory factors, not just root causes. Where moderate/severe harm or death occurs, the duty to consider whether independent medical advice is needed to support the investigation (regulation 23) and record reasons if it is not required (regulation 50(aa)) means a greater insight might be available to enhance Organisational learning.
- 3) Synthesis – Translate findings into clear lessons and risk controls (process change, training, environment, technology, policy). Each case will produce a Learning Summary.
- 4) Decide & Approve Actions – For every lesson, set SMART actions with owners, due dates and measures. Actions arising from concerns linked to potential qualifying liability/redress must align with Parts 6 and 7 timelines.
- 5) Implement & Support – Provide resources and change-management support. Where staff are involved in the concern, ensure support and learning (regulation 23(1)(d)).
- 6) Monitor for Effect – Track completion and effectiveness (process compliance and outcome/quality signals). This fulfils regulation 49(1) requirement to monitor that deficiencies are addressed and to prevent recurrence.
- 7) Spread & Assure – Share lessons throughout the organisation (regulation 49(1)) and, where appropriate, across care networks. Provide assurance through the Quality & Safety Committee and include outputs in the Annual Report (regulation 51).

Roles, governance and accountability

Board & Committee

- 455.** The person with strategic oversight (regulation 6) will ensure there is a documented learning framework, regularly reviewed for effectiveness. The Quality & Safety Committee (or equivalent) should receive a Learning from

Concerns data and thematic briefing summarising key lessons, actions, and confirmation of spread.

Executive & Operational Leads

- 456.** The Responsible Officer (regulation 7) will ensure a single, integrated governance route from concern to action to assurance—spanning investigations, redress (Part 6) and reporting. Senior Investigations Managers (regulation 8) will lead the pathway, guaranteeing quality, timeliness, staff support, and co-production with people and families. Clinical Directors/Heads of Nursing/Service Managers will implement evidence actions, confirm effectiveness, and ensure local dissemination.
- 457.** All staff are expected to engage with learning activities (safety huddles, debriefs, training) and to adopt new or revised controls promptly once agreed. Organisations should consider a trauma-informed approach when including staff and provide holistic support for them.

Reporting on the Listening to People process and integrating into the Quality Management system

- 458.** To ensure effective compliance with the Principal Regulations throughout the year, responsible bodies must establish robust internal reporting mechanisms that allow for real-time monitoring, escalation, and governance oversight. These mechanisms should be designed to capture both the volume and nature of concerns raised, track resolution progress, and identify emerging risks or patterns that require attention. Internal reporting must be structured to support operational responsiveness while also feeding into strategic oversight structures such as the Quality and Safety Committee and the Board.
- 459.** Concerns should be logged immediately upon receipt in the OFWCMS system, with key data points including the category of concern, severity, source (e.g., patient, family, staff), and whether the concern involves primary care or independent healthcare providers. Each concern must be linked to a listening discussion, where expectations, timeframes, and desired outcomes are agreed and documented. This initial data forms the basis for ongoing monitoring and should be reviewed regularly by the concerns and patient experience team.
- 460.** Monthly internal reports should be generated that summarise the number of concerns received, resolution status, overdue cases, and compliance with agreed timeframes. These reports should also include qualitative insights from feedback surveys and peer reviews, highlighting areas where standards were met or where improvements are needed. The Responsible Officer must ensure that these reports are reviewed by the operational leadership team and

escalated to the Quality and Safety Committee where concerns indicate systemic issues, repeated failures, or risks to patient safety.

- 461.** The Quality and Safety Committee should receive a structured report each quarter that includes trend analysis, thematic learning, and compliance metrics. This report should also highlight concerns involving external providers and detail how these have been managed and integrated into the organisation's learning processes. Where concerns indicate a breach of duty, failure to meet regulatory standards, or a risk of reputational harm, the Responsible Officer must escalate these directly to the Board or equivalent of the responsible body, with recommendations for action.
- 462.** The Board must be kept informed of the overall performance of the concerns system, including how learning is being embedded into the Quality Management System. The Responsible Officer is accountable for ensuring that the Board receives timely and accurate information, and that decisions taken at Board level are informed by the lived experiences of patients and families. This includes presenting the annual report but also ensuring that interim updates throughout the year reflect the organisation's responsiveness, transparency, and commitment to improvement.

Annual report

- 463.** In NHS Wales, the annual report is a statutory requirement under regulation 51 of the Principal Regulations. It serves as a comprehensive summary of how each responsible body has handled concerns over the preceding year, and it plays a critical role in ensuring transparency, accountability, and continuous improvement across the health system. The report must include the total number of concerns notified to the responsible body, including those received under cross-border arrangements and those involving primary care and independent healthcare providers delivering NHS-funded care. It must also specify how many of these concerns were determined to be well-founded and how many were referred to the Public Services Ombudsman for Wales. Additionally, it is required to include a summary of the subject matter of concerns notified, any matters of general importance, and what actions were taken in response to the issues raised.
- 464.** The process of compiling the annual report begins with the systematic collection and categorisation of data throughout the year. This includes both quantitative metrics—such as resolution times, categories of concerns, and redress outcomes—and qualitative insights from patient and family feedback, peer reviews, and thematic analysis. For NHS bodies that commission services from primary care providers or independent healthcare providers, it is essential that these partners also produce their own annual reports. These must be submitted to the LHB that arranged the provision of services. The LHB is then required to incorporate these submissions into its own annual report, ensuring that the

experiences and outcomes of care delivered by external providers are fully represented.

- 465.** The integration of these external reports into the responsible body's annual report is not a passive exercise. It requires active oversight and coordination to ensure that the data is complete, accurate, and reflective of the standards set out in the regulations. This includes verifying that concerns raised about services delivered by primary care and independent providers have been appropriately investigated, that learning has been captured, and that any necessary improvements have been implemented. The responsible body must also ensure that reporting is consistent with the Duty of Quality requirements, and that the analysis of trends and themes includes contributions from all service areas, regardless of the provider.
- 466.** The Responsible Officer plays a pivotal role in this process. As the executive lead for the concerns system, they are accountable to the Executive Board for ensuring that the Listening to People process is fully embedded across the organisation and its commissioned services. This includes overseeing the collection of data, ensuring compliance with reporting requirements, and coordinating the integration of external provider reports. The Responsible Officer must also ensure that the annual report is not simply a retrospective document but a strategic tool that informs governance, quality improvement, and service planning. They are responsible for presenting the report to the Executive Board, highlighting key findings, risks, and opportunities for improvement, and ensuring that the board takes appropriate action in response.
- 467.** Through the always-on reporting responsibilities, the Responsible Officer ensures that the organisation remains accountable to the people it serves and that the insights gained from concerns are used to drive meaningful change. The annual report thus becomes a vital mechanism for learning, transparency, and assurance, linking the operational detail of the listening to people process with the strategic oversight of the Executive Board and the broader governance framework of NHS Wales.
- 468.** By maintaining a continuous cycle of internal reporting, escalation, and governance oversight, NHS bodies can ensure that the listening to people process is not only compliant but also a dynamic driver of quality, safety, and trust.

Glossary

Acknowledgement

A formal written confirmation issued by the responsible body not later than 5 working days after it receives notification of a concern, including the offer of a Listening Discussion and communication support information. The acknowledgement may be made in writing or electronically, depending upon how the concern was notified. Where a concern was notified verbally, the acknowledgement must be in writing.

Advocacy

Independent support offered to people raising concerns; must be actively offered during the Listening Discussion.

Concern

Any complaint, claim or reported patient safety incident to be handled under the National Health Service (Concerns, Complaints and Redress Arrangements) (Wales) Regulations.

Duty of Candour

[The NHS Duty of Candour | GOV.WALES](#): The Duty of Candour is a legal requirement for NHS Organisations in Wales to be open and honest with service users receiving care and treatment. This is outlined in the Health and Social Care (Quality and Engagement) (Wales) Act 2020. The Duty of Candour applies if the care provided has, or may have contributed to unexpected or unintended moderate or severe harm, or death.

Duty of Quality

[The Duty of Quality in healthcare | GOV.WALES](#): A legal requirement under the Health and Social Care (Quality and Engagement) (Wales) Act 2020. It requires Welsh Ministers and all NHS bodies in Wales to actively consider how their decisions will improve the quality of health services and enhance outcomes for the population. The duty must be demonstrated through quality-driven decision-making, using the Health and Care Quality Standards to plan, deliver, monitor, and continually improve services.

Early Resolution

Stage 1 (“Listen & Act”). A rapid, proportionate process to resolve straightforward concerns within 10 working days from acknowledgement.

Early Resolution Period

A maximum of 10 working days beginning on the day the concern is acknowledged by the responsible body.

Listening Discussion

A mandatory offer (at the point of acknowledgement) of an in-person discussion, which may be by telephone, video or face to face conversation, to understand concerns, communication needs, desired outcomes and suitability for early resolution.

Llais

The independent citizen voice body in Wales that provides free advocacy and support to people using health and social care services.

Medical Examiner (ME) Service

A statutory service providing independent scrutiny of deaths prior to registration; interfaces with LTP processes via specific communication duties.

Notification

The act of informing the responsible body of a concern—whether verbal or written—which formally begins the concerns process.

Public Services Ombudsman for Wales (PSOW)

The independent organisation that can review complaints about public services in Wales, including the NHS, if you remain dissatisfied after the NHS investigation.

Qualifying Liability (QL)

Where there is proven personal injury or loss arising out of, or in connection with the care or treatment of a patient due to the service provided by the responsible body.

Redress

Redress relates to situations where the patient may have been harmed and that harm was caused by the NHS in Wales. Redress can comprise :

- a written apology;
- a report on the action which has or will be taken to prevent similar concerns arising;
- the giving of an explanation, and
- the offer of financial compensation and/or remedial treatment, on the proviso that the person will not seek to pursue the same through further civil proceedings

Responsible body

A Welsh NHS body; a primary care provider; or an independent provider.

Safeguarding Concern

A concern indicating imminent, ongoing or deliberate harm or abuse, triggering immediate safeguarding processes independent of LTP timelines.

Stage 2 Investigation (Regulation 23)

A formal, proportionate investigation required when early resolution is not suitable or unsuccessful.

Vexatious or Frivolous Concern

A concern deemed without merit or intended to disrupt, which may be excluded under Regulation 14.

Welsh NHS Body

A Local Health Board; or a National Health Service Trust managing a hospital or other establishment or facility wholly or mainly in Wales; or a Special Health Authority.

Appendix 1: Evidence base and further reading

The Listening Discussion

1. van Dael J, Reader TW, Gillespie A, Neves AL, Darzi A, Mayer EK. Learning from complaints in healthcare: a realist review of academic literature, policy evidence and front-line insights. *BMJ Quality & Safety*. 2020;29(8):684–695. Available at: <https://qualitysafety.bmj.com/content/29/8/684>
2. Antonopoulou V, Meyer C, Chadwick P, et al. Understanding healthcare professionals' responses to patient complaints in secondary and tertiary care in the UK: a systematic review and behavioural analysis using the Theoretical Domains Framework. *Health Research Policy and Systems*. 2024; 22:137. Available at: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-024-01209-4>
3. Patient Experience Network / Picker. Benefits of Early Resolution in the Complaints Process (Northern Devon Healthcare NHS Trust case study). Available at: <https://patientexperiencenetwork.org/case-study/benefits-of-early-resolution-in-the-complaints-process/>
4. Agency for Healthcare Research and Quality. Communication and Optimal Resolution (CANDOR) Toolkit. Available at: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/candor/index.html>
5. Skills for Health. Person-Centred Care: What it means and why it matters. 2025. Available at: <https://www.skillsforhealth.org.uk/article/person-centred-care-meaning-implications/>
6. Parliamentary and Health Service Ombudsman. Early resolution: resolving complaints quickly (NHS Complaint Standards – Good complaint handling guide). Available at: <https://www.ombudsman.org.uk/organisations-we-investigate/complaint-standards/nhs-complaint-standards/good-complaint-handling-guides/early-resolution-resolving-complaints-quickly>
7. Crocker H, Cromwell DA, Modha S, et al. Patient-reported harm from NHS treatment or care, or the lack of access to care: a cross-sectional survey of prevalence, impact and responses. *BMJ Quality & Safety*. 2025 (online first). Available at: <https://qualitysafety.bmj.com/content/early/2025/04/02/bmjqs-2024-017213>

Communicating Outcomes of Investigations and Redress Decisions

1. Public Services Ombudsman for Wales – [Communication about your complaint](#)
2. Public Services Ombudsman for Wales – [Remedies](#)

ANNEXES

Annex A

The People's Pledge on NHS Wales Concerns

What You Can Expect When You Raise a Concern:

When you raise a concern about NHS Wales services, we make the following promises to you.

1. Easy Access, Support and Early Resolution

Our promise to you

- You can raise a concern easily through a single, clear point of access.
- You will be offered advocacy support from the start.
- We will make reasonable adjustments and respect your language choice (Welsh, English or other).
- We will actively consider resolving your concern early, where appropriate, while making sure this never prevents or delays a formal investigation if one is needed.

2. Respect, Compassion and a Person-Centred Approach

Our promise to you

- You will be treated with respect, dignity and compassion at every stage.
- We will listen to what matters to you and will involve you in how your concern is handled.
- You will be offered a listening discussion, so your concerns, wishes and expectations are clearly understood.
- We will be open, honest and accountable in our approach.

3. Clear Information, Communication and Updates

Our promise to you

- We will explain how the concerns process works, the options available, and what to expect.
- You will be given a named contact who is responsible for your concern.
- We will tell you how long things are likely to take and keep you informed if timescales change.
- Your privacy and confidentiality will be respected, and we will explain if information needs to be shared, with whom and why.

4. Timely, Fair and Evidence-Based Handling

Our promise to you

- Your concern will be assessed carefully and handled proportionately, without unnecessary delay.
- If there is a serious risk of future harm, we will act and escalate appropriately.
- We will consider your concern fairly and without bias, based on the evidence.
- Where appropriate, we may jointly instruct an independent medical expert.
- Any decision to limit how a concern is handled because it is considered vexatious or frivolous will be exceptional, justified, recorded and explained to you.

5. Clear Outcomes, Meaningful Responses and Redress

Our promise to you

- We will say sorry when things have gone wrong and explain what will be done to address and resolve the issues identified.
- You will receive a clear written response that addresses each issue you raised.
- We will offer an outcome meeting to explain what we found and how decisions were reached.
- If redress is being considered, we will signpost you to funded legal support where appropriate.

6. Learning, Improvement and Independent Scrutiny

Our promise to you

- We will use your concern to learn and improve services, helping to reduce future harm.
- We will explain what has been learned and what has changed, as a result of your concern.
- We will consider whether independent medical or other advice is needed as part of an investigation into moderate or severe harm or death. We will record clearly our reasons if it is not needed

7. Accountability, Transparency and Your Right to Review

Our promise to you

- NHS organisations will be accountable for how your concern is handled.
- Accurate records will be kept, and learning will be shared openly through annual reporting.
- If you remain unhappy, we will clearly explain how to seek further review, including your right to approach the Public Services Ombudsman for Wales.



