



RHIF YMCHWIL GYMDEITHASOL:

37/2020

DYDDIAD CYHOEDDI:

03/06/2020

Adolygiad o'r Dystiolaeth ar Wasanaethau Iechyd Meddwl pob oed

Adolygiad o'r Dystiolaeth ar Wasanaethau Iechyd Meddwl pob oed

Awdur(on): Dr Duncan Holtom gyda Hibah Iqbal

Adroddiad Ymchwil Llawn: Holtom, D., Iqbal H. (2020). *Adolygiad o'r Dystiolaeth ar Wasanaethau Iechyd Meddwl pob oed*. Caerdydd: Llywodraeth Cymru, rhif adroddiad GSR 37/2020

Ar gael ar: <https://llyw.cymru/adolygiad-or-dystiolaeth-ar-wasanaethau-iechyd-meddwl-pob-oed>

Safbwyntiau'r ymchwilydd sydd yn yr adroddiad hwn ac nid o reidrwydd rhai Llywodraeth Cymru

Am ragor o wybodaeth cysylltwch â:

Janine Hale

Yr Is-adran Ymchwil Gymdeithasol a Gwybodaeth

Llywodraeth Cymru

Parc Cathays

Caerdydd

CF10 3NQ

E-bost: ymchwil.lechydAGwasanaethauCymdeithasol@llyw.cymru

Cydnabyddiaethau

Hoffai'r Tîm Ymchwil yn Pobl a Gwaith ddiolch i Janine Hale (Gwasanaethau Gwybodaeth a Dadansoddi yn Llywodraeth Cymru), Joanne Maddaford a Padraig McNamara (yr Is-adran Iechyd Meddwl a Grwpiau Agored i Niwed yn Llywodraeth Cymru) am eu cefnogaeth barhaus i'r adolygiad, a'u cyfraniadau ato.

Hoffem hefyd ddiolch i'r holl randdeiliaid a ddewisodd gymryd rhan yn yr adolygiad ac a gyfrannodd eu barn a'u profiadau. Hebddynt, ni fyddai'r adroddiad hwn wedi bod yn bosibl.

Yn olaf, diolch i Dr Sarah Lloyd-Jones am ei chyfraniadau i'r gwaith maes ac i Ann Churcher a Heather Pells am eu cyfraniadau i'r adroddiad.

Cynnwys

Cydnabyddiaethau	1
Rhestr o dablau.....	3
Rhestr o ffigurau	3
Rhestr termau	4
1. Cyflwyniad	6
2. Methodoleg	14
3. Cyfnodau pontio pobl ifanc o wasanaethau iechyd meddwl plant i wasanaethau iechyd meddwl oedolion	20
4. Arferion da mewn cyfnodau pontio a hwyluswyr a rhwystrau i wella trefniadau pontio rhwng CAMHS ac AMHS	40
5. Modelau gwasanaeth iechyd meddwl eraill	50
6. Casgliadau	71
7. Argymhellion ar gyfer ymchwil bellach	78
8. Llyfryddiaeth	79
Atodiad: rhestr o eitemau a gynhwyswyd yn yr adolygiad	87

Rhestr o dablau

Tabl 2.1. Canlyniadau'r chwilio a sifftio	17
Tabl 2.2. Cyfweleion yn ôl gwasanaeth ac ardal BILI.....	18
Tabl 5.1. Crynodeb o'r canfyddiadau allweddol o werthusiadau o wasanaethau iechyd meddwl plant a phobl ifanc neu ieuenctid yn y DU	59
Tabl 6.1. Gwella'r broses bontio o CAMHS i bobl ifanc a'u teuluoedd	73

Rhestr o ffigurau

Ffigur 3.1. Llwybrau pontio wedi'u mapio gan Leavey et al., 2018.....	20
Ffigur 3.2. Llwybrau pontio wedi'u mapio gan Singh et al., 2010	22
Ffigur 5.1. Model haenog o wasanaethau iechyd meddwl	51

Rhestr termau

Byrfodd	Diffiniad
ADHD	Anhwylder Diffyg Canolbwyntio a Gorfywiogrwydd
AMHS	Gwasanaethau Iechyd Meddwl i Oedolion
ASD	Anhwylder Sbectwm Awtistiaeth
CAMHS	Gwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed
CAPA	Choice and Partnership Approach
CIT	Tîm Ymyrryd Mewn Argyfwng
TIMC	Tîmau Iechyd Meddwl Cymunedol
EIPS	Gwasanaeth Ymyrraeth Gynnar mewn Seicosis
MT	Meddyg Teulu
TG	Technoleg Gwybodaeth
AD	Anabledau Dysgu
BILI	Bwrdd Iechyd Lleol
LPMHS	Gwasanaethau Iechyd Meddwl Sylfaenol Lleol
d.d.	Dim dyddiad. (defnyddir ar gyfer deunydd heb ei gyhoeddi)
NDd	Anhwylderau niwroddatblygiadol
Y GIG	Gwasanaeth Iechyd Gwladol
NICE	Y Sefydliad Cenedlaethol dros Rhagoriaeth mewn Iechyd a Gofal
OCD	Anhwylder Gorfodaeth Obsesiynol
ICC	Iechyd Cyhoeddus Cymru
PMHSS	Gwasanaethau Cymorth Iechyd Meddwl Sylfaenol
CBS	Coleg Brenhinol y Seiciatryddion
RTT	Targed Atgyfeirio i gael Triniaeth
SCIE	Y Sefydliad Gofal Cymdeithasol er Rhagoriaeth
sCAMHS	Gwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed Arbenigol
LLIBPhI	Rhaglen Law yn Llaw at Blant a Phobl Ifanc
Bwrdd Iechyd Addysgu	Bwrdd Iechyd Addysgu

BIP	Bwrdd Iechyd Prifysgol
LIC	Llywodraeth Cymru

Nodyn ar yr iaith a ddefnyddir i ddisgrifio Gwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed (CAMHS)

Mae "CAMHS" yn cael ei ddefnyddio fel term i ddisgrifio'r holl wasanaethau sy'n gweithio gyda phlant a phobl ifanc sy'n cael anawsterau gyda'u llesiant emosiynol neu ymddygiadol. CAMHS arbenigol (sCAMHS) yw'r timau iechyd meddwl amlddisgyblaethol sy'n gweithio gyda phlant a phobl ifanc ag anghenion iechyd meddwl mwy difrifol a chymhleth. Fodd bynnag, oherwydd y cyfeirir yn gyffredinol at sCAMHS fel "CAMHS" rydym wedi defnyddio'r confensiwn hwnnw yn yr adroddiad hwn.

1. Cyflwyniad

lechyd meddwl pobl ifanc

- 1.1 Mae'r rhan fwyaf o blant a phobl ifanc yng Nghymru yn profi lefelau da o lesiant meddyliol. Fodd bynnag, mae tua un o bob pump yn nodi boddhad bywyd isel ac amcangyfrifir bod gan tua un o bob wyth broblem iechyd meddwl. Mae mynychder problemau iechyd meddwl yn tueddu i gynyddu gydag oedran, ac mae rhai mathau mwy difrifol o salwch meddwl, fel sgitsoffrenia ac anhwylder deubegynol, dim ond yn tueddu i ddod i'r amlwg yn niwedd y glasoed (ICC, 2016).
- 1.2 Gall anghenion llawer o bobl ifanc sydd â phroblemau iechyd meddwl gael eu diwallu gan wasanaethau "cyffredinol"¹, fel ysgolion ac efallai mai dim ond cymorth am amser cyfyngedig fydd ei angen arnynt. Fodd bynnag, bydd problemau iechyd meddwl lleiafrif o bobl ifanc yn parhau ac, mewn rhai achosion, byddant yn rhai gydol oes. Mae difrifoldeb eu hanhwylderau yn golygu y bydd angen asesiad ac ymyriad arnynt gan wasanaethau gofal sylfaenol, cymunedol ac eilaidd mwy targedig neu arbenigol, fel Gwasanaethau Cymorth Iechyd Meddwl Sylfaenol Lleol (LPMHS) neu wasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed Arbenigol (sCAMHS), y cyfeirir atynt yn gyffredinol fel CAMHS². Mae'r data ar weithgarwch yn CAMHS yn gyfyngedig, ond amcangyfrifir y bydd angen ymateb neu gymorth gwasanaeth ar haen 3 (lefel CAMHS) ar 1.85 y cant o bobl ifanc, ar unrhyw un adeg (ICC, 2016, t.72)³.
- 1.3 Mae 16–18 oed yn adeg arbennig o agored i niwed i bobl ifanc. Maent yn agored i risg uwch o salwch meddwl, yn ogystal â mynd drwy gyfnod o newid ffisiolegol, ac efallai gydag achosion pwysig o bontio mewn meysydd fel addysg, tai (fel gadael y cartref teuluol neu gymorth i blant sy'n derbyn gofal), cyflogaeth a'u perthnasoedd. Disgwylir iddynt hefyd gymryd cyfrifoldeb cynyddol am eu hymddygiad a'u

¹ Mae hyn yn adlewyrchu'r continwwm o wasanaethau sy'n rhedeg o wasanaethau cyffredinol fel ysgolion, drwy wasanaethau mwy targedig, fel gwasanaethau cwnsela mewn ysgolion, i wasanaethau arbenigol fel CAMHS.

² Defnyddir CAMHS fel term ar gyfer pob gwasanaeth sy'n gweithio gyda phlant a phobl ifanc ag anawsterau gyda'u hiechyd meddwl a hefyd timau amlddisgyblaethol arbenigol y GIG (a elwir hefyd yn sCAMHS). Gan mai dyma'r iaith a ddefnyddiwyd gan gyfweleion ac mewn llawer o'r llenyddiaeth a adolygwyd, rydym yn cyfeirio at sCAMHS fel CAMHS.

³ Dyma'r amcangyfrif o bobl ifanc y gall fod angen arnynt, ar unrhyw un adeg benodol, ymateb neu gymorth gwasanaeth: "15% ar haen 1; 7% ar haen 2; 1.85% ar haen 3 gyda 0.08% ar haen 4, gyda 0.02% y mae angen arnynt wasanaethau haen 4 i gleifion mewnol." (ICC, 2016, t.72).

dewisiadau eu hunain (JCPMH, 2013; Singh et al., 2010). Felly, mae'r cyd-destun lle y mae pobl ifanc yn pontio o CAMHS yn aml yn heriol, ac mae pontio wedi'i gynllunio'n wael, diwedd sydyn i wasanaethau a newid sydyn mewn diwylliant yn gallu arwain at bobl ifanc yn llithro drwy'r bwlch gwasanaethau.

Galw cynyddol am wasanaethau iechyd meddwl

- 1.4 Mae'r galw am CAMHS ac AMHS yn cynyddu. Ceir tystiolaeth bod anhwylderau iechyd meddwl⁴ wedi cynyddu, er bod hynny ar gyfradd arafach na'r cynnydd mewn anawsterau iechyd meddwl; er enghraifft, roedd cyfran y rhai 5-15 oed yn Lloegr a brofodd unrhyw anhwylder meddwl wedi codi ychydig o 9.7 y cant yn 1999 i 11.2 y cant yn 2017 (NHS Digital, 2018). Mae hyn yn debygol o adlewyrchu nifer o ffactorau, gan gynnwys ymwybyddiaeth gynyddol o anawsterau iechyd meddwl a lleihau'r stigma sy'n gysylltiedig â nhw (felly mae anawsterau'n fwy tebygol o gael eu nodi); newidiadau i drothwyon diagnostig (fel bod mwy o anawsterau'n cael eu dosbarthu fel anhwylderau) a newidiadau cymdeithasol (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017). Mae hyn wedi cyfrannu at gynydd mewn atgyfeiriadau i wasanaethau iechyd meddwl, sydd wedi ei chael yn anodd ymdopi â'r galw cynyddol, gan arwain at restrau aros hirach a chodi trothwyon (sy'n cyfyngu ar fynediad i wasanaethau⁵) (Cynulliad Cenedlaethol Cymru, 2018). O ganlyniad, yn Lloegr: amcangyfrifir mai dim ond 25% o blant a phobl ifanc sydd angen triniaeth sy'n gallu ei derbyn (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017, t.40).

Cyd-destun polisi

- 1.5 Mae gwella iechyd emosiynol a meddyliol pobl o bob oed yn un o flaenoriaethau allweddol Llywodraeth Cymru. Dros y ddwy flynedd ddiwethaf, cafwyd amrywiaeth o adolygiadau, deddfwriaeth a rhaglenni. Yn yr adran hon, rydym yn canolbwyntio ar

⁴Nodwyd anhwylderau meddyliol yn unol â meini prawf diagnostig safonedig y Dosbarthiad Rhyngwladol o Glefydau (ICD-10), gan ddefnyddio'r Asesiad Datblygu a Llesiant (DAWBA). I gyfrif fel anhwylder, roedd yn rhaid i symptomau achosi trallod sylweddol i'r plentyn neu amharu ar ei weithrediad. Dyma'r problemau mwyaf cyffredin: anhwylderau ymddygiad, anhwylder diffyg canolbwyntio a gorfywiogrwydd (ADHD), anhwylderau emosiynol (h.y. pryder ac iselder) ac anhwylderau sbectwm awtistiaeth (ASD). (NHS Digital, 2018).

⁵ Gall hyn gynnwys: cyfyngiadau ar bwy all gael gafael ar wasanaeth, yn seiliedig ar: oedran, difrifoldeb yr angen, y math o gyflwr, tystiolaeth y rhoddwyd cynnig ar gymorth i fynd i'r afael â'r angen eisoes, a chyfyngiadau ar ba weithwyr proffesiynol sy'n gallu atgyfeirio i'r gwasanaeth (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017).

bedwar yn benodol: [Busnes Pawb](#); [Mesur Iechyd Meddwl \(Cymru\)](#); [Law yn Llaw at Iechyd Meddwl](#); [Rhaglen Law yn Llaw ar Blant a Phobl Ifanc](#) (LLIBPhI).

Busnes Pawb

- 1.6 Cyflwynodd strategaeth CAMHS Llywodraeth Cymru yn 2001, sef Busnes Pawb (Cynulliad Cenedlaethol Cymru, 2001), “gysyniad CAMHS” ehangach lle mae amrywiaeth o wasanaethau, gan gynnwys yn arbennig addysg a gwasanaethau cymdeithasol, yn darparu gwasanaethau iechyd meddwl plant a'r glasoed ynghyd â CAMHS arbenigol (sCAMHS).

Mesur Iechyd Meddwl (Cymru)

- 1.7 Mae pedair rhan y mesur yn cyflwyno:
- gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol lleol pob oed (LPMHS) i bobl â phroblemau iechyd meddwl ysgafnach a mwy sefydlog, gan gynnig asesiad a chymorth tymor byr a, lle bo angen, atgyfeirio i wasanaethau eilaidd (rhan 1);
 - cydgysylltu gofal a chynllunio gofal a thriniaeth⁶ ar gyfer y rhai y mae angen gofal a chymorth mwy arbenigol arnynt (rhan 2);
 - hawliau i'r rhai sy'n cael eu rhyddhau o wasanaethau iechyd meddwl i atgyfeirio eu hunain yn ôl i'r gwasanaethau hynny (rhan 3); a
 - mynediad i eiriolwr iechyd meddwl annibynnol ar gyfer cleifion mewnol (rhan 4).

Law yn Llaw at Iechyd Meddwl

- 1.8 Mae Law yn Llaw at Iechyd Meddwl, strategaeth Llywodraeth Cymru ar gyfer iechyd meddwl a lles, yn cwmpasu pobl o bob oed⁷ ac yn ceisio sicrhau bod pontio rhwng gwasanaethau: “yn seiliedig ar angen ac nid ar ffiniau oedran ffug.” (Llywodraeth Cymru, 2012b, t.5).

⁶ Dylai'r cynllun gael ei gydgyhyrchu. Mae'n nodi'r nodau y mae'r person (y claf) yn gweithio tuag atynt a'r gwasanaethau a ddarperir gan y GIG ac eraill i'w helpu i'w gwireddu.

⁷ Fel y mae'r strategaeth yn amlinellu: “yn y gorffennol, rydym wedi cael strategaethau ar wahân i blant, i oedolion o oedran gweithio ac i bobl hŷn. Ond yr adborth a gafwyd gan y rhai sy'n defnyddio'r gwasanaethau yw mai ar y pwyntiau trosglwyddo rhwng y gwasanaethau hyn y mae'r gofal a'r driniaeth yn methu.”

Rhaglen Law yn Llaw at Blant a Phobl Ifanc

- 1.9 Cafodd y Rhaglen Law yn Llaw at Blant a Phobl Ifanc (LLIBPhI) ei lansio ym mis Chwefror 2015 er mwyn ail-lunio ac ailganolbwyntio gwasanaethau emosiynol ac iechyd meddwl i blant a phobl ifanc. Mae un o'i ffrydiau gwaith yn canolbwyntio ar bob agwedd ar bontio i blant a phobl ifanc rhwng gwasanaethau a datblygu canllawiau priodol (GIG Cymru, d.d.). Arweiniodd hyn at LLIBPhI yn nodi a chyfleu'r egwyddorion sy'n "Sail i Bontio Da, Di-dor" (LLIBPhI, d.d.). Mae'r canllawiau yn ceisio newid y pwyslais o oedran penodol ar gyfer pontio (yn 18 oed)⁸ gan ganolbwyntio yn hytrach ar les y person ifanc (Cynulliad Cenedlaethol Cymru, 2018, t.109).

Egwyddorion sy'n Sail i Bontio Da, Di-dor

Wrth ddatblygu protocolau pontio lleol ac ymgymryd â phontio, dylai byrddau iechyd ystyried yr egwyddorion canlynol:

- Rhaid i'r person ifanc gael ei drin fel partner cyfartal, a gwranddo arno a deall ei anghenion a'u cymryd o ddifrif.
- Mae angen i'r person ifanc gael parhad gofal diogel.
- Rhaid i anghenion iechyd corfforol y person ifanc gael eu hystyried ochr yn ochr â'i anghenion iechyd meddwl.
- Dylai'r person ifanc gael ei gefnogi drwy gymorth gan gymheiriaid, hyfforddi a mentora, eiriolaeth a defnyddio technoleg symudol.
- Mae angen i bobl ifanc a'u teuluoedd gael eu cynnwys, dylid rhoi gwybodaeth a dewis iddynt sy'n hyrwyddo mynediad cynnar i gymorth, yn enwedig i'r rhai sydd mewn argyfwng a phobl ifanc â nodweddion gwarchodedig.
- Mae angen i wasanaethau ystyried dymuniadau'r person ifanc i gynnwys ei deulu neu esbonio wrth y person ifanc a'r teulu pam nad yw hyn yn ymarferol.

⁸ Ers 2012, mae pobl ifanc 16 ac 17 oed wedi cael cymorth gan CAMHS, yn hytrach nag AMHS, a phan fyddent tua 18 oed, byddai disgwyl i bobl ifanc (fel oedolion) bontio i AMHS. Fodd bynnag, dylai'r pontio rhwng gwasanaethau gael ei bennu ar sail angen, yn hytrach nag oedran, felly dylai CAMHS allu parhau i weithio gyda phobl ifanc wrth iddynt ddod yn oedolion a dylai AMHS, lle y bo'n briodol, allu gweithio gyda phobl ifanc 16 ac 18 oed a rhoi cymorth iddynt (LLIBPhI, d.d.).

- Dylai pontio di-dor, hyblyg fod yn broses a rennir sy'n canolbwyntio ar ddymuniadau ac anghenion y person ifanc. Mae'n ei gwneud yn ofynnol gael cynllunio cydgysylltiedig, amlasiantaeth gydag amrywiaeth o weithwyr proffesiynol o ddisgyblaethau gwahanol, y person ifanc a'i gynrychiolwyr.
- Dylid cael cytundeb i bontio gan y person ifanc a rhieni/gofalwyr o leiaf 6 mis cyn y dyddiad pontio arfaethedig.
- Dylai gwasanaethau CAMHS arbenigol a gwasanaethau i oedolion gytuno ar y cyd ar: brotocol pontio a rennir, protocol rhannu gwybodaeth a dulliau o ran arfer.
- Dylid defnyddio Pasbort y Person Ifanc fel ffordd o wella'r profiad ac o reoli disgwyliadau.
- Dylai pontio gael ei weithredu yng nghyd-destun datblygiad, aeddfedrwydd a gallu gwybyddol y person ifanc ac nid ar feini prawf gwasanaeth.
- Mae angen i wasanaethau ystyried achosion eraill o bontio a chymhlethdodau a allai roi pwysau ychwanegol ar y person ifanc.
- Dylai CAMHS arbenigol adolygu'n barhaus brofiadau pobl ifanc o bontio a'r hyn sy'n gweithio.

Ffynhonnell: Rhaglen LLIBPhI (d.d.)

- 1.10 Caiff y canllawiau eu hategu gan Basbort Person Ifanc, sydd: wedi ei gynllunio i rymuso a chynorthwyo pobl ifanc i gymryd perchenogaeth o'r broses [o symud o CAMHS i AMHS] a'u galluogi i gael pontio da. Mae'r pasbort yn cael ei ddatblygu gan y person ifanc gyda chymorth ei weithiwr pontio ac mae'n defnyddio dull sy'n canolbwyntio ar y person ac ar gryfderau er mwyn helpu i sicrhau bod y cyfnod pontio yn helpu'r person ifanc i sylweddoli beth sy'n bwysig iddo.

Pontio o CAMHS

- 1.11 Ers 2012, mae pobl ifanc 16 ac 17 oed wedi cael cymorth gan CAMHS, yn hytrach nag AMHS, a phan fyddent tua 18 oed, byddai disgwyl i bobl ifanc (fel oedolion)

bontio i AMHS. Fodd bynnag, dylai'r pontio rhwng gwasanaethau gael ei bennu ar sail angen, yn hytrach nag oedran, felly dylai CAMHS allu parhau i weithio gyda phobl ifanc wrth iddynt ddod yn oedolion a dylai AMHS, lle y bo'n briodol, allu gweithio gyda phobl ifanc 16 ac 17 oed a rhoi cymorth iddynt. Lle y bo'n briodol, dylid cael cyfnod o ofal a rennir rhwng gwasanaethau CAMHS ac AMHS. Os nad yw pobl ifanc yn bodloni'r meini prawf cymhwysedd ar gyfer AMHS, bydd angen llwybrau eraill i, er enghraifft, LPHMS (a sefydlwyd o dan Fesur Iechyd Meddwl (Cymru) (LLIBPhI, d.d.).

Anawsterau wrth bontio

- 1.12 Ar gyfer y bobl ifanc hynny y mae angen cymorth a gofal parhaus arnynt, mae'r pontio o CAMHS i AMHS yn hanfodol, ond gall fod yn heriol, ac mae nifer o adolygiadau wedi cofnodi'r anawsterau (gweler e.e. Comisiynydd Plant Cymru, 2019; Hafal, 2016; Cynulliad Cenedlaethol Cymru, 2014). Mae'r rhain yn adlewyrchu gwahaniaethau o ran diwylliannau, arferion a pholisïau sefydliadol CAMHS ac AMHS, gan gynnwys meini prawf cymhwysedd ac, er enghraifft, yr anawsterau y gall y person ifanc agored i niwed eu hwynebu'n aml wrth “adael fynd” o ran perthnasoedd o ymddiriedaeth gyda'r rhai y maent yn eu hadnabod yn CAMHS. At hynny, gall achosion didrafferth o bontio gael eu tanseilio gan gynllunio, cydgysylltu a chyfathrebu gwael, a/neu gynllunio a phrosesau sy'n canolbwyntio ar y gwasanaeth, sydd hefyd yn gallu eithrio aelodau o'r teulu, ac sy'n golygu bod y pontio yn: aml yn cael ei weld fel rhywbeth sy'n cael ei wneud iddyn nhw, yn hytrach na phroses y maent yn berchen arni ac y maent yn chwarae rhan lawn ynddi (T4CYP, d.d.). Gall pontio hefyd gael ei gymhlethu gan y cyfnodau pontio eraill y mae'r person ifanc yn eu gwneud (e.e., o'r ysgol i'r coleg, i'r brifysgol neu i gyflogaeth a/neu o'r cartref teuluol i fyw'n annibynnol) sy'n gallu ychwanegu at eu straen a'u hansicrwydd (Llywodraeth Cymru, 2012a).

Pontio da

- 1.13 Mae achosion o bobl ifanc sy'n pontio o CAMHS i AMHS bellach yn faes yr ymchwiliwyd iddo'n dda a cheir nifer o adnoddau sydd ar gael sy'n amlinellu sut beth yw pontio da (e.e. Street, 2019), gan gynnwys y rhai a luniwyd gan [LLIBPhI](#) (d.d.) (a drafodwyd uchod) a [NICE](#) (2016). Mae'r rhain fel arfer yn canolbwyntio ar gynllunio ac ymarfer sy'n canolbwyntio ar y person (gan gynnwys cyfathrebu a

chymorth effeithiol i bobl ifanc a'u teuluoedd). Mae cyflawni hyn yn gofyn am gynllunio effeithiol a chydgyssylltiedig gyda phobl ifanc a'u teuluoedd ac ar draws y gwasanaethau a'r proffesiynau gwahanol sy'n ymwneud â'r pontio. Dylai hyn sicrhau, er enghraifft, bod parhad gofal a chymorth ar gyfer anghenion meddyliol a chorfforol a bod dymuniadau pobl ifanc a'u teuluoedd yn cael eu parchu.

Nodau ac amcanion yr adolygiad

1.14 **Nod** yr adolygiad yw rhoi trosolwg o'r dystiolaeth ar wasanaethau iechyd meddwl pob oed ac achosion o bontio o CAMHS i AMHS. Disgwylir y bydd hyn yn llywio'r canllawiau a ddatblygwyd gan LLIBPhI ymhellach. Amcanion yr adolygiad yw:

- crynhoi'r dystiolaeth ynghylch pontio o CAMHS i AMHS ar draws gofal sylfaenol, cymunedol ac eilaidd yn benodol, ac effeithiolrwydd gwahanol fodelau;
- rhoi trosolwg o'r dystiolaeth ar bontio gofal o wasanaethau iechyd plant i oedolion yn fwy cyffredinol, a'r gwahaniaethau allweddol rhwng y dystiolaeth ar gyfer y gwasanaethau hyn a gwasanaethau iechyd meddwl;
- rhoi crynodeb o arfer da o ran pontio mewn gwasanaethau iechyd meddwl;
- cynnal nifer bach o gyfweiliadau ymchwiliol gyda rhanddeiliaid i nodi hwyluswyr a rhwystrau posibl i wella pontio, gyda'r nod o lywio rhagor o ymchwil yn y maes hwn.

Strwythur yr adroddiad

1.15 Mae gweddill yr adroddiad wedi'i strwythuro fel a ganlyn:

- mae adran 2 yn amlinellu dull a methodoleg yr adolygiad;
- mae adran 3 yn trafod pontio pobl ifanc o CAMHS a'r anawsterau y gellir dod ar eu traws. Mae hefyd yn trafod pam nad yw pobl ifanc weithiau'n cael eu derbyn gan AMHS, neu'n ymddieithrio oddi wrtho, a'r elfennau cyffredin a'r gwahaniaethau rhwng y sail dystiolaeth mewn perthynas â gwasanaethau iechyd meddwl a gwasanaethau iechyd eraill.

- mae adran 4 yn disgrifio'r dystiolaeth o'r hyn yw arfer da mewn achosion o bontio pobl ifanc o CAMHS.
- mae adran 5 yn amlinellu'r dystiolaeth am fodelau gwasanaeth eraill sy'n rhychwantu ffiniau oed traddodiadol, fel gwasanaethau iechyd meddwl pob oed, plant a phobl ifanc (e.e. gwasanaethau i'r rhai 0-25 oed) a gwasanaethau iechyd meddwl ieuenctid (e.e. gwasanaethau i'r rhai 14-25 oed).
- mae adran 6 yn amlinellu casgliadau'r adolygiad; ac
- mae adran 7 yn amlinellu argymhellion ar gyfer ymchwil bellach.

2. Methodoleg

Cyflwyniad

- 2.1 Adolygiad ansoddol oedd hwn yn bennaf. Fel y mae'r adran hon yn amlinellu, mae'n defnyddio adolygiadau llenyddiaeth systematig wedi'u hategu gan gyfweiliadau â nifer bach ($n=12$) o randdeiliaid a gweithdy gydag ymarferwyr i drafod canfyddiadau sy'n dod i'r amlwg.