Llywodraeth Cymru
Welsh Government

Gwrando ar Bobl

Y Proses Cwynion, Digwyddiadau
a lawndal GIG Cymru

- Canllawiau Pobl

2026

Cynnwys

Rhagair gan Jeremy Miles AS, Ysgrifennydd y Cabinet dros Iechyd a Gofal Cymdeithasol	3
Rhagair gan Sue Tranka, Prif Swyddog Nyrsio Cymru.....	3
Cyflwyniad.....	5
Addewid y Bobl ar Bryderon GIG Cymru.....	5
Codi pryder am eich gofal neu ofal rhywun arall.....	7
Pwy all godi pryder.....	8
Beth mae Gwrando ar Bobl yn ei gwmpasu?.....	8
Yr hyn nad yw'n ei gwmpasu	8
Sut i godi pryder.....	10
Y Drafodaeth Wrando	10
Cam 1 - Datrysiaid Cynnar.....	12
Cam 2 - Cyfnod ymchwilio gan gynnwys ystyried gwneud iawn.	12
Os ydych yn anfodlon ar yr ymateb	13
Rhestr Termiau.....	16
Atodiad 1 - Pedair egwyddor Gwrando ar Bobl	18
Atodiad 2 -Fel darparwr gofal iechyd a ariennir gan y GIG yng Nghymru dyma ein safonau.....	19

Mae'r canllawiau hyn wedi'i anelu at Gleifion, Defnyddwyr Gwasanaeth, eu teuluoedd a'u gofalmwyr ac mae'n seiliedig ar Gwrando ar Bobl: Proses Cwynion, Digwyddiadau ac Iawn GIG Cymru – Canllawiau (2026) Rheoliadau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Trefniadau Pryderon, Cwynion ac Iawn) (Cymru) 2011 (S.I. 2011/704 (W.108)) fel y'u diwygiwyd gan Reoliadau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Pryderon, Cwynion ac Iawn) (Cymru) (Diwygio) 2023 a 2025.

Rhagair gan Jeremy Miles AS, Ysgrifennydd y Cabinet dros Iechyd a Gofal Cymdeithasol

Mae'n bleser gennyf gyflwyno'r canllawiau hyn i system wedi'i diweddarau Cymru ar gyfer gwneud cwyn am wasanaethau'r GIG – *Gwrando ar Bobl: Proses Cwynion, Digwyddiadau ac Iawn GIG Cymru*. Mae'n rhoi gwybodaeth i chi am y broses a'r hyn i'w ddisgwyl gan GIG Cymru ym mhob cam.



Nid yn unig eich hawl yw codi pryder os aiff rhywbeth o'i le gyda'ch gofal, mae'n helpu'r gwasanaeth iechyd i ddysgu a gwella. Mae *Gwrando ar Bobl* wedi'i ddatblygu gyda chymorth cleifion, teuluoedd, staff y GIG, a sefydliadau eraill. Mae'n adeiladu ar y broses *Gweithio i Wella*, a oedd ar waith am 15 mlynedd i sicrhau eich bod rhywun yn gwrando arnoch wrth godi pryder am ofal iechyd. Hoffwn ddiolch i bawb sydd wedi cyfrannu drwy rannu eu profiadau â ni.

Mae *Gwrando ar Bobl* wedi'i gynllunio i wneud y broses o godi pryder, sy'n aml yn frawychus, yn symlach ac yn haws drwy flaenoriaethu cyfathrebu clir a thosturiol. Bydd rhywun yn gwrando arnoch ac yn eich parchu; cynigir cefnogaeth drwy gydol y broses, a chaiff unrhyw dermau cyfreithiol neu feddygol cymhleth eu hesbonio'n iawn.

Mae ein GIG yn seiliedig ar yr egwyddor allweddol bod yn rhaid i bobl fod wrth wraidd popeth a wnawn. Mae gwrando ar brofiad pobl sydd wedi codi pryderon am eu gofal yn ein helpu i ysgogi newid cadarnhaol, yn cryfhau atebolrwydd, ac yn cyfrannu at adeiladu GIG sy'n fwy diogel a thecach i bawb. GIG sydd bob amser yn gwrando, yn dysgu ac yn gwella.

Rhagair gan Sue Tranka, Prif Swyddog Nyrsio Cymru.

Mae'n bleser gen i gyflwyno *Gwrando ar Bobl*, dull cenedlaethol Cymru o ymdrin â phryderon, cwynion, digwyddiadau ac iawn y GIG. Mae'r canllawiau hyn wedi'u llunio gydag un diben mewn golwg: sicrhau bod pob person sy'n codi pryder am ei ofal yn cael ei drin ag urddas, tegwch, tosturi a pharch. Rhoi ar waith yr egwyddor bod *pob llais yn bwysig*.



Ledled Cymru, mae cleifion, teuluoedd a gofalwyr wedi dweud wrthym y gall codi pryder fod yn frawychus. Dim ond ar adegau o ofid, ansicrwydd neu golled y mae llawer o bobl yn dod ymlaen. Mae eraill yn poeni na fyddant yn cael eu cymryd o ddifrif, neu y gallai godi llais effeithio ar eu gofal yn y dyfodol. Rwyf am eich sicrhau nad yn unig eich hawl yw codi pryder - mae'n rhan hanfodol o sut rydym yn gwneud ein GIG yn fwy diogel, yn decach ac yn well i bawb. Ni fyddwch yn cael eich trin yn wahanol am siarad. Yn hytrach, bydd eich llais yn ein helpu i wella'r gofal a ddarparwn.

Mae *Gwranddo ar Bobl* yn cryfhau ac yn symleiddio'r ffordd y mae pryderon yn cael eu trin ar draws yr holl wasanaethau a ariennir gan y GIG yng Nghymru. Mae'n cyflwyno safonau clir, un pwynt mynediad, ac ymrwymiad cyson i fod yn agored, cyfathrebu amserol a chefnogaeth dosturiol. Yn ganolog i hyn mae'r *Trafodaeth Wrando* - cyfle pwrpasol i chi esbonio beth ddigwyddodd, beth sydd bwysicaf i chi, a beth sydd ei angen arnoch i deimlo eich bod yn cael eich clywed a'ch cefnogi. Rydym yn cydnabod y gall ailadrodd profiadau anodd fod yn emosiynol, felly rhaid i sefydliadau gynnig cefnogaeth, eiriolaeth, addasiadau rhesymol a chyfathrebu sensitif bob cam o'r ffordd.

Mae'r dull cryfach hwn hefyd yn sicrhau bod pobl yn derbyn atebion ystyrion. P'un a yw eich pryder yn cael ei ddatrys yn gynnar neu a oes angen ymchwiliad manwl, dylech ddisgwyl esboniad clir, ymddiheuriad os yw pethau wedi mynd o chwith, a gwybodaeth am y camau a gymerir i atal yr un broblem rhag digwydd eto a lleihau niwed i gleifion. Pan ganfyddir niwed, rhaid i gyrrff GIG Cymru ystyried gwneud iawn, a all gynnwys gofal pellach, camau unioni neu ddigollediad ariannol.

Mae'r canllawiau hyn yn rhan o ddull ehangach o ddeall a gwella profiadau pobl o ofal y GIG yng Nghymru, gan sicrhau bod adborth, pryderon a phrofiadau bywyd yn cael eu defnyddio'n gyson ochr yn ochr â ffynonellau eraill o fewnwelediad i lunio gwasanaethau mwy diogel, mwy caredig a mwy ymatebol.

Yn bwysig, mae *Gwranddo ar Bobl* yn cryfhau atebolrwydd. Rhaid i sefydliadau'r GIG ddysgu o bryderon, adrodd yn agored ar yr hyn sydd wedi newid o ganlyniad i hynny, a dangos sut y byddant yn gwella gwasanaethau ar gyfer y dyfodol.

Diolch i bob unigolyn, aelod o'r teulu, gofalwr ac aelod o staff a gyfrannodd at ddatblygu'r canllawiau newydd hyn. Mae eich profiadau a'ch mewnwelediadau wedi llunio system sy'n rhoi pobl yn gyntaf. Gobeithio y bydd y canllawiau hyn yn rhoi hyder i chi, pryd bynnag y bydd angen i chi godi pryder, y bydd rhywun yn gwranddo arnoch, ac eich cefnogi a'ch trin â charedigrwydd ac empathi.

Cyflwyniad

Mae gan gleifion, defnyddwyr gwasanaethau, eu hanwyliaid a'u gofalwyr yr hawl i godi pryderon am y gofal y maent yn ei dderbyn o dan y GIG yng Nghymru. Gellir gwneud hyn drwy broses Gwrando ar Bobl Cwynion, Digwyddiadau ac Iawn GIG Cymru.

Gall codi pryder fod yn anodd ac yn peri gofid. Yn aml, mae pobl yn dod ymlaen oherwydd bod rhywbeth wedi cael effaith wirioneddol arnyn nhw neu ar eu hanwyliaid. Mae'r canllawiau hyn yn egluro pa gefnogaeth y gallwch ei disgwyl a beth fydd yn digwydd pan fyddwch yn codi pryder.

Gall pryder gynnwys cwyn, digwyddiad diogelwch cleifion neu unrhyw fater arall sy'n ymwneud â gwasanaethau iechyd sefydliad.

Mae gan gyrrff cyfrifol, sef sefydliadau sy'n gyfrifol yn gyfreithiol am eich gofal, ddyletswydd i wrando ar bryderon, gweithredu arnynt, ymchwilio iddynt ac ymateb iddynt, a dysgu oddi wrthynt i wella gofal a lleihau'r risg y bydd niwed yn digwydd eto yn y dyfodol.

Gall cyrrff cyfrifol fod yn un o sefydliadau'r GIG, yn bractis meddyg teulu, yn bractis deintyddol neu'n Ddarparwr Annibynnol sy'n darparu gofal a ariennir gan y GIG.

Yn aml, mae codi pryder yn dilyn profiadau gofidus neu drawmatig a nod sefydliadau'r GIG yng Nghymru yw ymateb mewn ffyrdd sy'n dosturiol, yn barchus ac yn sensitif i'r effaith arnoch chi a'ch anwyliaid.

Addewid y Bobl ar Bryderon GIG Cymru

Mae Addewid y Bobl yn nodi addewid clir, cyhoeddus ynghylch sut y gall pobl ddisgwyl i'w pryderon gael eu gwrando, eu cymryd o ddifrif, ac ymateb iddynt ar draws GIG Cymru. Mae'n esbonio mewn iaith glir y gwerthoedd o degwch, parch, bod yn agored ac amseroldeb sy'n sail i drin â phryderon, a'r hawliau sydd gan bobl wrth eu codi.

Mae'r Addewid yn cael ei gefnogi gan yr Egwyddorion (Atodiad 1) a'r Safonau (Atodiad 2) ac mae'n darparu canllawiau ymarferol a safonau cyson y dylai cyrrff cyfrifol, a staff eu dilyn yn eu hymarfer o ddydd i ddydd, gan sicrhau bod yr addewid a wneir i'r cyhoedd yn cael ei gyflawni mewn ffordd glir, atebol a chyson ar draws yr holl wasanaethau.

1. Mynediad Hawdd, Cefnogaeth a Datrysiaid Cynnau

Ein haddewid i chi

- Gallwch godi pryder yn hawdd drwy un pwynt mynediad clir.
- Byddwch yn cael cynnig cefnogaeth eiriolaeth o'r cychwyn cyntaf.
- Byddwn yn gwneud addasiadau rhesymol ac yn parchu eich dewis iaith (Cymraeg, Saesneg neu arall).

- Byddwn yn ystyried datrys eich pryder yn gynnar, lle bo'n briodol, wrth sicrhau nad yw hyn yn atal nac yn oedi ymchwiliad ffurfiol, os oes angen hynny.

2. Parch, Tosturi a Dull sy'n Canolbwyntio ar yr Unigolyn

Ein haddewid i chi

- Byddwch yn cael eich trin â pharch, urddas a thosturi ar bob cam.
- Byddwn yn gwranddo ar yr hyn sy'n bwysig i chi a byddwn yn eich cynnwys yn y ffordd y caiff eich pryder ei reoli.
- Byddwch yn cael cynnig trafodaeth wrando, fel bod eich pryderon, eich dymuniadau a'ch disgwyliadau yn cael eu deall yn glir.
- Byddwn yn agored, yn onest ac yn atebol yn ein dull gweithredu.

3. Gwybodaeth, Cyfathrebu a Diweddariadau Clir

Ein haddewid i chi

- Byddwn yn esbonio sut mae'r broses bryderon yn gweithio, yr opsiynau sydd ar gael, a beth i'w ddisgwyl.
- Byddwch yn cael cyswllt a enwir sy'n gyfrifol am drin eich pryder.
- Byddwn yn dweud wrthy ch pa mor hir y mae pethau'n debygol o gymryd ac yn eich hysbysu os bydd amserlenni yn newid.
- Bydd eich preifatrwydd a'ch cyfrinachedd yn cael eu parchu, a byddwn yn esbonio a oes angen rhannu gwybodaeth, â phwy a pham.

4. Trin Amserol, Teg a Seiliedig ar Dystiolaeth

Ein haddewid i chi

- Bydd eich pryder yn cael ei asesu'n ofalus a'i drin yn gymesur, heb oedi diangen.
- Os oes risg ddifrifol o niwed yn y dyfodol, byddwn yn gweithredu ac yn uwchgyfeirio'n briodol.
- Byddwn yn ystyried eich pryder yn deg a heb ragfarn, yn seiliedig ar y dystiolaeth.
- Lle bo hynny'n briodol, gallwn gyfarwyddo arbenigwr meddygol annibynnol ar y cyd.
- Bydd unrhyw benderfyniad i gyfyngu ar sut mae pryder yn cael ei drin oherwydd ei fod yn cael ei ystyried yn flinderus neu'n wacsaw yn eithriadol, yn gyfiawn, yn cael ei gofnodi a'i esbonio i chi.

5. Canlyniadau Clir, Ymatebion Ystyrlon a Gwneud Iawn

Ein haddewid i chi

- Byddwn yn ymddiheuro pan fydd pethau wedi mynd o'i le ac yn esbonio beth fydd yn cael ei wneud i fynd i'r afael â'r materion a nodwyd.

- Byddwch yn derbyn ymateb ysgrifenedig clir sy'n mynd i'r afael â phob mater a godwyd gennych.
- Byddwn yn cynnig cyfarfod canlyniadau i esbonio'r hyn a ganfuom a sut y daethpwyd i benderfyniadau.
- Os ystyrir iawn, byddwn yn eich cyfeirio i gymorth cyfreithiol a ariennir lle bo hynny'n briodol.

6. Dysgu, Gwella a Chraffu Annibynnol

Ein haddewid i chi

- Byddwn yn defnyddio eich pryder i ddysgu a gwella gwasanaethau, gan helpu i leihau niwed yn y dyfodol.
- Byddwn yn esbonio beth sydd wedi'i ddysgu a beth sydd wedi newid, o ganlyniad i'ch pryder. Byddwn yn ystyried a oes angen cyngor meddygol annibynnol neu gyngor arall fel rhan o ymchwiliad i niwed cymedrol neu ddifrifol neu farwolaeth. Byddwn yn cofnodi'n glir ein rhesymau os nad oes ei angen.

7. Atebolrwydd, Tryloywder a'ch Hawl i Adolygu

Ein haddewid i chi

- Bydd sefydliadau'r GIG yn atebol am sut mae eich pryder yn cael ei drin.
- Bydd cofnodion cywir yn cael eu cadw, a bydd dysgu yn cael ei rannu'n agored drwy adrodd blynyddol.
- Os byddwch yn parhau i fod yn anfodlon, byddwn yn egluro'n glir sut i geisio adolygiad pellach, gan gynnwys eich hawl i gysylltu ag Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru.

Codi pryder am eich gofal neu ofal rhywun arall

Mae'n hanfodol bwysig, os oes gennych bryder am eich gofal chi neu ofal rhywun arall, eich bod yn codi'r pryder hwn cyn gynted â phosibl. Dylai hyn fod gydag aelod o staff sy'n perthyn i'r sefydliad, er mwyn sicrhau bod pob cyfle yn cael ei roi i ddatrys hyn yn ddiogel ac yn foddhaol. Mae hyn yn arbennig o bwysig lle rydych o'r farn bod niwed wedi digwydd neu y gallai fod yn digwydd. Ni fyddwch yn cael eich trin yn wahanol am godi pryder. Mae cefnogaeth ac eiriolaeth ar gael ym mhob cam.