Adolygiad llenyddiaeth

- 2.2 Diben yr adolygiad llenyddiaeth o'r ddesg oedd nodi ac yna asesu'r dystiolaeth ynghylch:

- achosion o bontio o CAMHS i AMHS, gan gynnwys effeithiolrwydd gwahanol ddulliau o gynorthwyo pontio rhwng gwasanaethau a modelau gwahanol, fel gwasanaethau iechyd meddwl pob oed;
- pontio o ofal o wasanaethau iechyd plant i oedolion yn fwy cyffredinol.

- 2.3 Oherwydd bod dau adolygiad systematig o ansawdd uchel eisoes wedi'u cynnal yn y maes hwn, canolbwyntiodd yr adolygiad llenyddiaeth ar:

- adolygiad o dystiolaeth a nodwyd ac a gynhwyswyd yn yr adolygiadau systematig o bontio pobl ifanc o wasanaethau plant i oedolion a gynhaliwyd gan NICE (2016) a Cochrane (Campbell et al., 2016);
- nodi ac adolygu tystiolaeth arall na chafodd ei chynnwys yn yr adolygiadau systematig cynharach hyn, oherwydd, er enghraifft, ei bod wedi'i chyhoeddi ar ôl cynnal yr adolygiadau (h.y. ar ôl 2016); a
- nodi ac adolygu tystiolaeth sy'n benodol i arfer yng Nghymru nad yw efallai'n bodloni'r meini prawf sy'n ofynnol ar gyfer ei chynnwys yn yr adolygiadau systematig, ond a ystyriwyd yn berthnasol wrth ddeall sut y gall arfer yng Nghymru fod yn wahanol i'r hyn yng ngwledydd eraill y DU, ac yn enwedig Lloegr, lle y cynhaliwyd llawer o'r ymchwil.

Adolygu adolygiadau systematig presennol

- 2.4 Yn ogystal â dethol y canfyddiad allweddol o'r adolygiadau systematig a gynhaliwyd gan NICE (2016) a Cochrane (2016), cafodd eu llyfryddiaethau eu "cloddio" er

mwyn nodi ymchwil sy'n benodol i wasanaethau iechyd meddwl. Helpodd hyn i nodi sut y gall y sail dystiolaeth mewn perthynas â phontio rhwng gwasanaethau iechyd meddwl fod yn wahanol i'r hyn sy'n cwmpasu pontio rhwng gwasanaethau iechyd eraill.

Nodi tystiolaeth arall

- 2.5 Er mwyn nodi tystiolaeth arall na fyddai wedi cael ei chynnwys yn yr adolygiadau systematig a gynhaliwyd gan NICE (2016) a Cochrane (2016), datblygwyd protocol chwilio. Roedd meini prawf allweddol ar gyfer cynnwys yr adolygiad fel a ganlyn:
- perthnasedd: rhaid i'r eitem gynnwys ymchwil (gan gynnwys gwerthusiadau) ynghylch pontio o wasanaethau iechyd plant i oedolion (gan gynnwys yn benodol, ond heb fod yn gyfyngedig i, wasanaethau iechyd meddwl) yng Nghymru, gwledydd eraill y DU a gwledydd Ewropeaidd dethol, na chawsant eu cynnwys yn adolygiadau NICE na Cochrane; ac
 - ieithoedd: rhaid bod yr eitem wedi'i chyhoeddi yn yr iaith Saesneg.
- 2.6 Y ffynonellau a chwiliwyd oedd:
- Google scholar i nodi llenyddiaeth academiaidd;
 - NHS Evidence;
 - Google, i nodi deunydd "llwyd" heb ei gyhoeddi, fel adroddiadau gwerthuso;
 - PubMed; a
 - The British Medical Journal (BMJ).
- 2.7 Y termau chwilio a ddefnyddiwyd oedd y llinyn termau chwilio: Research OR evaluation OR review AND transition* OR transfer AND "mental health" OR CAMHS OR "health Service*" AND 2016 OR 2017 OR 2018 OR 2019 ⁹.
- 2.8 Defnyddiwyd sifft dau gam i nodi eitemau a oedd yn bodloni'r meini prawf ar gyfer cynnwys. Yna cafodd y rhai a oedd yn bodloni'r meini prawf ar gyfer cynnwys eu hadolygu fel rhan o sifft ail gam i asesu ansawdd y dystiolaeth. Yna cafodd y rhai a

¹⁸ Defnyddiwyd y termau chwilio hyn i helpu i sicrhau y gallai eitemau a ystyriwyd gan adolygiadau systematig cynharach gael eu heithrio yn ystod y cam chwilio.

gynhwyswyd yn dilyn yr ail sifft eu hadolygu i nodi (a dethol) deunydd sy'n berthnasol i amcanion yr astudiaeth.

Asesu ansawdd y dystiolaeth

2.9 Roedd y dull a ddefnyddiwyd i asesu ansawdd y dystiolaeth yn seiliedig ar ganllawiau NICE (2018) gan ganolbwyntio ar asesu:

- a oedd digon o drafodaeth o ran y dull a'r dulliau a ddefnyddiwyd i'w gwneud yn bosibl rhoi barn ar ansawdd;
- a oedd y dull a ddefnyddiwyd yn briodol, o ystyried nodau ac amcanion yr ymchwil neu'r gwerthusiad;
- a oedd y dulliau a ddefnyddiwyd i gasglu data yn briodol, ac yn ddigon cadarn, i roi hyder yn eu dilysrwydd a'u dibynadwyedd tebygol;
- a oedd y dull a ddefnyddiwyd i ddadansoddi'r data yn briodol ac yn ddigon cadarn i roi hyder yn y canfyddiadau; ac
- a oedd y canfyddiadau'n cael eu hategu'n ddigonol gan y data a gyflwynwyd yn yr astudiaeth.

2.10 Defnyddiwyd dull hyblyg o asesu ansawdd er mwyn gallu cynnwys adolygiadau, fel y rhai a gynhaliwyd gan Bwyllgor Plant a Phobl Ifanc Cynulliad Cenedlaethol Cymru. Defnyddiwyd y rhain i roi gwybodaeth werthfawr am arfer yng Nghymru, er bod natur yr adolygiadau'n golygu na fyddent yn cyrraedd y safon uchel o dystiolaeth ynghylch "yr hyn sy'n gweithio" sy'n ofynnol gan ganllawiau NICE. O ystyried eu natur, defnyddiwyd yr adolygiadau hyn fel dystiolaeth ategol, yn hytrach na thystiolaeth sylfaenol o'r hyn sy'n gweithio.

2.11 Mae tabl 2.1. yn amlinellu canlyniadau'r broses chwilio a sifftio.

Tabl 2.1. Canlyniadau'r chwilio a sifftio

	# o eitemau a nodwyd gan y chwiliad	# o eitemau a gynhwyswyd ar ôl y sifft gyntaf	# o eitemau a gynhwyswyd ar ôl yr ail sifft
Google scholar	983	70	24
Google	210	20	9
BMJ	97	6	4
PubMed	0	0	0

- 2.12 Mae rhestr lawn o eitemau a nodwyd drwy'r chwiliad wedi'i hamlinellu yn yr atodiad. Yn ogystal ag eitemau a nodwyd drwy'r chwiliad (a amlinellwyd uchod), cafodd astudiaethau a nodwyd gan randdeiliaid, drwy waith cwmpasu cychwynnol a samplu caseg eira (lle, er enghraifft, gwnaed gwaith dilynol ar astudiaethau y cyfeiriwyd atynt mewn eitemau wedi'u cynnwys yn yr adolygiad), eu nodi ac yna eu hadolygu er mwyn asesu a oeddent yn bodloni'r meini prawf cynhwysiant ac ansawdd.

Cyfweliadau a gweithdy i ymarferwyr

- 2.13 Cynhaliwyd nifer bach o gyfweliadau (n=12) gyda rhanddeiliaid o CAMHS, AMHS a gwasanaethau iechyd meddwl ieuenctid arbenigol, fel EIPS, yng Nghymru. Crynhoir y rhain yn nhabl 2.2. Nodwyd rhanddeiliaid gan CAMHS neu AMHS ar ôl cael caniatâd gan adrannau ymchwil a datblygu'r Byrddau Iechyd Lleol (BILI). Roedd oedi o ran sicrhau caniatâd wedi oedi'r gwaith maes a chyfyngu ar yr amrywiaeth o fyrddau iechyd lleol y gellid eu cynnwys. Nodwyd cyfweleion ychwanegol o AMHS drwy alwad agored a wnaed gan Lywodraeth Cymru i gyfrannu at yr adolygiad, unwaith y penderfynwyd peidio â chynnal ail weithdy i ymarferwyr (a drafodir isod). Er gwaethaf yr heriau, roedd nifer y cyfweliadau a gynhaliwyd (12) yn uwch na'r targed a osodwyd ar gyfer yr astudiaeth, sef 7-10 cyfweliad. Yn ogystal, ymgynghorwyd drwy e-bost â nifer bach o randdeiliaid mewn rhannau eraill o'r DU er mwyn casglu deunydd ychwanegol am wasanaethau iechyd meddwl plant a phobl ifanc neu ieuenctid.

Tabl 2.2. Cyfweleion yn ôl gwasanaeth ac ardal BILI

BILI	CAMHS	Gwasanaeth 14-25 oed (e.e. gwasanaeth Ymyriad Cynnar ar gyfer Seicosis (EIPS))	AMHS (e.e. Timau Iechyd Meddwl Cymunedol (TIMC))
Bwrdd Iechyd Prifysgol (BIP) Aneurin Bevan	2	1	
BIP Betsi Cadwaladr			2
BIP Caerdydd a'r Fro	2	1	1
BIP Cwm Taf Morgannwg	1		1
BI Addysgu Powys			1

Gweithdai i ymarferwyr

- 2.14 Cynlluniwyd dau weithdy gydag ymarferwyr o CAMHS ac AMHS yn y drefn honno. Yn ymarferol, dim ond un gweithdy, a oedd yn agored i gyfranogwyr yn y [Gynhadledd Iechyd Meddwl Plant a Phobl Ifanc: Safbwynt Gwledydd Prydain ym mis Hydref](#) 2019, oedd modd ei drefnu o fewn yr amserlen a oedd ar gael ar gyfer yr adolygiad. Daeth nifer da i'r gweithdy hwn a rhoddodd gyfle i rannu a helpu i brofi a lledaenu canfyddiadau sy'n dod i'r amlwg gydag ymarferwyr a rhanddeiliaid eraill, fel rhieni neu ofalwyr pobl ifanc ag anawsterau iechyd meddwl.

Cryfderau a gwendidau'r ymagwedd a'r dulliau

- 2.15 Roedd y cwrmpas i adolygu a chloddio am ddata mewn dau adolygiad systematig o ansawdd uchel sy'n bodoli eisoes (NICE, 2016 a Cochrane, 2016) wedi rhoi sail dystiolaeth gadarn yn amlinellu beth oedd yn hysbys am yr hyn sy'n gweithio mewn perthynas â phontio o wasanaethau iechyd plant i wasanaethau iechyd oedolion. Cafodd hyn ei ddiweddarau a'i ymestyn drwy'r chwiliadau ychwanegol a chynnwys deunydd a nodwyd gan randdeiliaid, gan roi sicrwydd y gallai'r adolygiad ddefnyddio corff dystiolaeth cynhwysfawr a chyfredol. Roedd hefyd yn galluogi triongli canfyddiadau'n helaeth, ac roedd yn galonogol bod y rhan fwyaf o astudiaethau wedi nodi canfyddiadau tebyg. Er bod yr adolygiad, fel yr amlinellir yn adrannau 3, 4 a 5, wedi nodi llawer mwy o ymchwil am bontio, yn wahanol i werthusiadau o fodelau a dulliau. Ymddengys fod hyn yn adlewyrchu gwendidau yn y sail dystiolaeth, yn hytrach na gwendidau yn y strategaeth chwilio. Mae hyn wedi llywio'r argymhellion ar gyfer ymchwil bellach a amlinellir yn adran 7.
- 2.16 Oherwydd bod llawer o'r ymchwil a, lle y maent ar gael, y gwerthusiadau, wedi'u cynnal y tu allan i Gymru, ac wedi'u pwysoli'n drwm tuag at y rhai a gynhaliwyd yn Lloegr, cododd hyn gwestiynau ynghylch a ellid cyffredinoli canfyddiadau gwledydd eraill i Gymru. Roedd yr ymchwil ansoddol gyda rhanddeiliaid a nifer bach o adolygiadau a nodwyd a oedd yn canolbwyntio'n benodol ar Gymru, fel Comisiynydd Plant Cymru (2019); Cynulliad Cenedlaethol Cymru (2018) a Hafal (2016), yn hanfodol wrth helpu i asesu a oedd yn briodol cyffredinoli canfyddiadau i gyd-destun Cymru. Er bod y dystiolaeth o ymchwil ansoddol ac adolygiadau sy'n benodol i Gymru yn awgrymu, yn gyffredinol, y gallent wneud hynny, roedd y nifer bach o gyfweliadau a chwmpas daearyddol cyfyngedig yn cynyddu'r risg bod gwahaniaethau o ran arfer ledled Cymru yn cael eu colli. Felly, er y gellir casglu'n weddol resymol bod dystiolaeth am yr hyn sy'n gweithio yn berthnasol i Gymru fel, er enghraifft y mae'r canllawiau LLIBPhI presennol (LLIBPhI, d.d.) yn ei wneud, dylid trin canfyddiadau am arfer presennol yng Nghymru yn ofalus.

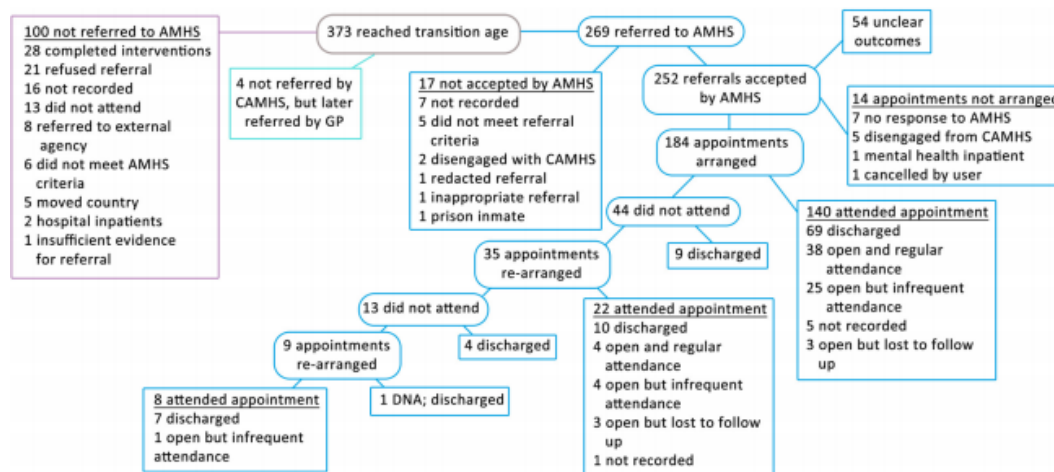
3. Cyfnodau pontio pobl ifanc o wasanaethau iechyd meddwl plant i wasanaethau iechyd meddwl oedolion

Cyflwyniad

3.1 Yn y 10-15 mlynedd diwethaf, mae cyfnod pontio pobl ifanc o CAMHS i AMHS wedi'i archwilio'n helaeth yn y llenyddiaeth, yn genedlaethol ac yn rhyngwladol. Mae'r ymchwili yn nodi bod cyfnodau pontio pobl ifanc o CAMHS yn gymhleth ac yn amrywiol, a bod llawer o bobl ifanc nad ydynt yn gwneud nac yn cynnal pontio i AMHS. Nid oes data am Gymru ar gael, ond fel y dengys ffigur 3.1 isod, nododd ymchwili yng Ngogledd Iwerddon¹⁰:

- ni chafodd tua chwarter o bobl ifanc a gefnogwyd gan CAMHS (n=373) eu hatgyfeirio i AMHS (n=100) pan wnaethant gyrraedd yr oedran pontio, am amrywiaeth o resymau a amlinellir yn Ffigur 3.1 isod; ac
- o'r bobl ifanc hynny y cafodd eu hatgyfeiriadau eu derbyn gan AMHS (n=252), dim ond tua 30 y cant (n=72) a oedd yn dal i fod yn "agored" ac mewn cysylltiad ag AMHS ar ôl tri apwyntiad¹¹ (Leavey et al., 2018).

Ffigur 3.1. Llwybrau pontio wedi'u mapio gan Leavey et al., 2018



Ffynhonnell: Leavey et al., 2018

¹⁰ Dadansoddodd yr ymchwili gyfnodau pontio 373 o bobl ifanc yng Ngogledd Iwerddon, gan ddefnyddio cofnodion a nodiadau achos pobl ifanc sy'n gymwys i bontio i wasanaethau iechyd meddwl oedolion dros gyfnod o 4 blynedd, yn ogystal â chyfweiliadau a gweithdai gyda gweithwyr proffesiynol.

¹¹ h.y. gyda "phresenoldeb cyson ac agored" (n=42) neu "bresenoldeb agored ond anaml" (n=30).

3.2 Fel y dengys ffigur 3.2, yn seiliedig ar ymchwil yn Lloegr (Singh et al., 2010)¹²:

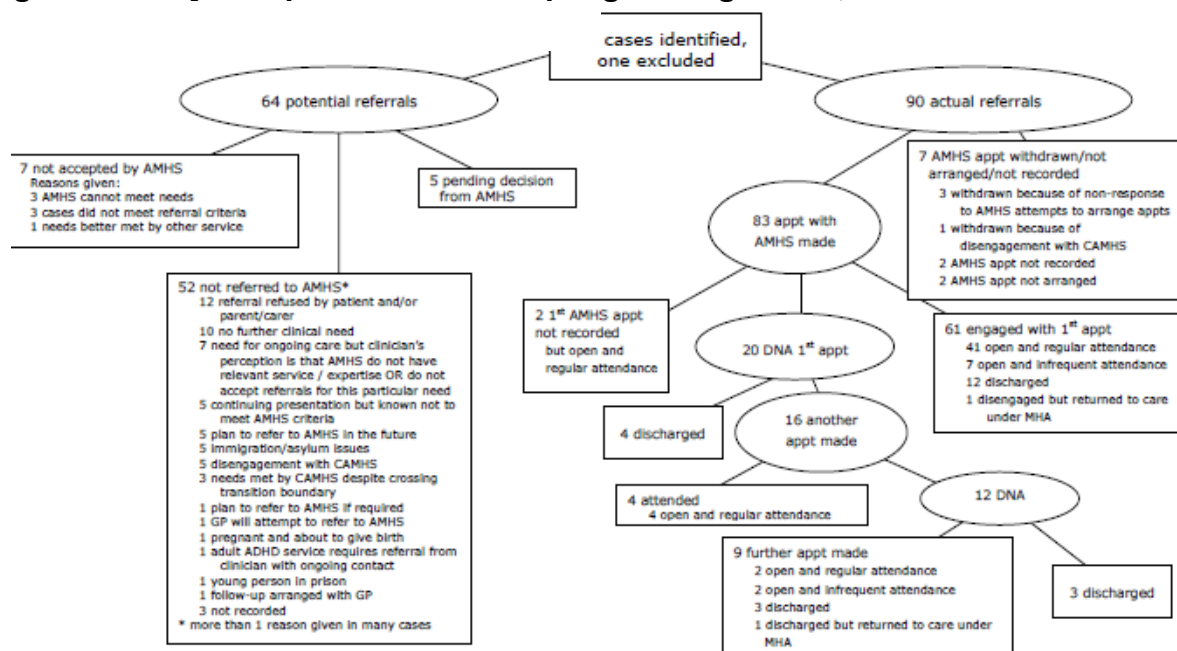
- ni chafodd tua un o bob pump (n=29) o bobl ifanc a gyrhaeddodd y ffin bontio rhwng CAMHS ac AMHS ac yr oedd CAMHS yn credu eu bod yn addas ar gyfer pontio (n=131)¹³ eu hatgyfeirio i AMHS oherwydd teimlwyd na allai AMHS ddiwallu eu hanghenion neu na fyddent yn cael eu derbyn gan AMHS (n=12); rhiant neu ofalwr wedi gwrthod (n=12), neu nad oeddent wedi cael eu hatgyfeirio i AMHS eto (n=5); ac
- o'r rhai a dderbyniwyd gan AMHS (n=90), roedd tua 65 y cant (n=58) yn dal i fod yn agored i gyswllt ag AMHS¹⁴ (h.y. yn cael rhywfaint o bresenoldeb parhaus gydag AMHS ac nid oeddent, er enghraifft, wedi'u rhyddhau).

¹² Cafodd y broses bontio ei gwerthuso: "using a case note survey, to identify all actual and potential referrals from CAMHS to adult services in the preceding year, to 'track' their progression through the service boundaries and evaluate their outcomes in terms of referral process and engagement with adult services" (Singh et al., 2010, t.44).

¹³ Cafodd 102 o 131 o achosion eu hatgyfeirio, gyda 90 wedi'u derbyn, saith wedi'u gwrthod a phump yn aros am benderfyniad gan AMHS. O'r 29 o achosion a oedd yn weddill, mewn 12 o achosion roedd y person ifanc a/neu riant/gofalwr wedi gwrthod atgyfeiriad i AMHS; mewn 12 o achosion ni chafodd atgyfeiriadau eu gwneud oherwydd bod CAMHS yn meddwl y byddai AMHS yn gwrthod yr atgyfeiriad neu'n methu diwallu anghenion y person ifanc; ac mewn pum achos cafodd atgyfeirio i AMHS ei gynllunio ond nid oedd wedi'i wneud (Singh et al, 2010, t.53).

¹⁴ Mae'r 58 yn cynnwys 41 â "phresenoldeb agored a rheolaidd"; saith â "phresenoldeb agored ac anaml" ar ôl yr apwyntiad cyntaf; pedwar â "phresenoldeb agored a rheolaidd", nad oeddent wedi mynd i'r apwyntiad cyntaf, ond a aeth i ail apwyntiad; dau â "phresenoldeb agored a rheolaidd" a dau â "phresenoldeb agored ac anfynych", nad oeddent wedi mynd i ail apwyntiad; a dau arall a gafodd eu rhyddhau ond a ddychwelodd i ofal (ibid.).

Ffigur 3.2. Llwybrau pontio wedi'u mapio gan Singh et al., 2010



Ffynhonnell: Singh et al., 2010

3.3 Mae'r adran hon yn trafod pam:

- y gall pontio i'r rhai sy'n cael eu derbyn gam AMHS fod yn anodd iawn; ac
- mae rhai pobl ifanc nad ydynt yn cael eu derbyn gam AMHS (e.e. oherwydd gwahaniaethau mewn meini prawf cymhwysedd ar gyfer CAMHS ac AMHS) neu'n ymddieithrio o AMHS (e.e. oherwydd pontio sydd wedi'i gynllunio'n wael a bylchau a gwahaniaethau rhwng gwasanaethau).

Amseru

- ### 3.4
- Mae'r llenyddiaeth a adolygwyd (e.e. McGorry, 2007, 2013) a chyfweleion yn nodi y gall pontio yn 18 oed ddod ar adeg anodd iawn ym mywydau pobl ifanc; fel y dywedodd un cyfwelai: "yn 17 oed maent yn aml wedi byw yn yr un ardal, nid oes ganddynt brofiad o fyd oedolion. Gall mynd i'r brifysgol achosi straen mawr ...neu beidio â mynd gan eich bod chi'n rhy anhwylyd a bod eich ffrindiau i gyd yn mynd...mae eich byd yn newid yn aruthrol...[rydych yn] teimlo'n agored i niwed, yn ynysig ac mae gennych hefyd anghenion ieched meddwl eilaidd....mae llawer o newid ac mae'n gyfnod cythryblus iawn".

- 3.5 Pwysleisiodd cyfweleion eraill yr achosion eraill o bontio a newidiadau a allai fod yn digwydd ym mywyd person ifanc, fel gadael addysg a chwilio am gyflogaeth, gadael y cartref teuluol a byw'n annibynnol, a ffurfio perthnasoedd newydd. O ganlyniad, fel y daeth un i'r casgliad: "pam creu anhrefn yng nghanol hyn i gyd?" (drwy ei gwneud yn ofynnol iddynt bontio o CAMHS i AMHS hefyd ar yr adeg hon yn eu bywydau).

Ofn a phryder

- 3.6 Gall newid feithrin ofn, dryswch a phryder, yn enwedig lle mae natur a chyfeiriad newid yn ansicr (fel sy'n wir yn achos llawer o bobl ifanc sy'n pontio) a/neu mae'r cyfathrebu yn wael (Comisiynydd Plant Cymru, 2019). Gall hyn gael ei waethygu gan ffactorau fel gwrthwynebiad y glasoed i newid a phontio, ofn ar ran teuluoedd a chanfyddiadau negyddol o wasanaethau oedolion hefyd (Singh et al., 2010).

O ganlyniad:

- Mae Colver et al. (2019) yn nodi (yn seiliedig ar astudiaeth fawr yn Lloegr¹⁵): "transition and transfer of health care were disorientating and disrupting for young people and their families";
 - Mae Hill et al. (2019) yn nodi bod y cysyniad o bontio, i'r bobl ifanc a gyfrannodd at eu hastudiaeth, yn rhywbeth i fod yn ofnus ac yn bryderus yn ei gylch; ac
 - Mae Singh et al. (2010) yn nodi: "transition is daunting for young people and carers – trusting therapeutic relationships built over time with CAMHS, and there is uncertainty about AMHS. Professionals reported feelings of loss and concerns about terminating therapeutic relationships with young people who anyway had difficulties in building trusting relationships".
- 3.7 Mae ymchwil ac adolygiadau yng Nghymru yn awgrymu darlun tebyg (gweler e.e. Comisiynydd Plant Cymru, 2019; CCC, 2018).

Paratoi, cynllunio a gweithio mewn partneriaeth gwael

- 3.8 Nododd cyfweiliadau ar gyfer yr adolygiad hwn ymrwymiad i wella pontio a chydabyddiaeth y gallent fod yn anodd, ond roedd problemau a rhwystrau ymarferol a oedd yn amharu ar hyn; er enghraifft, fel y dywedodd un cyfweilai:

¹⁵ Dilynodd yr astudiaeth hydredol 374 o bobl ifanc wrth iddynt bontio o wasanaethau pediatrig i wasanaethau ieuchyd oedolion.

“Mewn byd delfrydol, byddai atgyfeiriadau'n cael eu gwneud chwe mis cyn eu pen-blwydd yn 18 oed. Byddem yn onest am yr hyn y gall gwasanaeth oedolion ei wneud ac yn ceisio lleihau'r cymorth gan CAMHS...[fel nad yw'r person ifanc] yn stopio un funud ac yna'n dechrau rhywbeth gwahanol y funud nesaf [ar ei ben-blwydd - dim parhad gofal]. Y nod yw pontio graddol... ond mae'n hunllef trefnu'r cyfarfod trosglwyddo gofal cyn iddynt fod yn 18 oed”.