Bydd y staff yn ceisio datrys eich pryderon ar unwaith. Os nad yw hyn o gymorth, neu os nad ydych eisiau siarad â'r staff, gallwch gysylltu â thîm pryderon y Bwrdd Iechyd neu'r Ymddiriedolaeth.

Mae gan bob Bwrdd Iechyd neu Ymddiriedolaeth ei dîm pryderon ei hun. I ddod o hyd i fanylion ar gyfer eich Bwrdd Iechyd neu Ymddiriedolaeth GIG ewch i <https://www.gig.cymru/hpb/gwasanaethau-lleol/>

Os oes gennych bryder am wasanaethau rydych wedi'u derbyn gan eich Meddyg Teulu, Deintydd, Fferyllydd neu Optegydd, dylech fel arfer ofyn i'r practis ymchwilio iddo ar eich rhan, ond os yw'n well gennych, gallwch ofyn i'ch Bwrdd Iechyd wneud hynny.

Pwy all godi pryder

Gall bron unrhyw un godi pryder a bydd dyletswydd ar y sefydliad sy'n darparu'r gofal i ystyried sut y gellir ymchwilio iddo. Fodd bynnag, efallai na fydd hi bob amser yn bosibl rhannu manylion llawn yr ymchwiliad â'r person sy'n codi'r pryder. Gall hyn fod yn wir os nad nhw yw'r claf neu os nad nhw yw eu perthynas agosaf a lle byddai hyn fel arall yn groes i GDPR y DU (deddfau Rhannu Data).

Gall pryderon gael eu codi gan gleifion neu ddefnyddwyr gwasanaethau sy'n derbyn gofal, neu gan gynrychiolwyr sy'n gweithredu ar eu rhan (fel ar gyfer plant ifanc, unigolion sydd heb alluedd, neu'r rhai sydd wedi marw). Gallwch godi pryder gydag unrhyw aelod o staff yn y sefydliad.

Beth mae Gwrando ar Bobl yn ei gwmpasu?

Gellir codi pryderon, cwynion, neu ddigwyddiadau diogelwch cleifion ynghylch unrhyw fater sy'n gysylltiedig â'r sefydliad yn cyflawni ei ddyletswyddau, megis oedi mewn triniaeth, camgyfathrebu rhwng staff, neu hepgor gofal angenrheidiol.

Mae hyn yn cynnwys yr holl ofal a ariennir gan y GIG, boed yn cael ei ddarparu'n uniongyrchol gan y GIG, gan ddarparwyr gofal sylfaenol, neu gan ddarparwyr annibynnol ar ran y GIG, gan gynnwys gwasanaethau a ddarperir mewn carchardai neu leoliadau fforensig. Gall pryderon ymwneud â'r gofal ei hun neu sut y cafodd ei ddarparu, fel oedi mewn triniaeth, problemau cyfathrebu, neu hepgoriadau mewn gofal a dylid eu codi fel arfer o fewn 12 mis. Os yw mwy o amser wedi mynd heibio a bod rhesymau da dros yr oedi, efallai y bydd y tîm pryderon yn dal i allu ymchwilio iddo.

Yr hyn nad yw'n ei gwmpasu

Ni ellir mynd i'r afael â phob pryder drwy'r trefniadau Gwrando ar Bobl. Mae'r ddeddfwriaeth sy'n llywodraethu'r broses Gwrando ar Bobl yn nodi pa faterion sydd wedi'u heithrio. Mae'r rhain yn cynnwys:

- Unrhyw bryder wedi'i ddatrys er boddhad y sawl a'i adroddodd, erbyn diwedd y cam datrys cynnar, oni bai bod sefydliad o'r farn bod angen iddo edrych ar y mater eto. Yna rhaid iddo ddilyn y broses ar gyfer trin pryderon ac ymchwilio iddynt.

- Pryderon sy'n destun achos sifil: Os cychwynnir achos llys pan fo pryder eisoes yn cael ei ymchwilio, rhaid oedi unrhyw ymchwiliad pellach i'r pryder nes bod yr achos sifil wedi dod i ben.
- Lle mae pryder yn ymwneud â chais unigol am gyllido triniaeth (IPFR) gan glaf, hynny yw, ceisiadau am gyllido gwasanaethau nad ydynt fel arfer yn cael eu darparu gan y GIG yng Nghymru. Bydd y pryderon hyn yn cael eu trin o dan broses ar wahân ar gyfer Cymru gyfan ar gyfer penderfynu ac adolygu.
- Lle mae'r pryder yn cael ei ymchwilio neu wedi cael ei ymchwilio gan Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru (yr Ombwdsmon); ac eithrio lle mae Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus yn argymhell, yn dilyn ei ymchwiliad, bod Corff Cyfrifol yn ystyried y pryder ar gyfer gwneud iawn.
- Pryderon a godir gan ddarparwr gofal sylfaenol ynghylch eu contract neu'r trefniadau ar gyfer darparu gwasanaethau gofal sylfaenol yn cael eu trin drwy brosesau amgen. Rheolir y materion hyn o dan y fframwaith rheoleiddio sy'n llywodraethu gofal sylfaenol.
- Pryderon lle mae gan aelod o staff broblem gyda'i contract cyflogaeth. Byddai'r materion hyn yn cael eu trin o dan bolisiau a gweithdrefnau Adnoddau Dynol y sefydliad.
- Lle nad yw'r corff cyfrifol wedi cydymffurfio â Deddf Rhyddid Gwybodaeth 2000. Byddai Swyddfa'r Comisiynydd Gwybodaeth yn delio â phryderon o'r fath.
- Achosion disgyblu wedi'u nodi oherwydd ymchwiliad. Byddai'r rhain yn cael eu rheoli o dan brosesau Adnoddau Dynol lleol ac yn parhau i fod yn gyfrinachol i'r aelod staff dan sylw.
- Pan mai'r corff cyfrifol yw Addysg a Gwella Iechyd Cymru (AaGIC), pryder nad yw'n ymwneud â darparu gofal iechyd gan y corff hwnnw.
- Pan ystyrir bod pryder yn "flinderus". Mae hwn yn derm cyfreithiol a ddefnyddir yn y ddeddfwriaeth. Mae'n golygu pryder nad oes sail glir iddo neu sy'n cael ei godi mewn ffordd sy'n ein hatal dro ar ôl tro rhag gallu delio ag ef yn deg. Nid yw'n golygu bod rhywun yn bod yn anodd yn fwriadol, ac nid yw'n berthnasol i bobl sy'n ofidus, yn bryderus neu'n rhwystredig. Dim ond mewn sefyllfaoedd prin iawn y caiff ei ddefnyddio, a dim ond ar ôl ystyriaeth ofalus. Mae cyrff cyfrifol yn cydnabod y gall pobl yn aml gael emosiynau cryf, fel rhwystredigaeth, dicter a gofid. Mae'r emosiynau hyn yn dderbyniol, ac nid ydynt, ynddynt eu hunain, yn rhesymau dros eithrio.

Os na ellir ymdrin â'ch pryder o dan y broses Gwranddo ar Bobl, dylai'r sefydliad esbonio pam a'ch cyfeirio at y broses gywir.

- Rhaid i'r Gwasanaeth Archwilydd Meddygol a darparwyr gofal sylfaenol (er enghraifft gwasanaethau meddyg teulu, deintyddol, fferyllfa ac optometreg), darparwyr annibynnol, a rhai gwasanaethau trawsffiniol neu wasanaethau a gomisiynwyd yn allanol wrando ar bryderon o hyd, ymchwilio i'r hyn a ddigwyddodd, egluro eu canfyddiadau, ymddiheuro lle bo'n briodol a dysgu o bryderon — ond ni allant gynnig gwneud iawn y GIG drwy'r broses Gwrando ar Bobl.

Sut i godi pryder

Gallwch godi pryderon mewn amrywiaeth o ffyrdd i unrhyw aelod o staff a gyflogir gan y sefydliad i ddarparu gwasanaethau gofal iechyd, naill ai ar lafar dros y ffôn neu wyneb yn wyneb neu yn ysgrifenedig (drwy lythyr, ar ffurflen bryder neu'n electronig).

Rhaid i bob corff cyfrifol hysbysebu'n glir yr un pwynt mynediad ar gyfer pob pryder a chwyn. Fodd bynnag, dylai unrhyw aelod o staff y cysylltir ag ef allu esbonio sut y gallwch godi pryder. Bydd gwybodaeth yn cael ei rhannu â chi, mewn ffurf sy'n hygyrch ac yn briodol i'ch anghenion. Mae'r wybodaeth hon hefyd ar gael ar dudalen we Gwrando ar Bobl Llywodraeth Cymru.

Gallwch hefyd godi pryder yn uniongyrchol gyda Llais (corff llais y dinesydd annibynnol) yn www.llaiswales.org, neu gydag Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru (AGIC) yn www.hiw.org.uk. Gallwch hefyd ddewis cysylltu â'ch Aelod Senedd lleol drwy www.senedd.cymru

Os byddwch yn codi pryder ar lafar, rhaid i aelod o'r sefydliad gofnodi'r pryder hwn, a rhaid rhannu cofnod ysgrifenedig â chi. Rhaid darparu hyn mewn fersiwn hygyrch.

Rydym yn argymhell eich bod yn gwneud nodiadau o bwyntiau allweddol y pryder neu'r gŵyn ac yn cadw unrhyw dystiolaeth ategol gan gynnwys enwau, dyddiadau ac amseroedd cyn belled ag y bo modd. Gellir cael cymorth a chynghor ar sut i wneud hyn drwy <https://www.llaiscymru.org> neu ar [ffôn: 02920235558](tel:02920235558) neu ymholiadau@llaiscymru.org.

Pan fyddwch yn codi pryder, gallwch ddisgwyl derbyn cydnabyddiaeth o fewn 5 diwrnod gwaith fan bellaf ar ôl y diwrnod y mae'r sefydliad yn cael y pryder.

Y Drafodaeth Wrando

Ar ôl cael pryder, rhaid i'r sefydliad gynnig cyfle i'r person sydd wedi codi'r pryder gael cyfarfod wyneb yn wyneb¹ 'Trafodaeth wrando'.

Dyma eich cyfle i esbonio beth ddigwyddodd a beth sydd bwysicaf i chi. Rydym yn deall y gall ailadrodd profiadau fod yn ofidus. Dim ond yr hyn rydych yn teimlo eich bod yn gallu ei rannu sydd angen i chi ei rannu. Dylai staff weithio'n sensitif gyda chi er mwyn osgoi ailadrodd diangen.

¹ Mae cyfarfod wyneb yn wyneb yn cyfeirio at sgwrs ffôn neu gyfarfod wyneb yn wyneb drwy gyswllt fideo neu gyfarfod corfforol.

Gallwch:

- ddod â ffrind, aelod o'r teulu neu eiriolwr
- gofyn am addasiadau rhesymol neu gymorth iaith
- cymryd seibiannau neu oedi'r drafodaeth os oes angen

Mae'n bwysig i rai pobl gael cymorth gan ffrind, aelod o'r teulu, anwylyd neu eiriolwr proffesiynol.

Dylai'r sefydliad wirio eu cofnodion i weld a ydych wedi nodi dull cyfathrebu dewisol neu a yw'r Gymraeg (neu unrhyw iaith arall) yn iaith ddewisol i chi. Os nad oes cofnod yn bodoli, rhaid gwneud ymholiad yn ystod y drafodaeth wrando ynghylch eich dull dewisol ar gyfer cyfathrebu parhaus. Dylid cofnodi'r wybodaeth hon ar ffeil.

Mae'r cynnig i gyfarfod â chi, ar amser y cytunwyd arno, er mwyn rhoi cyfle i drafod natur y pryder neu gŵyn yn fanylach ac i gynrychiolydd y sefydliad egluro unrhyw ffeithiau neu bwyntiau a godwyd yn y pryder.

Dylai'r cynnig am drafodaeth wrando hefyd gynnwys sefydlu unrhyw addasiadau eiriolaeth neu hygyrchedd sydd eu hangen fel defnyddio llinell iaith neu gyfeirio i gymorth Llais. Gall cynrychiolydd o Llais ymuno â'r drafodaeth wrando, neu fel arall aelod o'r teulu, ffrind neu gynrychiolydd arall os dymunir.

Yn ystod y drafodaeth wrando rhaid i'r aelod staff wneud y canlynol:

- Caniatáu i chi esbonio'r pryder a chadw cofnodion o'r manylion hyn.
- Gofyn am eglurder gennych chi beth yw eich ateb dymunol i'r pryder.
- Rhoi esboniad o'r opsiynau ar gyfer datrys a all gynnwys datrysiad cynnar neu drwy gam ymchwilio, a beth mae'r rhain yn ei olygu.
- Rhoi'r dewis i chi ddewis naill ai datrysiad cynnar neu ymchwiliad drwy'r cam ymchwilio.
- Cael caniatâd gennych i geisio datrysiad cynnar, os nodir mai dyma'r dull a ddymunir.
- Ystyried a chytuno ar y dull a ddymunir a chofnodi hyn.
- Os dewisir y cam ymchwilio yna dylid cyfleu'r modd a'r amser y bydd ymchwiliad i'r pryder yn cael ei drin, gan gynnwys cydsyniad i ddefnyddio cofnodion meddygol.
- Sicrhau eich bod yn ymwybodol o wasanaethau eiriolaeth a chymorth sydd ar gael a allai fod o gymorth.
- Amlinellu'r cyfnod disgwylidig y mae'n debyg y bydd yr ymchwiliad i'r pryder yn cael ei gwblhau ynddo a'r amserlen debygol y bydd ymateb yn cael ei anfon atoch.
- Egluro y dylai'r sefydliad eich hysbysu y bydd asesiad ar gyfer atebolrwydd cymwys yn cael ei gynnal, os yw'r ymchwiliad yn dangos bod niwed wedi digwydd. Rhaid rhoi esboniad o hyn os mai'r cam ymchwilio yw eich opsiwn dewisol. Rhaid i chi gael gwybod na ellir ystyried gwneud iawn yn ystod y cam datrysiad cynnar, gan fod angen ymchwiliad manwl iddynt.
- Os byddwch yn dewis peidio â chymryd rhan mewn trafodaeth wrando, bydd y sefydliad yn ysgrifennu atoch i gadarnhau sut yr hoffech i'ch pryder gael ei drin.

- Os na fyddwch yn derbyn y cynnig o drafodaeth wrando, rhaid i'r sefydliad ysgrifennu atoch yn gofyn i chi ystyried y pethau hyn a gwneud penderfyniad ar yr hyn sy'n bwysig i chi er mwyn datrys y pryder.

Cam 1 - Datrysiad Cynnar

Rhaid ystyried a chynnig datrysiad cynnar bob amser, lle bo'n briodol cyn symud i'r ail gam (sy'n gam ymchwilio).

Gofynnir i chi yn ystod y drafodaeth wrando, y mae cynnig ohoni yn orfodol, a ydych yn cydsynio i geisio datrysiad cynnar. Gallwch dderbyn neu wrthod y cynnig. Mae datrysiad cynnar yn aml yn broses llawer cyflymach ac yn galluogi staff i weithredu ar y materion a godwyd yn y drafodaeth wrando a'u datrys mewn modd amserol.

Mae datrysiad cynnar yn cynnwys gwirio ffeithiau a chofnodion, er mwyn deall beth sydd wedi digwydd neu beth allai fod yr achosion mewn perthynas â'r pryder a godwyd. Mae'n bwysig bod y ffocws ar weithredu atebion a chamau gweithredu i gyflawni'r canlyniad dymunol penodedig a'r penderfyniad a fynegwyd gennych yn ystod y cyfarfod gwrando. Dylai ystyriaeth bob amser gynnwys ymddiheuriad diffuant am unrhyw ofid neu niwed a achoswyd.