- 3.9 Gall diffyg amser, oherwydd blaenoriaethau sy'n cystadlu â'i gilydd a/neu oedi o ran dechrau cynllunio ar gyfer pontio a chyfathrebu a/neu gydgysylltu gwael o fewn a rhwng gwasanaethau danseilio'r gwaith o gynllunio a pharatoi ar gyfer pontio. Felly gall profiad pobl ifanc o bontio fod yn ddatgymalog; er enghraifft, myfyriodd un cyfwelai ar yr anawsterau ymarferol o ran trefnu amser a oedd yn gyfleus i staff CAMHS ac AMHS gyfarfod, a'r cwmpas cyfyngedig iawn ar gyfer cydweithio. Nododd rhai hefyd fod oedi pellach ar ôl pontio, wrth i AMHS aros am nodiadau gan CAMHS. O ganlyniad, fel y disgrifiodd un cyfwelai: “mae gennym bolisi a phrotocol CAMHS [ond yn ymarferol] ...mae'n gyfarfod trosglwyddo yn gyffredinol, ac efallai ychydig o waith ar y cyd”.
- 3.10 Nododd cyfweleion hefyd er y gall cynllunio ar gyfer pontio roi digon o amser i wasanaethau baratoi, efallai na fydd yn rhoi digon o amser i bobl ifanc a'u teuluoedd; er enghraifft, fel y nododd un, mae asesiad cychwynnol yn 17 i 17.5 oed yn golygu: “gallwn gynllunio ymlaen llaw ac os byddant yn cael eu derbyn, gallwn wneud cynllun ond mae'n newid enfawr iddyn nhw”.
- 3.11 Mae gwaith ymchwil yng Nghymru (e.e. Comisiynydd Plant Cymru, 2019), Lloegr (e.e. Colver, et al., 2019) a Gogledd Iwerddon (Leavey et al., 2018) yn nodi bod blociau adeiladu sylfaenol cynllunio ar gyfer pontio, fel cael cynllun pontio, yn aml yn absennol ac mae pobl ifanc yn teimlo bod cynllunio ar gyfer pontio yn cael ei wneud “amdanynt” yn hytrach na “gyda” nhw (Comisiynydd Plant Cymru, 2019). Nododd Leavey et al. (2018), o'r 252 o achosion a oedd yn CAMHS ar adeg pontio, ac y derbyniwyd eu hatgyfeiriadau gan AMHS, cynhaliwyd cyfarfod cynllunio ar gyfer pontio mewn 38 y cant o achosion yn unig, a chofnodwyd hyd yn oed llai o apwyntiadau ar y cyd (18 y cant). Fel y dengys y testun yn y blwch, nododd yr

Astudiaeth TRACK yn Lloegr (Singh et al., 2010) ddarlun yr un mor wael o ran y broses.

Faint o bobl ifanc sy'n cyflawni'r "pontio delfrydol"?

Defnyddiodd Singh et al. (2010) "arolwg nodiadau achos", i nodi'r holl atgyfeiriadau gwirioneddol a phosibl o bobl ifanc o CAMHS i AMHS yn Llundain Fwyaf a Gorllewin Canolbarth Lloegr, dros gyfnod o flwyddyn. Cafodd cynnydd y bobl ifanc hyn ei olrhain, i nodi, er enghraifft, a wnaethant bontio i AMHS a chynnal hyn, ac i nodi nodweddion y broses. Llwyddodd yr astudiaeth i olrhain achosion 155 o bobl ifanc, y cafodd 90 ohonynt eu hatgyfeirio i AMHS a'u derbyn ganddynt.

Defnyddiodd yr astudiaeth bedwar maen prawf i ddiffinio "pontio delfrydol":

- "parhad gofal (naill ai'n ymgysylltu ag AMHS dri mis ar ôl pontio neu wedi'u rhyddhau'n briodol); A
- chyfnod o ofal cyfochrog (cyfnod o gydweithio lle mae'r defnyddiwr gwasanaethau yn ymwneud â CAMHS ac AMHS);
AC
- o leiaf un cyfarfod cynllunio pontio (cyfarfod sy'n trafod y pontio o CAMHS i AMHS, gan gynnwys y defnyddiwr gwasanaethau a/neu'r gofalwr a gweithwyr proffesiynol allweddol, cyn trosglwyddo gofal o CAMHS i AMHS);

A
- throsglwyddo'r wybodaeth yn ddelfrydol (unrhyw un neu'r cyfan o'r canlynol wedi'u trosglwyddo o CAMHS i AMHS:
llythyr atgyfeirio, crynodeb o gyswllt CAMHS, unrhyw un neu'r cyfan o'r nodiadau CAMHS ac asesiad risg cyfoes)" (t.66).

Yn seiliedig ar y meini prawf hyn, nododd mai dim ond pedwar o'r 90 o bobl ifanc (4 y cant) a gafodd y "pontio delfrydol".

Nododd yr astudiaeth fod “pontio llai na delfrydol” yn un lle roedd un neu fwy o'r meini prawf hyn ar goll; o'r 90 o achosion:

- roedd gan 63 “barhad gofal”¹⁶;
- Cafodd 36 “o leiaf un cyfarfod cynllunio pontio”¹⁷;
- Cafodd 24 “drosoglwyddo gwybodaeth yn dda”¹⁸; ac
- Roedd gan 22 “gyfnod o ofal cyfochrog/cydweithio rhwng CAMHS ac AMHS”¹⁹ (t.67).

Y bwlch diwylliannol a sefydliadol

- 3.12 Un thema allweddol yn y llenyddiaeth a adolygwyd ar gyfer yr astudiaeth hon yw'r gwahaniaeth nodedig rhwng diwylliant gwasanaethau iechyd plant ac oedolion, gan greu “bwlch” rhwng gwasanaethau y mae'n rhaid i bobl ifanc ei negodi neu “neidio” ar ei draws (Chance, 2016); er enghraifft:
- fel y dywedodd Lamb a Murphy (2013): “young people and their parents describe the change in service philosophy between child and adult services confusing, especially in relation to the role and involvement of families”;
 - fel y dywedodd Hill et al. (2019): roedd CAMHS yn cael ei weld fel rhywbeth sy'n “meithrin” ac yn “amddiffyn” ac AMHS fel rhywbeth “annibynnol”, “unigoledig” ac “yn cael ei arwain gan anhwylder aciwt”; ac
 - mae Singh et al. (2010) yn nodi: “cultural philosophies differed between CAMHS and AMHS; the former was described as more person-centred, holistic and family-oriented, and the latter as medication- and crisis-oriented”.
- 3.13 Tynnodd llawer o'r cyfweleion ar gyfer yr astudiaeth hon sylw at y gwahaniaethau yn niwylliant CAMHS ac AMHS; er enghraifft, fel y disgrifiodd un: “Mae CAMHS yn

¹⁶ O'r 63 o achosion hyn, cafodd 18 “gyfnod o ofal cyfochrog”, cafodd 28 “o leiaf un gyfarfod cynllunio pontio” a chafodd 20 “drosoglwyddo gwybodaeth yn dda”.

¹⁷ O'r 36 o achosion hyn, cafodd wyth “gyfnod o ofal cyfochrog”; Cafodd 16 “drosoglwyddo gwybodaeth yn dda” a chafodd 28 “barhad gofal”.

¹⁸ O'r 24 o achosion hyn, cafodd chwech “gyfnod o ofal cyfochrog”; Cafodd 16 “o leiaf un cyfarfod cynllunio pontio” a chafodd 20 “barhad gofal”.

¹⁹ O'r 22 o achosion hyn, cafodd wyth “gyfarfod cynllunio pontio”; cafodd chwech “drosoglwyddo gwybodaeth yn dda” a chafodd 18 “barhad gofal” (Singh et al., 2010, t.67).

wahanol, mae perthynas y gweithiwr proffesiynol â'r claf yn un o "oedolyn dibynadwy" cymaint â meddyg", a bod CAMHS yn gweithio gyda theuluoedd. Mae'r ffocws ar "iechyd meddwl yn hytrach na salwch meddwl", ac mae pobl ifanc yn tueddu i beidio â bod mewn argyfwng, felly mae rôl CAMHS yn aml yn ymwneud â chynnal. Fel oedolion agored i niwed, mae angen "lansio hirfaith i annibyniaeth" ar y bobl ifanc hyn, ond mae AMHS yn ei "chael yn anodd darparu ar eu cyfer" felly maent yn "cael dim byd". Hyd yn oed os gallant gael mynediad i AMHS, mae'r berthynas rhwng gweithwyr proffesiynol a chleifion yn llawer mwy traddodiadol ac yn canolbwyntio ar yr unigolyn, yn hytrach na'r teulu a'r cyd-destun ehangach. Fodd bynnag, gwnaethant nodi hefyd bod maint llawer mwy y timau iechyd meddwl oedolion yn cynyddu'r posibilrwydd o arbenigo a datblygu arbenigedd, a bod rhai pobl ifanc yn barod ac eisiau gwasanaeth sy'n canolbwyntio mwy ar oedolion.

- 3.14 Tynnodd y cyfweleion hefyd sylw at y ffyrdd y gallai'r defnydd o'r Dull Dewis a Phartneriaeth (CAPA), (gweler y testun mewn blwch) yn CAMHS ond nid yn AMHS, ddyfnhau ymhellach y rhaniadau rhwng y ddau wasanaeth.

Y Dull Dewis a Phartneriaeth (CAPA)

Mae CAPA yn ceisio mynd ati'n systematig i gyfateb angen defnyddiwr gwasanaethau â chapasiti'r gwasanaethau, drwy apwyntiad "dewis" gyda chlinigydd. Mae'n galluogi dull mwy hyblyg o ran mynediad i gleifion ac amrywiaeth ehangach o ymyriadau gan ymarferwyr (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017).

- 3.15 Yn yr un modd, roedd rhai cyfweleion o AMHS yn dadlau â rhai o'r disgrifiadau o AMHS, gan bwysleisio er eu bod yn cyfathrebu'n uniongyrchol â'r person ifanc, roeddent yn meddwl "am y system y mae'r plentyn yn byw ynddi" ac yn deall "bod angen cymorth y teulu arnynt [y person ifanc] o hyd". Y broblem oedd nad oeddent yn gallu cynnwys y teulu heb gydsyniad y person ifanc. Pwysleisiodd cyfweleion a rhywfaint o'r llenyddiaeth a adolygwyd (e.e. Singh et al., 2010) fod lefel aeddfedrwydd a dealltwriaeth pobl ifanc yn hanfodol ac efallai fod rhai pobl ifanc yn croesawu'r newid mewn diwylliant ac ethos pan wnaethant bontio o CAMHS i

AMHS. Arweiniodd hyn at yr argymhellion ar gyfer “gwasanaethau sy'n briodol yn ddatblygiadol” yn hytrach na gwasanaethau sy'n seiliedig ar yr hyn y teimlid ei fod yn drothwy oedran mympwyol i raddau helaeth (Colver et al., 2019). Felly'r cwestiwn i'r rhan fwyaf o bobl ifanc yw **pryd** y gallant ac y dylent bontio i AMHS (a dull/model oedolion), yn hytrach nag **a ddylent** bontio i AMHS (dull/model oedolion). Yn yr un modd, nododd un cyfwelai fod cael ffin benodol yn golygu bod: “oedran yn un peth llai [i wasanaethau] ddadlau amdano”. Roedd hyn yn adlewyrchu'r pwysau ar wasanaethau, sydd yn ei dro wedi cynyddu'r pwysau i gyfyngu ar fynediad i'r gwasanaethau hynny.

Rheoli risg

- 3.16 Cafwyd trafodaethau gwahanol ynghylch risg. Fel y dywedodd un cyfwelai o AMHS: “gall gwasanaethau reoli risg gydag oedolion yn fwy na chyda phlant – disgwylir i oedolion allu gofalu amdany'n nhw eu hunain ond gyda phlant rhaid i wasanaeth gymryd cyfrifoldeb.” Fodd bynnag, mynegodd cyfweleion eraill o CAMHS y farn bod: “AMHS yn fwy cyfyngedig gan reolau ac asesiadau risg o gymharu â CAMHS”.

Cynnwys teuluoedd

- 3.17 Roedd AMHS o'r farn bod yr angen i gael cydsyniad pobl ifanc i gynnwys rhieni a gofawyr yn her allweddol; er enghraifft, fel y disgrifiodd un cyfwelai o AMHS:

"Y broblem fwyaf yw gwaith teuluol dwys. Nid oes angen i CAMHS gael cydsyniad rhieni i weithio gyda'r teulu...ond yn 18 oed os nad ydych am i'ch teulu gymryd rhan [does dim rhaid i chi] gallwch ddweud na. Mae'n broblem enfawr...os nad oes cydsyniad nid oes unrhyw beth y gallwn ei wneud, felly rydym yn annog atgyfeiriadau cyn 18 oed, i alluogi hyn [i adael i'r gwasanaethau ddechrau gweithio gyda rhieni [yn ddelfrydol] wrth gael cyfarfod trosglwyddo gofal, i ddechrau gwaith ar y cyd â CAMHS, ac i ddechrau meithrin y berthynas ar gam cynharach [ond y gwir amdani yw] rhestrau aros, maent yn cael mynediad i driniaeth ac yn dod i'n gwasanaeth ni ac yn disgwyl iddo fod yno ac yna [nid yw yno] ac mae gan seicolegwyr yn ein tîm restrau aros enfawr ac mae angen therapi ar lawer ohonynt".

- 3.18 Fel y dywedodd cyfwelai arall o AMHS, mae'r angen i gael cydsyniad yn gwneud pethau'n "anodd iawn"; er enghraifft, mae rhieni yn: "gyfarwydd â ffonio a chael cyngor, ni allwn ei roi heb gydsyniad y person ifanc ac mae rhieni'n rhwystredig iawn". Mae rhai pobl ifanc: "yn dweud nad ydynt am i'w rhieni gymryd rhan...maent am adael tŷ eu rhieni, y cyfan yn helbulus ac i ni maent yn teimlo'n ifanc iawn, yn anaeddfed, maent yn cael trafferth gyda'r pontio i fyd oedolion, ond rhaid i ni eu trin fel oedolion". Fel y dywedodd un arall: "efallai na fydd pobl ifanc yn agor eu post, efallai fod gennym y rhif ffôn anghywir [gan fod pobl ifanc yn aml yn newid rhifau symudol] ac nid ydynt yn cael yr awgrymiadau, [na'r] cymorth sydd ei angen arnynt gan y teulu sydd ei angen ar unrhyw un ar yr oedran hwnnw" (ni waeth a oes ganddynt anawsterau iechyd meddwl).

Hyder a chymhwysedd yn gweithio gyda phobl ifanc

- 3.19 Tynnodd nifer o gyfweleion sylw at hyder a chymhwysedd staff sy'n gweithio gyda phobl ifanc. Ystyriwyd bod hyn yn bryder penodol mewn perthynas â staff yn AMHS. Myfyriodd un cyfwelai ar sut roedd y newid polisi yn 2012, a oedd yn ymestyn CAMHS i 18 oed, wedi dadsgilio staff yn anfwriadol yn AMHS a oedd wedi

gweithio'n flaenorol gyda phobl ifanc 16 oed, ond a oedd bellach yn ei weld fel rhywbeth “y tu allan i'w cymhwysedd”.

Gwahaniaethau strwythurol

- 3.20 Tynnodd y llenyddiaeth a adolygwyd ar gyfer yr astudiaeth hon sylw hefyd at wahaniaethau strwythurol rhwng CAMHS ac AMHS; er enghraifft, fel y mae Lamb a Murphy (2013) yn ei ddisgrifio:

“Children’s mental health services provide for children and young people with a wide range of disorders, including mental illnesses such as depression, anxiety, eating disorders, obsessive-compulsive disorder and psychosis, as well as autism spectrum disorders, intellectual disabilities, attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and conduct disorder. In addition, specialist and targeted services provide for children and young people in difficult circumstances that put them at risk of mental disorder. For example, those in the care system, young people involved with the criminal justice system, and children and young people who have experienced abuse and neglect...The remit of secondary care AMHS is narrower in the main, focusing on adults with more severe mental illness. The majority of adults with mental disorders are cared for within primary care” (Lamb a Murphy, 2013, t.43).

- 3.21 Yn yr un modd, fel y nododd un o'r cyfweleion ar gyfer yr astudiaeth hon, mae gan CAMHS ac AMHS “strwythurau gwahanol iawn”, nad ydynt yn “adlewyrchu ei gilydd”. Fel y gwnaethant ddisgrifio, er bod gan CAMHS rai nodweddion tebyg i AMHS, ceir gwahaniaethau pwysig; er enghraifft, mae gwasanaethau niwroddatblygiadol yn eistedd yn CAMHS ond nid yn AMHS, ac mae'r CIT [Tîm Ymyrryd Mewn Argyfwng] yn gweithio'n wahanol i'r tîm allgymorth yn AMHS. Gan grynhoi, dywedwyd bod “ethos gwahanol nid tebyg am debyg” ac fel y gwnaethant gasglu, mae hyn yn golygu “nad yw darpariaeth yn seiliedig ar anghenion y plentyn [neu'r person ifanc] ond yr hyn y mae'r gwasanaethau yn ei ddarparu”.
- 3.22 Cododd dau gyfwelai bryderon penodol am addasrwydd/diffyg addasrwydd darpariaeth cleifion mewnol ar gyfer oedolion ifanc. Mae hyn hefyd wedi'i amlygu gan ymchwil arall (gweler RCP, d.d.; y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017). Roedd hyn

y tu hwnt i gwmpas yr astudiaeth, ond mae'n dangos yr anawsterau y gall pobl ifanc eu profi wrth geisio cael darpariaeth briodol i oedran ar ôl pontio.

Pwysau ar wasanaethau

- 3.23 Teimlwyd bod pwysau ar wasanaethau, o ganlyniad i'r galw cynyddol ynghyd â chyllidebau wedi'u rhewi neu wedi'u lleihau (a amlinellwyd yn adran 1), wedi cynyddu'r bylchau rhwng CAMHS ac AMHS. Fel y mae Singh et al. (2010) yn nodi: "threshold and eligibility criteria are currently being rigidly interpreted in a way to reduce the caseloads of AMHS workers already struggling with complex and demanding work". Nododd y Comisiwn Ansawdd Gofal fod gwasanaethau yn cyfyngu ar fynediad drwy osod terfynau ar bwy all gael mynediad i wasanaeth yn seiliedig ar: oedran, difrifoldeb yr angen, y math o gyflwr, tystiolaeth eich bod eisoes wedi ceisio cael cymorth i fynd i'r afael â'r angen, a/neu gyfyngiadau ar ba weithwyr proffesiynol all atgyfeirio i'r gwasanaeth (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017). Mae'r pwysau ar wasanaethau yn golygu bod y galw'n fwy na'r capasiti ac, er enghraifft, nododd dau gyfwelai o AMHS fod rhestrau aros, yn enwedig ar gyfer seicoleg, yn her, ac yn gwaethygu'r bwlch rhwng gwasanaethau a gynigir gan CAMHS ac AMHS.

Gwylwch y bwlch: effaith gwahaniaethau strwythurol a diwylliannol

- 3.24 Fel y mae Singh et al., (2010) yn casglu:
- "Ideological, structural, functional and organisational differences between CAMHS and AMHS produce complex challenges for all those involved in negotiating the boundary, including service users, carers and clinicians... CAMHS and adult services differ in their theoretical and conceptual view of diagnostic categories and aetiological processes [causes], in treatment focus, in service organisation, delivery and availability, and in professional training, all of which accentuate the problems at the interface..".
- 3.25 Mae'r ffyrdd y mae gwasanaethau wedi'u cyflunio, fel dull a arweinir gan ddiagnosis (gyda ffocws ar roi mynediad i'r rhai â chyflwr eu gellir ei ddiagnosisio a'u trin) yn gallu golygu bod pobl ifanc ag anawsterau lluosog, ond sy'n syrthio'n fyr o feini prawf diagnostig, yn methu cael mynediad i wasanaeth sy'n diwallu eu hanghenion (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017). Er enghraifft, disgrifiodd un cyfwelai o

wasanaethau plant yr hyn sy'n digwydd yn yr achosion hyn: “nid yw pontio yn hawdd i'r rhai ag anghenion iechyd meddwl emosiynol, gorbryder, OCD, iselder, hunan-niweidio rheolaidd... rhaid iddynt hunanatgyfeirio i PMHSS [gwasanaethau cymorth iechyd meddwl sylfaenol] - rydym wedi rhoi cynnig ar atgyfeirio uniongyrchol [i PMHSS], ond nid oedd yn gweithio'n dda: nid yw pobl ifanc yn ymgysylltu, felly rydym yn ceisio gwneud mwy o waith i'w paratoi”.

- 3.26 Aethant ymlaen i ddisgrifio'r math o waith paratoi a wnaethant, gan gynnwys edrych ar wefan y gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol lleol (LPMHS) gyda'r person ifanc, i ddangos iddynt beth y gallant gael mynediad iddo'n uniongyrchol, a'r hyn y mae angen iddynt gael atgyfeiriad gan feddyg teulu er mwyn cael mynediad iddo. Gwnaethant esbonio nad ydynt, ar ôl rhyddhau, yn gwybod a yw'r person ifanc yn cael mynediad i LPMHS ai peidio. Fel y dywedasant, nid yw'r hyn a gynigiwyd yw'r broblem gydag LPMHS, ond yn hytrach: “nid ei fod [ddim] yn glinigol effeithiol, y modd y mae'n cael ei ddarparu sy'n bwysig”, ac nad oedd yn “ystyriol o bobl ifanc”. Codwyd pryderon hefyd oherwydd er y gall pobl ifanc fodloni trothwyon Timau Iechyd Meddwl Cymunedol (TIMC), heb gymorth parhaus roeddent “i mewn ac allan” o dimau argyfwng yn y pen draw.
- 3.27 Gall bylchau rhwng gwasanaethau, a achosir gan ffactorau fel gwahaniaethau mewn trothwyon a meini prawf atgyfeirio, greu tensiynau a golygu bod pobl ifanc yn cael eu hanfon o un gwasanaeth i'r llall a/neu'n disgyn i'r bylchau rhwng gwasanaethau. Mae gwendidau canfyddedig mewn dewisiadau eraill yn lle AMHS, fel LPMHS, yn golygu bod, fel y dywedodd un cyfwelai o AMHS: “pan fyddant yn 18 oed, rwy'n teimlo bod [pobl ifanc] bron yn cael eu gollwng. Os na allwn ni [AMHS] eu derbyn, pwy fydd yn gwneud hynny?”
- 3.28 Fel y disgrifiodd un cyfwelai, gall fod “tir neb” rhwng gwasanaethau plant a gwasanaethau oedolion lle “nad oes dim byd yn cael ei wneud” i gynorthwyo person ifanc hyd nes ei fod yn 18 oed ac yn gymwys i gael gwasanaethau oedolion, “[sy'n] niweidiol iawn oherwydd bod y cloc yn tician drwy'r amser” ac mae oedi o ran cyfleoedd i ymyrryd er mwyn mynd i'r afael ag anawsterau iechyd meddwl a'u hatal rhag dwysáu.

3.29 Hyd yn oed pan fydd pobl ifanc yn gallu cael mynediad i AMHS, efallai y byddant yn teimlo neu'n canfod nad yw'r gwasanaeth yn gallu diwallu eu hanghenion. Er enghraifft, mae rhai astudiaethau'n nodi bod: addysg a hyfforddiant annigonol i ddarparwyr gofal oedolion ar anhwylderau'r glasoed (Singh et al., 2010) a datblygu'r gweithlu, a sicrhau bod gan staff yn CAMHS ac AMHS y sgiliau a'r hyder sydd eu hangen i weithio gyda phobl ifanc, yn her allweddol.

3.30 Serch hynny, fel y mae Singh et al. (2010) yn nodi:

"Some clinicians may find that mental health services are not in the best interest of their clients and the so-called 'natural' ending of CAMHS services at the age of 18 is an ideal time to discharge a young person who may not have been in need of such services anyway, possibly having been wrongly referred to CAMHS in the first place".

Maent hefyd yn nodi:

"Some young people's difficulties unexpectedly improved to such an extent that there was no longer a clinical need by the time they crossed the transition boundary".

Y grwpiau gwahanol o bobl ifanc y mae CAMHS ac AMHS yn gweithio gyda nhw

3.31 Mae'r gwahaniaethau strwythurol a sefydliadol a amlinellwyd uchod, yn golygu bod CAMHS ac AMHS yn gweithio gyda grwpiau gwahanol o bobl ifanc; er enghraifft, fel y mae Singh et al. (2010) yn nodi:

"CAMHS were perceived as working with a 'different' user group, becoming involved at lower thresholds encompassing low mood, relationship difficulties and self-harming. In contrast, AMHS were perceived as operating at higher thresholds relating to serious mental illness (e.g. psychosis) forensic histories and those requiring inpatient admissions. Concerns were also expressed that it was difficult to transfer young people to AMHS when they were in a stable state following treatment; in other words, not in a crisis state".

3.32 Gall y gwahaniaethau hyn feithrin ofnau ynghylch pontio, a lleihau parhad gofal hefyd (o ystyried newidiadau mewn, er enghraifft, perthnasoedd proffesiynol a therapiwtig) a golygu na all rhai pobl ifanc drosglwyddo o CAMHS i AMHS, gan nad

oes gwasanaeth ar eu cyfer. Nododd y cyfweleion yn CAMHS nad yw “mwyafrif” y bobl ifanc y maent yn eu cynorthwyo yn pontio i AMHS. Dywedodd cyfweleion fod pobl ifanc heb Gynllun Gofal a Thriniaeth (o dan y Mesur) ar y cyfan yn ei chael yn anodd pontio i AMHS eilaidd.

Y bwlch disgwyliad

- 3.33 Mae bylchau a gwahaniaethau rhwng gwasanaethau yn gyfyngiad strwythurol ar effeithiolrwydd cynllunio ar gyfer pontio. O ganlyniad, fel y mae Lamb a Murphy (2013) yn nodi: “professionals can experience difficulties in meeting the expectations of young people and families at transition”. Hyd yn oed pan fydd, er enghraifft, cyfathrebu da rhwng pobl ifanc, eu teuluoedd a gwasanaethau; fel y dywedodd un cyfwelai: “mae rheoli disgwyliadau ynghylch yr hyn sydd i ddod yn bwysig ...[rydym] yn esbonio'r gwahaniaethau rhwng CAMHS ac AMHS...[mae'n] bwysig gwneud hyn [nid bod] AMHS yn wael - ond maent yn wahanol ...gall cleifion ymddangos wedi'u synnu ...[oherwydd] ymddengys fod mwy o wasanaethau yn CAMHS o gymharu ag AMHS”.

Grwpiau agored i niwed

- 3.34 Mae ymchwil (e.e. y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017; Singh et al., 2010) yn nodi nifer o grwpiau o bobl ifanc sydd â risg uwch o bontio gwael (gan gynnwys methu pontio i AMHS, ymddieithrio oddi wrth AMHS, neu brofiad gwael o bontio o CAMHS i AMHS); mae'r rhain yn cynnwys:
- gall pobl ifanc sy'n byw mewn amgylchiadau heriol, fel plant sy'n derbyn gofal, y rhai sy'n gadael gofal awdurdod lleol; y rhai sy'n ddigartref, ceiswyr lloches neu o gefndir Sipsiwn, Teithiwr neu Roma: fod yn arbennig o agored i niwed o ran problemau iechyd meddwl.... [a hefyd] yn enwedig o agored i broblemau yn ystod pontio (Lamb et al., 2008, dyfynnwyd yn Singh et al., 2010);
 - pobl ifanc ag anhwylderau niwroddatblygiadol fel ADHD, anhwylderau sbectrwm awtistiaeth (ASD) ac anabledau dysgu (RCP, 2017).
- 3.35 Mae Singh et al. (2010) yn nodi, fel enghraifft: “the situation for young people with a learning disability is particularly complex. They may not meet the eligibility criteria for either the Adult Learning Disability Service or the Adult Community Mental Health Team, yet require ongoing support and psychiatric intervention” (t. 20).

- 3.36 Mae Gwaith Ymchwil yng Nghymru (e.e. Comisiynydd Plant Cymru, 2019) yn ategu hyn, er bod yr ymchwil hon a rhai cyfweleion wedi pwysleisio er bod y trothwyon yn newid yn 18 oed, a allai olygu nad oedd pobl ifanc bellach yn gymwys er nad oedd eu hanghenion wedi newid, nid oedd hyn yn golygu bod yr holl bobl ifanc ag anableddau dysgu yn anghymwys. Mewn un ardal nododd y cyfweleion fod yr “hyblygrwydd” ar ran timau anableddau dysgu oedolion, yn golygu bod pontio i bobl ifanc ac anableddau dysgu yn ogystal ag anawsterau iechyd meddwl yn aml yn haws na grwpiau eraill.
- 3.37 Nodir problemau tebyg (peidio â gweddu i dimau iechyd meddwl neu anableddau dysgu oedolion) ar gyfer:
- “high-functioning young people with an autism spectrum disorder or Asperger syndrome, especially in the absence of clear-cut comorbid psychiatric disorder” (Lamb et al., 2008);
 - pobl ifanc ag Anhwylder Diffyg Canolbwyntio a Gorfywigrwydd (ADHD)/Anhwylder Hypercinetig (RCP, 2017).
- 3.38 I raddau helaeth, mae hyn wedi'i gadarnhau gan ymchwil flaenorol yng Nghymru (e.e. Llywodraeth Cymru, 2016; Llywodraeth Cymru, 2019) a chyfweliadau; fel y dywedodd un cyfwelai: “ADHD - rydym yn trosglwyddo'r wybodaeth, ond dim ond yn cael cynnig meddyginiaeth, felly nid oes unrhyw waith ar y cyd fel y cyfryw – nid oes protocol meddyginiaeth a rennir gydag AMH a meddygon teulu” ac o ganlyniad i hynny “roedd oedi, problemau”. Roedd y sefyllfa mewn perthynas ag awtistiaeth yn fwy cymhleth. Roedd rhai pobl ifanc awtistig yn cael eu cefnogi gan CAMHS os oedd eu hanawsterau iechyd meddwl yn ddigon difrifol²⁰, ond yn aml nid oeddent yn gymwys i gael cymorth gan AMHS ac nid oeddent bob amser yn ymgysylltu â'r Gwasanaeth Awtistiaeth Integredig (IAS) newydd. Mae absenoldeb gwasanaethau i bontio iddynt yn fater allweddol yma (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017; Singh et al., 2010).

20 Yn gyffredinol, mae gwasanaethau NDd o fewn CAMHS yn canolbwyntio ar asesu a diagnosis, a phrin yw'r cymorth ôl-ddiagnostig a gynnigir ganddynt (Llywodraeth Cymru, 2019).

Ymddieithrio

- 3.39 Nododd Hill et al. (2019) fod ofn a phryder ynghylch y newid yn gallu cyfrannu at bobl ifanc yn ymddieithrio oddi wrth wasanaethau ac mae'r Comisiwn Ansawdd Gofal (2017) yn nodi bod gwneud y "pethau syml" yn anghywir, fel lleoliadau sy'n teimlo'n oeraidd, yn ddigroeso a/neu'n frysiog, hefyd yn gallu cyfrannu at ymddieithrio. Ystyrir bod hyn yn risg benodol pan fydd pobl ifanc yn teimlo'n agored i niwed oherwydd bod ganddynt anghenion cymhleth ac yn rhyngweithio â lluo o wahanol wasanaethau a gweithwyr proffesiynol. Mae pryderon hefyd y bydd gwasanaethau yn rhyddhau cleifion nad ydynt yn ymgysylltu. Gan nodi'r hyn sy'n amlwg, mae hyn yn hanfodol oherwydd, fel y mae Singh et al. (2010) yn nodi: "the most disruptive outcome of poor transition is that young people with ongoing needs disengage from services during the transition process".
- 3.40 Bu cyfweleion mewn gwasanaethau oedolion yn trafod yr heriau yma; er enghraifft, fel y dywedodd un, pan nad yw person ifanc yn ymgysylltu:

"Rydym yn ceisio cysylltu dros y ffôn er mwyn iddynt ymgysylltu â'ch llais, egluro'r hyn y gallwch ei gynnig a cheisio trefnu i gwrdd [yn y gwasanaeth, yn eu cartref, hyd yn oed yn eu car] rywle y maent yn gyfforddus [mae angen i ni eu hannog i] gymryd cyfrifoldeb am eu gofal a thrafod y ffyrdd y gallwn helpu. Os nad ydynt yn ymgysylltu [ymateb i alwadau ffôn] rydym yn anfon llythyr optio i mewn ... os ydym yn pryderu'n fawr am y risgiau [e.e. o hunanladdiad, hunan-niwed, esgeulustod, bod yn agored i niwed, bygythiadau i eraill], rydym yn galw'n annisgwyl...ceisio ymweld ...[ond] os nad yw'r risgiau'n cael eu hamlygu gan CAMHS gallant gael eu rhyddhau [gan AMHS]".

Annibyniaeth a chyfrifoldeb pobl ifanc

- 3.41 Nododd cyfweleion y gallai anawsterau iechyd meddwl ei gwneud yn anoddach i bobl ifanc, er enghraifft, gymryd cyfrifoldeb neu gymell eu hunain, a hefyd nad oedd rhai pobl ifanc yn aeddfed iawn yn emosiynol yn 18 oed. Yr her i AMHS yw mai cyfrifoldeb pobl ifanc yw ymgysylltu. Fel yr esboniodd un cyfwelai: "os nad ydych chi eisiau [nid oes rhaid i chi], eu cyfrifoldeb nhw ydyw - mae ganddynt y rhyddid a'r dewis a'r hawl i wneud 'dewisiadau annoeth'"; fel yr esboniodd un arall:

“[Os ydynt yn cael eu hasesu fel rhai nad ydynt yn gymwys – neu nad ydynt am gael mynediad i wasanaethau eilaidd] rydym yn dweud wrthynt beth sydd ar gael, efallai gwneud atgyfeiriad gyda nhw neu ar eu rhan, rhoi gwybodaeth a manylion cyswllt iddynt, eistedd i lawr gyda nhw pan fyddant yn ffonio, ond mae gwasanaethau oedolion yn tybio bod gan y person y capasiti ac yn gallu gwneud ei ddewisiadau ei hun...i ddewis gwasanaeth ai peidio, y person [ifanc] sy'n gyfrifol. Mae rhai yn eithaf aeddfed yn 18 oed, ac mae eraill yn dweud, “rwyf am fyw fy mywyd gorau””.

- 3.42 Gwnaethant fyfyrio ar hyn gan ddweud y “byddai'n dda” gallu gwneud gwaith dilynol gyda'r bobl ifanc hyn, ond nad yw hyn yn rhywbeth y gallant ei wneud fel mater o drefn.
- 3.43 Roedd ailymgysylltu yn fater allweddol yma. Nododd rhai cyfweleion nad oeddent yn gwybod a oedd pobl ifanc yn gwybod sut i ailymgysylltu ag AMHS, neu pa mor hawdd ydoedd iddynt wneud hynny. Nodwyd, serch hynny, y gall pobl ifanc hunanatgyfeirio dim ond os ydynt wedi cael eu derbyn gan y gwasanaeth ac yna eu rhyddhau, a'i bod yn llawer mwy anodd os nad oeddent erioed wedi'u derbyn gan AMHS.

Gwasanaethau iechyd meddwl sylfaenol

- 3.44 Mae LPMHS wedi'i fwriadu i fod yn wasanaeth pob oed. Fodd bynnag, cododd cyfweleion bryderon, a amlygwyd hefyd gan y Pwyllgor Plant, Pobl Ifanc ac Addysg bod: “creu gwasanaethau LPMHS i bob oedran (i ddisodli'r gwasanaethau ar wahân blaenorol ar gyfer oedolion a phlant) o dan Fesur Iechyd Meddwl (Cymru) 2010 mewn perygl o adael gwasanaeth CAMHS israddol ar gyfer plant a phobl ifanc, gan ganolbwyntio ar fodolau gofal i oedolion” (CCC, 2018). Yn yr un modd, nododd adroddiad cynharach y pwyllgor fod Mesur Iechyd Meddwl (Cymru): “yn adlewyrchu'r gwasanaethau sy'n canolbwyntio ar oedolion yn well a bod disgwyl i Weithwyr Iechyd Meddwl Sylfaenol nad ydynt wedi cael hyfforddiant na phrofiad o weithio gyda phlant mewn iechyd meddwl plant a'r glasoed, fynd ati i gael hyfforddiant a magu profiad” (CCC, 2014).

Elfennau cyffredin a gwahaniaethau rhwng y dystiolaeth ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl a gwasanaethau iechyd eraill

3.45 Fel y mae Lamb a Murphy (2013) yn nodi: “difficulties in transition from one service to another are not unique to mental health services... nor to the adolescent–young adult transition”. Mae hwn yn ganfyddiad cyffredin ar draws y llenyddiaeth a adolygwyd; er enghraifft, mae ymchwil a ganolbwyntiodd ar bontio rhwng gwasanaethau iechyd eraill yn nodi heriau tebyg i'r rhai sy'n benodol i wasanaethau iechyd meddwl:

- Archwiliodd Ludvigsson et al. (2016) lenyddiaeth ar bobl ifanc â chlefyd seliag a'u pontio i fyd oedolion. Nododd yr astudiaeth fod rhwystrau i bontio llwyddiannus yn cynnwys cael darparwr gofal iechyd oedolion heb brofiad digonol o'r clefyd, cyfathrebu aneffeithlon neu ddiffyg cyfathrebu, a gwahaniaethau diwylliannol rhwng darparwyr pediatrig a darparwyr oedolion;
- Canfu arolwg Sebastian et al. (2012) ar ofynion ar gyfer pontio didrafferth i'r glasoed â chlefyd llid y coluddyn fod paratoi ar gyfer pontio yn gynnar yn fwy defnyddiol ar gyfer pontio llwyddiannus ac roeddent yn teimlo bod trosglwyddiadau hyblyg yn bwysig; a
- Dilynodd astudiaeth hydredol Colver et al (2019) 374 o bobl ifanc wrth iddynt bontio o wasanaethau pediatrig i wasanaethau iechyd oedolion²¹ a nododd mai bylchog oedd y broses o weithredu argymhellion arfer da²² i gynorthwyo pontio. Fodd bynnag, nododd yr astudiaeth hefyd fod gwasanaethau i bobl ifanc â diabetes yn tueddu i gael eu trefnu'n well. Roedd hyn yn rhannol oherwydd bod gwasanaethau diabetes wedi dangos diddordeb mewn gwella pontio am ddegawd o leiaf ac oherwydd bod 14-18 oed yn cael ei weld fel targed ar gyfer rheoli diabetes yn ofalus.

²¹ Roedd gan gyfranogwyr ddiabetes math 1, parlys yr ymennydd neu ASD gyda phroblemau iechyd meddwl ychwanegol.

²² Gwnaethant ymchwilio i ba raddau roedd y bobl ifanc yn derbyn naw nodwedd fuddiol arfaethedig, sy'n cynnwys: clinig â bandiau oedran; cwrdd â'r tîm oedolion cyn pontio; hybu hunaneffeithiolrwydd iechyd; cynllun pontio ysgrifenedig; cynnwys rhieni'n briodol; gweithiwr allweddol; tîm cydgysylltiedig; hyfforddiant sgiliau bywyd cyfannol; rheolwr pontio ar gyfer y tîm clinigol.

3.46 Fodd bynnag, gall fod cymhlethdodau ychwanegol sy'n gysylltiedig â phontio pobl ifanc o CAMHS i AMHS o ystyried, er enghraifft, y cysylltiadau rhwng:

- anawsterau iechyd meddwl ac amgylchiadau pobl ifanc; er enghraifft, mae'r rhai sy'n wynebu digwyddiadau bywyd cymhleth, fel salwch meddwl rhieni, camddefnyddio sylweddau, tlodi, esgeulustod, cam-drin, trais domestig a chamfanteisio rhywiol mewn mwy o berygl o ddatblygu anawsterau iechyd meddwl; ac
- anawsterau iechyd meddwl ac anableddau, NDd a chyflyrau hirdymor; er enghraifft, bydd bron 40 y cant o blant a phobl ifanc ag anabledd dysgu yn datblygu anghenion iechyd meddwl sylweddol (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017) ac mae gan bobl ifanc ag anhwylderau NDd fel awtistiaeth risg uchel o ddatblygu anawsterau iechyd meddwl. Mae hyn yn cynyddu cymhlethdod anghenion pobl ifanc a gall olygu nad oes AMHS ar gael neu nad yw'n briodol.

3.47 At hynny, gall natur hirdymor llawer o gyflyrau iechyd meddwl wneud pontio yn fwy anodd. Daeth Haggerty et al. (2003, a ddyfynnwyd yn Singh et al., 2010) i'r casgliad canlynol: "continuity of care in mental health services differs from health care provision in its explicit and much greater emphasis on continued contact between service users and professionals". Yn yr un modd, mae McDonagh (2006, a ddyfynnwyd hefyd yn Singh et al., 2010) yn nodi bod newidiadau mewn perthynas therapiwtig hirdymor, sefydledig rhwng pobl ifanc a gweithwyr iechyd proffesiynol yn her allweddol.

Casgliadau

3.48 Mae nifer o resymau pam mae pobl ifanc:

- yn profi pontio anodd o CAMHS i AMHS;
- nad ydynt yn cael eu derbyn gan AMHS (e.e. oherwydd gwahaniaethau mewn meini prawf cymhwysedd ar gyfer CAMHS ac AMHS); a/neu
- yn ymddieithrio oddi wrth AMHS (e.e. o ganlyniad i bontio sydd wedi'i gynllunio'n wael a bylchau a gwahaniaethau rhwng gwasanaethau).

3.49 Fel y mae adran 4 yn amlinellu, mae nifer y ffactorau cyfrannol gwahanol yn golygu nad oes atebion syml i wella'r pontio o CAMHS.

4. Arferion da mewn cyfnodau pontio a hwyluswyr a rhwystrau i wella trefniadau pontio rhwng CAMHS ac AMHS

- 4.1 Mae'r adran hon yn amlinellu sut y gellir gwella'r rhyngwyneb rhwng CAMHS ac AMHS, ac yn trafod y rhwystrau a'r galluo gwyr ar gyfer gwella.

Mynediad i wasanaethau

- 4.2 Fel y mae adran 3 yn amlinellu, dim ond pan fo gwasanaeth i bontio iddo y gall pontio ddigwydd. Os oes gan bobl ifanc anghenion parhaus, ac mae gwasanaeth y gallant gael mynediad iddo, dylent gael eu hatgyfeirio. Fodd bynnag, nid yw hyn bob amser yn syml; er enghraifft, mae Singh et al. (2010) yn nodi bod staff CAMHS ac AMHS o'r farn bod y meini prawf cymhwysedd yn hynod gymhleth, biwrocraidd a dryslyd. Ystyrir bod hyfforddiant a chydweithio rhwng CAMHS ac AMHS yn bwysig yma wrth wella dealltwriaeth pob gwasanaeth o'r llall a, phan nad oes gwasanaeth, mae astudiaethau'n argymhell y dylid tynnu sylw'r comisiynwyr gwasanaethau at hyn (gweler Singh et al. (2010).

Gwneud y pethau syml yn gywir

- 4.3 Mae'r Comisiwn Ansawdd Gofal (2017, t.58) yn adrodd, yn ôl y llenyddiaeth, fod llawer o blant a phobl ifanc yn dweud mai'r pethau syml, wedi'u gwneud yn dda, sydd wir yn gallu gwneud gwahaniaeth i'r ffordd y maent yn teimlo amdanynt eu hunain, eu profiad cyffredinol ac a fyddant yn cael mynediad i wasanaethau a pharhau i ymgysylltu â hwy ai peidio.
- 4.4 Felly, mae'n hanfodol bod staff a lleoliadau unigol yn groesawgar, yn gyfeillgar ac yn gynnes, yn hyblyg ac yn hawdd mynd atynt a bod staff â'r sgiliau a'r amser i feithrin perthynas ac ymdeimlad o ymddiriedaeth a pharch â'r person ifanc. Mae'n dod i'r casgliad bod rhai o'r pethau symlaf, yn aml, yn allweddol i wella profiad plant a phobl ifanc yn ystod y cyfnod anodd hwn yn eu bywydau. (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017, t.58).

Cydweithio

- 4.5 Mae angen cydweithio er mwyn pontio'n ddidrafferth rhwng CAMHS ac AMHS. Pwysleisiodd nifer o gyfweleion fod perthnasoedd personol rhwng staff ym maes CAMHS ac AMHS yn hanfodol. Argymhellodd un cyfwelai o AMHS, pan gafodd ei holi am yr hyn a allai wella trefniadau pontio: "mwy o gydweithio – nid wyf yn

gwybod yr hyn y mae CAMHS yn ei gynnig, mae'n debyg nad yw'r staff yno'n gwybod yr hyn rydym yn ei gynnig - dealltwriaeth gliriach o'r hyn rydym yn ei gynnig... barn realistig ar sut y bydd yn gweithio a'r manteision i'r person ifanc".

- 4.6 Mae Singh et al. (2010) yn dadlau y dylai hyn gael ei ddatblygu drwy hyfforddiant a datblygiad proffesiynol parhaus ar y cyd ynghylch materion pontio, yn ogystal ag addasiadau i strwythur a gweithrediad gwasanaeth; gallai hyn gynnwys:
- cydweithio rhwng staff CAMHS ac AMHS (e.e. drwy gyfarfodydd cynllunio ar y cyd a gwaith amlasiantaeth);
 - hyfforddiant a datblygiad proffesiynol ar y cyd i staff CAMHS ac AMHS;
 - swyddi a rennir, fel therapyddion teulu, sy'n gweithio gyda theuluoedd yn CAMHS ac AMHS;
 - cydleoli CAMHS ac AMHS.
- 4.7 Ymchwiliodd Sloper et al. (2010) i'r trefniadau pontio i wasanaethau oedolion ar gyfer pobl ifanc anabl a'r rhai ag anghenion cymhleth, a nododd amrywiaeth o ffactorau a helpodd gyda gwaith amlasiantaeth, gan gynnwys diwylliant a rennir, gweledigaeth a pherthnasoedd, cyfathrebu da a rhannu gwybodaeth ac adnoddau effeithiol, cynllunio ar y cyd a chyfarfodydd amlasiantaeth.

Gwaith cynllunio a pharatoi pontio

- 4.8 Fel y nodwyd yn adran 3, mae pontio'n hynod anodd i bobl ifanc a gofalwyr. Mae cysylltiadau therapiwtig â gweithwyr proffesiynol dibynadwy'n dod i ben ac mae angen datblygu cysylltiadau â gweithwyr proffesiynol newydd. Yn y cyd-destun hwn, mae Singh et al. (2010) yn nodi yr ystyriwyd bod cyfarfodydd cynllunio pontio'n ddefnyddiol wrth dawelu ofnau rhai rhieni am drosglwyddo. Hefyd, ystyriwyd bod cyfnodau o weithio cyfochrog a chydweithio, rolau cefnogol gweithwyr pontio a pharatoadau cynnar ar gyfer pontio a oedd yn rhoi amser i sefydlu perthnasoedd newydd yn ddefnyddiol.
- 4.9 Yn yr un modd, canfu astudiaeth Price et al. (2011) ar lwybrau pontio pobl ifanc â diabetes fod y bobl ifanc yn gwerthfawrogi cyfle i allu cwrdd â staff o wasanaethau oedolion cyn pontio a chael amser i ddechrau meithrin perthnasoedd.

- 4.10 Trafododd astudiaeth ansoddol Swift et al. (2013) brofiadau pontio o CAMHS i AMHS i bobl ifanc ag ADHD. Cyfwelwyd â deg o bobl ifanc ar gyfer yr astudiaeth. Roedd y bobl ifanc yn yr astudiaeth yn teimlo bod y berthynas â'r clinigydd yn cael effaith gref ar eu barn ar y gwasanaeth pontio. Roedd gweithwyr proffesiynol a oedd yn gefnogol, yn llawn gwybodaeth ac yn anfeirniadol ac, yn benodol, y rhai a oedd yn dda wrth wrando a ganfuwyd orau ymhlith cleifion. Roedd cleifion hefyd yn gwerthfawrogi eu clinigydd yn gweithio'n galed drostynt hyd yn oed os oedd yn broses anodd. Nododd yr astudiaeth y gallai pobl ifanc gael eu paratoi ar gyfer pontio drwy gwrdd â'u clinigydd newydd, yn ogystal â chael cysondeb o ran clinigwyr ar draws y broses, a chael trosolwg ysgrifenedig o'r broses. Ar y cyfan, roedd yn bwysig i bobl ifanc a'u rhieni eu bod yn gwybod yr hyn i'w ddisgwyl gan wasanaethau oedolion a bod eu disgwyliadau'n realistig.
- 4.11 Roedd mynediad i wybodaeth gywir am wasanaethau iechyd oedolion hefyd yn allweddol i bontio'n llwyddiannus am ei fod yn helpu pobl ifanc i deimlo'n fwy hyderus ac yn llai pryderus. Trafododd Beresford a Stuttard (2014) brofiadau pobl ifanc (a'u rhieni a gweithwyr proffesiynol) â chyflyrau sy'n cyfyngu ar fywyd a'u pontio i wasanaethau oedolion. Canfu'r cyfweiliadau â'r grwpiau gwahanol ar draws chwe astudiaeth achos (o lwybrau sy'n benodol i gyflwr) fod ffactorau a oedd yn helpu'r broses bontio'n cynnwys ymweliad â'r gwasanaeth oedolion gyda chyfleoedd i gwrdd â'r staff perthnasol. Roeddent hefyd yn gwerthfawrogi cael gwybodaeth, yn enwedig pan oedd yn nodi'r gwahaniaethau rhwng arferion a gweithdrefnau'r gwasanaethau. Roedd hefyd yn helpu i staff clinigol oedolion fod yn ymwybodol o statws pobl ifanc sydd newydd bontio a gallu pobl ifanc i ddewis rôl eu rhieni yn y broses.
- 4.12 Pwysleisiodd y cyfweleion y rôl a ddylai fod gan gydgyssylltwyr gofal wrth gynllunio pontio. Nodwyd bod ganddynt "rôl allweddol". Fel y dywedodd un, eu cyfrifoldeb (fel cydgysylltydd gofal) oedd nodi "beth yw ein cynllun?... Beth yw'r ffordd orau o ymgysylltu â'r claf?" Gwnaethant adrodd bod Mesur Iechyd Meddwl (Cymru) wedi helpu i ymgorffori safbwyntiau cleifion yn y gwaith cynllunio ar gyfer pontio.
- 4.13 Hefyd, trafododd Day et al. (2007) y rôl sydd gan rieni a gofawyr. Gwnaethant edrych ar y trefniadau pontio i'r glasoed â phroblemau iechyd meddwl aciwt, gan

gynnal cyfweiliadau a grwpiau ffocws â 13 o bobl ifanc â phroblemau iechyd meddwl. Canfuwyd bod y bobl ifanc am gael gwasanaethau a oedd yn eu cefnogi, ond a oedd hefyd yn rhoi mwy o annibyniaeth iddynt a llai o bwyslais ar gynnwys y rhieni.

Gweithwyr a thimau pontio

- 4.14 Mae rhai astudiaethau'n nodi bod gweithwyr pontio pwrpasol yn hanfodol er mwyn "pontio'r bwlch" rhwng gwasanaethau drwy gefnogi cyfathrebu a chydweithio rhwng gwasanaethau plant ac oedolion (Cadario et al., 2009; gweler hefyd e.e. Sloper et al., 2010 a Llywodraeth Cymru, 2012a). Hefyd, gall gweithwyr allweddol pontio ddarparu parhad yn ystod y broses bontio (RCP, 2017) ac, er enghraifft, mae Freeman et al.(2002) yn tynnu sylw at yr angen i ddarparu un neu fwy o weithwyr proffesiynol y gall y defnyddiwr gwasanaethau gynnal perthynas broffesiynol gyson â nhw.
- 4.15 Canfu adolygiad y Comisiwn Ansawdd Gofal o drefniadau pontio plant i wasanaethau iechyd oedolion (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2014) fod parhad cymorth a chynllunio sy'n canolbwyntio ar y person yn allweddol ar gyfer pontio'n effeithiol a bod staff yn gwerthfawrogi gweithwyr a thimau pontio, yn hytrach na gweithwyr pontio unigol. Canfu Crowley et al. (2011) fod addysg cleifion a chlinigau pontio penodol yn strategaethau a ddefnyddiwyd amlaf wrth bontio'n llwyddiannus o ofal pediatrig i ofal iechyd oedolion.

Datblygiad a hyfforddiant proffesiynol

- 4.16 Nododd Hill et al. (2019) y fantais i staff AMHS gael hyfforddiant ar gyfer materion y glasoed, fel eu bod yn ymwybodol o'r hyn i'w ddisgwyl. Roedd hwn yn fater a bwysleisiwyd hefyd gan nifer o gyfweleion. Mewn cywair tebyg, mae Leavey et al. (2018) yn tynnu sylw at bwysigrwydd gwasanaethau sy'n ystyriol o bobl ifanc.

Dulliau hyblyg sy'n canolbwyntio ar y person

- 4.17 Un neges allweddol a oedd yn y llenyddiaeth, bron yn gyffredinol, oedd nad oedd un broses na model pontio oedd fwyaf llwyddiannus ac, yn hytrach, fod angen modelau hyblyg sy'n canolbwyntio ar y person er mwyn adlewyrchu camau ac anghenion datblygiadol (Leavey et al., 2018); er enghraifft:

- Nododd adolygiad Kime et al. (2013) o fodelau pontio i bobl ifanc â chyflyrau hirdymor 16 o adolygiadau systematig a 142 o astudiaethau sylfaenol. Maent yn dod i'r casgliad y dylai trefniadau pontio ganolbwyntio ar y bobl ifanc, gan ystyried aeddfedrwydd a gallu gwybyddol, yn ogystal â chyflwr, amgylchiadau a theulu'r unigolyn, yn hytrach na gorfod glynu wrth amserlen gaeth.
- Cynhaliodd Day et al. (2007) astudiaethau achos ansoddol o 13 o bobl ifanc 15-20 oed, â phroblemau iechyd meddwl aciwt ac yn cael profiad o bontio, gan dynnu sylw at gwestiynau o ran rheolaeth, ac yn nodi bod pobl ifanc yn teimlo y dylai'r broses bontio fod wedi'i chynllunio, yn raddol ac yn hyblyg gyda dealltwriaeth y dylai cleifion benderfynu pan maent yn barod; ac
- Roedd Leavey et al. (2018) (a drafodwyd uchod) yn pwysleisio y dylai amseriad trefniadau pontio adlewyrchu'r cam datblygiadol a'r anghenion datblygiadol.

4.18 Gwnaeth Leavey et al. (2018) bwynt ar gamau ac anghenion datblygiadol a wnaed hefyd gan nifer o gyfweleion; fel y nododd un, roedd yn hanfodol “meddwl am y dull mwyaf priodol o ran datblygiad”. Y broblem, yn eu barn nhw, oedd bod gwasanaethau oedolion wedi'u strwythuro i weithio gydag “oedolion **wedi'u** datblygu, nid oedolion ifanc **sy'n** datblygu” ac, fel y gwnaethant ei grynhoi: “nid oes dim byd hudol yn digwydd yn 18 oed”.

Dewisiadau pobl ifanc

Roedd astudiaeth Dunn (2017) yn cynnwys cydgynhyrchu Rhaglen Paratoi Pontio CAMHS drwy ddefnyddio gweithdai ymchwil cyfranogol, creadigol. Roedd hyn yn cynnwys 18 o bobl ifanc 17-22 oed o dair ymddiriedolaeth iechyd meddwl y GIG; Norfolk a Suffolk, Swydd Gaergrawnt a Peterborough, a Phartneriaeth Prifysgol Swydd Hertford. Cymerodd rhieni a staff clinigol ran hefyd.

Cyflwynodd y grŵp nifer o argymhellion fel rhan o'r Rhaglen Paratoi Pontio. Roedd y rhain yn cynnwys:

- model gwasanaeth ieuenctid hyd at 25 oed, er y dylai'r oedran pontio fod yn 18/19. Mae angen i hyn fod yn hyblyg ac yn raddol gyda chyfnod cynllunio chwe mis.
- gwneud penderfyniadau a rennir sy'n cynnwys y person ifanc, a gwaith paratoi sy'n canolbwyntio ar asedau.
- system baner goch sy'n atgoffa clinigwyr i sbarduno trefniadau pontio chwe mis cyn yr oedran pontio,
- gweithwyr cymorth cymheiriaid pontio pwrpasol yn ystod y cyfnod hwn, a chyfarfodydd ar y cyd â CAMHS ac AMHS a'r person ifanc.
- llyfryn pontio i'w gyflwyno i glinigwyr fel ffordd o nodi nodau, anghenion a phenderfyniadau'r person ifanc. Hefyd, dylai gwybodaeth fod o ansawdd da ac yn hawdd cael mynediad iddi.