Mae'n hanfodol bod y sefydliad yn adrodd yn ôl i chi ar y canlyniadau ac yn gwirio gyda chi a yw'r ateb wedi'i gyflawni'n foddhaol. Rhaid cadw dogfennaeth gywir o'r canlyniad, gan gynnwys y camau a gymerwyd a'r penderfyniad a adroddwyd a gyflawnwyd yn foddhaol ai peidio. Gellir gwneud hyn ar lafar ond rhaid i'r sefydliad ysgrifennu atoch i gadarnhau bod cytundeb wedi'i wneud i gau'r gŵyn.

Os na chyflawnir y canlyniad yn foddhaol, dylai'r pryder symud i gam 2. Nid yw'r amser a neilltuir i gyflawni datrysiad cynnar yn hwy na 10 diwrnod gwaith o'r dyddiad y cafodd y pryder ei gydnabod.

Cam 2 - Cyfnod ymchwilio gan gynnwys ystyried gwneud iawn.

Fel arfer cyrhaeddir Cam 2 neu'r cam ymchwilio pan fydd cam 1 neu ddatrysiad cynnar wedi'i archwilio ac wedi bod yn aflwyddiannus neu os dewiswch beidio â defnyddio datrysiad cynnar. Weithiau efallai y byddwn hefyd yn penderfynu o'r cychwyn nad datrysiad cynnar yw'r opsiwn gorau ar gyfer eich pryder. Ar y cam hwn, rydym yn edrych yn agosach ac yn fanylach i ddeall beth ddigwyddodd a sut y gallwn helpu i ddatrys eich pryder.

Gellir ei gyrraedd hefyd pan fyddwch yn gwrthod ceisio datrysiad cynnar.

Mae'r cam hwn yn cael ei lywio gan gynnwys y drafodaeth wrando neu, lle na dderbyniwyd y cynnig o drafodaeth wrando, cynnwys y pryder ac unrhyw ohebiaeth ddilynol sy'n darparu rhagor o fanylion.

Mae'n bwysig cydnabod bod lefel yr ymchwiliad a gynhelir yn y cam hwn yn aml yn llawer mwy manwl ac felly bydd yr amser a gymerir i ymgymryd â'r cam hwn yn llawer hirach.

Dylech gael amcangyfrif o'r amser y bydd yn ei gymryd i'r ymchwiliad cychwynnol ddod i ben a phryd y gallwch ddisgwyl yr ymateb cychwynnol yn crynhoi'r canfyddiadau, y camau i'w cymryd a'r camau nesaf.

Unwaith y bydd yr ymchwiliad cychwynnol wedi'i gwblhau a'r ymateb cychwynnol wedi'i ysgrifennu, rhaid i'r sefydliad rannu hyn â chi. Rhaid iddynt hefyd gynnig y cyfle i gynnal cyfarfod gwrando i drafod cynnwys yr adroddiad.

Lle mae anaf personol neu golled wedi digwydd neu os honnir ei bod wedi digwydd, mae'r ddeddfwriaeth yn ei gwneud yn ofynnol i'r sefydliad asesu a oedd safon y gofal a ddarparwyd i law'r safon gofal a dderbynnir ac, os felly, a achosodd hynny'n uniongyrchol i'r niwed neu'r anaf ddigwydd. Byddai hyn yn arwain at ystyriaeth ynghylch a fyddai cynnig gwneud iawn yn cael ei wneud i chi pe baech wedi dioddef anaf personol neu golled. Gall iawn fod ar ffurf triniaeth neu ofal pellach neu amgen, cynnig digollediad ariannol neu fesur priodol arall.

Weithiau mae angen cyngor meddygol annibynnol ychwanegol gan arbenigwr er mwyn helpu i asesu a oedd safon y gofal a ddarparwyd i law'r lefel ddisgwyliedig a/neu a achoswyd y niwed neu'r anaf a gafwyd gan y gofal a ddarparwyd. Yn yr amgylchiadau hyn mae'n ofynnol i'r sefydliad gyfarwyddo arbenigwr ar y cyd â chi.

Yn yr amgylchiadau hyn, dylai'r sefydliad ddewis, gyda'ch mewnbwn chi, arbenigwr allanol yn y maes o'r rhestr o arbenigwyr cymeradwy (sydd wedi'u hyfforddi'n briodol ac sydd â phrofiad priodol. Disgwylir i'r sefydliad gyfleu'r wybodaeth hon i chi.

Yna bydd y canlyniad terfynol a grynhoir yn yr ymateb a anfonir atoch yn cynnwys llythyr ymddiheuriad diffuant, canlyniad yr ymchwiliad, unrhyw gofnodion meddygol neu ofal perthnasol, unrhyw adroddiad arbenigol allanol neu annibynnol, camau gweithredu a gymerwyd gan y sefydliad i atal yr un broblem rhag achosi niwed i gleifion yn y dyfodol a'r dysgu a gyflawnwyd.

Yn aml, mae'r rhain yn ddogfennau cymhleth a dryslyd iawn a disgwylir i sefydliadau ddefnyddio iaith hygyrch ac egluro terminoleg gyfreithiol neu feddygol gymhleth i oresgyn hyn. Felly, ystyrir bod y cynnig o gyfarfod wyneb yn wyneb i fynd drwy'r canfyddiadau yn hanfodol er mwyn sicrhau y gellir ateb cwestiynau, a rhoi esboniadau, yn ogystal ag ailadrodd didwylledd yr ymddiheuriad.

Mae'r broses Gwrando ar Bobl yn berthnasol i bob rhan o ofal a ariennir gan y GIG yng Nghymru, gan gynnwys gofal a ddarperir gan sefydliadau'r GIG, practisau meddygon teulu, practisau deintyddol, fferyllfeydd, optometryddion, darparwyr annibynnol a gwasanaethau a gomisiynir o'r tu allan i Gymru.

Fodd bynnag, nid yw pob gwasanaeth a ariennir gan y GIG yn gallu cynnig iawn gan y GIG. O dan y gyfraith yng Nghymru, dim ond cyrff y GIG yng Nghymru (fel byrddau iechyd lleol ac ymddiriedolaethau'r GIG) all ystyried a chynnig iawn y GIG, gan gynnwys digollediad ariannol.

Os ydych yn anfodlon ar yr ymateb

Os ydych yn anfodlon ar yr ymateb

Weithiau, hyd yn oed ar ôl i ymchwiliad ddod i ben a bod ymateb wedi'i ddarparu, efallai y byddwch yn dal i deimlo'n bryderus, yn ofidus neu'n teimlo nad yw eich pryderon wedi cael sylw llawn. Os bydd hyn yn digwydd, mae camau pellach y gallwch eu cymryd. Mae cefnogaeth ac eiriolaeth yn parhau i fod ar gael i chi drwy'r cyfan.

Cam 1 – Siaradwch â'r sefydliad eto

Os oes unrhyw beth yn yr ymateb yn aneglur neu os ydych yn teimlo bod rhywbeth wedi'i fethu, gallwch gysylltu â'ch cyswllt pryderon a enwyd er mwyn:

- gofyn cwestiynau am y canfyddiadau
- gofyn am eglurhad neu esboniad pellach
- trafod a yw unrhyw adolygiad ychwanegol yn briodol

Weithiau gellir datrys pryderon ar y cam hwn drwy drafodaeth neu esboniad pellach. Nid oes rhaid i chi wneud hyn cyn mynd at yr Ombwdsmon, ond mae llawer o bobl yn ei gael yn ddefnyddiol.

Os na ddefnyddiwyd cyngor arbenigol annibynnol a'ch bod yn credu y gallai helpu i egluro'r hyn a ddigwyddodd, gallwch ofyn i'r sefydliad ailystyried yr opsiwn hwn.

Cam 2 – Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru

Os ydych yn dal yn anfodlon ar ôl i'r sefydliad gwblhau ei ymchwiliad, mae gennych hawl i ofyn i **Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru (yr Ombwdsmon)** adolygu eich pryder yn annibynnol.

Mae'r Ombwdsmon yn annibynnol ar y GIG.

Fel arfer, bydd yr Ombwdsmon yn disgwyl y canlynol:

- rydych wedi rhoi cyfle i'r sefydliad ymchwilio yn gyntaf, ac
- rydych yn cysylltu â nhw o fewn terfynau amser yr Ombwdsmon (fel arfer o fewn 12 mis i ddod yn ymwybodol o'r mater).

Gall yr Ombwdsmon:

- adolygu sut y cafodd eich pryder ei drin
- penderfynu a oedd yr ymateb yn rhesymol
- argymhell camau gweithredu pellach os yw'n briodol

Mae'n ofynnol i'r sefydliad roi manylion cyswllt yr Ombwdsmon i chi yn ei ymateb terfynol.

Cam 3 – Ystyried cyngor cyfreithiol neu hawliad gwneud iawn

Os yw eich pryder yn ymwneud â niwed, anaf neu golled ariannol bosibl, efallai yr hoffech geisio cyngor cyfreithiol annibynnol.

O dan y broses Gwrando ar Bobl, rhaid i sefydliadau asesu a oedd safon y gofal yn is na'r hyn a ddisgwyd yn rhesymol ac a achosodd hyn niwed. Lle bo'n briodol, byddant yn ystyried cynnig o iawn.

Gall gwneud iawn gynnwys:

- triniaeth neu ofal pellach
- camau adferol
- digollediad ariannol (o fewn trefniadau gwneud iawn y GIG)

Os ystyrir iawn, bydd y sefydliad yn eich cyfeirio i gymorth cyfreithiol a ariennir, lle bo hyn yn berthnasol.

Mae croeso i chi geisio cyngor cyfreithiol annibynnol ar unrhyw adeg. Fodd bynnag, nodwch:

- os bydd achos llys sifil ffurfiol yn cychwyn, rhaid i'r ymchwiliad Gwrando ar Bobl ddod i ben
- mae cymryd camau cyfreithiol ar wahân i broses yr Ombwdsmon

Os ydych yn ansicr pa lwybr sy'n iawn i chi, gall gwasanaethau eiriolaeth fel Llais eich helpu i ddeall eich opsiynau

Rhestr Termau

Cydnabyddiaeth

Y cadarnhad y byddwch yn ei gael o fewn 5 diwrnod gwaith ar ôl i'r sefydliad gael y pryder.

Y Ddyletswydd Gonestrwydd

Dyletswydd gyfreithiol sy'n ei gwneud yn ofynnol i sefydliadau'r GIG fod yn agored ac yn onest gyda chleifion pan fydd gofal wedi achosi, neu pan allai fod wedi achosi, niwed sylweddol neu farwolaeth.

Atebolrwydd Cymwys

Y prawf cyfreithiol y mae'r GIG yn ei ddefnyddio i benderfynu a yw gofal islaw'r safon ddisgwyliedig ac wedi achosi niwed, a all arwain at gynnig o iawn.

Dysgu o Bryderon

Y gofyniad i sefydliadau'r GIG ddefnyddio pryderon i wella gwasanaethau a lleihau'r risg y bydd problemau tebyg yn digwydd eto.

Eiriolaeth

Cymorth annibynnol, am ddim i'ch helpu i godi neu ddeall pryder. Gall gwasanaethau eiriolaeth eich helpu i gyfleu eich barn a deall eich opsiynau.

Pryderon

Term cyffredinol a ddefnyddir yn GIG Cymru sy'n cynnwys cwynion, digwyddiadau diogelwch cleifion a, lle bo'n briodol, ceisiadau am iawn.

Datrysiaid Cynnar (Cam 1)

Cam cyntaf y broses Gwrando ar Bobl. Mae'n canolbwyntio ar ddeall beth ddigwyddodd a cheisio datrys problemau'n gyflym lle bo'n briodol.

Cyngor arbenigol annibynnol

Cyngor gan weithiwr proffesiynol cymwys nad oedd yn rhan o'ch gofal. Gellir defnyddio hyn yn ystod ymchwiliadau er mwyn helpu i asesu beth ddigwyddodd.

Trafodaeth Wrando

Cyfarfod dewisol (yn bersonol, dros y ffôn neu fideo) lle gallwch esbonio eich pryderon yn fanwl a thrafod pa ganlyniad rydych yn gobeithio amdano.

Llais

Corff llais y dinesydd annibynnol yng Nghymru sy'n darparu eiriolaeth a chymorth am ddim i bobl sy'n defnyddio gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol.

Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru (PSOW)

Sefydliad annibynnol sy'n gallu adolygu cwynion am wasanaethau cyhoeddus yng Nghymru, gan gynnwys y GIG, os ydych yn parhau i fod yn anfodlon ar ôl ymchwiliad y GIG.

Iawn

Camau a gymerwyd gan y GIG i unioni pethau pan fydd gofal wedi gostwng islaw'r safon ddisgwyliedig ac wedi achosi niwed. Gall hyn gynnwys triniaeth bellach, camau unioni neu ddigollediad ariannol o fewn trefniadau'r GIG.

Corff Cyfrifol

Y sefydliad GIG, y darparwr gofal sylfaenol neu'r darparwr annibynnol sy'n gyfrifol am y gofal sy'n destun eich pryder.

Ymchwiliad Cam 2

Cam ymchwilio manwl y broses Gwranddo ar Bobl, a ddefnyddir pan nad yw datrysiad cynnar yn briodol neu pan nad yw wedi datrys y pryder.

Dull sy'n ystyriol o drawma

Dull sy'n cydnabod y gallai pobl fod wedi profi trallod neu drawma ac sy'n anelu at ymateb mewn ffordd dosturiol, sensitif a chefnogol.

Safonau'r Gymraeg

Gofynion cyfreithiol sy'n sicrhau y gall pobl gael mynediad at wasanaethau a gwybodaeth y GIG yn y Gymraeg lle maent yn dewis gwneud hynny.

Atodiad 1 - Pedair egwyddor Gwrando ar Bobl

Mae'n bwysig i bobl sy'n codi pryderon am ofal a ariennir gan y GIG bod y broses ar gyfer codi pryder drwy un pwynt hygyrch symlach e.e. cyfeiriad e-bost, rhif ffôn, cyfeiriad post neu drwy gynrychiolaeth wyneb yn wyneb. Gall pobl godi pryderon mewn amrywiaeth o ffyrdd (gweler rheoliad 11(1) (a) yn ysgrifenedig; (b) yn electronig; neu (c) ar lafar, naill ai dros y ffôn neu'n bersonol, i unrhyw aelod o staff y corff cyfrifol, y mae cyflawni ei swyddogaethau yn destun y pryder), ac maent yn gallu dewis y dull sydd fwyaf addas iddynt. Y corff cyfrifol sy'n gyfrifol am sicrhau bod hyn ar gael ac yn cael ei gyfathrebu'n effeithiol lle mae disgwyliad clir i ystyried anghenion hygyrchedd y boblogaeth gyfan y maent yn ei gwasanaethu, gan gynnwys y rhai sydd wedi'u hallgáu'n ddigidol.

Yr **egwyddor gyntaf** yw bod pobl sy'n codi pryderon yn cael eu gwranddo'n weithredol; eu bod yn cael eu trin â pharch, cwrteisi ac mewn modd tosturiol, ac mae eu hawliau a'u hopsiynau wedi'u hegluro iddynt mewn ffordd y gallant ei deall ac sy'n hygyrch i'w hanghenion penodol.

Mae'r hawliau a'r opsiynau hyn yn cynnwys yr hawl i eiriolaeth a chefnogaeth briodol drwy gydol y broses a bod hyn yn cael ei ystyried a'i gynnig yn weithredol ac am ddim ar y pwynt mynediad. Yn ogystal, rhoddir gwybod i bobl y gallant ddatgan yn glir eu canlyniad a ddymunir a lle bo'n briodol, cynigir yr ateb hwn drwy ddatrysiaid cynnar amserol.

Yr **ail egwyddor** yw y bydd pryderon yn cael eu hymchwilio'n effeithiol mewn modd cymesur a bod yr amserlen ar gyfer cwblhau hyn yn cael ei thrafod a'i chyfleu ar ddechrau'r broses, gan roi gwybod i bobl am gynnydd ac unrhyw oedi, a'u cynnwys yn y broses ymchwilio lle bo'n ymarferol. Rhaid cyfathrebu canlyniadau'r ymchwiliad hwn yn glir i'r person a gododd y pryder yn ysgrifenedig, a defnyddio iaith y gellir ei deall yn hawdd, gan gynnwys esboniadau o unrhyw dermau meddygol neu gyfreithiol cymhleth a ddefnyddir.

Y **drydedd egwyddor** yw bod dyletswydd ar sefydliadau i ddysgu o'r pryderon hyn ac adrodd yn ôl. Rhaid iddynt ddatblygu camau gweithredu effeithiol i atal hyn rhag digwydd eto. Rhaid i'r camau gweithredu hyn gael eu rhannu â phobl sy'n rhannu pryder.

Y **bedwaredd egwyddor** yw bod yn rhaid i arweinwyr sefydliadau roi sicrwydd bod y ffordd y mae'r sefydliad yn ymdrin â phob pryder yn bodloni'r gofynion rheoliadol hyn yn effeithiol, ac yn darparu tystiolaeth o'r dysgu a wnaed. Mae hefyd yn dangos bod camau yn cael eu cymryd i gryfhau ansawdd a diogelwch gofal yn dilyn y broses Gwrando ar Bobl.

Atodiad 2 -Fel darparwr gofal iechyd a ariennir gan y GIG yng Nghymru dyma ein safonau

1. Mynediad, Cymorth a Datrysiad Cynnar

Rhaid i gyrff cyfrifol ddarparu llwybrau clir a hygyrch ar gyfer codi pryderon gydag un pwynt mynediad. Rhaid iddynt gynnig eiriolaeth yn weithredol o ddechrau'r broses ac addasiadau rhesymol a dewis iaith (Cymraeg/ Saesneg/ arall). Mae'n ofynnol i gyrff cyfrifol ddangos bod Datrysiad Cynnar wedi'i ystyried yn weithredol fel y dull cychwynnol, lle bo'n briodol i'r pryder, tra'n sicrhau nad yw hyn yn cyfyngu nac yn oedi mynediad at ymchwiliad ffurfiol pan fo angen.

2. Dull Parchus, Tosturiol ac sy'n Canolbwyntio ar yr Unigolyn

Rhaid i gyrff cyfrifol ymdrin â phryderon mewn ffordd barchus a thosturiol ym mhob cam, gyda'r pwyslais ar gyfathrebu sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn a diwylliant o fod yn agored ac atebolrwydd. Disgwylir i bobl sy'n ymwneud â chodi pryderon fod yn barchus yn eu hymddygiad tuag at staff sy'n gwrandao ar eu pryder ac yn ymchwilio iddo. Rhaid i gyrff cyfrifol gynnig cyfle i bobl gael trafodaeth wrando i sicrhau bod eu pryderon a'u dymuniadau yn cael eu hystyried drwy gydol y broses.

3. Gwybodaeth, Cyfathrebu a Diweddariadau Clir

Rhaid i gyrff cyfrifol esbonio'n glir y broses pryderon a'r opsiynau sydd ar gael, darparu cyswllt a enwir, cyfathrebu amserlenni tebygol, a rhoi diweddariadau cynnydd os yw'r rhain yn newid. Rhaid cynnal cyfrinachedd a phreifatrwydd, a dylid hysbysu unigolion am unrhyw ofynion rhannu gwybodaeth.

4. Dull Amserol, Teg a Seiliedig ar Dystiolaeth

Rhaid i gyrff cyfrifol asesu a graddio pryderon yn gywir a'u rheoli'n gymesur o fewn amserlenni disgwylidig. Rhaid iddynt uwchgyfeirio materion lle mae risg ddifrifol o niwed yn digwydd. Rhaid i gyrff cyfrifol ymchwilio i bryderon yn deg, heb ragfarn, gan sicrhau bod penderfyniadau'n seiliedig ar dystiolaeth a lle bo'n briodol, cyfarwyddo arbenigwr meddygol ar y cyd. Rhaid i'r corff cyfrifol sicrhau bod unrhyw benderfyniad i eithrio pryder ar y sail ei fod yn ystyried ei fod yn flinderus neu'n wacsaw wedi'i gyfiawnhau, yn gymesur ac yn cael ei gofnodi.

5. Canlyniadau Clir, Ymatebion Ystyrion a Gwneud Iawn

Rhaid i gyrff cyfrifol ddarparu ymateb ysgrifenedig clir sy'n mynd i'r afael â phob mater a godwyd, a chynnig cyfarfod canlyniadau, gan esbonio'r canfyddiadau a'r penderfyniadau. Rhaid iddynt gynnig ymddiheuriadau lle bo'n briodol ac esbonio unrhyw gamau unioni i'w cymryd. Os ystyrir gwneud iawn, rhaid darparu cyfeirio i gymorth cyfreithiol a ariennir.

6. Dysgu, Gwella a Chraffu Annibynnol

Rhaid i gyrff cyfrifol nodi gwersi o bryderon a chymryd camau gweithredu i wella gwasanaethau er mwyn lleihau niwed yn y dyfodol. Rhaid iddynt adrodd ar themâu a chanlyniadau a rhannu'r rhain â'r person sy'n codi'r pryder. Rhaid i gorff cyfrifol ystyried a oes angen cyngor meddygol annibynnol yn ystod ymchwiliadau a lle mae'n penderfynu nad oes angen cyngor o'r fath mewn perthynas â phryder sy'n ymwneud â marwolaeth claf, neu niwed cymedrol neu ddifrifol iddo, rhaid i'r corff cyfrifol gofnodi ei resymau dros y penderfyniad hwnnw.

7. Atebolrwydd, Tryloywder a'r Hawl i Adolygu

Rhaid i gyrff cyfrifol fod yn atebol am sut mae pryderon yn cael eu trin a chadw cofnodion cywir sy'n cydymffurfio â gofynion newydd ar gyfer adrodd blynyddol a dyletswyddau dysgu ar y cyd. Rhaid i gyrff cyfrifol esbonio'n glir y llwybrau uwchgyfeirio ac adolygu i Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru (yr Ombwdsmon).



Llywodraeth Cymru
Welsh Government

Listening to People

The NHS Wales Complaints,
Incidents and Redress Process

- People's Guidance

2026

Contents

Foreword by Jeremy Miles MS, Cabinet Secretary for Health and Social Care	3
Foreword by Sue Tranka, Chief Nursing Officer for Wales.	3
Introduction	5
The People’s Pledge on NHS Wales Concerns	5
Raising a concern about your care or someone else’s care.....	7
Who can raise a concern.....	8
What does Listening to People cover?	8
What it does not cover	8
How to raise a concern	10
The Listening Discussion	10
Stage 1 - Early Resolution	12
Stage 2 - Investigation phase including the consideration of redress.....	12
If you are dissatisfied with the response	13
Glossary.....	16
Annex 1 -The four principles of Listening to People.....	18
Annex 2 -As a provider of NHS funded Health care in Wales these are our standards.....	19

This guidance is aimed at Patients, Service Users, their families and carers and is based upon the Listening to People: The NHS Wales Complaints, Incidents and Redress Process – Guidance (2026) The National Health Service (Concerns, Complaints and Redress Arrangements) (Wales) Regulations 2011 (S.I. 2011/704 (W.108)) as amended by the National Health Service (Concerns, Complaints and Redress Arrangements) (Wales) (Amendment) Regulations 2023 and 2025.

Foreword by Jeremy Miles MS, Cabinet Secretary for Health and Social Care



I am pleased to introduce this guide to Wales' updated system for making a complaint about NHS services – *Listening to People: NHS Wales Complaints, Incidents and Redress process*. It provides you with information about the process and what to expect from NHS Wales at every stage.

Raising a concern if something goes wrong with your care is not just your right, it helps the health service to learn and improve. *Listening to People* has been developed with the help of patients, families, NHS staff, and other organisations. It builds on the *Putting Things Right* process, which was in place for 15 years to ensure that you are listened to when raising a concern about healthcare. I want to thank everyone who has contributed by sharing their experiences with us.

Listening to People is designed to make the often-daunting process of raising a concern simpler and easier by prioritising clear and compassionate communication. You will be listened to and respected; support will be offered throughout the process, and any complex legal or medical terms are properly explained.

Our NHS is based on the key principle that people must be at the heart of everything we do. Listening to the experience of people who have raised concerns about their care helps us to drive positive change, strengthens accountability, and contributes to building an NHS that is safer and fairer for everyone. An NHS that is always listening, learning and improving.

Foreword by Sue Tranka, Chief Nursing Officer for Wales.



I am pleased to introduce *Listening to People*, Wales' national approach to handling NHS concerns, complaints, incidents and redress. This guidance has been shaped with a single purpose in mind: ensuring that every person who raises a concern about their care is treated with dignity, fairness, compassion and respect. Putting into practice the principle that *every voice matters*.

Across Wales, patients, families and carers have told us that raising a concern can be daunting. Many people only come forward at moments of distress, uncertainty or loss. Others worry they will not be taken seriously, or that speaking up might affect their future care. I want to reassure you that raising a concern is not only your right -

it is an essential part of how we make our NHS safer, fairer and better for everyone. You will not be treated differently for speaking up. Instead, your voice will help us improve the care we provide.

Listening to People strengthens and simplifies the way concerns are handled across all NHS-funded services in Wales. It introduces clear standards, a single point of access, and a consistent commitment to openness, timely communication and compassionate support. Central to this is the *Listening Discussion* - a dedicated opportunity for you to explain what happened, what matters most to you, and what you need to feel heard and supported. We recognise that retelling difficult experiences can be emotional, so organisations must offer support, advocacy, reasonable adjustments and sensitive communication every step of the way.

This strengthened approach also ensures that people receive meaningful answers. Whether your concern is resolved early or requires a detailed investigation, you should expect a clear explanation, an apology where things have gone wrong, and information on the actions that will be taken to prevent the same issue happening again and minimise harm to patients. When harm is identified, Welsh NHS bodies must consider redress, which may include further care, remedial action or financial compensation.

This guidance forms part of a wider approach to understanding and improving people's experiences of NHS care in Wales, ensuring that feedback, concerns and lived experiences are consistently used alongside other sources of insight to shape safer, kinder and more responsive services.

Importantly, *Listening to People* strengthens accountability. NHS organisations must learn from concerns, report openly on what has changed as a result, and demonstrate how they will improve services for the future.

Thank you to every individual, family member, carer and staff member who contributed to the development of this new guidance. Your experiences and insights have shaped a system that puts people first. I hope this guidance gives you confidence that, whenever you need to raise a concern, you will be listened to, supported and treated with kindness and empathy.

Introduction

Patients, service users, their loved ones and carers have the right to raise concerns about the care they receive under the NHS in Wales. This can be done through the Listening to People NHS Wales Complaints, Incidents, and Redress process.

Raising a concern can be difficult and distressing. People often come forward because something has had a real impact on them or their loved ones. This guidance explains what support you can expect and what will happen when you raise a concern.

A concern can include a complaint, patient-safety incident or any other issue relating to an organisation's health services.

Responsible bodies, which are organisations that are legally responsible for your care, have a duty to listen to, act on, investigate and respond to concerns, and to learn from them to improve care and reduce the risk of harm re-occurring in the future.

Responsible bodies can be an NHS organisation, a GP practice, dental practice or an Independent Provider delivering NHS funded care.

Raising a concern often follows upsetting or traumatic experiences and NHS organisations in Wales aim to respond in ways that are compassionate, respectful and sensitive to the impact on you and your loved ones.

The People's Pledge on NHS Wales Concerns

The People's Pledge sets out a clear, public promise about how people can expect their concerns to be listened to, taken seriously, and responded to across NHS Wales. It explains, in plain language, the values of fairness, respect, openness and timeliness that underpin the handling of concerns, and the rights people have when raising them.

The Pledge is supported by the Principles (Annex 1) and Standards (Annex 2) and provides practical guidance and consistent standards responsible bodies, and staff should follow in their day-to-day practice, ensuring the promise made to the public is delivered in a clear, accountable and consistent way across all services.

1. Easy Access, Support and Early Resolution

Our promise to you

- You can raise a concern easily through a single, clear point of access.
- You will be offered advocacy support from the start.
- We will make reasonable adjustments and respect your language choice (Welsh, English or other).
- We will actively consider resolving your concern early, where appropriate, while making sure this does not prevent or delay a formal investigation, if one is needed.

2. Respect, Compassion and a Person-Centred Approach

Our promise to you

- You will be treated with respect, dignity and compassion at every stage.
- We will listen to what matters to you and will involve you in how your concern is managed.
- You will be offered a listening discussion, so your concerns, wishes and expectations are clearly understood.
- We will be open, honest and accountable in our approach.

3. Clear Information, Communication and Updates

Our promise to you

- We will explain how the concerns process works, the options available, and what to expect.
- You will be given a named contact who is responsible for your dealing with your concern.
- We will tell you how long things are likely to take and keep you informed if timescales change.
- Your privacy and confidentiality will be respected, and we will explain if information needs to be shared, with whom and why.

4. Timely, Fair and Evidence-Based Handling

Our promise to you

- Your concern will be assessed carefully and handled proportionately, without unnecessary delay.
- If there is a serious risk of future harm, we will act and escalate appropriately.
- We will consider your concern fairly and without bias, based on the evidence.
- Where appropriate, we may jointly instruct an independent medical expert.
- Any decision to limit how a concern is handled because it is considered vexatious or frivolous will be exceptional, justified, recorded and explained to you.

5. Clear Outcomes, Meaningful Responses and Redress

Our promise to you

- We will say sorry when things have gone wrong and explain what will be done to address and resolve the issues identified.
- You will receive a clear written response that addresses each issue you raised.
- We will offer an outcome meeting to explain what we found and how decisions were reached.

- If redress is being considered, we will signpost you to funded legal support, where appropriate.

6. Learning, Improvement and Independent Scrutiny

Our promise to you

- We will use your concern to learn and improve services, helping to reduce future harm.
- We will explain what has been learned and what has changed, as a result of your concern. We will consider whether independent medical or other advice is needed as part of an investigation into moderate or severe harm or death. We will record clearly our reasons if it is not needed.

7. Accountability, Transparency and Your Right to Review

Our promise to you

- NHS organisations will be accountable for how your concern is handled.
- Accurate records will be kept, and learning will be shared openly through annual reporting.
- If you remain unhappy, we will clearly explain how to seek further review, including your right to approach the Public Services Ombudsman for Wales.

Raising a concern about your care or someone else's care

It is vitally important that if you have a concern about your care or that of another, you raise this concern at the earliest opportunity. This should be with a member of staff who belongs to the organisation, to ensure that every opportunity is given to resolve this safely and satisfactorily. This is especially important where you consider harm has or may be occurring. You will not be treated differently for raising a concern. Support and advocacy are available at every stage.

Staff will try to resolve your concerns immediately. If this does not help, or you do not want to speak to the staff, you can contact the Health Board or Trust's concerns team.

Each Health Board or Trust has their own concerns team. To find details for your Health Board or NHS Trust visit www.nhs.wales/hpb/local-services/

If you have a concern about services that you have received from your General Practitioner (GP), Dentist, Pharmacist or Optician you should normally ask the practice to look into it for you, but if you prefer, you can ask your Health Board to do so.

Who can raise a concern

Almost anyone can raise a concern and the organisation providing the care will be under a duty to consider how it can be investigated. However, it might not always be possible to share the full details of the investigation with the person raising the concern. This may be the case, if they are not the patient or not their next of kin and where this would otherwise contravene the UK GDPR (Data Sharing laws).

Concerns can be raised by patients or service-users receiving care, or by representatives acting on their behalf (such as for young children, individuals lacking capacity, or those who have passed away). You may raise a concern with any staff member within the organisation.