Parhad gofal

- 4.19 Ystyrir bod parhad gofal mewn gwasanaethau iechyd meddwl yn agwedd allweddol ar ddarpariaeth gwasanaeth effeithiol (Leavey et al., 2018; Singh et al., 2010). Mae'n darparu ffordd arall o feddwl am bontio. Nid yw parhad gofal yn gyfystyr â threfniadau pontio effeithiol na didrafferth, gan y gall pontio gynnwys newidiadau arwyddocaol mewn gofal, ond gall newidiadau sydyn mewn gofal ddeillio o drefniadau pontio wedi'u cynllunio neu eu rheoli'n wael a gall gael effaith negyddol ar brofiadau defnyddwyr gwasanaethau a theuluoedd.
- 4.20 Fel y llenyddiaeth ynghylch trefniadau pontio, ystyrir bod parhad profiad, lle mae defnyddwyr gwasanaeth yn cael dilyniant gofal cydgysylltiedig a didrafferth dros amser yn dibynnu ar ffactorau fel:
- gofal hyblyg, sy'n canolbwyntio ar y person ac yn hygyrch, ar gael ac yn ymatebol i newidiadau wrth i anghenion a diddordebau defnyddwyr gwasanaethau newid, ac sy'n parhau cyhyd ag y bo angen;
 - cydweithio a chyfathrebu effeithiol rhwng gwasanaethau a defnyddwyr gwasanaethau;

- 4.21 Yn ychwanegol, mae ymchwil yn awgrymu bod parhad yn dibynnu ar barhad perthnasoedd therapiwtig a chynnwys isafswm y gweithwyr proffesiynol sydd eu hangen i ddiwallu anghenion. (Freeman et al. (2002) Joyce et al. (2004) a nodwyd yn Singh et al. (2010).
- 4.22 Roedd astudiaeth werthuso Allen et al. (2012) o'r dulliau sy'n cyfrannu at drefniadau pontio didrafferth o ofal diabetes plant yn tynnu sylw at y pwysigrwydd arbennig roedd defnyddwyr gwasanaethau yn ei roi ar barhad gofal gan glinigydd roeddent eisoes wedi datblygu perthynas ag ef. Mae Haggerty et al. (2003) yn dod i'r casgliad bod parhad gofal mewn gwasanaethau iechyd meddwl yn wahanol i ddarpariaeth gofal iechyd yn ei bwyslais penodol a llawer mwy ar gyswllt parhaus rhwng defnyddwyr gwasanaethau a gweithwyr proffesiynol.
- 4.23 Mae pontio rhwng gwasanaethau â gwahaniaethau mawr o ran diwylliant a sefydliad, fel y gwahaniaethau rhwng CAMHS ac AMHS a drafodwyd yn adran 3, yn bygwth parhad gofal. Mewn ymateb, mae Singh et al. (2010) yn awgrymu bod angen i CAMHS roi mwy o sylw i'r agweddau biomeddygol a bod angen i AMHS roi mwy o sylw i ymyriadau seicogymdeithasol. Mae 'CAMHS cyfannol' yn erbyn 'AMHS meddygol' yn grynodedb gor-sym: mae arferion da'n ei gwneud yn ofynnol i'r ddau wasanaeth fabwysiadu dull bioseicogymdeithasol cyfannol.
- 4.24 Maent yn nodi mai'r profiad cyffredinol yw bod parhad gofal a, hefyd, drefniadau pontio mewn gwasanaethau fel EIPS (a drafodwyd yn adran 5), sydd wedi ceisio pontio'r rhaniadau ideolegol hyn, yn fwy hwylus ac yn fwy llwyddiannus.
- 4.25 Fodd bynnag, mae Singh et al. (2010) hefyd yn nodi nad yw'n hawdd cau'r holl fylchau; er enghraifft:

“Differences in levels of parental involvement in CAMHS and AMHS present an interesting clinical and ethical dilemma. A child mental health professional expects to see a child in the waiting room; an adult mental health professional, an adult. Families want greater involvement even after their child moves to AMHS; service users want lesser involvement from families as they develop autonomy and independence. Movement between these different cultures inevitably requires a process of adaptation by young people and their families”.

Rhwystrau i gydweithio

- 4.26 Fel y nodwyd yn adran 3, gall gwahaniaethau mewn diwylliant sefydliadol, arferion a blaenoriaethau mewn CAMHS ac AMHS, ynghyd â phwysau ar wasanaethau sy'n cael trafferth ymdopi â'r galw, olygu bod gwasanaethau'n canolbwyntio arnynt eu hunain ac ar eu blaenoriaethau sefydliadol, yn hytrach na meddwl am y 'plentyn cyfan' (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017). Hyd yn oed pan fo gwasanaethau'n edrych tuag allan, gall amrywiaeth o rwystrau atal cydweithredu, gan gynnwys gwahaniaethau mewn: terminoleg ac iaith; blaenoriaethau, arferion gwaith, strwythurau gwasanaeth²³ a chapasiti; hyder wrth weithio gyda phobl ifanc/oedolion ifanc²⁴, cofrestriad proffesiynol, a chamgymhariad neu gyfres afrealistig o ddisgwyliadau am yr hyn y gall partneriaid ei wneud.

Galluogwyr cydweithio

- 4.27 Mae'r Comisiwn Ansawdd Gofal (2017, t.55) yn nodi bod cytuno ar gyfres o werthoedd a rennir, barn ar 'yr hyn sy'n bwysig' a chymryd yr amser hefyd i ddeall diwylliant, cryfderau a chyfyngiadau gwasanaethau eraill yn bwysig wrth alluogi gweithio'n effeithiol mewn partneriaeth. Gellir meithrin hyn drwy waith arweinwyr dynodedig a chydweithio a hyfforddiant ar y cyd hefyd. Yn yr un modd, pwysleisiodd cyfweleion bwysigrwydd "perthnasoedd da er mwyn gwneud iddo weithio yn y rhyngwyneb" a "dod o hyd i ffyrdd o weithio gyda'n gilydd mewn ffyrdd pleserus".
- 4.28 Hefyd, myfyriodd rhai cyfweleion ar yr angen, yn ôl un, am: "lywio gweithredol cyffredinol...i fod yn chwilfrydig, i herio, craffu...a'i wneud [pontio rhwng CAMHS ac AMHS] yn fwy o flaenoriaeth..." a sicrhau "nad oedd trefniadau pontio'n cael eu hanghofio o'u cymharu â blaenoriaethau rheng flaen eraill sydd bob amser yn cystadlu am sylw...mae unrhyw beth nad yw'n darged atgyfeirio i driniaeth yn cael llai o sylw". Yn gysylltiedig â hyn, myfyriodd rhai cyfweleion ar yr angen i gael digon o amser; yn eu geiriau nhw: "o ystyried y pwysau ar dargedau aros...nid oes gennym yr amser clinigol i wneud trefniadau pontio'n fwy hwylus".

²³ Myfyriodd cyfweleion ym Mwrdd Iechyd Caerdydd a'r Fro a Bwrdd Iechyd Cwm Taf, er enghraifft, ar y ffaith bod CAMHS ac AMHS mewn cyfarwyddiaethau clinigol gwahanol: plant a menywod ac iechyd meddwl (oedolion). Mewn cyferbyniad, ym Mhowys, mae CAMHS ac AMHS yn rhannu trefniadau rheoli cyffredin

²⁴ Er enghraifft, fel y nododd un cyfweleir: "mae ar staff ofn gweithio gydag oedrannau gofal nad ydynt wedi arfer â nhw – maent yn arbenigo ym maes gweithio gydag oedolion neu gyda phlant yn gynnar iawn yn eu hyfforddiant a phrin yw'r rhai a fydd yn gweithio gyda'r grŵp arall yn eu gyrfaedd" – o ganlyniad, mae pobl sy'n gweithio gydag oedolion yn dweud na allant weithio gyda phlant ac i'r gwrthwyneb.

Casgliadau

4.29 Mewn egwyddor, dylai gwelliannau mewn trefniadau cynllunio a pharatoi ar gyfer pontio, cyfnewid gwybodaeth a chydweithio wrth bontio, fod yn bosibl heb fuddsoddiadau ychwanegol mawr nac ailgyflunio gwasanaethau (Singh et al., 2010), a drafodir yn yr adran nesaf. Fodd bynnag, mae'r llenyddiaeth a adolygwyd a'r cyfweiliadau a gynhaliwyd ar gyfer yr adolygiad hwn yn nodi nad yw mor syml. Mae'r Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal (NICE, 2016, t.32) yn nodi bod cyfoeth o bolisiâu a chanllawiau ar egwyddorion y cytunwyd arnynt mewn perthynas â gofal pontio da, ond bod tystiolaeth hefyd nad yw'r egwyddorion hyn yn aml yn cael eu hadlewyrchu'n ymarferol.

4.30 Yn yr un modd, nododd adroddiad pwyllgor Cynulliad Cenedlaethol Cymru (CCC, 2018, t.104) y canlynol ar y cymorth emosiynol ac iechyd meddwl i blant a phobl ifanc yng Nghymru:

“Roedd y dystiolaeth gan y staff rheng flaen a'r Comisiynydd Plant yn cydnabod bod y canllawiau a luniwyd yn synhwyrol ac yn dda, ond bod y broses o'u gweithredu – a chefnu ar y “seilos” o oedolion a phlant – yn dal i fod yn her”.

ac:

Fel y dywedodd un Cyfarwyddwr Clinigol CAMHS, wrth roi tystiolaeth: “each time there's a new document, it's saying the same things—all sensible stuff—to make it really smooth for the young person going into adult services. It's not that we need a brand new idea; we need to deliver on it”.

4.31 Fel y mae'r Comisiwn Ansawdd Gofal (2018) yn adrodd, gall gwneud y pethau syml yn gywir wneud gwahaniaeth mawr wrth bontio, ond bod hyn yn gofyn am systemau effeithiol (yn hytrach na dim ond gwasanaethau a phrosesau unigol effeithiol) gyda'r canlynol yn sail iddynt:

- arweinyddiaeth gref;
- llwybrau clir rhwng gwasanaethau;
- eglurder rolau a chyfrifoldebau (ar draws y system);
- datblygu'r gweithlu;

- casglu a defnyddio data o ansawdd;
- cyfranogiad pobl ifanc;
- trefniadau cyllido, atebolrwydd a chomisiynu effeithiol.

- 4.32 Ymhellach, mae newidiadau eraill, fel gostwng trothwyon cymhwysedd, diweddarau protocolau, hyfforddi staff AMHS i fagu hyder a galluoedd wrth weithio gyda phobl ifanc, a chreu swyddi gweithwyr pontio i helpu staff i lywio'r ffiniau rhwng gwasanaethau â goblygiadau mawr o ran adnoddau. (Singh et al., 2010).
- 4.33 Yn olaf, mae'n werth nodi, pan drafododd Kolehmainen et al. (2017) y rhwystrau a'r cyfranwyr o ran pontio llwyddiannus i bobl ifanc â chyflyrau hirdymor, oherwydd prosesau cymhleth wedi'u drysu â strwythurau, prosesau a pherthnasoedd lleol a sefydliadol eraill, daethant i'r casgliad na fyddai'r hyn a weithiodd i un person ifanc o reidrwydd yn gweithio i un arall.

5. Modelau gwasanaeth iechyd meddwl eraill

Cyflwyniad

5.1 Daw Singh et al. (2010) i'r casgliad a ganlyn:

“There are two basic and contrasting approaches to improving care for young people undergoing transition from CAMHS to AMHS. We can improve the interface between CAMHS and AMHS as they currently exist [as outlined in section 4], or we can develop a completely new and innovative service model of integrated youth mental health services. Each has its own advantages, limitations and resource implications”.

5.2 Mae'r opsiwn olaf hefyd wedi arwain at gynigion i ddatblygu gwasanaethau plant a phobl ifanc (yn nodweddiadol ar gyfer y rhai 0-25 oed) neu wasanaethau ieuenctid i'r glasoed ac oedolion ifanc (e.e. y rhai 14-25 oed) (Leavey et al., 2018; Appleton et al., 2019). Yn yr adran hon, rydym yn ystyried y modelau eraill hyn.

5.2. Fel y mae'r adran hon hefyd yn amlinellu, dim ond yn rhannol y mae'r achos dros fodelau gwasanaeth eraill yn dibynnu ar hwyluso a gwella trefniadau pontio rhwng CAMHS ac AMHS. Yn bwysicach, mae'r achos dros ystyried modelau gwasanaeth eraill yn dibynnu ar yr angen i wella gwasanaethau iechyd meddwl i bobl ifanc (RCP, 2017). Fel yr amlinellwyd yn y cyflwyniad, mae'r dystiolaeth yn awgrymu bod cyn lleied â chwarter o bobl ifanc y mae angen iddynt gael mynediad i CAMHS, yn gwneud hynny. Mae adolygiadau diweddar, er gwaethaf gwelliannau mewn CAMHS arbenigol yng Nghymru, o ganlyniad i gyllid ychwanegol a Fframwaith Gwella CAMHS a chanllawiau, wedi tynnu sylw at y canlynol:

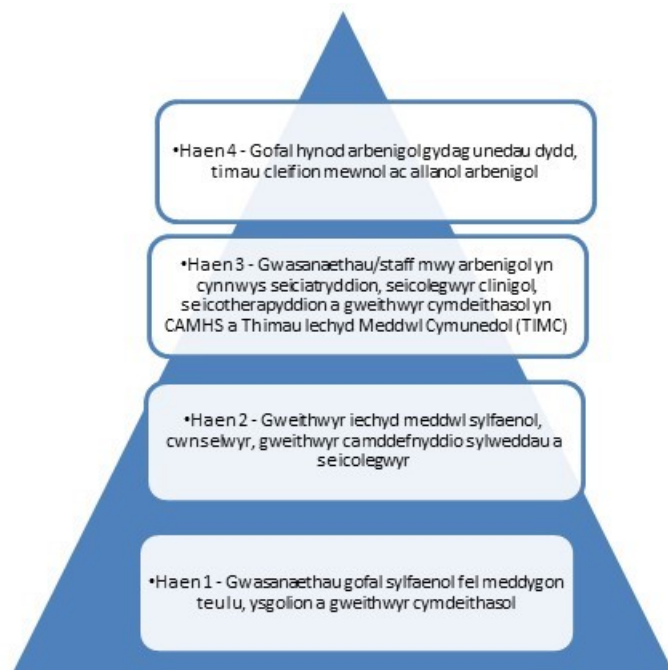
- mae ansawdd a chapasiti CAMHS (gan gynnwys CAMHS arbenigol ac, yn benodol, Gwasanaethau Iechyd Meddwl Sylfaenol Lleol (LPMHS)) yn dal i amrywio ledled Cymru;
- mae pobl ifanc sydd â phroblemau iechyd emosiynol, ond nad ydynt yn cyrraedd y trothwyon a'r meini prawf cymhwysedd ar gyfer CAMHS arbenigol (ar sail model meddygol), yn aml yn cael trafferth cael mynediad i wasanaeth sy'n diwallu eu hanghenion (CCC, 2018).

- 5.3 Yn yr un modd, mae tystiolaeth, a amlinellwyd yn adran 3, nad yw llawer o bobl ifanc yn pontio i AMHS a pharhau i ddefnyddio'r gwasanaethau a thystiolaeth hefyd y gall AMHS gael trafferth diwallu anghenion oedolion ifanc yn benodol (h.y. y rhai 18-25 oed) (gweler e.e. y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2018; Plaistow et al., 2014).
- 5.4 Mae'r drafodaeth fer hon yn rhoi'r cyd-destun ehangach ar gyfer meddwl am fodelau eraill. Fodd bynnag, mae asesiad cynhwysfawr o gapasiti ac ansawdd gwasanaethau iechyd meddwl i bobl ifanc y tu hwnt i gylch gwaith yr adolygiad hwn.

Modelau gofal haenog

- 5.5 Fel y mae ffigur 5.1 yn dangos, mae darpariaeth iechyd meddwl yng Nghymru yn seiliedig ar bedair haen o wasanaethau, gyda haenau uwch yn darparu gofal ar gyfer problemau iechyd meddwl mwy difrifol a/neu gymhleth.

Ffigur 5.1. Y model haenog o wasanaethau iechyd meddwl



- 5.6 Mae'r model hwn yn golygu bod yn rhaid i blant a phobl ifanc weddu i'r gwasanaethau, yn hytrach na'r gwasanaethau'n gweddu i anghenion newidiol y plentyn neu'r person ifanc ac mae wedi'i feirniadu am greu rhwystrau'n anfwriadol, gan sefydlu rhaniadau gwasanaeth a darnio gofal (Adran Iechyd a GIG Lloegr,

2015, t.41). Fel y mae adran 3 yn amlinellu, gall y strwythurau a'r meini prawf cymhwysedd gwahanol olygu hefyd bod rhai pobl ifanc yn disgyn drwy'r bylchau rhwng gwasanaethau, os nad yw eu hanawsterau'n gweddu'n hawdd i'r meini prawf diagnostig. Gallant gael eu hanfon o un gwasanaeth i'r llall, efallai na chaiff eu hanghenion eu diwallu, gall cyfleoedd ar gyfer ymyrryd yn gynnwys gael eu colli, a gall difrifoldeb a chymhlethdod eu hanawsterau waethygu (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017).

Gwasanaethau a thimau sy'n seiliedig ar anghenion

- 5.7 Er mwyn mynd i'r afael â'r problemau sy'n gysylltiedig â'r model haenog, mae rhai ardaloedd yn Lloegr a hefyd yng Nghymru wedi arbrofi gyda modelau gofal mwy hyblyg sy'n ceisio creu gwasanaethau a thimau o amgylch anghenion y plentyn neu'r person ifanc. Mae enghreifftiau o'r math hwn o ddull sy'n seiliedig ar anghenion yn cynnwys CAPA (a drafodwyd yn adran 3), THRIVE (gweler y testun yn y blwch) a'r Rhaglen Gwella Mynediad at Therapiau Seicolegol Plant a Phobl Ifanc (CYP IAPT) yn Lloegr, sy'n ceisio creu partneriaethau gwasanaeth iechyd meddwl plant a phobl ifanc cydweithredol ar draws gwasanaethau presennol a ddarperir gan y GIG, yr awdurdod lleol a'r sector gwirfoddol ac annibynnol (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017).

THRIVE	
Mae Thrive yn fodel ar gyfer meddwl am anghenion iechyd meddwl plant a phobl ifanc fel pum grŵp sy'n gorgyffwrdd:	
Grŵp: plant, pobl ifanc a theuluoedd o dan y categorïau a ganlyn:	Anghenion
• Ffynnu: plant, pobl ifanc a theuluoedd sy'n mynd drwy droeon da a gwael arferol bywyd, ond nad oes arnynt angen cyngor na chymorth unigol ynghylch eu problemau iechyd meddwl.	Cymorth i gynnal llesiant meddwl drwy strategaethau atal a hyrwyddo effeithiol.
• Cael cyngor: pobl ifanc a theuluoedd sy'n addasu i amgylchiadau bywyd, ag anawsterau ysgafn neu	Cyngor a chyfeirio.

dros dro, pan fo'r ymyriad gorau yn y gymuned gyda hunangymorth ar ben hynny o bosibl. Fodd bynnag, gall y grŵp hwn hefyd gynnwys y rhai ag anawsterau difrifol cronig, newidiol neu barhaus, y maent yn dewis rheoli eu hiechyd eu hunain a/neu ar y ffordd i wella.	
• Cael help: plant, pobl ifanc a theuluoedd a fyddai'n cael budd o help a chymorth â ffocws, seiliedig ar dystiolaeth [h.y. ymyriad]	Ymyriadau penodol sy'n canolbwyntio ar ganlyniadau iechyd meddwl y cytunwyd arnynt
• Cael mwy o help: y nifer bach o blant, pobl ifanc a theuluoedd sydd â'r anghenion mwyaf difrifol a chymhleth, fel pobl ifanc â chyflyrau sy'n cyddigwydd a fyddai'n cael budd o help a chymorth â ffocws, seiliedig ar dystiolaeth [h.y. ymyriad]	Help helaeth â ffocws ar sail nodau arbenigol
• Cael Cymorth Risg: y rhai nad ydynt wedi cael budd o help neu nad ydynt yn gallu ei ddefnyddio, ond bod ganddynt risg o'r fath fel eu bod yn dal i fod mewn cysylltiad â gwasanaethau.	Rheoli risg
Mae'r graddiadau cymorth hyn, mewn rhai ffyrdd, yn cyfateb i'r model haenog (gweler ffigur 4), a gall amrywiaeth o wasanaethau ddarparu'r model, fel gwasanaethau neu dimau cyffredinol, targedig a mwy arbenigol. Fodd bynnag, mae'r fframwaith wedi'i fwriadu fel un sy'n cael ei arwain gan anghenion neu'n canolbwyntio ar anghenion, yn hytrach na chanolbwyntio ar wasanaeth neu ddiagnosis (fel y gall y model haenog wneud). Caiff anghenion eu diffinio gan ddefnyddwyr gwasanaethau (fel pobl ifanc a theuluoedd) yn gweithio gyda gweithwyr proffesiynol drwy wneud penderfyniadau a rennir ac nad ydynt yn	

seiliedig ar ddifrifoldeb, diagnosis, na llwybrau gofal iechyd, fel sy'n digwydd fel arfer o dan y model haenog (Wolpert et al., 2016).

Addaswyd o'r Comisiwn Ansawdd Gofal (2018) a Wolpert et al. (2016)

- 5.8 Er mwyn gweithio, mae ymchwil yn awgrymu y dylai gwasanaethau sy'n seiliedig ar anghenion gael eu cydgynhyrchu rhwng defnyddwyr gwasanaethau a gweithwyr proffesiynol a gwneud y canlynol yn ofynnol:
- mwy o arbenigedd ym mhen blaen systemau darparu i benderfynu'r ymyriad mwyaf priodol, o ystyried anghenion plentyn neu berson ifanc, ac maent yn aml yn defnyddio un pwynt mynediad i alluogi'r asesiad cychwynnol hwn a brysennu plant neu bobl ifanc;
 - gweithio'n effeithiol mewn partneriaeth ar draws amrywiaeth o wasanaethau (gan gynnwys, er enghraifft, ysgolion a cholegau, gwasanaethau cyflogaeth a'r sector gwirfoddol, yn ogystal â gwasanaethau iechyd), er mwyn helpu i nodi anghenion yn gynnar a sicrhau y gellir darparu cymorth cyfannol sy'n diwallu anghenion gwahanol; a
 - mynediad at amrywiaeth o sgiliau ac ymyriadau sydd, yn aml, yn golygu newidiadau i'r ffordd y darperir gwasanaethau arbenigol; er enghraifft, gall fod angen i CAMHS arbenigol fabwysiadu model sy'n cynnwys mwy o bwyslais ar allgymorth, cyngor, hyfforddiant, ymgynghori a chyswllt (Wolpert a Martin, 2015). Gall y model hwn alluogi newid o fodel tîm o amgylch y person ifanc i fodel tîm o amgylch y gweithiwr²⁵ (Wilson et al., 2017).
- 5.9 Mewn perthynas â'r pwynt olaf hwn, myfyriodd nifer o gyfweleion ar sut, yn y blynyddoedd diwethaf, y mae CAMHS wedi newid o fod yn wasanaeth ymgynghori, cyswllt a chyngor i fod yn fwy fel gwasanaethau oedolion, gan ganolbwyntio ar ddiagnosis a thriniaeth. Roedd y cyfweleion hyn yn teimlo bod angen i CAMHS fynd

²⁵ Mae hyn yn canolbwyntio ar gynnal a gweithio drwy'r berthynas ymlyniad therapiwtig unigol sydd gan berson ifanc â gweithiwr penodol, waeth beth fo'r proffesiwn neu'r asiantaeth.

yn ôl i'r rôl a oedd ganddo'n wreiddiol, neu, fel y mae'r testun yn y blwch ar Fodel Mynydd Iâ Gwent yn dangos, yn datblygu rôl hollol newydd.

Model Mynydd Iâ Gwent

Bwriedir i'r "model mynydd iâ" dynnu sylw at yr anawsterau iechyd meddwl "cudd" a mynd i'r afael â nhw i'r rhai nad ydynt yn cyrraedd y trothwyon ar gyfer gwasanaethau arbenigol a/neu nad ydynt "â'r adnoddau ymarferol a seicolegol i ymgysylltu â chlinigau a gwasanaethau arbenigol fel y'u dyluniwyd ar hyn o bryd" (CCC, 2018, t.75; gweler hefyd Gregory, d.d.). Mae wedi llywio'r gwaith o ailgynllunio gwasanaethau i blant ag anghenion emosiynol neu iechyd meddwl yng Ngwent. Bwriedir i hyn wella mynediad i arbenigedd mewn gwasanaethau yn y gymuned, a galluogi gwasanaethau yn y gymuned i gadw cleifion, yn hytrach na'u hatgyfeirio i wasanaethau arbenigol (fel "nad ydym yn gwneud eilun o fynediad i CAMHS", fel y dywedodd un cyfwelai).

- 5.10 Yn olaf, mae'n werth nodi bod yr achos dros ddatblygu gwasanaethau sy'n seiliedig ar anghenion yn mynd y tu hwnt i wendid gwasanaethau iechyd meddwl. Mae'n adlewyrchu'r pryder ehangach ei bod yn fwy tebygol y bydd pobl ifanc sydd ag anghenion cymhleth, a all gynnwys anawsterau iechyd meddwl nad ydynt yn gweddu'n hawdd i "flychau" neu strwythurau gwasanaeth presennol, ond heb fod yn gyfyngedig i hynny, yn cael trafferth cael mynediad i wasanaethau sy'n diwallu eu hanghenion. Byddai hyn yn awgrymu ad-drefnu gwasanaethau iechyd (ac nid rhai iechyd meddwl yn unig) ar draws y system yn seiliedig ar anghenion, yn hytrach na chyflwr/diagnosis. Fodd bynnag, mae mynd i'r afael â'r cwestiwn hwn ymhell y tu hwnt i gwmpas yr astudiaeth hon.

Gwasanaethau iechyd meddwl pobl ifanc

- 5.11 Gall gwasanaethau iechyd meddwl, er enghraifft, i bobl 14-25 oed, fod yn seiliedig ar fodel haenog neu fodel sy'n seiliedig ar anghenion (fel THRIVE). Mae pedwar rheswm dros ddatblygu gwasanaethau iechyd meddwl i bobl ifanc:

- mae newidiadau datblygiadol sylweddol yn digwydd yn ystod y glasoed (Fusar-Poli, 2019). Yn ôl un cyfwelai: "mae mwy o gamau datblygu rhwng 0 ac 16 oed

na rhwng 16 a 65 oed, felly nid yw strwythur presennol gwasanaethau plant/oedolion/henoed yn gweddu i'r dystiolaeth" ac, yn ôl un arall: "hyd yn oed heb gymhlethdod iechyd meddwl, mae'r ymennydd yn parhau i ddatblygu tan ganol yr ugeiniau".

- hefyd, mae'r uchafbwynt o ran dechrau rhai anhwylderau yn digwydd yn ystod y glasoed (McGorry, 2007); er enghraifft, yn ôl un cyfwelai: "mae'r 'gynffon' epidemioleg yn cynyddu i'r rhai 14-15 oed" ac mae "salwch meddwl difrifol cyn hyn yn anghyffredin, yn enwedig os nad ydych yn cynnwys cyflyrau niwroddatblygiadol a phrofiadau niweidiol yn ystod plentyndod".
- y newidiadau lluosog a phontio ym mywydau pobl ifanc 16-25 oed, fel gadael addysg a dechrau cyflogaeth, gadael y cartref teuluol a byw'n annibynnol, a ffurfio perthnasoedd newydd. Gall y rhain fod yn anodd, yn enwedig pan fydd gan bobl ifanc broblemau iechyd meddwl, a gall fod arnynt angen sefydlogrwydd a pharhad gofal i'w helpu i reoli'r newidiadau hyn cyn iddynt bontio eto (h.y. o CAMHS i AMHS). Mae hyn wedi arwain at estyn y polisi mewn meysydd fel addysg, lle mae'r system ADY bellach yn cwmpasu 0-25 oed; a
- methiannau'r gwasanaethau presennol i blant ac oedolion o ran diwallu anghenion pobl ifanc 16-25 oed (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017; RCP, 2017).

5.12 Yn hollbwysig, fel y mae McGorry (2007) yn nodi, mae'r rhaniad rhwng gwasanaeth plant/oedolion yn golygu'r canlynol:

"The pattern of peak onset and the burden of mental disorders in young people means that the maximum weakness and discontinuity in the system occurs just when it should be at its strongest. Young people need youth-friendly services that recognise and respond to their special cultural and developmental needs".

5.13 Nod datblygu gwasanaethau iechyd meddwl ieuencid yn Lloegr a hefyd yn rhyngwladol i bobl ifanc tua 16-25 oed yw mynd i'r afael â hyn. Ymhlith yr enghreifftiau mae: Orygen Youth Health²⁶ a Headspace²⁷ yn Awstralia, Headstrong

²⁶ Nod gwasanaeth ORYGEN yw darparu gofal i bobl ifanc, 12–25 oed, ag anhwylderau meddwl sy'n dod i'r amlwg, a all fod yn ddifrifol neu'n gymhleth, fel seicosisau, anhwylderau emosiynol, personoliaeth a chamddefnyddio sylweddau (McGorry, 2007).