What does Listening to People cover?

Concerns, complaints, or patient safety incidents can be raised about any matter connected to the organisation carrying out its duties, such as delays in treatment, miscommunication between staff, or the omission of necessary care.

This includes all NHS-funded care, whether provided directly by the NHS, by primary care providers, or by independent providers on behalf of the NHS, including services provided in prisons or forensic settings. Concerns may relate to the care itself or how it was delivered, such as delays in treatment, communication issues, or omissions in care and should normally be raised within 12 months. If a longer time has passed and there are good reasons for the delay, the concerns team may still be able to look into it.

What it does not cover

Not all concerns can be addressed through the Listening to People arrangements. The legislation governing the Listening to People process specifies which matters are excluded. These include:

- Any concern resolved to the satisfaction of the person who reported it, by the end of the early resolution stage, unless an organisation considers it needs to look into the issue again. It must then follow the process for handling and investigation of concerns.
- Concerns that are the subject of civil proceedings: If court proceedings are issued when a concern is already under investigation, any further investigation of the concern must be paused until civil proceedings have concluded.

- Where a concern relates to an individual patient funding treatment request (IPFR), that is, requests for funding of services not usually provided on the NHS in Wales. These concerns will be dealt with under a separate all-Wales process for decision and review.
- Where the concern is being or has been investigated by the Public Services Ombudsman for Wales (PSOW); except where the PSOW recommends, following their investigation, that a responsible body considers the concern for redress.
- Concerns raised by a primary care provider regarding their contract or the arrangements for delivering primary care services are addressed through alternative processes. These issues are managed under the regulatory framework that governs primary care.
- Concerns where a member of staff has an issue with their employment contract. These matters would be dealt with under the organisation's HR policies and procedures.
- Where the responsible body has not complied with the Freedom of Information (FOI) Act 2000. Such concerns would be dealt with by the Information Commissioner's Office (ICO).
- Disciplinary proceedings identified because of an investigation. These would be managed under local HR processes and remain confidential to the member of staff involved.
- Where the responsible body is Health Education and Improvement Wales (HEIW), a concern which does not relate to the provision of health care by that body.
- When a concern is deemed "vexatious". This is a legal term used in the legislation. It means a concern that has no clear basis or is raised in a way that repeatedly prevents us from being able to deal with it fairly. It does not mean that someone is being difficult on purpose, and it does not apply to people who are upset, anxious or frustrated. It is only used in very rare situations, and only after careful consideration. Responsible bodies recognise that people may often have strong emotions, such as frustration, anger and upset. These emotions are acceptable, and do not, in themselves, constitute reasons for exclusion.

If your concern cannot be handled under the Listening to People process, the organisation should explain why and direct you to the right process.

- The Medical Examiner Service (MES) and primary care providers (for example GP, dental, pharmacy and optometry services), independent providers, and some cross-border or externally commissioned services must still listen to concerns, investigate what happened, explain their findings,

apologise where appropriate and learn from concerns — but they cannot offer NHS redress through the Listening to People process.

How to raise a concern

You can raise concerns in a variety of ways to any member of staff employed by the organisation in the provision of health care services either verbally by telephone or in-person or in writing (by letter, on a concern form or electronically).

All responsible bodies are to clearly advertise the single point of access for all concerns and complaints, however any member of staff approached should be able to explain how you can raise a concern. Information will be shared with you, in a form that is accessible and appropriate to your needs. This information is also available on the Welsh Government's Listening to People webpage.

You can also raise a concern directly with Llais (the independent citizens' voice body) at www.llaiswales.org, or with Healthcare Inspectorate Wales (HIW) at www.hiw.org.uk. You may also choose to contact your local Member of the Senedd via www.senedd.wales

If you raise a concern verbally, then a member of the organisation must record this concern, and a written record must be shared with you. This must be provided in an accessible version.

We recommend you make notes of key points to the concern or complaint and keep any supporting evidence including names, dates and times as far as possible. Support and advice of how to do this, can be accessed through <https://www.llaiswales.org/> or on <tel:02920235558> or enquiries@llaiscymru.org.

When you raise a concern, you can expect to receive an acknowledgement no later than 5 working days after the day on which the organisation receives the concern.

The Listening Discussion

On receipt of a concern, the organisation must offer the person who has raised the concern the opportunity for an In-Person¹ 'Listening discussion'.

This is your opportunity to explain what happened and what matters most to you. We understand that retelling experiences can be distressing. You only need to share what you feel able to. Staff should work sensitively with you to avoid unnecessary repetition.

You may:

¹ In-person meeting refers to telephone conversation or a face-to-face meeting via video link or physically meeting.

- bring a friend, family member or advocate
- ask for reasonable adjustments or language support
- take breaks or pause the discussion if needed

Some people find it important to have support from a friend, family member, loved-one or a professional advocate.

The organisation should check their records to see if you have indicated a preferred method of communication or where Welsh (or any other language) is your preferred language. If no record exists, an enquiry must be made during the listening discussion of your preferred method for ongoing communication. This information should be recorded on file.

The offer to meet with you, at an agreed time, is to provide an opportunity to discuss more fully the nature of their concern or complaint and for the organisation's representative to clarify any facts or points raised in the concern.

The offer for a listening discussion should also include the establishment of any advocacy or accessibility adjustments required such as using a language line or signposting to Llais support. A representative from Llais may join the listening discussion, or alternatively a family member, friend or other representative if desired.

During the listening discussion the member of staff must:

- Allow you to explain the concern they have and keep records of these details.
- Seek clarity from you what your desired resolution to the concern is.
- Provide an explanation of the options for resolution which may include early resolution or via an investigation stage, and what these entail.
- Provide you with the choice to select either early resolution or investigation through the investigation stage.
- Gain consent from you to attempt early resolution, if indicated as the desired approach.
- Consider and agree the desired approach and record this.
- If the investigation stage is selected then the manner and time in which the investigation of the concern will be handled should be communicated, including consent to the use of medical records.
- Ensure you are aware of the availability of advocacy and support services which may be of assistance.
- Outline the expected period within which the investigation of the concern is likely to be completed and the likely timeframe that a response will be sent to you.
- Explain that the organisation should inform you that an assessment for qualifying liability will be undertaken, if the investigation demonstrates harm has occurred. An explanation of this must be provided if the investigation stage is your preferred option. You must be made aware that considerations for redress cannot be undertaken in the early resolution stage, as they require detailed investigation.
- If you choose not to take part in a listening discussion, the organisation will write to you to clarify how you would like your concern handled.

- If you do not accept the offer of a listening discussion the organisation must write to you asking you to consider these things and make a decision upon what matters to you to resolve the concern.

Stage 1 - Early Resolution

Early resolution must always be considered and offered, where appropriate before moving to the second stage (which is an investigation stage).

You will be asked during the listening discussion, the offer of which is mandated, as to whether you consent to early resolution being attempted. You are able to accept or decline the offer. Early resolution is often a much swifter process and enables staff to act on the issues raised in the listening discussion and resolve them in a timely manner.

Early resolution consists of fact and records checking, to understand what has happened or what the causes may be in relation to the concern raised. It is important that the focus is on the implementation of solutions and actions to meet the specified desired outcome and resolution expressed by you during the listening meeting. Consideration should always include a sincere apology for any distress or harm caused.

It is essential that the organisation reports back to you on the outcomes and verifies with you if the resolution has been achieved satisfactorily. Accurate documentation of the outcome must be kept, including actions taken and the reported resolution being satisfactorily met or not. This can be done verbally but the organisation must write to you to confirm the closure of the complaint was agreed.

In the event that the outcome is not achieved satisfactorily, the concern should move to stage 2. The time allocated to achieve early resolution is no longer than 10 working days from the date the concern is acknowledged.

Stage 2 - Investigation phase including the consideration of redress.

Stage 2 or the investigation stage is usually reached when stage 1 or early resolution has been explored and has been unsuccessful or if you preferred not to use early resolution. Sometimes we may also decide from the start that early resolution isn't the best option for your concern. At this stage, we take a closer, more detailed look to understand what happened and how we can help resolve your concern.

This stage is informed by the content of the listening discussion or, where the offer of a listening discussion was not accepted, the content of the concern and any subsequent correspondence providing further details.

It is important to recognise that the level of investigation being undertaken in this stage is often much more detailed and therefore the time taken to undertake this stage will be much longer.

You should be given an estimated length of time for the initial investigation to be concluded and when you can expect the initial response summarising the findings, actions to be taken and next steps.

Once the initial investigation has been completed and the initial response has been written, the organisation must share this with you. They must also offer the opportunity for a listening meeting to go over the contents of the report.

Where personal injury or loss has occurred or is alleged to have occurred, the legislation requires the organisation to assess if the standard of care provided was below the accepted standard of care and if this is the case, whether that then directly caused the harm or injury to occur. This would lead to consideration of whether an offer of redress would be made to you if you have suffered personal injury or loss. Redress can be in the form of further or alternative treatment or care, an offer of financial compensation or another appropriate measure.

Occasionally additional independent medical advice from an expert is required to help assess whether the standard of care provided was below the expected level and/or whether the harm or injury sustained was caused by the care provided. In these circumstances the organisation is required to instruct an expert jointly with you.

In these circumstances the organisation should choose, with your input, an external expert in the field from the list of approved (appropriately trained and experienced) experts. It is expected that the organisation communicates this information to you.

The final outcome summarised in the response sent to you will then include, a sincere letter of apology, the outcome of the investigation, any relevant medical or care records, any external or independent expert report, actions that have been undertaken by the organisation to prevent the same issue causing harm to patients in the future and the learning that has been achieved.

These are often very complex and confusing documents and organisations are expected to use accessible language and explain complex legal or medical terminology to overcome this. The offer of the in-person meeting to go through the findings is, therefore, seen as essential to ensure that questions can be answered, and explanations can be given, as well as a reiteration of the sincerity of the apology.

The Listening to People process applies to all NHS-funded care in Wales, including care provided by NHS organisations, GP practices, dental practices, pharmacies, optometrists, independent providers and services commissioned from outside Wales.

However, not all NHS-funded services are able to offer NHS redress. Under the law in Wales, only Welsh NHS bodies (such as local health boards and NHS trusts) can consider and offer NHS redress, including financial compensation.

If you are dissatisfied with the response

It is sometimes the case that, even after an investigation has concluded and a response has been provided, you may still feel worried, upset or feel that your concerns have not been fully addressed. If this happens, there are further steps you can take. Support and advocacy remain available to you throughout.

Step 1 – Speak to the organisation again

If anything in the response is unclear or you feel something has been missed, you can contact your named concerns contact to:

- ask questions about the findings
- request clarification or further explanation
- discuss whether any additional review is appropriate

Sometimes concerns can be resolved at this stage through further discussion or explanation. You do not have to do this before going to the Ombudsman, but many people find it helpful.

If independent expert advice was not used and you believe it may help clarify what happened, you can ask the organisation to reconsider this option.

Step 2 – Public Services Ombudsman for Wales

If you remain unhappy after the organisation has completed its investigation, you have the right to ask the **Public Services Ombudsman for Wales (PSOW)** to independently review your concern.

The Ombudsman is independent of the NHS.

The PSOW will usually expect that:

- you have given the organisation the opportunity to investigate first, and
- you contact them within the Ombudsman's time limits (normally within 12 months of becoming aware of the issue).

The Ombudsman can:

- review how your concern was handled
- decide whether the response was reasonable
- recommend further action if appropriate

The organisation is required to provide you with PSOW contact details in its final response.

Step 3 – Considering legal advice or a redress claim

If your concern involves possible harm, injury or financial loss, you may wish to seek independent legal advice.

Under the Listening to People process, organisations must assess whether the standard of care fell below what was reasonably expected and whether this caused harm. Where appropriate, they will consider an offer of redress.

Redress may include:

- further treatment or care
- remedial actions
- financial compensation (within the NHS redress arrangements)

If redress is being considered, the organisation will signpost you to funded legal support, where this applies.

You are free to seek independent legal advice at any time. However, please note:

- if formal civil court proceedings begin, the Listening to People investigation must stop
- taking legal action is separate from the Ombudsman process

If you are unsure which route is right for you, advocacy services such as Llais can help you understand your options

Glossary

Acknowledgement

The confirmation you will receive within 5 working days of the concern being received by the organisation.

Duty of Candour

A legal duty requiring NHS organisations to be open and honest with patients when care has caused, or may have caused, significant harm or death.

Qualifying Liability

The legal test the NHS uses to decide whether care fell below the expected standard and caused harm, which may lead to an offer of redress.

Learning from concerns

The requirement for NHS organisations to use concerns to improve services and reduce the risk of similar problems happening again.

Advocacy

Free, independent support to help you raise or understand a concern. Advocacy services can help you communicate your views and understand your options.

Concerns

A general term used in NHS Wales that includes complaints, patient safety incidents and, where appropriate, requests for redress.

Early Resolution (Stage 1)

The first stage of the Listening to People process. It focuses on understanding what happened and trying to resolve issues quickly where appropriate.

Independent expert advice

Advice from a qualified professional who was not involved in your care. This may be used during investigations to help assess what happened.

Listening Discussion

An optional meeting (in person, by phone or video) where you can explain your concerns in detail and discuss what outcome you are hoping for.

Llais

The independent citizen voice body in Wales that provides free advocacy and support to people using health and social care services.

Public Services Ombudsman for Wales (PSOW)

An independent organisation that can review complaints about public services in Wales, including the NHS, if you remain dissatisfied after the NHS investigation.

Redress

Actions taken by the NHS to put things right when care has fallen below the expected standard and caused harm. This may include further treatment, remedial actions or financial compensation within NHS arrangements.

Responsible Body

The NHS organisation, primary care provider or independent provider responsible for the care that is the subject of your concern.

Stage 2 Investigation

The detailed investigation stage of the Listening to People process, used when early resolution is not appropriate or has not resolved the concern.

Trauma informed approach

An approach that recognises people may have experienced distress or trauma and aims to respond in a compassionate, sensitive and supportive way.

Welsh language standards

Legal requirements that ensure people can access NHS services and information in Welsh where they choose to do so.

Annex 1 -The four principles of Listening to People

It is important to people raising concerns about NHS funded care that the process for raising a concern is through a single simplified accessible point e.g. email address, phone number, postal address or through face-to-face representation. People can raise concerns in a variety of ways (see reg 11(1) (a) in writing; (b) electronically; or (c) verbally, either by telephone or in person, to any member of the staff of the responsible body, the exercise of whose functions is the subject of the concern), and they are able to select the method that is most suitable to them. The responsibility for making this available and effectively communicated resides with the responsible body where there is a clear expectation to consider the accessibility needs of the entire population they serve, including those who are digitally excluded.

The **first principle** is that people raising concerns are actively listened to; are treated with respect, courtesy and in a compassionate manner, and have their rights and options explained to them in a way that they can understand and that is accessible to their specific needs.

These rights and options include the right to appropriate advocacy and support throughout the process and that this is actively considered and offered and is free at the point of access. In addition, people are made aware they can clearly state their desired outcome and where appropriate, are offered this solution via a timely early resolution.

The **second principle** is that concerns will be effectively investigated in a proportionate manner and the timeframe for this to be completed will be discussed and communicated at the start of the process keeping people informed on progress and any delays and involving them in the investigation process where practicable. The results of this investigation must be clearly communicated to the person who raised the concern in writing, and using a language that can be easily understood, including explanations of any complex medical or legal terms used.

The **third principle** is that organisations are under a duty to learn from these concerns and report back. They must develop effective actions to prevent reoccurrence. These actions must be shared with the people raising a concern.

The **fourth principle** is that the leaders of organisations must provide assurance that the way in which the organisation handles every concern meets these regulatory requirements effectively and provides evidence of the learning undertaken. It also demonstrates that actions are taken to strengthen the quality and safety of care following the Listening to People process.

Annex 2 -As a provider of NHS funded Health care in Wales these are our standards

1. Access, Support and Early Resolution

Responsible bodies must provide clear and accessible routes for raising concerns with a single point of access. They must actively offer advocacy from the start of the process and reasonable adjustments and language choice (Welsh/English/other). Responsible bodies are required to demonstrate that where appropriate to the concern, Early Resolution has been actively considered as the initial approach, while ensuring that this does not restrict or delay access to a formal investigation when necessary.

2. Respectful, Compassionate and a Person-Centred Approach

Responsible bodies must handle concerns in a respectful, compassionate way at all stages, with the emphasis on person-centred communication and a culture of openness and accountability. People involved in raising concerns are expected to be respectful in their behaviour to staff listening to and investigating their concern. Responsible bodies must offer people the opportunity of a listening discussion to ensure that their concerns and wishes are considered throughout the process.

3. Clear Information, Communication and Updates

Responsible bodies must clearly explain the concerns process and options available, provide a named contact, communicate likely timescales, and give progress updates if these change. Confidentiality and privacy must be maintained, and individuals should be informed of any information-sharing requirements.

4. Timely, Fair and Evidence-Based Approach

Responsible bodies must assess and grade concerns accurately and manage them proportionately within expected timescales. They must escalate matters where there is serious risk of harm occurring. Responsible bodies must investigate concerns fairly, without bias, ensuring decisions are evidence-based and where appropriate, to jointly instruct a medical expert. The responsible body must ensure that any exclusion of a concern on the grounds that it considers it to be vexatious or frivolous is justified, proportionate and recorded.

5. Clear Outcomes, Meaningful Responses and Redress

Responsible bodies must provide a clear written response addressing each issue raised, and offer an outcome meeting, explaining the findings and decisions. They must offer apologies where appropriate and explain any remedial action to be taken. If redress is being considered, signposting to funded legal support must be provided.

6. Learning, Improvement and Independent Scrutiny

Responsible bodies must identify learning from concerns and take action to improve services in order to reduce future harm. They must report on themes and outcomes and share these with the person raising the concern. A responsible body must consider whether independent medical advice is needed during investigations and where it determines that such advice is not needed in relation to a concern involving the death of, or moderate or severe harm to a patient, the responsible body must record its reasons for that determination.

7. Accountability, Transparency and Right to Review

Responsible bodies must be accountable for how concerns are handled and maintain accurate records that comply with new requirements for annual reporting and shared learning duties. Responsible bodies must clearly explain escalation and review routes to the Public Services Ombudsman for Wales (PSOW).

WHC/2026/006.



Llywodraeth Cymru
Welsh Government

CYLCHLYTHYR IECHYD CYMRU

Statws: Gwybodaeth er mwyn cydymffurfio

Categori: Ansawdd, Diogelwch a Phrofiad

Teitl: Gwrando ar Bobl: Proses ddiwygiedig GIG Cymru ar gyfer ymdrin â chwynion, digwyddiadau a gwneud iawn

I'w weithredu erbyn: 1 Ebrill 2026

I'w weithredu gan: Prif Weithredwyr Ymddiriedolaethau/Byrddau Iechyd

Cyfarwyddwyr Iechyd y Cyhoedd Ymddiriedolaethau / Byrddau Iechyd

Cyfarwyddwyr Meddygol Ymddiriedolaethau / Byrddau Iechyd

Cyfarwyddwyr Gofal Sylfaenol Ymddiriedolaethau / Byrddau Iechyd

Cyfarwyddwyr Gweithredol Nyrsio Ymddiriedolaethau / Byrddau Iechyd

Cyfarwyddwyr Therapiau a Gwyddorau Iechyd Ymddiriedolaethau / Byrddau Iechyd

Prif Fferyllwyr Ymddiriedolaethau / Byrddau Iechyd

Cyfarwyddwr Gweithredol Iechyd y Cyhoedd Iechyd Cyhoeddus Cymru

Ymarferwyr Cyffredinol, practisau deintyddol, fferyllfeydd cymunedol a phractisau optometreg

Er gwybodaeth:

Cyfarwyddwr Cyffredinol / Prif Weithredwr y Grŵp Iechyd, Gofal Cymdeithasol a'r Blynyddoedd Cynnar

Dirprwy Brif Weithredwr GIG Cymru (Y Grŵp Iechyd, Gofal Cymdeithasol a'r Blynyddoedd Cynnar)

Fforwm Partneriaeth GIG Cymru

Cyngor Ymarferwyr Cyffredinol Cymru

Mae'r ddogfen hon ar gael yn Saesneg hefyd / This document is also available in English

Rydym yn croesawu gohebiaeth a galwadau ffôn yn Gymraeg / We welcome correspondence and telephone calls in Welsh

Cymdeithas Feddygol Prydain (Cymru)

Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol

Y Coleg Nyrsio Brenhinol

Coleg Brenhinol y Bydwagedd

Coleg Brenhinol Pediatreg ac Iechyd Plant

Coleg yr Optometryddion

Cymdeithas Ddeintyddol Prydain

Y Gymdeithas Fferyllol Frenhinol

Fferylliaeth Gymunedol Cymru

Optometreg Cymru

Arolygiaeth Gofal Cymru

Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru

Anfonwyd gan: Sue Tranka, y Prif Swyddog Nyrsio, Cyfarwyddwr Nyrsio GIG Cymru

Enwau cyswilt yn Llywodraeth Cymru:

Ansawdd a Nyrsio, Llywodraeth Cymru, Parc Cathays, Caerdydd CF10 3NQ

AnsawddaNyrsio@llyw.cymru

Dogfennau amgaeedig:

Gwranddo ar Bobl: Proses ymdrin â chwynion, digwyddiadau a gwneud iawn GIG Cymru -
Canllawiau ar gyfer sefydliadau

Gwranddo ar Bobl: Proses ymdrin â chwynion, digwyddiadau a gwneud iawn GIG Cymru -
Canllawiau ar gyfer pobl

Trosolwg

Mae'r Cylchlythyr Iechyd hwn yn nodi'r disgwyliadau gorfodol ar gyfer holl gyrff GIG Cymru, darparwyr gofal sylfaenol a darparwyr annibynnol sy'n darparu gofal a gomisiynir gan y GIG yng Nghymru, a hynny o ran gweithredu'r broses ddiwygiedig ar gyfer ymdrin â chwynion, digwyddiadau a gwneud iawn, a fydd o hyn ymlaen yn cael ei alw yn Gwrando ar Bobl. Mae'r diwygiadau hyn yn moderneiddio'r trefniadau blaenorol, Gweithio i Wella, ac yn cryfhau dull gweithredu tryloyw, sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn, ac sy'n cael ei sbarduno gan ddysgu ar draws y GIG. Maent yn adlewyrchu'r diwygiadau rheoleiddiol a wnaed i Reoliadau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Trefniadau Pryderon, Cwynion ac Iawn) (Cymru) 2011 ("Rheoliadau 2011") gan Reoliadau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Trefniadau Pryderon, Cwynion ac Iawn) (Cymru) (Diwygio) 2025.

Mae'r Cylchlythyr hwn yn darparu rhagor o wybodaeth ynghylch cyfrifoldebau, safonau a gofynion adrodd sefydliadau a'r disgwyliadau arnynt o ran gweithredu'r broses newydd.

Y cefndir

Gwnaeth adolygiad system gyfan dynnu sylw at y ffaith bod y fframwaith blaenorol Gweithio i Wella wedi dyddio, yn feichus o ran ei weinyddu ac nad oedd pwyslais digonol ar weithredu mewn modd sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn. Dangosodd tystiolaeth nad oedd pobl bob amser yn teimlo fel eu bod yn cael eu credu, eu deall, na'u cynorthwyo wrth leisio pryderon. Roeddent yn teimlo bod y broses yn rhy ddeddfol, heb ddigon o dosturi nac empathi. Nodwyd bod nifer y chwynion yn parhau i fod yn uchel, gydag achosion o bryderon yn cael eu huwchgyfeirio a phryderon ailadroddus y gellid eu hosgoi. Trwy'r broses ymgynghori a'r gweithgarwch ymgysylltu â rhanddeiliaid, cafwyd beirniadaeth sylweddol o'r enw Gweithio i Wella, ac awgrymwyd, er mai'r bwriad oedd 'gweithio i wella', nad oedd hyn yn taro deuddeg â phobl a oedd wedi'u niweidio'n sylweddol neu wedi wynebu profedigaeth.

O ganlyniad, cyfeirir at y broses bellach fel "Gwrando ar Bobl: Proses ymdrin â Chwynion, Digwyddiadau a Gwneud Iawn GIG Cymru" er mwyn pwysleisio pwysigrwydd rhoi pobl wrth wraidd y broses drwy wrando arnynt o'r cychwyn cyntaf. Mae hwn yn drawsnewidiad cenedlaethol sylweddol o ran y ffordd y mae'r GIG yn gwrando ar bobl ac yn ymateb iddynt a dylid ei roi ar waith mewn modd graddol, synhwyrol a chefnogol.

Mae'r broses Gwrando ar Bobl ddiwygiedig yn ymateb yn uniongyrchol i'r materion hyn. Mae'r newidiadau allweddol yn cynnwys:

- Model dau gam diwygiedig sef "Gwrando a Gweithredu" ac "Ymchwilio, Ymateb a Dysgu".
- Cyfnod datrys cynnar mwy rhagnodedig ac estynedig o 10 diwrnod gwaith o'r dyddiad y cydnabyddir y pryder.
- Y cynnig gorfodol o gynnal trafodaeth i ganolbwyntio ar wrando – y cyfeirir ati fel "trafodaeth wrando".
- Cynyddu'r trothwy iawndal ariannol o £25,000 i £50,000.
- Ei gwneud yn ofynnol i gofnodion gael eu cadw o unrhyw benderfyniadau, nad oes angen cyngor meddygol annibynnol ar eu cyfer, o ran pryderon sy'n ymwneud â marwolaeth claf, neu niwed cymedrol neu ddifrifol iddo.
- Dulliau cliriach ar gyfer cyfathrebu ac egluro termau cymhleth.
- Cynnig eiriolaeth a chymorth cyfreithiol yn weithredol.
- Pŵer statudol i atal ymchwiliad pan fo ymchwiliad diogelu, ymchwiliad troseddol, neu achosion troseddol ar y gweill mewn perthynas â'r un mater.

Mae canllawiau statudol i gynorthwyo cyrff cyfrifol i fodloni'r diwygiadau rheoleiddiol newydd o 1 Ebrill 2026 ymlaen wedi'u cydgyhyrchu gyda rhanddeiliaid allweddol y GIG a phartneriaid ehangach gan gynnwys Llais ac Ombwdsmon Gwasanaethau Cyhoeddus Cymru. Mae hyn yn disodli canllawiau blaenorol a ddyroddwyd o dan Gweithio i Wella.

Mae canllawiau ar gyfer pobl hefyd wedi'u llunio i gynorthwyo pobl i ddeall yr hyn y gallant ei ddisgwyl wrth leisio pryder. Mae'r ddwy set o ganllawiau wedi'u rhannu â rhanddeiliaid perthnasol ar ffurf drafft ac mae fersiynau terfynol ynghlwm wrth y cylchlythyr hwn. Byddant yn cael eu cyhoeddi ar dudalennau gwe Llywodraeth Cymru erbyn 1 Ebrill 2026.

Dim ond i gyrff GIG Cymru y mae'r ddyletswydd i ystyried proses gwneud iawn yn gymwys. Caiff y cyrff hyn eu diffinio yn Rheoliadau 2011 fel Byrddau Iechyd Lleol, Ymddiriedolaethau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol sy'n rheoli ysbyty neu sefydliad neu gyfleuster arall yn gyfan gwbl neu'n bennaf yng Nghymru, neu Awdurdodau Iechyd Arbennig. Nid yw'r ddyletswydd i ystyried proses gwneud iawn yn gymwys i ddarparwyr gofal sylfaenol na darparwyr annibynnol. Hynny yw, nid yw Rhannau 6 a 7 o Reoliadau 2011 yn gymwys i ddarparwyr o'r fath, ond mae'n ofynnol iddynt wneud trefniadau yn unol â Rhannau eraill o Reoliadau 2011.

Diwygiadau a Disgwyliadau Allweddol

1. Cynnig gorfodol i gynnal trafodaeth wrando

Rhaid i gyrff cyfrifol gydnabod eu bod wedi cael gwybod am y pryder, cyn pen cyfnod o 5 diwrnod gwaith ar ôl y diwrnod y daw'r pryder i law a rhaid iddynt gynnig cynnal trafodaeth wrando bersonol, naill ai drwy alwad ffôn, galwad fideo neu gyfarfod wyneb yn wyneb. O ran yr unigolyn, mae cymryd rhan yn y drafodaeth yn wirfoddol, ond nid yw'r cynnig yn rhywbeth dewisol i sefydliadau.

Dylai'r drafodaeth wrando:

- Sicrhau bod gwrandio gweithredol a thosturiol ar waith.
- Cadarnhau anghenion cyfathrebu a chynnig cymorth eirioli.
- Archwilio'r canlyniadau y mae'r unigolyn yn eu dymuno.
- Cofnodi'r drafodaeth yn glir ar y system reoli briodol.

Os yw'r unigolyn yn gwrthod y cynnig, rhaid i sefydliadau ddilyn y gofynion rheoleiddiol ar gyfer dogfennu'r camau nesaf a rhoi gwybodaeth ysgrifenedig amdanynt.

2. Datrys cynnar (Cam 1)

Rhaid ystyried datrys cynnar ar gyfer pob pryder oni bai bod hynny'n anaddas oherwydd cymhlethdod, risg, neu'r hyn a ffefrir gan yr unigolyn. Rhaid cwblhau'r cam datrys cynnar o fewn 10 diwrnod gwaith, sy'n dechrau ar y diwrnod y mae'r corff cyfrifol yn cydnabod ei fod wedi cael gwybod am y pryder.

Rhaid i sefydliadau sicrhau:

- Bod staff medrus yn arwain y drafodaeth wrando a'r camau datrys cynnar.
- Bod trafodaethau yn cael eu cofnodi'n gywir.
- Bod y canlyniadau yn realistig, yn canolbwyntio ar yr unigolyn ac yn cael eu cyfathrebu'n glir.

3. Tegwch a hygyrchedd prosesau

Rhaid i gyrff cyfrifol ddangos tegwch o ran mynediad, gan gynnwys monitro a mynd i'r afael â rhwystrau ar gyfer grwpiau a ymleiddiwyd a grwpiau nas clywir yn aml. Mae hyn yn cynnwys sicrhau fformatau hygyrch, cyfieithu ar y pryd, dewisiadau amgen yn sgil allgáu digidol, cynigion ar gyfer cymorth eirioli ac ymarfer sy'n ddiwylliannol gymwys.

Dylid ymdrin â phryderon sy'n ymwneud â gwahaniaethu (gan gynnwys hiliaeth) drwy weithredu â mwy o sensitifrwydd, dilysu profiadau a chynnal ymchwiliadau yn brydlon ac yn drylwyr.

4. Disgwyliadau ynghylch cyfathrebu

Rhaid i bob unigolyn sy'n lleisio pryder gael:

- Eglurhad clir o'i hawliau, opsiynau a phrosesau.
- Pwynt cyswllt penodol.
- Yr wybodaeth ddiweddaraf ynghylch hynt yr ymchwiliad.
- Crynodeb ysgrifenedig o'r drafodaeth wrando, pan fo un wedi'i chynnal, a'r camau gweithredu arfaethedig.

Pan ddefnyddir terminoleg gyfreithiol neu feddygol gymhleth, rhaid ei hegluro mewn iaith glir.