²⁷ Mae gwybodaeth ychwanegol ar gael ar wefan [The Headspace](#).

yn Iwerddon, Youthspace yn Birmingham, City and Hackney CAMHS Extended Service yn Llundain a Gwasanaeth Ieuencid Lerpwl a Sefton²⁸ (McGorry, 2007; Lamb a Murphy (2013; RCP, 2017). Gallant gymryd lle elfennau o CAMHS a AMHS presennol, neu gyd-fynd â nhw.

Minding the Gap – Camden

Mae Minding the Gap yn gweithio gyda phobl 16-24 oed. Mae'n wasanaeth i asiantaethau sy'n gweithio gyda phobl ifanc sy'n ceisio cyngor a help wrth drosglwyddo a rheoli pobl sy'n symud o leoliadau iechyd meddwl plant i leoliadau iechyd meddwl oedolion, a gweithwyr proffesiynol sy'n pryderu am ddefnyddwyr gwasanaethau yn ymddieithrio a/neu ymddygiad peryglus yng nghyd-destun eu hanghenion iechyd meddwl. Mae uwch-glinigwyr o wasanaethau oedolion a phobl ifanc yn cynorthwyo atgyfeirwyr wrth ddatblygu cynllun rheoli i bobl ifanc. Bob pythefnos, mae cyfarfodydd trafod achosion yn agored i weithwyr proffesiynol o'r holl asiantaethau. Yn ychwanegol, mae clinigwyr yn gweithio mewn timau penodol i hyrwyddo achos pobl ifanc a helpu i ddatblygu amgylchedd sy'n fwy "ystyriol o bobl ifanc".

Sefydlwyd y gwasanaeth gan mai dim ond tri y cant o bobl ifanc a oedd yn pontio'n llwyddiannus rhwng CAMHS ac AMHS: roedd trothwyon gwasanaethau oedolion yn uchel ac roedd rhestrau aros i'r rhai o dan y trothwyon yn rhy hir. Roedd rhai pobl ifanc yn cael eu hanfon o un rhan o'r system i'r llall heb unrhyw dîm/sefydliad yn cymryd cyfrifoldeb.

Addaswyd o [gyflwyniad ar Mind the Gap gan Grŵp Comisiynu Clinigol Camden y GIG](#)

²⁸ Mae gwasanaeth cyngori Pobl Ifanc Lerpwl yn darparu amrywiaeth o gymorth a gwasanaethau therapiwtig i blant rhwng 5 a 15 oed, pobl ifanc 16-25 oed a'u teuluoedd yn Lerpwl. Mae'r gwasanaethau a gynigir ganddynt yn cynnwys gwasanaethau cwnsela a seicotherapi i blant, pobl ifanc, teuluoedd a thargedu meysydd penodol fel cam-drin domestig a chyfiawnder ieuencid. Hefyd, darperir gwasanaethau cymorth penodol, fel cymorth LGBTQ a chlinigau llesiant ysgol uwchradd.

Effeithiolrwydd gwasanaethau iechyd meddwl ieuencid

5.14 Fel y mae tabl 5.1. yn dangos, adroddir bod gwasanaethau iechyd meddwl plant a phobl ifanc ac ieuencid, fel Forward Thinking a Gwasanaeth Ieuencid Norfolk (gweler y testun yn y blwch) wedi gwella'r ddarpariaeth i bobl ifanc, ond nad ydynt yn ateb i bob problem a'u bod hefyd wedi wynebu heriau, gan gynnwys:

- cynnydd mawr a heb ei ragweld yn y galw, y mae gwasanaethau wedi cael trafferth ymdopi ag ef, gan arwain at amseroedd aros hwy a phorthgadw;
- heriau sefydliadol sy'n gysylltiedig â datblygu gwasanaethau newydd, sydd wedi achosi oedi a tharfu;
- heriau partneriaeth sy'n gysylltiedig â'r angen i wasanaethau gwahanol lluosog gydweithio a rhannu gwybodaeth;
- problemau o ran recriwtio, sgiliau, cadw a morâl staff (gweler e.e. Birchwood et al, 2018; Wilson et al., 2017; RCP, 2017).

Tabl 5.1. Crynodeb o'r canfyddiadau allweddol o werthusiadau o wasanaethau iechyd meddwl plant a phobl ifanc neu ieuenctid yn y DU

Gwasanaeth*	Canfyddiadau/negeseuon allweddol o ymchwil neu werthusiad o'r gwasanaeth
Forward Thinking Birmingham – 0 i 25 oed Gwerthusiad Effaith a Phroses o Forward Thinking Birmingham	• Roedd cefnogaeth gref i'r model, gan gynnwys, yn benodol, yr ystod oedran estynedig ac integreiddio ymarferwyr gwasanaethau iechyd meddwl plant a phobl ifanc a'r rhai o wasanaethau iechyd meddwl oedolion yn yr hybiau cymunedol. (Birchwood, et al, 2018, t. 6). • Roedd y model wedi gwella mynediad i wasanaethau iechyd meddwl i bobl ifanc, ond roedd y llwyddiant hwn yn golygu bod y galw'n sylweddol fwy na'r capasiti, a bod y gwasanaeth wedi'i orlethu gan atgyfeiriadau a gynyddodd amseroedd aros a hefyd yr achosion o gyfeirio i wasanaethau'r sector gwirfoddol; atgyfeiriadau nad oeddent bob amser yn briodol (ibid., t. 85). • Roedd heriau sylweddol yn gysylltiedig â recriwtio a chadw'r gweithlu, a sgiliau staff, a dod o hyd i fannau ffisegol a chyfarpar sy'n addas ac yn briodol i'r oedran. • Roedd tarfu ar y gwasanaethau presennol (a oedd yn bryder pan oeddent wedi gweithio'n dda) a rhwydweithiau proffesiynol hefyd. • Roedd cyfranogiad y sector gwirfoddol yn gyfyngedig ac (fel y nodwyd uchod) atebwyd y galw gormodol yn rhannol drwy gyfeirio i'r sector gwirfoddol. • Roedd gwahaniaethau o ran systemau data wedi cyfyngu ar rannu data. Roedd y diffyg data ar weithgarwch a chanlyniadau hefyd yn golygu na allai'r gwerthusiad asesu effaith y model ar iechyd meddwl pobl ifanc, ac ni allai ychwaith asesu effaith peidio â'i gwneud yn ofynnol i bobl ifanc 16-18 oed bontio. Nododd y gwerthusiad bryderon bod trothwy pontio newydd, sef 25 oed, yn cael ei greu a hefyd

nad oedd y gwasanaeth yn cyd-fynd â ffiniau gwasanaethau eraill. Er enghraifft, gallai pobl ifanc ag anghenion cymhleth gael mynediad i wasanaethau hyd at 25 oed, ond dim ond hyd at 19 oed y gallai'r rhai ag anawsterau iechyd meddwl ysgafn ac anabledd dysgu gael mynediad i wasanaethau.

Gwasanaeth
leuenctid Norfolk

Ni nodwyd gwerthusiad. Fodd bynnag, nododd papur ymchwil (Wilson, et al, 2017) y canlynol:

- Teimlwyd bod y gwasanaeth wedi gwella ymwybyddiaeth pobl ifanc o fynediad i wasanaethau, ond bod y llwyddiant hwn, (fel yn achos Forward Thinking Birmingham), yn golygu bod y gwasanaeth wedi cael lefelau uchel iawn o atgyfeiriadau, gan arwain at restrau aros rhy hir a “llwythi achosion llethol”.
- Roedd heriau comisiynu a newid diwylliant ar draws y system ar gyfer model gwasanaeth fel hwn yn anodd. (Wilson et al., 2017, t.12).

Mae adolygiadau eraill hefyd wedi tynnu sylw at broblemau parhaus i bobl ifanc yn cael mynediad i wasanaethau iechyd meddwl yn Norfolk, o ystyried lefelau uchel o alw a chymhlethdod a rhaniad gwasanaethau (gweler e.e. Norfolk a Waveney Comisiwn Iechyd Meddwl Plant a Phobl Ifanc, 2019).

Jigsaw²⁹

Mae nifer o adroddiadau ymchwil hefyd wedi'u cyhoeddi, gan gynnwys O'Keefe et al. (2015) sy'n nodi tystiolaeth sy'n dod i'r amlwg bod *Jigsaw* yn wasanaeth hygyrch ac effeithiol, yn seiliedig i raddau helaeth

²⁹ Mae *Jigsaw* yn wasanaeth iechyd meddwl ymyrryd cynnar yn Iwerddon i bobl ifanc 12–25 oed, ag anawsterau iechyd meddwl ysgafn a datblygol.

ar dystiolaeth o hygyrchedd y gwasanaeth a'r defnydd ohono a hefyd holiaduron CORE³⁰ a weinyddwyd i bobl ifanc cyn ac ar ôl ymyriad a nododd lefelau is o drallod seicolegol (ibid, t.6).

³⁰ Mae'r rhain yn holiaduron hunanadrodd i'w defnyddio cyn ac ar ôl ymyriad therapiwtig, er mwyn mesur meysydd fel llesiant goddrychol, problemau/symptomau; gweithredu bywyd a risg/niwed. Mae rhagor o wybodaeth am system CORE ar gael ar [wefan Core](#).

* Ni ellid nodi na chyrchu gwerthusiadau o wasanaethau eraill o ddiddordeb, fel Minding the Gap – Camden (gweler y testun yn y blwch), I-Rock³¹, Model Iechyd Meddwl Ieuenctid Lerpwl a Sefton³² neu 42nd Street³³.

Gwasanaeth Ieuenctid Norfolk i bobl rhwng 14 a 25 oed

Mae Gwasanaeth Ieuenctid Norfolk yn cynnwys gwasanaeth ymarferol, pendant ac ystyriol o bobl ifanc 14 i 25 oed sy'n mynd y tu hwnt i ffiniau gwasanaeth traddodiadol. Datblygwyd y gwasanaeth hwn ar y cyd â phobl ifanc ac asiantaethau partneriaeth ac mae'n seiliedig ar ethos ymgysylltiol a chynhwysol. Nod y gwasanaeth yw bod yn wahanol o ran gweledigaeth a diwylliant o gymharu â gwasanaethau iechyd meddwl traddodiadol, gan gynnwys ethos o "ganolbwyntio ar ieuenctid a theuluoedd" wrth flaenoriaethu gwelliant gweithredol a chymdeithasol, yn hytrach na dim ond diagnosis, patholeg neu leihau symptomau.

Yn ogystal â bod mewn ymateb i ysgogwyr cenedlaethol, roedd y gwasanaeth yn ymateb i bryderon a nodwyd yn lleol ynghylch pobl ifanc ag anghenion iechyd meddwl cymhleth a oedd wedi'u heithrio rhag strwythurau gwasanaeth lleol fel arall. Roedd hyn yn cynnwys data a ddatgelodd, er bod galw mawr am wasanaethau gan bobl 17 i 18 oed, y bu gostyngiad sylweddol yn y cyfraddau cyswllt, gan awgrymu nad oedd pobl ifanc yn ymgysylltu'n llwyddiannus â gwasanaethau. Yn ychwanegol, arsylwyd nad oedd pobl ifanc â'r anghenion mwyaf cymhleth bob amser yn cael mynediad i wasanaethau iechyd meddwl mewn modd amserol, gan arwain, yn aml, at lwybrau hir a lluosog i geisio cymorth.

Addaswyd o Wilson et al., 2017

³¹ Mae I-Rock yn cynnig cyngor a chymorth ar iechyd a llesiant emosiynol a meddyliol, cyflogaeth, addysg a thai. Ewch i [wefan I-Rock am ragor o fanylion](#).

³² Mae Model Iechyd Meddwl Ieuenctid Lerpwl a Sefton yn cynnwys darpariaeth ymyrryd yn gynnar a chymorth i blant a phobl ifanc 0-15 oed o hybiau iechyd meddwl, sy'n cynnig gwybodaeth, cyngor, canllawiau a chymorth i'r rhai ag anawsterau ysgafn i gymedrol. Rhoddir rhagor o wybodaeth yng [Nghynllun Trawsnewid Iechyd Meddwl a Llesiant Emosiynol Plant a Phobl Ifanc Lerpwl](#)

³³ Mae 42nd Street yn elusen sy'n cefnogi pobl ifanc (11-25 oed) gyda'u llesiant emosiynol a'u hiechyd meddwl. Ceir rhagor o wybodaeth ar wefan [42nd Street](#).

Gwasanaethau plant a phobl ifanc

- 5.15 Mae'r rhesymeg dros ddatblygu gwasanaethau plant a phobl ifanc (0-25 oed), fel Forward Thinking Birmingham (gweler y testun yn y blwch), yn debyg i'r rhesymeg dros ddatblygu gwasanaethau ieuencid (a amlinellwyd uchod). Mae hefyd yn seiliedig ar dystiolaeth o rai ffactorau risg sy'n dod i'r amlwg yn ystod plentynodod, a manteision gwaith ataliol a hefyd ymyrryd cyn gynted â phosibl pan fo problemau'n dod i'r amlwg (Fusar-Poli, 2019).

Forward Thinking Birmingham

Forward Thinking Birmingham yw partneriaeth iechyd meddwl y ddinas i'r rhai 0-25 oed (neu hyd at 35 oed ar gyfer y cyfnod cyntaf o seicosis). Cafodd ei sefydlu mewn ymateb i adroddiad Case for Change, ac roedd y canlynol ymhlith y canfyddiadau:

- diffyg parhad gofal i'r rhai 16-18 oed, a oedd yn golygu bod llawer o bobl ifanc yn cael eu colli wrth bontio o CAMHS i AMHS;
- diffyg darpariaeth, a rhestrau aros hir i bobl ifanc â rhai anhwylderau niwroddatblygiadol fel ADHD; a
- gormod o bobl ifanc nad ydynt yn ymgysylltu ag AMHS.

Mewn ymateb, cynigiwyd gwasanaeth plant a phobl ifanc (0-25 oed), wedi'i sefydlu ar newid system gyfan. Drwy gynnig cymorth, gofal a thriniaeth i bawb sy'n 0-25 oed drwy un sefydliad, gydag un pwynt atgyfeirio, nod Forward Thinking Birmingham yw sicrhau ei bod yn haws cael mynediad i'r cymorth cywir ar yr adeg gywir. Darperir amrywiaeth o wasanaethau drwy'r bartneriaeth. Mae'r gwasanaethau hyn yn cynnwys canolfan fynediad lle y rheolir atgyfeiriadau, safleoedd hyb cymunedol – mae'r rhan fwyaf o'r cymorth a ddarperir yn uniongyrchol drwy'r hybiau, tîm argyfwng, therapi siarad, therapi ar-lein a chymorth galw heibio, gwasanaethau arbenigol i'r rhai ag ASD, anableddau dysgu, anhwylderau bwyta a seicosis am y tro cyntaf, cymorth yn y cartref a chymorth yn yr ysbyty. Fel y mae tabl 5.1. yn dangos, er bod y model wedi'i groesawu a bernir ei fod wedi gwella mynediad, mae'r gwasanaeth wedi cael trafferth ymdopi â'r galw.

Addaswyd o Birchwood et al., 2018

- 5.16 Gan edrych y tu hwnt i wasanaethau iechyd meddwl, mae enghreifftiau o wasanaethau iechyd plant a phobl ifanc, fel y tîm anabledd pob oed i bobl 0-25 oed a gynhelir gan y GIG yn Southwark, a Swydd Gaergrawnt, sy'n benodol i'r rhai â lefel uchel neu ddifrifol o anabledd. O ganlyniad i hyn, dim ond nifer bach o blant a phobl ifanc yn CAMHS sy'n bodloni'r meini prawf cymhwysedd (Cyngor Southwark a Grŵp Comisiynu Clinigol y GIG yn Southwark, 2018). Mae'r ddarpariaeth yn cynnwys gweithgareddau, seibiannau, trefniadau gofal, neu gyllideb bersonol. Mae gwasanaethau tebyg ar gael ar gyfer Swydd Gaergrawnt, er bod llai o wybodaeth ar gael.

Gwasanaeth Plant a Theuluoedd Norfolk – i'r rhai dan 14 oed

Yn ogystal â datblygu Gwasanaeth Ieuencid Norfolk (gweler y testun yn y blwch uchod) mae Tîm Plant a Theuluoedd â chysylltiadau agos â'r Gwasanaeth Ieuencid. Mae'r tîm hwn yn canolbwyntio ar bobl ifanc dan 14 oed ac mae'n arbenigo mewn triniaeth gynnar, sy'n ymateb i ofynion y teulu, ar gyfer problemau datblygiad ac ymlyniad, gan ymgorffori Gwasanaeth Iechyd Meddwl Amenedigol a Babanod. Yn yr un modd, nod y tîm hwn yw gweithio gydag asiantaethau eraill fel ymwelwyr iechyd a chanolfannau plant. Y nod yw sicrhau hyblygrwydd gwirioneddol ynghylch yr ystodau oedran rhwng y timau, pontio didrafferth a chydweithio ar sail anghenion pobl ifanc. Mae gan y timau plant a theuluoedd ac ieuencid gyfrifoldebau rheoli a rennir ac mae'r aelodau tîm wedi integreiddio yn y ddau wasanaeth gan gynnal cysylltiadau a threfniadau gweithio ar draws ffiniau. Mae'r strwythur rheoli unigol hwn hefyd yn ymgorffori anhwylder niwroddatblygiadol, Rhaglen Ymyrryd yn Gynnar, cleifion mewnol ac anhwylderau bwyta. Rhagwelir y bydd hyn yn gwella'r profiad o bontio, ymgysylltu, cyfathrebu a chydweithio.

Gwasanaethau sy'n benodol i anhwylderau

- 5.17 Model arall yw datblygu gwasanaethau targedig, sy'n benodol i ddiagnosis, fel gwasanaethau ymyrraeth gynnar mewn seicosis a gwasanaethau anhwylderau bwyta yng Nghymru a Lloegr. Mae'r rhain yn canolbwyntio ar ddiwallu anghenon

grwpiau o bobl ifanc nad ydynt yn gweddu'n hawdd i strwythurau gwasanaeth presennol (RCP, 2017) ond, fel yr adroddodd cyfweleion, mae'r sail dystiolaeth dros "ymyrryd yn gynnar a chynnig pecyn gofal penodol" yn gryf. Maent yn rhychwantu ffiniau oedran traddodiadol CAMHS ac AMHS, yn gweithio, er enghraifft, gyda phobl ifanc 14-25 oed (neu 14-35 oed yn achos EIPS Gwent), oherwydd, fel y dywedodd un cyfwelai, bod pobl ifanc â seicosis "yn ymddangos yn y grŵp oedran hwn yn bennaf".

Gwasanaethau Seicosis Ymyrryd yn Gynnar

Mae'r mwyafrif o anawsterau iechyd meddwl sy'n gysylltiedig â seicosis yn ymddangos erbyn 25 oed ac mae effeithiau andwyol sylweddol yn gysylltiedig â seicosis os na chaiff ei drin, a gall anawsterau waethygu os na chaiff ei nodi a'i drin yn gynnar. Fel y dywedodd un cyfwelai: "ni allwch aros, mae'r cloc yn tician".

Gwasanaethau annibynnol yw'r EIPS yng Nghaerdydd a'r Fro a Gwent, a gefnogir gan gyllid LLIBPhI gyda buddsoddiad ychwanegol gan y BILI. Gwnaethant gymryd lle staff arbenigol wedi'u dosbarthu ar draws TIMC gyda'r nod o ddatblygu arbenigedd a gwasanaeth sy'n ystyriol o bobl ifanc a sicrhau goruchwyliaeth i staff, cyfathrebu gwell a gwaith amlddisgyblaethol rhwng staff a dull cyson o drin seicosis.

Mae sail dystiolaeth dda, gan fod hwn yn faes yr ymchwiliwyd yn dda iddo o ran darparu a threfnu gwasanaethau ac adroddir (gan y gwasanaeth) bod y model yn gweithio'n well na CAMHS/TIMC cyffredinol gan ei fod yn fwy tebygol o nodi, estyn allan a chadw a chynnig yr amrywiaeth lawn o ymyriadau y dangosir eu bod yn effeithiol (h.y. nid meddyginiaeth yn unig); a chymorth i deuluoedd. Arsylwyd hefyd, fel gwasanaeth iechyd ieuenctid (yn hytrach nag un plant): "nad yw staff yn poeni am orfod goresgyn y wal fawr yn 18 oed i gael mynediad i wasanaethau oedolion".

Mae'r gwasanaeth yn gweithio gyda phobl ifanc am dair blynedd, weithiau hyd at bum mlynedd, yna cânt eu rhyddhau i ofal sylfaenol fel arfer ond, weithiau, pan nad yw hyn yn bosibl, caiff defnyddwyr gwasanaethau eu trosglwyddo i AMHS.

Adroddwyd bod sefydlu gwasanaeth newydd, yn hytrach na chyfuno gwasanaethau presennol, yn ei gwneud yn haws sefydlu'r gwasanaeth, gan nad oeddent yn profi gormod o wrthwynebiad sefydliadol.

Ffynhonnell: cyfweiliadau

Gwasanaethau anhwylderau bwyta

- 5.18 Mae'r problemau sy'n gysylltiedig â threfniadau pontio gwasanaethau anhwylderau bwyta ychydig yn wahanol i rai EIPS, gan fod yr oedran nodweddiadol ar gyfer dechrau defnyddio gwasanaethau anhwylderau bwyta'n gynharach (tua 13-14 oed), ac felly nid yw'n cyd-fynd â threfniadau pontio o wasanaethau plant i wasanaethau oedolion i'r un graddau â seicosis. Fodd bynnag, gall cyfuno anawsterau iechyd corfforol a meddyliol olygu nad yw pobl ifanc yn gweddu'n hawdd i CAMHS na phediatreg a bod angen dull amlddisgyblaethol, ac y gall pontio o wasanaethau plant i wasanaethau oedolion ddigwydd ar adeg hollbwysig yn ystod salwch pobl ifanc (RCP, 2019).

Gwasanaeth anhwylderau bwyta Gwent

Yng Ngwent, darperir gwasanaethau anhwylderau bwyta ar haen 2 gan CAMHS a TIMC. Mae gwasanaeth anhwylderau bwyta arbenigol haen 3 yn cynnig ymgynghoriad ac asesiad ar y cyd pan fo, er enghraifft, ansicrwydd ynghylch diagnosis neu pan nad yw plentyn neu berson ifanc yn gwneud cynnydd, neu pan fo risg neu gymhlethdod yn cynyddu. Mae hefyd yn cydweithredu â TIMC i weithio gydag achosion risg uchel iawn neu gymhleth. Er nad oes gwasanaeth cwbl integredig i blant a phobl ifanc, adroddodd cyfweleion fod ymddiriedaeth rhwng gweithwyr proffesiynol mewn gwasanaethau plant a gwasanaethau oedolion, gyda threfniadau cydweithio a nyrsio da ar draws yr ystod oedran ar gyfer y grŵp hwn. Yn ychwanegol, mae hyfforddiant a rennir, sy'n golygu nad oes newid sylweddol yn y gwasanaeth pan fo person ifanc yn pontio o wasanaethau plant i wasanaethau oedolion. Adroddwyd mai'r brif her oedd amharodrwydd seicolegwyr mewn gwasanaethau iechyd meddwl oedolion i ymgysylltu mewn maes yr ystyrir ei fod yn arbenigedd.

Addaswyd o gyfweiliadau a gwefan [Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan: Gwasanaeth Anhwylderau Bwyta Arbenigol](#)

Effeithiolrwydd gwasanaethau

- 5.19 Myfyriodd rhai cyfweleion ar y ffaith bod creu mwy o dimau'n cynyddu cymhlethdod ac y gallai greu "seilos" newydd. Fodd bynnag, roedd adborth cadarnhaol cyson ar y timau newydd, fel EIPS a'r gwasanaethau anhwylderau bwyta a oedd wedi'u creu; er enghraifft, yn ôl un cyfwelai: "mae ein profiad o'r ddau dîm [EIPS a'r gwasanaeth anhwylderau bwyta] yn gadarnhaol iawn...yn y ddau achos mae trefniadau gweithio a meddwl yn systematig yn rhan annatod o'u dull. Yn yr un modd, fel y nodir gan Singh et al. (2010, t.180) (gan ddefnyddio tystiolaeth o Loegr):

"The Early Intervention in Psychosis model has been instrumental in overcoming some of the barriers between CAMHS and AMHS. EI services extend the holistic approach of CAMHS into AMHS, while the disease-specific focus of AMHS allows young people to get the best possible evidence-based care from highly trained staff".

- 5.20 Un o risgiau creu gwasanaethau ieuencid canolraddol sydd rhwng CAMHS ac AMHS yw eu bod yn creu mannau pontio newydd. Adroddodd cyfweleion fod effaith hyn yn gymedrol. Prin yw'r bobl a bontiodd i'r gwasanaethau, gan fod y rhan fwyaf o'r problemau'n digwydd ar ôl 14 oed ac adroddwyd bod pontio o'r gwasanaethau ychydig yn fwy hwylus nag o CAMHS i AMHS. Teimlwyd bod yr oedran hyn pan oedd oedolion ifanc yn pontio o gymorth. Serch hynny, ystyriwyd bod llyfnder y trefniadau pontio'n dibynnu ar barodrwydd a chapasiti'r gwasanaeth roeddent yn pontio iddo, i dderbyn yr achos ac ymgysylltu â'r gwasanaeth a'r defnyddiwr gwasanaethau.

Cost-effeithiolrwydd integreiddio gwasanaethau

- 5.21 Mae llawer o'r modelau iechyd meddwl newydd yn ceisio integreiddio gwasanaethau gwahanol. Nid oes un model integreiddio gydag, er enghraifft, Kodner a Spreeuwenberg (2002) yn disgrifio continwm o gydweithredu rhwng sefydliadau cwbl ar wahân drwy gydlynw gwasanaethau mewn rhwydweithiau

amlddisgyblaethol (e.e. rhwydweithiau clinigol a reolir), i wasanaethau cwbl integredig â chyllid cyfunol, cynllunio a rheoli ar y cyd a thimau amlddisgyblaethol. Adlewyrchwyd hyn yn yr amrywiaeth o wasanaethau newydd sydd wedi'u datblygu i blant a phobl ifanc (ac a drafodwyd uchod). Mae Ham a Walsh (2013, t.4) yn dod i'r casgliad nad oes dystiolaeth bod un math o integreiddio'n rhagori ar eraill. Maent yn mynd ymlaen i ddadlau'r canlynol:

“The main benefits of integrated care occur when barriers between services and clinicians are broken down, not when organisations are merged. A fundamental building block is the creation of integrated or multidisciplinary teams comprising all the professionals and clinicians involved with the service or user group around which care is being integrated”.

- 5.22 Er (fel yr amlinellwyd uchod) yr adroddir canlyniadau cadarnhaol ar gyfer y gwasanaethau newydd, yn gyffredinol, mae'r dystiolaeth o effaith integreiddio a chydweithio ar ganlyniadau gwell i ddefnyddwyr gwasanaethau ieuchyd yn parhau i fod yn fylchog (Cameron et al., 2015; Hillary, 2011). Fel y dangosir gan y profiad ar gyfer gwasanaethau fel Forward Thinking Birmingham (Birchwood, et al, 2018), ac, yng Nghymru, Gwasanaethau Anhwylderau Niwroddatblygiadol Plant a'r Gwasanaeth Awtistiaeth Integredig (Llywodraeth Cymru, 2019), ac fel yr awgrymir gan dystiolaeth o wasanaethau eraill, mae'n debygol y bydd integreiddio'n gostus, yn cymryd llawer o amser ac yn heriol (Ham a Walsh, 2013). Mae hyn yn adlewyrchu anawsterau integreiddio systemau rheoli gwahanol, staffio, cyllid, rhannu gwybodaeth, sicrhau ansawdd ac atebolrwydd (Goodwin et al., 2012).