5. Ymchwilio a gwneud iawn (Cam 2)

Pan nad yw'r cam datrys cynnar yn llwyddiannus neu'n briodol, rhaid symud pryderon ymlaen yn ddi-oed i ymchwiliad Cam 2. Rhaid i sefydliadau sicrhau:

- Bod amserlenni realistig yn cael eu gosod ac y caiff gwybodaeth amdanynt ei rhannu.
- Bod ymchwiliadau'n gymesur, yn ystyriol o drawma ac yn canolbwyntio ar yr unigolyn.
- Bod canlyniadau yn cael eu rhannu mewn gohebiaeth ysgrifenedig glir a hygyrch.
- Bod penderfyniadau gwneud iawn yn dryloyw ac yn seiliedig ar dystiolaeth.

6. Dysgu, sicrwydd a llywodraethiant

Mae'n ofynnol i gyrff cyfrifol ddangos y dysgu sefydliadol sy'n deillio o bryderon a rhaid iddynt ymgorffori'r dysgu hwnnw yn strwythurau ansawdd, diogelwch a gwella gwasanaethau.

Rhaid i arweinwyr ddarparu sicrwydd:

- Bod yr holl brosesau pryderon yn cydymffurfio â'r rheoliadau.
- Bod camau gwella yn cael eu gweithredu a'u monitro.

Integreiddio â'r Dyletswyddau Ansawdd a Gonestrwydd

Rhaid i bob corff y GIG sicrhau bod y broses Gwrando ar Bobl, y Ddyletswydd Ansawdd a'r Ddyletswydd Gonestrwydd statudol yn gydnaws â'i gilydd. Dylid ymgorffori pryderon yn system rheoli ansawdd y sefydliad a dylent lywio gwaith craffu'r Bwrdd ynghylch ansawdd, diogelwch a phrofiad.

Pan fo canlyniad andwyol hysbysadwy yn sbarduno'r Ddyletswydd Gonestrwydd, rhaid i sefydliadau fodloni'r holl ofynion yn unol â gweithdrefn y Ddyletswydd Gonestrwydd, gan gynnwys cyfathrebu mewn modd agored, hysbysiadau amserol, dogfennaeth gynhwysfawr a chymorth i unigolion. Pan nad yw pryder yn sbarduno'r Ddyletswydd Gonestrwydd, rhaid cofnodi'r rhesymeg er mwyn ategu prosesau sicrhau ansawdd a dysgu sefydliadol.

Rhaid i'r dysgu o bryderon ac achosion gonestrwydd gael ei grynhoi, ei ddadansoddi, ei rannu a'i ddefnyddio i sbarduno gwelliannau.

Bydd hyn yn sicrhau bod y broses Gwrando ar Bobl yn cryfhau tryloywder, yn hybu arferion tosturiol, ac yn ymgorffori gwelliant parhaus ar draws y GIG yng Nghymru.

7. Defnyddio'r System Rheoli Pryderon Unwaith dros Gymru

Disgwylir i'r system rheoli pryderon Unwaith dros Gymru fod y prif fecanwaith ar gyfer cofnodi cwynion a digwyddiadau ac adrodd amdanynt, gan sicrhau cysondeb a thryloywder ledled Cymru.

Cymorth i sefydliadau

Mae cymorth cenedlaethol o ran gweithredu wedi'i ddarparu gan Perfformiad a Gwella GIG Cymru, drwy Grŵp Goruchwylio Strategol a Grŵp Cyflawni Gweithredol, sy'n cynnwys goruchwyliaeth gan Lywodraeth Cymru, a byddant yn parhau i wneud hynny. Y nod yw sicrhau bod rhanddeiliaid wedi'u paratoi'n dda ac yn hyderus i weithredu'r broses ddiwygiedig.

Adolygu

Bydd Llywodraeth Cymru yn parhau i adolygu Gwrando ar Bobl er mwyn sicrhau bod y broses yn parhau i fod yn berthnasol ac yn ystyrlon.

Y camau nesaf

Mae hon yn rhaglen drawsnewidiol lle y bydd disgwyl i holl sefydliadau'r GIG a chyrrff cyfrifol eraill wneud y canlynol:

- **Diweddarau gweithdrefnau a pholisïau lleol** i adlewyrchu'r rheoliadau a'r canllawiau Gwrando ar Bobl diwygiedig.
- **Hyfforddi staff**, yn arbennig y rhai sy'n ymwneud â'r prosesau datrys cynnar, trafodaethau gwrando ac ymchwiliadau.
- **Rhannu gwybodaeth â phobl ynghylch y newidiadau**, gan sicrhau iaith glir a hygyrchedd.
- **Integreiddio trefniadau monitro** i olrhain cydymffurfiaeth, amseroldeb, tegwch o ran mynediad ac ansawdd y gwaith dysgu.
- **Adrodd am gynnydd** wrth eu Bwrdd, ac wrth Lywodraeth Cymru, drwy strwythurau adrodd am ansawdd a pherfformiad presennol.

Camau gweithredu gofynnol

Rhaid i Brif Weithredwyr a Chyfarwyddwyr Nyrsio Gweithredol sicrhau'r canlynol:

- sicrwydd o ran gweithgarwch gweithredu,
- dulliau cyfathrebu mewnol clir â staff ar bob lefel,
- goruchwyliaeth ar lefel weithredol o gydymffurfiaeth a dysgu,
- cyflwyno ffurflenni sicrwydd i Lywodraeth Cymru yn ôl y gofyn.

I gloi

Mae'r fenter hon yn nodi rhaglen wirioneddol drawsnewidiol ar gyfer gofal iechyd yng Nghymru. Mae'n ymrwmiad ar y cyd i ddarparu gofal mwy diogel, tecach a mwy tosturiol i'n cleifion, gan hefyd feithrin diwylliant o ddysgu a gwella parhaus ymhlith staff. Fel Prif Swyddog Nyrsio Cymru, rwy'n annog pob cydweithiwr i groesawu'r newidiadau hyn gydag egni ac ymroddiad, gan sicrhau ein bod, gyda'n gilydd, yn creu effaith gadarnhaol barhaol ar ein cymunedau a dyfodol gofal iechyd Cymru.

Yn gywir



Sue Tranka

Y Prif Swyddog Nyrsio, Cyfarwyddwr Nyrsio GIG Cymru

WHC/2026/006.



Llywodraeth Cymru
Welsh Government

WELSH HEALTH CIRCULAR

Status: Information for Compliance

Category: Quality, Safety and Experience

Title: Listening to People: The amended NHS Wales complaints, incidents and redress process

Action by:

Required by: 1st April 2026

Chief Executives, Health Boards/Trusts

Directors of Public Health, Health Boards/Trusts

Medical Directors, Health Boards/Trusts

Directors of Primary Care, Health Boards/Trusts

Nurse Executive Directors, Health Boards/Trusts

Directors of Therapies and Health Sciences, Health Boards/Trusts

Chief Pharmacists, Health Boards/Trusts

Executive Director of Public Health, Public Health Wales

General Practitioners, dental practices and community pharmacies and optometry practices

For Information:

DG/Chief Executive, Health, Social Care and Early Years Group (HSCEY)

NHS Wales Deputy Chief Executive (HSCEY)

Welsh NHS Partnership Forum

General Practitioner Council, Wales

Mae'r ddogfen hon ar gael yn Gymraeg hefyd / This document is also available in Welsh

Rydym yn croesawu gohebiaeth a galwadau ffôn yn Gymraeg / We welcome correspondence and telephone calls in Welsh

British Medical Association (Cymru)

Royal College of GPs

Royal College of Nursing

Royal College of Midwives

Royal College of Paediatrics and Child Health

College of Optometrists

British Dental Association

Royal Pharmaceutical Society

Community Pharmacy Wales

Optometry Wales

Care Inspectorate Wales

Healthcare Inspectorate Wales

Sender: Sue Tranka, Chief Nursing Officer, Nurse Director NHS Wales

Welsh Government Contacts:

Quality & Nursing, Welsh Government, Cathays Park, Cardiff CF10 3NQ

QualityAndNursing@gov.wales

Enclosures:

Organisational guidance for Listening to People: NHS Wales complaints incidents and redress process

People's guidance for Listening to People: NHS Wales complaints incidents and redress process

Overview

This Welsh Health Circular sets out the mandatory expectations for all Welsh NHS bodies, primary care providers, and independent providers providing care commissioned by the NHS in Wales, in implementing the amended process for complaints, incidents and redress, which will now be known as Listening to People. These amendments modernise the former Putting Things Right arrangements and strengthen a person-centred, transparent and learning-driven approach across the NHS. They reflect the regulatory amendments made to the National Health Service (Concerns, Complaints and Redress Arrangements) (Wales) Regulations 2011 (“the 2011 Regulations”) by the National Health Service (Concerns, Complaints and Redress Arrangements) (Wales) (Amendment) Regulations 2025.

The Circular clarifies organisational responsibilities, standards, reporting requirements, and transitional expectations.

Background

A system-wide review highlighted that the previous Putting Things Right framework had become outdated, administratively burdensome, and insufficiently person-centred. Evidence showed that people did not always feel believed, understood, or supported when raising a concern; they felt the process to be overly legalistic, and lacking compassion or empathy, and complaints remained high, with avoidable escalation and repeat concerns. Significant criticism of the name Putting Things Right was received through consultation and stakeholder engagement, suggesting that whilst the intention was to ‘put things right,’ this did not reflect well for people who had been significantly harmed or were bereaved.

Consequently, the process will now be referred to as “Listening to People: NHS Wales Complaints, Incidents and Redress process” to emphasise the importance of putting people at the centre of the process by listening to them from the start. This is a significant national transformation in how the NHS listens to and responds to people and implementation should be phased, pragmatic and supportive.

The revised Listening to People process responds directly to these issues. Key changes include:

- A revised two-stage model: “Listen and Act” and “Investigate, Respond, and Learn”.
- A more prescribed and extended early resolution period of 10 working days from the date the concern is acknowledged.
- The mandatory offer of a discussion to focus on listening – to be referred to as the “listening discussion”.
- Increased financial redress threshold from £25,000 to £50,000.
- Requirement for records to be kept of any determinations that independent medical advice is not required in relation to concerns involving the death of, or moderate or severe harm to, a patient.
- Clearer communication and explanation of complex terms.
- Actively offered advocacy and legal support.
- A statutory power to suspend investigation where a safeguarding enquiry, criminal investigation, or criminal proceedings are underway in relation to the same matter.

Statutory guidance to support responsible bodies to meet the new regulatory amendments from 1st April 2026 has been coproduced with key NHS stakeholders and wider partners including Llais and the Public Services Ombudsman for Wales. This replaces previous guidance issued under Putting Things Right.

People's guidance has also been developed to support people to understand what they can expect when raising a concern. Both sets of guidance have been shared with relevant stakeholders in draft form and final versions are attached to this communication and will be published on Welsh Government webpages by 1st April 2026.

The duty to consider redress only applies to Welsh NHS bodies, which are defined in the 2011 Regulations as Local Health Boards, National Health Service Trusts managing a hospital or other establishment or facility wholly or mainly in Wales, or Special Health Authorities. The duty to consider redress does not apply to primary care providers or independent providers i.e. Parts 6 and 7 of the 2011 Regulations do not apply to such providers, but they are required to make arrangements in accordance with the other Parts of the 2011 Regulations.

Key Amendments and Expectations

1. Mandatory Offer of a Listening Discussion

Responsible bodies must acknowledge receipt of the notification of a concern not later than 5 working days after the day on which it is received and offer an in-person, telephone call, video call or face to face listening discussion. Participation is voluntary for the individual, but the offer is not optional for organisations.

The listening discussion should:

- Employ active, compassionate listening.
- Confirm communication needs and offer advocacy support.
- Explore the individual's desired outcomes.
- Record the discussion clearly in the appropriate management system.

If the individual declines, organisations must follow the regulatory requirements for documentation and written communication of next steps.

2. Early Resolution (Stage 1)

Early resolution must be considered for all concerns unless clearly unsuitable due to complexity, risk, or the individual's stated preferences. Early resolution must be completed within 10 working days, beginning with the day the responsible body acknowledges receipt of the notification of the concern.

Organisations must ensure:

- Skilled staff lead the listening discussion and early resolution stages.
- Discussions are documented accurately.
- Outcomes are realistic, person-centred and clearly communicated.

3. Process Accessibility and Equity

Responsible bodies must demonstrate equity of access, including monitoring and addressing barriers for marginalised and seldom-heard groups. This includes ensuring accessible formats, interpretation, digital-exclusion alternatives, advocacy offers, and culturally competent practice.

Concerns involving discrimination (including racism) should be handled with enhanced sensitivity, validation of experience, and prompt, thorough investigation.

4. Expectations Around Communication

All individuals raising a concern must receive:

- Clear explanation of their rights, options, and processes.

- A named point of contact.
- Updates about the progress of the investigation.
- A written summary of the listening discussion, where one has taken place, and proposed actions.

Where complex clinical or legal terminology is used, plain language explanations are required.

5. Investigation and Redress (Stage 2)

Where early resolution is not appropriate or is unsuccessful, concerns must progress promptly to Stage 2 investigation. Organisations must ensure:

- Realistic timeframes are set and communicated.
- Investigations are proportionate, trauma-informed, and person-centred.
- Outcomes are shared in clear, accessible written communication.
- Redress decisions are transparent and evidence-based.

6. Learning, Assurance and Governance

Responsible bodies are required to demonstrate organisational learning arising from concerns and must feed these into quality, safety, and service improvement structures. Leaders must provide assurance that:

- All concerns processes comply with the regulations.
- Improvement actions are implemented and monitored.

Integration with the Duties of Quality and Candour

All NHS bodies must ensure alignment between the Listening to People process, the statutory Duty of Quality, and the Duty of Candour. Concerns should be incorporated into the organisation's quality management system and inform Board-level scrutiny of quality, safety and experience.

Where a notifiable adverse outcome triggers the Duty of Candour, organisations must fulfil all requirements under the Duty of Candour procedure including open communication, timely notification, comprehensive documentation and support for individuals. Where a concern does not trigger the Duty of Candour, the rationale must be recorded to support quality assurance and organisational learning.

Learning from concerns and candour cases must be collated, analysed, shared, and used to drive improvement.

This ensures the Listening to People process strengthens transparency, supports compassionate practice, and embeds continuous improvement across the NHS in Wales.

7. Use of the Once for Wales Concerns Management System

The once for Wales concerns management system is expected to be the primary mechanism for recording and reporting complaints and incidents, ensuring consistency and transparency across Wales.

Support for organisations

National support for implementation has been and will continue to be provided by NHS Performance and Improvement through a Strategic Oversight Group and Operational Delivery Group with oversight from Welsh Government. The aim is to ensure that stakeholders are well-prepared and confident in implementing the amended process.

Review

Welsh Government will keep Listening to People under review to ensure the process remains relevant and meaningful.

Next Steps

This is a transformational programme where all NHS organisations and other responsible bodies will be expected to:

- **Update local procedures and policies** to reflect the amended regulations and Listening to People guidance.
- **Train staff**, particularly those involved in early resolution, listening discussions, and investigations.
- **Communicate changes to people**, ensuring plain language and accessibility.
- **Integrate monitoring arrangements** to track compliance, timeliness, equity of access and quality of learning.
- **Report progress** to their Board and, to Welsh Government through existing quality and performance reporting structures.

Required Actions

Chief Executives and Executive Nurse Directors must ensure:

- assurance of implementation activities,
- clear internal communications to staff at all levels,
- executive-level oversight of compliance and learning,
- submission of assurance returns as required by Welsh Government.

Conclusion

This initiative marks a truly transformational programme for healthcare in Wales. It represents a collective commitment to delivering safer, more equitable, and compassionate care for our patients, while fostering a culture of continual learning and improvement among staff. As Chief Nursing Officer of Wales, I urge all colleagues to embrace these changes with vigour and dedication, ensuring that together we create a lasting positive impact for our communities and the future of Welsh healthcare.

Yours sincerely



Sue Tranka