Casgliadau

- 5.23 Nododd y llenyddiaeth a adolygwyd (e.e. CCC, 2018; y Comisiwn Ansawdd Gofal; RCP, 2017; Gregory, d.d.) a'r cyfweiliadau, amrywiaeth o wendidau a heriau posibl yn gysylltiedig â'r model gwasanaeth presennol, gan gynnwys:
- darnio o ran gwasanaethau o ystyried, er enghraifft, y model haenog presennol, a'r rhaniadau rhwng ieuchyd meddwl a chorfforol ac ieuchyd meddwl ac addysg, a all ei gwneud yn anodd i bobl ifanc gael mynediad i ofal, ac sy'n cynyddu'r tebygolrwydd y caiff ymyriad ei ohirio a/neu na chaiff anghenion eu diwallu, ac yn cyfrannu at anawsterau wrth bontio rhwng CAMHS ac AMHS;

- recriwtio a chadw gweithlu ac anghenion datblygiad proffesiynol;
- cyllid annigonol; a
- gwendid a bylchau mewn data, er enghraifft, ar anghenion pobl ifanc nawr ac yn y dyfodol (rhagolygon i lywio comisiynu) ac effeithiolrwydd darparu gwasanaethau, gan gynnwys gwahaniaethau yn y ffordd y caiff data eu casglu gan BILI a gwasanaethau gwahanol, sy'n rhwystro meincnodi.

5.24 O ystyried yr heriau hyn, mae Singh et al. (2010) yn dadlau bod consensws yn dod i'r amlwg yn awr y dylai gwasanaethau iechyd ystyried anghenion iechyd a datblygiadol dau grŵp: plant o dan 12 oed a phobl ifanc 12-24 oed. Fodd bynnag, er bod cefnogaeth ar gyfer y model, nid oedd consensws yn y llenyddiaeth a adolygwyd na'r cyfweiliadau am yr ystod oedran fwyaf priodol ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl ieuenctid. Roedd y rhan fwyaf o'r cyfweleion yn ffafrio neu'n awgrymu 14-25 oed, o ystyried yr oedran pan fo'r rhan fwyaf o anhwylderau iechyd meddwl yn dod i'r amlwg. Fodd bynnag, byddai 11-25 oed yn cyd-fynd yn well â pholisi Llywodraeth Cymru tuag at bobl ifanc. Mae'n werth sylwi hefyd, heblaw am LPMHS, prin iawn oedd y gwasanaethau iechyd meddwl sy'n wirioneddol i bob oed. Roedd y rhan fwyaf o wasanaethau naill ai'n canolbwyntio ar blant a phobl ifanc (e.e. gwasanaethau 0-25 oed) neu bobl ifanc (e.e. gwasanaethau 14-25 oed).

5.25 Wrth feddwl am fodelau newydd, awgrymodd cyfweleion ei bod yn bwysig cydnabod cryfderau a gwendidau CAMHS ac AMHS. Er enghraifft, yn ôl un cyfwelai: "dyma'r dewisiadau a gynigir gan CAMHS – dyma'r dewisiadau a gynigir gan AMHS", "maent yn wahanol", a'r "nod yw bod pobl, o tua 14 oed, yn dechrau defnyddio llai o ddewisiadau CAMHS a mwy o ddewisiadau AMHS...ac, erbyn 25 oed, bydd AMHS yn diwallu'r holl anghenion".

Rhwysterau posibl i sefydlu gwasanaethau iechyd meddwl plant a phobl ifanc pob oed neu ieuenctid

5.26 Nododd y llenyddiaeth a adolygwyd, a'r cyfweiliadau, amrywiaeth o rwystrau posibl i greu gwasanaethau iechyd meddwl pob oed neu ieuenctid, gan gynnwys:

- y risg bod gwasanaeth pob oed yn dod yn fodel oedolion, fel y mae'r profiad o LPMHS yn awgrymu, oherwydd, fel y nododd un cyfwelai, oedolion yw 80 y cant

o'r llwyth achosion, ac mae'n "tynnu'r gwasanaeth i'r cyfeiriad anghywir" (hefyd gweler CCC, 2018).

- yr heriau sy'n gysylltiedig â recriwtio a chadw gweithlu â'r sgiliau a'r hyder angenrheidiol i weithio gyda phobl ifanc (gweler e.e. y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017). Fel yr arsylwodd un cyfwelai: "mae meithrin timau sy'n gallu gweithio gyda phobl o dan 16 oed a hyd at 25 oed yn her o ran hyfforddiant". Er enghraifft, disgrifiwyd bod seiciatrydd oedolion fel arfer yn cael ei hyfforddi a'i gofrestru i weithio gydag oedolion, ond nid plant, a bod staff yn AMHS yn aml yn llai hyderus o ran capasiti a chyfyngiadau mewn perthynas â'r rhai 17 oed ac iau.
- y tarfu posibl ar wasanaethau presennol. Er enghraifft, yn ôl un cyfwelai: mae'n "anodd" creu gwasanaethau newydd, yn enwedig wrth "gyfuno gwasanaethau presennol" ac roedd yn teimlo y byddai'n "gymhleth" tynnu CAMHS ac AMHS ynghyd, ac na fyddai "newid enfawr mewn cyfnod byr" yn ddymunol, a fyddai'n awgrymu dull graddol o ddatblygu gwasanaethau newydd. Yn yr un modd, fel y dywedodd cyfwelai arall: "Rwy'n poeni pan fyddwn yn trafod ailstrwythuro gwasanaethau – [mae hyn yn golygu] llawer o oblygiadau clinigol" o ystyried y tarfu posibl ar wasanaethau presennol.
- y perygl y gall y galw am wasanaethau newydd sy'n diwallu anghenion na chawsant eu diwallu yn flaenorol orlethu eu capasiti, gan arwain at restrau aros hir a chyfyngiadau ar fynediad fel y digwyddodd i'r Gwasanaethau Anhwylderau Niwroddatblygiadol ac Awtistiaeth Integredig newydd yng Nghymru (Llywodraeth Cymru, 2019).

5.27 Er gwaethaf y rhwystrau hyn, a hefyd y gwendidau yn y sail dystiolaeth, mae'r cyfweleion (nifer bach ohonynt) ar gyfer yr astudiaeth hon, a hefyd yr enghreifftiau o bob rhan o'r DU a'r byd ehangach, yn awgrymu bod gwendid y system bresennol yn golygu bod awydd i ystyried ad-drefnu gwasanaethau, drwy greu gwasanaethau iechyd meddwl ieuenctid.

6. Casgliadau

Y dystiolaeth ynghylch pontio o CAMHS i AMHS

6.1 Mae achosion o bontio pobl ifanc o CAMHS bellach yn faes yr ymchwiliwyd iddo yn dda, o gymharu â degawd yn ôl, gydag astudiaethau gwahanol yn nodi materion tebyg ac yn gwneud argymhellion tebyg. Ceir cytundeb cyffredinol yn yr ymchwil a adolygwyd, a hefyd yn y dystiolaeth gan gyfweleion ar gyfer yr astudiaeth hon, bod:

- profiadau o bontio o CAMHS a pharhad gofal yn aml yn wael. Er bod pocedi o arfer da, mae'r arfer yn parhau'n amrywiol iawn ac mae rhai grwpiau, fel pobl ifanc ag anawsterau iechyd meddwl a chyflyrau sy'n cyd-ddigwydd (megis anhwylderau NDd fel ADHD neu ASD) a/neu bobl ifanc mewn gofal neu yn y ddalfa, yn fwy tebygol o gael cyfnodau pontio anodd o CAMHS.
- mae rhai pobl ifanc nad ydynt yn gallu pontio i AMHS, neu'n dewis peidio â gwneud hynny, gan gynyddu'r risg nad yw eu hanghenion yn cael eu diwallu ac y gallent waethygu. Felly mae'n bwysig ystyried anghenion y tri grŵp gwahanol hyn: (i) y bobl ifanc hynny sy'n gallu pontio i AMHS, (ii) y rhai sy'n methu, a (iii) y rhai sy'n dewis peidio â gwneud hynny, oherwydd yn aml mae angen camau gwahanol i helpu pob grŵp.
- yn aml nid yw'n briodol ei gwneud yn ofynnol i bobl ifanc bontio o CAMHS yn 18 oed, oherwydd gall gyd-fynd â chyfnod arbennig o agored i niwed ym mywydau pobl ifanc, ar adeg pan mae'n ofynnol iddynt hefyd gymryd cyfrifoldeb cynyddol am eu gofal a'u gweithredoedd eu hunain. Gall eu natur agored i niwed a'u hamgylchiadau gynyddu'r ofn a'r pryder sy'n gysylltiedig â phontio o CAMHS a gall pontio ar yr oedran hwn gynyddu'r risg y bydd pobl ifanc yn ymddieithrio oddi wrth wasanaethau. Felly dylid pontio pan fydd pobl ifanc yn barod, yn hytrach nag ar sail yr hyn a ystyriwyd yn ffin oedran fympwyol.
- er nad oes un ateb sy'n sicrhau pontio llwyddiannus o CAMHS, teimlir bod yr hyn sy'n gweithio yn cael ei ddeall yn dda. Fodd bynnag, mae'n bwysig nodi bod llawer mwy o ymchwil i brofiadau o bontio a pharhad gofal nag sydd o werthuso modelau neu ddulliau i wella profiadau o bontio a pharhad gofal. Ymddengys hefyd fod llai o ymchwil neu dystiolaeth ar arfer da i gefnogi pobl ifanc ag

anawsterau iechyd meddwl i gael mynediad i CAMHS, nad ydynt (gan nad ydynt yn cael eu hatgyfeirio, neu oherwydd eu bod yn ymddieithrio) yn cael mynediad i AMHS neu'n methu gwneud hyn. Yn rhannol, gall hyn fod oherwydd bod y grŵp hwn yn gudd neu ar goll, ac felly'n llai hygyrch i ymchwilyr. Mae bylchau hefyd yn y sail dystiolaethol mewn perthynas â grwpiau agored i niwed o bobl ifanc fel y rhai sy'n gadael gofal neu sydd mewn sefydliadau troseddwy'r ifanc, sy'n aml yn profi cyfnodau pontio anodd iawn (RCP, 2017).

- 6.2 Mae'r ymchwil a adolygwyd ar gyfer yr astudiaeth hon, a'r cyfweiliadau, yn nodi nad yw'r problemau sy'n gysylltiedig â phontio o CAMHS yn benodol i CAMHS ac AMHS, ond gall fod yn fwy aciwt i bobl ifanc ag anawsterau iechyd meddwl sy'n pontio o CAMHS, a all fod â chydnerthedd a chymhelliant gwannach.

Arfer da mewn cyfnodau pontio o CAMHS

- 6.3 Mae'r dystiolaeth ymchwil yn awgrymu y gellir gwella'r pontio o CAMHS drwy:
- helpu pobl ifanc a theuluoedd i oresgyn neu lywio'r bylchau rhwng CAMHS ac AMHS, a gwella'r cyfnodau pontio i ddewisiadau eraill yn lle AMHS, fel LPMHS, fel y mae'r enghreifftiau yn nhabl 6.1 yn dangos;
 - pontio neu gau'r bwlch rhwng CAMHS ac AMHS drwy sicrhau:
 - mwy o weithio ar y cyd rhwng CAMHS ac AMHS (y gellid ei ystyried fel model o integreiddio meddal) a rhoi mwy o ddewis i bobl ifanc ynghylch sut a phryd y maent yn pontio; a/neu
 - sefydlu gwasanaethau iechyd meddwl ieuenctid neu bob oed (model o integreiddio caled), fel bod y pontio yn cael ei ohirio (yn achos gwasanaethau ieuenctid), neu ei ddileu (yn achos gwasanaethau pob oed).

Tabl 6.1. Gwella'r broses bontio o CAMHS i bobl ifanc a'u teuluoedd

Rhwystrau i bontio	Atebion a galluogwyr
didrafferth	
Yr ofn a'r pryder y mae llawer o bobl ifanc a'u teuluoedd yn eu profi cyn ac yn ystod y pontio o CAMHS.	Cynllunio a pharatoi ar gyfer pontio yn brydlon gan ddefnyddio, er enghraifft, cynlluniau pontio a gweithwyr allweddol i sicrhau bod pobl ifanc a'u teuluoedd yn gwybod beth i'w ddisgwyl, beth yw eu dewisiadau a'u bod yn cael eu cefnogi drwy'r broses; a darparu parhad (e.e. gyda pherson dibynadwy) yn ystod ac (am gyfnod rhesymol) ar ôl pontio.
Cynllunio a/neu reoli gwael wrth bontio o CAMHS fel ei fod, er enghraifft, yn teimlo'n fryslog, wedi'i gydlynu'n wael a/neu rhaid i bobl ifanc ailadrodd eu stori yn gyson.	Cynllunio pontio amserol, fel bod pobl ifanc, eu teuluoedd a gwasanaethau yn cael eu paratoi. Gellir cefnogi hyn drwy: - brotocolau pontio (sy'n amlinellu'r hyn ddylai ddigwydd, gan gynnwys amseru³⁴, a chyfrifoldebau gwasanaethau); - rheolwyr gwasanaethau yn cymryd cyfrifoldeb ac atebolrwydd am bontio (gan gynnwys monitro a gwerthuso profiadau defnyddwyr); - protocolau rhannu gwybodaeth, systemau TG a rennir a phasbortau pobl ifanc (i gynorthwyo rhannu gwybodaeth). Gweithio amlasiantaeth effeithiol sy'n cynnwys gwasanaethau eraill (fel addysg, cyflogaeth, tai a/neu wasanaethau cymdeithasol), a allai hefyd fod yn gweithio gyda phobl ifanc ac yn eu cefnogi ar yr adeg hon. Gall hyn gynnwys defnyddio

³⁴ Canllawiau presennol Rhaglen Law yn Llaw at Blant a Phobl Ifanc yw y dylid cael cytundeb i bontio gan y person ifanc a rhieni/gofalwyr o leiaf 6 mis cyn y dyddiad pontio arfaethedig (LLIBPhI, d.d., t.16.). Canllawiau NICE yw: "for groups not covered by health, social care and education legislation, practitioners should start planning for adulthood from year 9 (age 13 or 14) at the latest... For young people entering the service close to the point of transfer, planning should start immediately" (NICE, 2016, t.7).

	cynllunio gofal a thriniaeth a gweithwyr allweddol i gydlynu'r broses o gynnwys gwahanol randdeiliaid
Dulliau sy'n canolbwyntio ar y gwasanaeth, sy'n golygu bod pontio yn cael ei wneud "i", nid "gyda" phobl ifanc a'u teuluoedd, ac sydd hefyd yn gallu golygu bod pontio'n digwydd ar adeg arbennig o anodd ym mywydau pobl ifanc; nid yw pobl ifanc yn ymgysylltu ag AMHS; a/neu mae rhieni/gofalwyr yn teimlo eu bod wedi'u heithrio.	Cynllunio ar gyfer pontio sy'n canolbwyntio ar y person, gan gynnwys hyblygrwydd ynghylch yr oedran pan fydd y pontio'n digwydd (e.e. 15-20 oed), fel ei fod yn adlewyrchu amgylchiadau'r person ifanc (e.e. heriau eraill neu bontio arall yn eu bywydau) a'u "datblygiad, aeddfedrwydd [a] gallu gwybyddol", yn hytrach na dim ond eu hoed cronolegol: - datblygu gwasanaethau sy'n seiliedig ar anghenion; - mynd ati'n rhagweithiol i ymgysylltu â phobl ifanc, yn enwedig y rhai sydd fwyaf mewn perygl o ymddieithrio; gallai hyn gynnwys, er enghraifft, defnyddio cymorth gan gymheiriaid, hyfforddi a mentora, eiriolaeth a TG; a - pharchu dewisiadau pobl ifanc ynghylch cynnwys teuluoedd ac egluro hyn i deuluoedd;
Gwasanaethau iechyd meddwl i oedolion (gan gynnwys LPMJS) na theimlir bod amser eu bod yn "ystyriol o bobl ifanc" ac AMHS sydd â throthwyon uchel a dull ac ethos gwahanol iawn i CAMHS, sy'n gallu golygu mai prin yw'r parhad gofal ar ôl pontio o CAMHS.	Mwy o gydweithio rhwng CAMHS ac AMHS, fel adolygu'r systemau a'r arferion presennol ar y cyd i nodi lle mae angen newidiadau; datblygu gweledigaeth a pholisi a rennir ar gyfer pontio; cydweithio cyn ac ar ôl pontio a hyfforddiant a rennir rhwng CAMHS ac AMHS. Sicrhau, lle y bo'n briodol, bod pobl ifanc yn cael eu cefnogi i gael mynediad i ddewisiadau eraill yn lle AMHS, fel y rhai a ddarperir gan y trydydd sector ac LPMHS.

Buddsoddi mewn gwasanaethau i oedolion ifanc, gan gynnwys, er enghraifft:

- datblygu'r gweithlu (i sicrhau bod gan staff y sgiliau cymdeithasol ac emosiynol sydd eu hangen, yn hyderus yn gweithio gydag oedolion ifanc, ac yn cael digon o amser i feithrin perthynas â nhw); a
- chomisiynu gwasanaethau newydd, neu ailgyflunio gwasanaethau presennol, i oedolion ifanc (gan gynnwys y posibilrwydd o ddatblygu gwasanaethau iechyd meddwl ieuencid) fel eu bod yn cyfateb yn well i'r galw a disgwyliadau ac anghenion pobl ifanc.

Ffynhonnell: Cyfweiliadau, ymchwil a adolygwyd ar gyfer yr astudiaeth hon (e.e. NICE (2016; LLIBPhI, d.d.)

Rhwysterau a galluogwyr i newid o ran gwella cyfnodau pontio

- 6.4 Mae'r argymhellion a amlinellwyd yn nhabl 6.1 yn cael eu deall yn dda (ac fe'u hamlinellir yng Nghanllawiau Pontio presennol LLIBPhI (LLIBPhI, d.d.) ac, yn rhannol, gall yr her gael ei fframio yn nhermau gweithredu (h.y. pam nad yw arfer da yn cael ei weithredu) a'i ddeall o ran ffactorau fel capasiti (ac adnoddau) a'r flaenoriaeth a roddir gan wasanaethau i wella pontio, o gymharu â blaenoriaethau gwasanaeth eraill. Fel y mae NICE (2016, t.32) yn nodi: "there is a wealth of policy and guidance on agreed principles in respect of good transitional care, but there is also evidence that these principles are often not reflected in practice". O ystyried y pwysau ar wasanaethau iechyd, mae hefyd yn bwysig cofio y gall cynyddu'r flaenoriaeth a roddir gan wasanaethau iechyd meddwl i bontio roi pwysau ar rannau eraill o'r gwasanaeth. Gallai gwella cyfnodau pontio helpu i atal anawsterau iechyd meddwl rhag gwaethygu a lleihau'r galwadau ar dimau argyfwng, gan greu arbedion cost (RCP, 2017), ond nid yw hyn yn sicr o bell ffordd a gall arbedion cost gronni mewn gwasanaethau eraill neu rannau eraill o'r system.

Asesu'r achos dros wasanaethau iechyd meddwl ieuencid

- 6.5 O ystyried y gwendidau gyda'r system bresennol, roedd cryn ddiddordeb ymhlith y nifer bach o gyfweleion ar gyfer yr astudiaeth hon yn yr achos dros ddatblygu gwasanaethau iechyd meddwl ieuencid. Yn yr un modd, i rai roedd cydnabyddiaeth a phryder ynghylch yr heriau a'r rhwystrau sy'n gynhenid wrth ailgyflunio gwasanaethau.
- 6.6 Mae'r uchafbwynt o ran dechrau llawer o anawsterau iechyd meddwl yn ystod y glasoed, pan fo pobl ifanc hefyd yn mynd drwy gyfnod o newid ffisiolegol, gydag achosion eraill o bontio pwysig yn eu bywydau, yn golygu bod y rhaniad rhwng CAMHS ac AMHS yn gwneud y system wannaf lle mae angen iddi fod ar ei chryfaf (Singh et al., 2010). Er gwaethaf canllawiau LLIBPhI, sy'n argymhell pontio hyblyg, prin yw'r dystiolaeth o hyn yn digwydd yn ymarferol a nodwyd gan yr ymchwil ansoddol (cyfyngedig) a nodwyd ar gyfer yr astudiaeth hon. Gallai mwy o hyblygrwydd a mwy o gydweithio rhwng CAMHS ac AMHS fynd i'r afael â hyn (heb ei gwneud yn ofynnol cael integreiddio caled o CAMHS ac AMHS i greu gwasanaethau iechyd meddwl ieuencid). Fodd bynnag, ymddengys fod y pwysau presennol ar wasanaethau yn dal hyn yn ôl.
- 6.7 At hynny, mae rhai rhwystrau i bontio didrafferth, fel y gwahaniaethau diwylliannol a sefydliadol rhwng CAMHS ac AMHS, sy'n gallu golygu nad oes gwasanaeth i bobl ifanc bontio iddo, yn rhwystrau strwythurol ac nid yw'n hawdd eu datrys drwy ganolbwyntio ar weithredu'r canllawiau presennol. Gallai integreiddio CAMHS ac AMHS yn feddal helpu (felly unwaith eto, nid integreiddio CAMHS ac AMHS yn galed i greu gwasanaethau iechyd meddwl ieuencid yw'r unig opsiwn). Fodd bynnag, oni bai bod y galw am wasanaethau yn lleihau, mae'n debygol y byddai angen buddsoddiad ychwanegol hefyd mewn gwasanaethau i gynyddu eu capasiti ac ehangu mynediad i AMHS.
- 6.8 Yn fwy cyffredinol, mae'r ymchwil a'r cyfweiliadau ar gyfer yr astudiaeth hon yn awgrymu nad yw'r achos o blaid modelau gwasanaeth eraill (fel gwasanaethau iechyd meddwl pob oed neu ieuencid) yn ymwneud yn bennaf â gwella pontio; yn lle hynny mae'n dibynnu ar yr angen ehangach i wella gwasanaethau iechyd meddwl i bobl ifanc ac i gyfateb capasiti i'r angen a'r galw yn well. Ystyrir bod y system bresennol yn gymhleth a heb ffordd hawdd na chlir o gael help neu gymorth

a gormod o bobl ifanc sydd ag anghenion nad ydynt yn gallu cael mynediad i wasanaethau iechyd meddwl mewn ffordd amserol, neu'n dewis peidio â gwneud hynny (y Comisiwn Ansawdd Gofal, 2017, 2018; CCC, 2018).

- 6.9 Felly dylai unrhyw ailgyflunio gwasanaethau iechyd meddwl pobl ifanc hefyd geisio bod o fudd i bobl ifanc sy'n dewis peidio cael mynediad i CAMHS, neu nad ydynt yn gallu gwneud hynny (ac felly nad ydynt yn pontio), neu AMHS. Mae asesu'r ffordd orau o ddiwallu anghenion y grwpiau hyn yn gwestiwn sydd y tu hwnt i gwmpas yr adolygiad hwn.
- 6.10 Mae hefyd yn bwysig cofio mai cymysg yw'r dystiolaeth o fanteision integreiddio gwasanaethau (gweler e.e. Ham a Curry, 2011; Cameron et al., 2015). Fel y mae'r profiad o sefydlu'r gwasanaethau IAS a NDd yng Nghymru yn dangos, mae'n debygol y bydd integreiddio gwasanaethau yn galed yn gostus ac yn cymryd llawer o amser, o ystyried heriau fel recriwtio a chadw'r gweithlu, rheoli'r rhyngwynebau rhwng gwasanaethau, cyfateb capasiti i'r galw, a dwyn ynghyd systemau a diwylliannau gwahanol wasanaethau (Llywodraeth Cymru, 2019). Mae'r neges hon yn cyd-fynd yn fras â'r dystiolaeth gyfyngedig o werthusiadau o wasanaethau iechyd meddwl plant a phobl ifanc fel Forward Thinking Birmingham, a gwasanaethau iechyd meddwl ieuenctid, fel Gwasanaeth Ieuenctid Norfolk. Yn yr un modd, fel y mae Singh et al. (2010, t.181) yn dadlau:

“We certainly need evidence for any models of transitional care that we test in the future, but the search for that evidence should be a goal, rather than a prerequisite without which change to existing service structure, is not initiated. We need to ensure that the vital need for improving youth mental health is not ignored for fear of dismantling longstanding but increasingly unhelpful service barriers”.

7. Argymhellion ar gyfer ymchwil bellach

- 7.1 Astudiaeth gwmpasu ar raddfa gymharol fach oedd hon, wedi'i bwriadu i nodi'r angen am ymchwil bellach. Mae'r bylchau allweddol y mae'n tynnu sylw atynt (lle mae achos dros gomisiynu neu gynnal ymchwil a gwerthuso pellach) yn nodi:
- y rhwystrau i weithredu canllawiau presennol LLIBPhI ar bontio ac atebion (er mwyn sicrhau gweithredu cyson ledled Cymru);
 - effeithiolrwydd a chost-effeithiolrwydd sefydlu modelau gwasanaeth eraill, a'r gwersi ohonynt, fel gwasanaethau iechyd meddwl ieuenctid yn Lloegr (lle ceir ychydig iawn o werthusiadau), gwasanaethau pob oed fel LPMHS, a gwasanaethau sy'n benodol i anhwylderau, fel EIPS yng Nghymru, sy'n rhychwantu ffiniau oedran traddodiadol (lle na nodwyd unrhyw werthusiadau); ac
 - asesu'r achos o blaid ac yn erbyn datblygu gwasanaethau iechyd meddwl pobl ifanc, ac ystyried cwestiynau fel yr ystod oedran priodol ar gyfer gwasanaethau (e.e. 11-25, a fyddai'n gydnaws â pholisi presennol Llywodraeth Cymru, neu 14-25, a ffafriwyd yn gyffredinol gan gyfweleion ar gyfer yr astudiaeth hon, o ystyried yr oedran arferol pan fydd anawsterau iechyd meddwl yn dechrau). Dylai hyn gynnwys asesiad o'r ffordd orau o ddiwallu anghenion a disgwyliadau'r bobl ifanc hynny nad ydynt yn gymwys ar gyfer CAMHS ac AMHS, neu nad ydynt yn ymgysylltu â'r gwasanaethau hyn.

8. Llyfryddiaeth

Allen, D., Cohen, D., Hood, K., Robling, M., Atwell, C., Lane, C., Lowes, L., Channon, S., Gillespie, D., Groves, S. a Harvey, J. (2012) 'Continuity of care in the transition from child to adult diabetes services: a realistic evaluation study'. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(3), tt.140-148.

Appleton, R., Connell, C., Fairclough, E., Tuomainen, H. a Singh, S. P. (2019) 'Outcomes of young people who reach the transition boundary of child and adolescent mental health services: a systematic review', *European child & adolescent psychiatry*, tt.1-16.

Beresford, B. a Stuttard, L. (2014) 'Young adults as users of adult healthcare: experiences of young adults with complex or life-limiting conditions', *Clinical Medicine*, 14(4), tt.404-408.

Birchwood, M. J., Street, Cathy, Singh, Swaran P., Lamb, Clare, Anderson, Yvonne , WarnerGale, Fiona, Sedgewick, Jane , Thompson, Andrew D. ac Upthegrove, Rachel (2018) *Impact and process evaluation of Forward Thinking Birmingham, the 0-25 Mental Health Service : Final Report*. Prifysgol Warwig ; Prifysgol Birmingham ; GIFT (Great Involvement Future Thinking) ; CLAHRC-WM. Ar gael ar-lein ar [wefan gwasanaethau cyhoeddi Prifysgol Warwick](#)

Cadario, F., Prodam, F., Bellone, S., Trada, M., Binotti, M., Trada, M., Allochis, G., Baldelli, R., Esposito, S., Bona, G. ac Aimaretti, G. (2009) Transition process of patients with type 1 diabetes (T1DM) from paediatric to the adult health care service: a hospital-based approach. *Clinical Endocrinology*, 71(3), tt.346-350.

Cameron, A., Lart, R., Bostock, L a Coomber, C. (2015) *Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services*. [ar-lein], [Gwefan Y Sefydliad Gofal Cymdeithasol er Rhagoriaeth](#)

Campbell, F., Biggs K., Aldiss S.K., O'Neill, P.M., Clowes, M., McDonagh, J., While, A., Gibson, F. (2016) *Interventions to improve the care of adolescents with long term health conditions as they transfer from child to adult health services* [ar-lein], [Gwefan Cochrane](#)

Y Comisiwn Ansawdd Gofal (2014) *From the pond into the sea: Children's transition to adult health services*. Y Comisiwn Ansawdd Gofal [ar-lein], [Gwefan Y Comisiwn Ansawdd Gofal](#)

Y Comisiwn Ansawdd Gofal (2017) *Review of children and young people's mental health services. Phase One supporting documentation: Summary of recent policy and literature*, y Comisiwn Ansawdd Gofal [ar-lein], [Gwefan Y Comisiwn Ansawdd Gofal](#)

Y Comisiwn Ansawdd Gofal (2018) *Are we listening? Review of children and young people's mental health services Phase Two supporting documentation Quantitative analysis*, Care Quality Commission [ar-lein], [Gwefan Y Comisiwn Ansawdd Gofal](#)

Chance, L. (2016) *The transition to AMHS from a secure inpatient environment: An Interpretative Phenomenological Analysis of the experiences of nursing staff*, doctoral dissertation, Department of Neuroscience, Psychology and Behaviour.

Comisiynydd Plant Cymru (2019) *'Peidiwch â Dal yn ôl' Pontio i oedolaeth yn achos pobl ifanc sydd ag anableddau dysgu*, Llywodraeth Cymru [ar-lein], [Gwefan Comisiynydd Plant Cymru](#)

Colver, A., Rapley, T., Parr, J., R. McConachie. Dovey-Pearce, G., Couter, A., McDonagh, J., Bennett, C., Hislop, J., Maniatopoulos, G., Mann, K., Merrick, H., Pearce, M., Reape, D., a Vale, L. (2019) 'Facilitating the transition of young people with long-term conditions through health services from childhood to adulthood: the Transition research programme', *NIHR Journals* [ar-lein], [Gwefan Sefydliad Cenedlaethol dros Ymchwil Iechyd](#)

Crowley, R., Wolfe, I., Lock, K. a McKee, M., (2011) 'Improving the transition between paediatric and adult healthcare: a systematic review', *Archives of disease in childhood*, 96(6), tt.548-553.

Day, P., Turner, J., a Hollows, A. (2007) 'Bridging the gap: transitioning from children to adult services', *British Journal of School Nursing* 2(146).

Yr Adran Iechyd a GIG Lloegr (2015) *Future in Mind - Promoting, protecting and improving our children and young people's mental health and wellbeing* [ar-lein], [Gwefan Yr Adran Iechyd](#)

Dunn, V. (2017) *Young people, mental health practitioners and researchers co-produce a Transition Preparation Programme to improve outcomes and experience for young people leaving Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)*. BMC health services research, 17(1), 293 [ar-lein], [Gwefan Ymchwil Gwasanaeth Iechyd BMC](#)

Freeman, G., Weaver, T., Low, J., de Jonge, E., Crawford, M. (2002) *Promoting continuity of care for people with severe mental illness whose needs span primary, secondary and social care: a multi-method investigation of relevant mechanisms and contexts*. Llundain: NCCSDO.

Fusar-Poli, P. (2019) 'Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence', *Frontiers in Psychiatry*, 10 (355), tt.1-17.

Goodwin, N., Perry, C., Dixon, A., Ham, C., Smith, J., Davies, A., Rosen, R., Dixon, J. (2012) *Integrated Care for Patients and Populations: Improving outcomes by working together. A report to the Department of Health and the NHS Future Forum*, Llundain: Cronfa'r Brenin [ar-lein], [Gwefan Cronfa'r Brenin](#)

Gregory, L. (d.d.). *An Alternative Model of Children's Mental Health Services Is it time to move on from the age of the Pyramid?* [ar-lein], [Gwefan Cynulliad Cenedlaethol Cymru](#)

Hafal (2016) *Gwneud Synnwyr: Adroddiad gan bobl ifanc ar eu lles a'u hiechyd meddwl Ionawr 2016. Ymateb i'r Rhaglen 'Gyda'n Gilydd ar gyfer Plant a Phobl Ifanc'*. [ar-lein], [Gwefan Plant yng Nghymru](#)

Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., McKendry, R. (2003) Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal* 327: 1219-1221.

Ham, C., a Curry, N. (2011) *Integrated Care Summary: What is it? Does it work? What does it mean for the NHS?* Llundain, Cronfa'r Brenin [ar-lein], [Gwefan Cronfa'r Brenin](#)

Ham, C., a Walsh, N. (2013) *Making integrated care happen at scale and pace London*, Cronfa'r Brenin [ar-lein], [Gwefan Cronfa'r Brenin](#)

Hill, A., Wilde, S. a Tickle, A. (2019) 'Transition from Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) to Adult Mental Health Services (AMHS): a meta-synthesis of parental and professional perspectives', *Child and Adolescent Mental Health*, tt.1-12.

Hillary, R. (2011) *Integration of health and social care. A review of literature and models - implications for Scotland* [ar-lein], [Gwefan Coleg Nyrsio Brenhinol Cymru](#)

Joint Commissioning Panel for Mental Health (JCPMH) (2013) *Guidance for commissioners of mental health services for young people making the transition from child and adolescent to adult services*, JCPMH, [ar-lein], [Gwefan Panel Comisiynu ar y Cyd ar gyfer Iechyd Meddwl](#)

Jones, G. (2005) *The thinking and behaviour of young adults (aged 16 - 25), literature review for the Social Exclusion Unit, Wirral Learning Partnership* [ar-lein], [Gwefan Partneriaeth Dysgu Cilgwri](#)

Kime, N.H., Bagnall, A. a Day, R. (2013) *Systematic review of transition models for young people with long-term conditions: A report for NHS Diabetes*. NHS Yorkshire and Humber.

Kodner, D. L. a Spreeuwenberg, C. (2002) 'Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper', *International Journal of Integrated Care*, 2.

Kolehmainen, N., McCafferty, S., Maniatopoulos, G., Vale, L., Le-Couteur, A. S., a Colver, A. (2017) 'What constitutes successful commissioning of transition from children's to adults' services for young people with long-term conditions and what are the challenges? An interview study', *BMJ paediatrics open* 1(1) tt.1-8.

Lamb, C. a Murphy, M. (2013) 'The divide between child and adult mental health services: points for debate', *British Journal of Psychiatry* [ar-lein], [Gwefan British Journal of Psychiatry](#)

Lamb C, Hall D, Kelvin R, a Van Beinum, M. (2008) *Working at the CAMHS/Adult Interface: Good practice guidance for the provision of psychiatric services to adolescents/young*

adults. Papur ar y cyd gan weithgor rhyng-gyfadrn y Gyfadrn Plant a Phobl Ifanc a Chyfradrn Gyffredinol a Chymunedol Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, Mai 2008.

Leavey, G., McGrellis, S., Forbes, T., Fullerton, D., Davidson, G., Hughes, L., Thampi, A., Bunting, B., Toal, A., Divin, N., Paul, M. a Singh, S. (2018) *Improving Mental Health Pathways and Care for Adolescents in Transition to Adult Services in Northern Ireland (IMPACT)*, Prifysgol Ulster.

Ludvigsson, J. F., Agreus, L., Ciacci, C., Crowe, S. E., Geller, M. G., Green, P. H. R., Hill, I., Hungin, A. P., Koletzko, S., Koltai, T., Lundin, K. E. A., Mearin, M. L., Murray, J. A., Reilly, N., Walker, M. M., Sanders, D. S., Shamir, R., Troncone, R. a Husby, S. (2016) 'Transition from childhood to adulthood in coeliac disease: the Prague consensus report', *Gut* 65(8), tt.1242-1251.

McDonagh, J.E. (2006) *Growing up ready for emerging adulthood: an evidence base for professionals involved in transitional care for young people with chronic illness and/or disabilities*. [ar-lein] [Gwefan Cyngor dros Blant Anabl](#)

McGorry, P. (2007) 'The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system', *Medical Journal of Australia (supplement)* 187: a53-a56.

McGorry P, Bates T, Birchwood M (2013) Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *British Journal of Psychiatry*, 202: 30–5.

Cynulliad Cenedlaethol Cymru (2001) *Gwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed. Busnes Pawb. Dogfen Strategaeth*, Cynulliad Cenedlaethol Cymru, [ar-lein], [Gwefan Gwasanaeth Iechyd Gwladol](#)

Cynulliad Cenedlaethol Cymru (2014) *Ymchwiliad i Wasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed*, Cynulliad Cenedlaethol Cymru [ar-lein], [Gwefan Cynulliad Cenedlaethol Cymru](#)

Cynulliad Cenedlaethol Cymru (2018) *Cadernid Meddwl: Adroddiad ar y newid mawr sydd ei angen o ran cefnogaeth ym maes iechyd emosiynol ac iechyd meddwl plant a phobl ifanc*

yng Nghymru, Caerdydd, Cynulliad Cenedlaethol Cymru [ar-lein], [Gwefan Cynulliad Cenedlaethol Cymru](#)

NHS Digital (2018) *Mental Health of Children and Young People in England, 2017*, NHS. [ar-lein], [Gwefan Gwasanaeth Iechyd Gwladol](#)

GIG Cymru (d.d.). 'Law yn Llaw at Blant a Phobl Ifanc' Fframwaith Gweithredu, Ar gael ar-lein yn: [Gwefan Gwasanaeth Iechyd Gwladol](#)

NICE (2016) *Transition from children's to adults' services for young people using health or social care service*, [ar-lein], [Gwefan Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal](#)

NICE (2018) *Developing NICE guidelines: the manual*, NICE, [ar-lein], [Gwefan Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal](#)

Norfolk & Waveney Children and Young People's Mental Health Commission (2019). A Better Future Together [ar-lein] [Gwefan Comisiwn Iechyd Meddwl Plant a Phobl Ifanc Norfolk a Waveney](#)

O'Keeffe, L., O'Reilly, A., O'Brien, G., Buckley, R. ac Illback, R. (2015) "Description and outcome evaluation of Jigsaw: an emergent Irish mental health early intervention programme for young people," *Irish Journal of Psychological Medicine*, Cambridge University Press, 32(1), tt. 71–77.

Plaistow, J., Masson, K., Koch, D., Wilson, J., Stark, R.M., Jones, P.B., Lennox, B.R. (2014) 'Young people's views of UK mental health services', *Early Intervention in Psychiatry*, 2014 8(1), 12-23.

Price, C.S., Corbett, S., Lewis-Barned, N., Morgan, J., Oliver, L.E. a Dovey-Pearce, G. (2011) 'Implementing a transition pathway in diabetes: a qualitative study of the experiences and suggestions of young people with diabetes', *Child: care, health and development* 37(6), tt.852-860.

Iechyd Cyhoeddus Cymru (2016) *Together for Children and Young People Programme Child and Adolescent Mental Health Needs Assessment*, Public Health Wales [ar-lein], [Gwefan Arfer Da Cymru](#)

Coleg Brenhinol y Seiciatryddion (2017) *Good mental health services for young people*, [ar-lein] [Gwefan Coleg Brenhinol y Seiciatryddion](#)

Coleg Brenhinol y Seiciatryddion (2019) [ar-lein], [Gwefan Coleg Brenhinol y Seiciatryddion](#)

Coleg Brenhinol y Seiciatryddion (d.d.). *Young people's experiences of health transition*, [ar-lein], [Gwefan Coleg Brenhinol y Seiciatryddion](#)

Sebastian, S., Jenkins, H., McCartney, S., Ahmad, T., Arnott, I., Croft, N., Russell, R. a Lindsay, J.O. (2012) 'The requirements and barriers to successful transition of adolescents with inflammatory bowel disease: differing perceptions from a survey of adult and paediatric gastroenterologists', *Journal of Crohn's and Colitis* 6(8), tt.830-844.

Singh, S.P., Paul, M., Islam, Z., Weaver, T., Kramer, T., McLaren, S., Belling, R., Ford, T., White, S., Hovish, K. a Harley, K. (2010) *Transition from CAMHS to AMHS (TRACK): a study of service organisation, policies, process and user and carer perspectives*. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme, Llundain

Sloper, P., Beecham, J., Clarke, S., Franklin, A., Moran, N. a Cusworth, L. (2010) *Models of Multiagency Services for Transition to Adult Services for Disabled Young People and those with Complex Health Needs: Impact and Costs*, Report to the Department of Health.

Southwark Council and Southwark National Health Service Clinical Commissioning Group (2018) *Review of Child and Adolescent Mental Health and Emotional Wellbeing Services in Southwark*. [Ar-lein] [Gwefan Grŵp Comisiynu Clinigol Cyngor Southwark a Gwasanaeth Iechyd Gwladol Southwark](#)

Street, C. (2019) *Improving transition from Child and Adolescent Mental Health Service to Adult Mental Services - an overview of the issues*, University of Warwick. [ar-lein], [Gwefan Iechyd Pobl Ifanc](#)

Swift, K.D., Hall, C.L., Marimuttu, V., Redstone, L., Sayal, K. a Hollis, C. (2013) 'Transition to AMHS for young people with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a qualitative analysis of their experiences', *BMC Psychiatry* 13(1), t.74.

Together for Children And Young People (d.d.) *Good Transition Guidance: A Seamless Transition From Child And Adolescent To Adult Mental Health Services*, [ar-lein], [Gwefan Arfer Da Cymru](#)

Llywodraeth Cymru (2012a) *The Costs and Benefits of Transition Key Working: an analysis of five pilot projects Final Report*, Llywodraeth Cymru, [ar-lein], [Gwefan Llywodraeth Cymru](#)

Llywodraeth Cymru (2012b) *Law yn Llaw at lechyd Meddwl Strategaeth ar gyfer lechyd Meddwl a Lles yng Nghymru*, [ar-lein], [Gwefan Llywodraeth Cymru](#)

Llywodraeth Cymru (2016) *Gwerthuso Canlyniadau'r Cynllun Gweithredu Strategol ar gyfer Anhwylderau'r Sbectrwm Awtistig*, [ar-lein], [Gwefan Llywodraeth Cymru](#)

Llywodraeth Cymru (2019) *Scoping Study for the Alignment and Development of Autism and Neurodevelopmental Service*, [ar-lein], [Gwefan Llywodraeth Cymru](#)

Wilson, J., Clarke, T., Lower, R., Ugochukwu, U., Maxwell, S., Hodgekins, J., Wheeler, K. a Goff, A., Mack, R., Horne, R. a Fowler, D. (2017) 'Creating an innovative youth mental health service in the United Kingdom: The Norfolk Youth Service *Early Intervention in Psychiatry*. 12. 10.1111, [ar-lein], [Gwefan Llyfrgell Genedlaethol o Feddyginiaeth](#)

Wolpert, M., Harris, R., Hodges, S., Fuggle, P., James, R., Wiener, A., McKenna, C., Law, D., York, A., Jones, M., Fonagy, P., Fleming, I., a Munk, S..(2016) *Thrive Elaborated*, Anna Freud National Centre for Children and Families, [ar-lein], [Gwefan Anna Freud](#)

Wolpert, M. a Martin, P. (2015) *THRIVE & PR: Emerging thinking on a new organisational and payment system for CAMHS*, [ar-lein], [Gwefan Square Space](#)

Atodiad: rhestr o eitemau a gynhwysyd yn yr adolygiad

1. Foster, H. E., Minden, K., Clemente, D., Leon, L., McDonagh, J. E., Kamphuis, S., Berggren, K., van Pelt, P., Wouters, C., Waite-Jones, J., Tattersall, R., Wyllie, R., Stones, S. R., Martini, A., Constantin, T., Schalm, S., Fidanci, B., Erer, B., Dermikaya., Ozen, S., a Carmona, L. 2017. EULAR/PReS standards and recommendations for the transitional care of young people with juvenile-onset rheumatic diseases. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(4), tt.639-646.
2. Kolehmainen, N., McCafferty, S., Maniatopoulos, G., Vale, L., Le-Couteur, A. S., a Colver, A. 2017. What constitutes successful commissioning of transition from children's to adults' services for young people with long-term conditions and what are the challenges? An interview study. *BMJ paediatrics open*, 1(1) tt.1-8.
3. Ludvigsson, J. F., Agreus, L., Ciacci, C., Crowe, S. E., Geller, M. G., Green, P. H. R., Hill, I., Hungin, A. P., Koletzko, S., Koltai, T., Lundin, K. E. A., Mearin, M. L., Murray, J. A., Reilly, N., Walker, M. M., Sanders, D. S., Shamir, R., Troncone, R. a Husby, S. 2016. Transition from childhood to adulthood in coeliac disease: the Prague consensus report. *Gut*, 65(8), tt.1242-1251.
4. Prüfe, J., Dierks, M. L., Bethe, D., Oldhafer, M., Mütter, S., Thumfart, J., Feldkötter, M., Büscher, A., Sauerstein, K., Hansen, M., Pohl, M., Drube, J., Thiel, F., Rieger, S., John, U., Taylan, C., Dittrich, K., Hollenbach, S., Klaus, G., Fehrenbach, H., Kranz, B., Montoya, C., Lange-Sperandio, B., Ruckebrod, B., Billing, H., Staude, H., Brunkhorst, R., Rusai, K., Pape, L. a Kreuzer, M. 2017. Transition structures and timing of transfer from paediatric to adult-based care after kidney transplantation in Germany: a qualitative study. *British Medical Journal open*, 7(6), tt.1-9.
5. Appleton, R., Connell, C., Fairclough, E., Tuomainen, H., a Singh, S. P. 2019. Outcomes of young people who reach the transition boundary of child and adolescent mental health services: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, tt.1-16.
6. Chance, L. 2016. *The transition to AMHS from a secure inpatient environment: An Interpretative Phenomenological Analysis of the experiences of nursing staff* (Doctoral dissertation, Department of Neuroscience, Psychology and Behaviour).

7. Fusar-Poli, P. 2019. Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence. *Frontiers in psychiatry*, 10 (355), tt.1-17.
8. Hill, A., Wilde, S., a Tickle, A. 2019. Transition from Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) to AMHS (AMHS): a meta-synthesis of parental and professional perspectives. *Child and Adolescent Mental Health*, tt.1-12
9. HSIB (Healthcare Safety Investigation Branch. 2018. Investigation into the transition from child and adolescent mental health services to AMHS [Ar-lein], [Gwefan Cangen Ymchwiliad Gofal Iechyd a Diogelwch](#) (Fel ar: 22 Awst 2019).
10. Leavey., G. McGrellis, S., Forbes, T., Fullerton, D., Davidson, G., Hughes, L., Thampi, A., Bunting, B., Toal, A., Divin, N., Paul, M., a Singh, S. 2018. *Improving Mental Health Pathways and Care for Adolescents in Transition to Adult Services in Northern Ireland (IMPACT)*. Prifysgol Ulster.
11. Cyngor Southwark. 2018. *Review of Child and Adolescent Mental Health and Emotional Wellbeing Services in Southwark*. NHS Southwark Clinical Commissioning Group.
12. Cyngor Dinas Norfolk. 2017. *Child and Adolescent Mental Health Services – a needs assessment for the Norfolk and Waveney Local Transformation Plan Hydref 2017*. Cyngor Dinas Norfolk.
13. Tatlow-Golden, M., Blanaid, G., McNamara, N., Singh, S., Ford, T., Paul, M., Cullen, W. a McNicholas, F. 2017. Transitioning from child and adolescent mental health services with attention deficit hyperactivity disorder in Ireland: Case note review. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(3) tt. 505–512.
14. Campbell, F., Biggs, K., Aldiss, S. K., O'Neill, P. M., Clowes, M., McDonagh, J., While, A. a Gibson, F. 2016. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), tt.1-64.
15. Clemente, D., Leon, L., Foster, H., a Carmona, L., a Minden, K. 2017. Transitional care for rheumatic conditions in Europe: current clinical practice and available resources. *Pediatric Rheumatology*, 15(1), 49.
16. Colver, A., Pearse, R., Watson, R. M., Fay, M., Rapley, T., Mann, K. D., Le Couteur, A., Parr, J. R. a McConachie, H. 2018. How well do services for young people with

- long term conditions deliver features proposed to improve transition?. *BMC health services research*, 18(1), 337.
17. Crane, L., Adams, F., Harper, G., Welch, J., a Pellicano, E. (2019). 'Something needs to change': Mental health experiences of young autistic adults in England. *Autism*, 23(2), tt.477-493.
 18. Dunn, V. 2017. Young people, mental health practitioners and researchers co-produce a Transition Preparation Programme to improve outcomes and experience for young people leaving Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS). *BMC health services research*, 17(1), 293.
 19. Eklund, H., Cadman, T., Findon, J., Hayward, H., Howley, D., Beecham, J., Xenitidis, K., Murphy, D., Asherson, P. a Glaser, K., 2016. Clinical service use as people with Attention Deficit Hyperactivity Disorder transition into adolescence and adulthood: a prospective longitudinal study. *BMC health services research*, 16(1), t.248.
 20. Heath, G., Farre, A. a Shaw, K., 2017. Parenting a child with chronic illness as they transition into adulthood: a systematic review and thematic synthesis of parents' experiences. *Patient Education and Counseling*, 100(1), tt.76-92.
 21. Hodgekins, J., Clarke, T., Cole, H., Markides, C., Ugochukwu, U., Cairns, P., Lower, R., Fowler, D. a Wilson, J., 2017. Pathways to care of young people accessing a pilot specialist youth mental health service in Norfolk, United Kingdom. *Early intervention in psychiatry*, 11(5), tt.436-443.
 22. Hokken-Koelega, A., van der Lely, A.J., Hauffa, B., Häusler, G., Johannsson, G., Maghnie, M., Argente, J., DeSchepper, J., Gleeson, H., Gregory, J.W. a Höybye, C., 2016. Bridging the gap: metabolic and endocrine care of patients during transition. *Endocrine connections*, 5(6), tt.R44-R54.
 23. Hughes, G.C., O'Hanrahan, S., Kavanagh, G. a McNicholas, F., 2017. Review of international clinical guidelines for adolescents on transition to AMHS and adults with attention-deficit hyperactivity disorder and their application to an Irish context. *Irish journal of psychological medicine*, 34(1), tt.59-73.
 24. Islam, Z., Ford, T., Kramer, T., Paul, M., Parsons, H., Harley, K., Weaver, T., McLaren, S. a Singh, S.P., 2016. Mind how you cross the gap! Outcomes for young

- people who failed to make the transition from child to adult services: the TRACK study. *BJPsych bulletin*, 40(3), tt.142-148.
25. McNamara, N., Coyne, I., Ford, T., Paul, M., Singh, S. a McNicholas, F., 2017. Exploring social identity change during mental healthcare transition. *European Journal of Social Psychology*, 47(7), tt.889-903.
 26. Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T. a Coghill, D., 2018. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), tt.175-186.
 27. Signorini, G., Singh, S.P., Marsanic, V.B., Dieleman, G., Dodig-Ćurković, K., Franic, T., Gerritsen, S.E., Griffin, J., Maras, A., McNicholas, F. a O'Hara, L., 2018. The interface between child/adolescent and AMHS: results from a European 28-country survey. *European child & adolescent psychiatry*, 27(4), tt.501-511.
 28. Singh, S.P., Tuomainen, H., De Girolamo, G., Maras, A., Santosh, P., McNicholas, F., Schulze, U., Purper-Ouakil, D., Tremmery, S., Franić, T. a Madan, J., 2017. Protocol for a cohort study of adolescent mental health service users with a nested cluster randomised controlled trial to assess the clinical and cost-effectiveness of managed transition in improving transitions from child to AMHS (the MILESTONE study). *BMJ open*, 7(10)
 29. Young-Southward, G., Philo, C. a Cooper, S.A., 2017. What effect does transition have on health and well-being in young people with intellectual disabilities? A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(5), tt.805-823.
 30. NICE. 2016. Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services. NICE.
 31. Day, P., Turner, J., a Hollows, A. 2007 Bridging the gap: transitioning from child 2 to adult services. *British Journal of School Nursing* 2(146).
 32. Mills, J., Cutajar, P., Jones, J. a Bagelkote, D., 2013. Ensuring the successful transition of adolescents to adult services. *Learning Disability Practice*, 16(6).
 33. Paul, M., Street, C., Wheeler, N. a Singh, S.P., 2014. Transition to adult services for young people with mental health needs: a systematic review. *Clinical child psychology and psychiatry*, 20(3), tt.436-457.

34. Singh, S.P., Paul, M., Islam, Z., Weaver, T., Kramer, T., McLaren, S., Belling, R., Ford, T., White, S., Hovish, K. a Harley, K., 2010. *Transition from CAMHS to AMHS (TRACK): a study of service organisation, policies, process and user and carer perspectives*. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme: Llundain.
35. Sloper, P., Beecham, J., Clarke, S., Franklin, A., Moran, N. a Cusworth, L., 2011. *Models of Multi-Agency Services for Transition to Adult Services for Disabled Young People and those with Complex Health Needs: Impact and Costs*. Report to the Department of Health.
36. Swift, K.D., Hall, C.L., Marimuttu, V., Redstone, L., Sayal, K. a Hollis, C., 2013a. Transition to AMHS for young people with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a qualitative analysis of their experiences. *BMC psychiatry*, 13(1), t.74.
37. Swift, K.D., Sayal, K. a Hollis, C., 2013b. ADHD and transitions to AMHS: a scoping review. *Child: care, health and development*, 40(6), tt.775-786.
38. Allen, D., Cohen, D., Hood, K., Robling, M., Atwell, C., Lane, C., Lowes, L., Channon, S., Gillespie, D., Groves, S. a Harvey, J., 2012. Continuity of care in the transition from child to adult diabetes services: a realistic evaluation study. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(3), tt.140-148.
39. Beresford, B. a Stuttard, L., 2014. Young adults as users of adult healthcare: experiences of young adults with complex or life-limiting conditions. *Clinical Medicine*, 14(4), tt.404-408.
40. Binks, J.A., Barden, W.S., Burke, T.A. a Young, N.L., 2007. What do we really know about the transition to adult-centered health care? A focus on cerebral palsy and spina bifida. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 88(8), tt.1064-1073.
41. Cadario, F., Prodam, F., Bellone, S., Trada, M., Binotti, M., Trada, M., Allochis, G., Baldelli, R., Esposito, S., Bona, G. ac Aimaretti, G. 2009. Transition process of patients with type 1 diabetes (T1DM) from paediatric to the adult health care service: a hospital-based approach. *Clinical endocrinology*, 71(3), tt.346-350.
42. Y Comisiwn Ansawdd Gofal. 2014. *From the pond into the sea: children's transition to adult health services*. Llundain: Y Comisiwn Ansawdd Gofal

43. Cobb, R.B. ac Alwell, M., 2009. Transition planning/coordinating interventions for youth with disabilities: A systematic review. *Career Development for Exceptional Individuals*, 32(2), tt.70-81.
44. Commission for Social Care Inspection (2007) *Growing up matters: better 18 transition planning for young people with complex needs*. Llundain: 19 Comisiwn Arolygu Gofal Cymdeithasol.
45. Crowley, R., Wolfe, I., Lock, K. a McKee, M., 2011. Improving the transition between paediatric and adult healthcare: a systematic review. *Archives of disease in childhood*, 96(6), tt.548-553.
46. Doug, M., Adi, Y., Williams, J., Paul, M., Kelly, D., Petchey, R. a Carter, Y.H., 2011. Transition to adult services for children and young people with palliative care needs: a systematic review. *BMJ supportive & palliative care*, 1(2), tt.167-173.
47. Kime, N.H., Bagnall, A. a Day, R., 2013. *systematic review of transition models for young people with long-term conditions: A report for NHS Diabetes*. NHS Yorkshire and Humber.
48. Kingsnorth, S., Lindsay, S., Maxwell, J., Tsybina, I., Seo, H., Macarthur, C. a Bayley, M. 2010. Implementation of the LIFEspan model of transition care for youth with childhood onset disabilities. *Int J Child & Adolescent Health*, 3, tt.547-561.
49. Prestidge, C., Romann, A., Djurdjev, O. ac Matsuda-Abedini, M., 2012. Utility and cost of a renal transplant transition clinic. *Pediatric Nephrology*, 27(2), tt.295-302.
50. Price, C.S., Corbett, S., Lewis-Barned, N., Morgan, J., Oliver, L.E. a Dovey - Pearce, G., 2011. Implementing a transition pathway in diabetes: a qualitative study of the experiences and suggestions of young people with diabetes. *Child: care, health and development*, 37(6), tt.852-860.
51. Sebastian, S., Jenkins, H., McCartney, S., Ahmad, T., Arnott, I., Croft, N., Russell, R. a Lindsay, J.O., 2012. The requirements and barriers to successful transition of adolescents with inflammatory bowel disease: differing perceptions from a survey of adult and paediatric gastroenterologists. *Journal of Crohn's and Colitis*, 6(8), tt.830-844.