WHC/2018/024

CYLCHLYTHYR IECHYD CYMRU

Llywodraeth Cymru
Welsh Government

Dyddiad Cyhoeddi: 28 Tachwedd 2018

STATWS: CYDYMFFURFIO

CATEGORI: SAFONAU

Teitl: Gweithredu Safonau Cymru ar gyfer Cadw Golwg ar y Ffetws yn ystod Genedigaeth mewn Gwasanaethau Mamolaeth

Dyddiad Adolygu: Tachwedd 2020

I'w weithredu gan:
Prif Weithredwyr y Byrddau Iechyd
Cyfarwyddwyr Nyrsio y Byrddau Iechyd
Cyafwyddwyr Meddygol y Byrddau Iechyd
Penaethiaid Bydwreigiaeth y Byrddau Iechyd
Cyfarwyddwyr Clinigol (Mamolaeth)

Camau i'w cymryd erbyn: Bod y safonau'n cael eu mabwysiadu ar unwaith.

Anfonwyd gan: Yr Athro Jean White - Y Prif Swyddog Nyrsio

Enw(au) Cyswllt GIGC Llywodraeth Cymru:
Karen Jewell - Swyddog Nyrsio (Mamolaeth a'r Blynyddoedd Cynnar), Swyddfa'r Prif Swyddog Nyrsio, Llywodraeth Cymru, Parc Cathays, Caerdydd, CF10 3NQ
Ffôn: 03000 255218 e-bost: Karen.jewell@llyw.cymru

Dogfen(nau) amgaeedig: Safonau Cymru ar gyfer Cadw Golwg ar y Ffetws yn ystod Genedigaeth

Llywodraeth Cymru
Welsh Government

Annwyl Gyfeillion

Rwy'n ysgrifennu atoch i nodi'r safonau gwyliadwriaeth newydd o fewnpartwm y ffetws a ddatblygwyd gan glinigwyr yng Nghymru. Rwy'n gofyn i chi sicrhau bod y safonau hyn yn cael eu mabwysiadu ar unwaith ar draws y gwasanaethau mamolaeth i fenywod sy'n cael gofal wrth roi genedigaeth.

Cefndir

Mewn ymateb i bryderon a fynegwyd gan y gymuned bydwreigiaeth ac obstetreg ar draws Cymru, cynhaliodd Rhwydwaith Mamolaeth Cymru gyfarfod amlbroffesiwn ym mis Hydref 2016 er mwyn ystyried yr arferion gorau i gadw llygad ar y ffetws yn ystod genedigaeth, gan gynnwys hyfforddiant cardiotocograffeg.

Daeth Grŵp Cyfeirio Arbenigol Cymru i'r casgliad nad oedd y sefyllfa bresennol o ran pecyn electronig ar-lein Coleg Brenhinol y Bydwragedd a Choleg Brenhinol yr Obstetryddion a'r Gynaecolegwyr bellach yn bodloni'r gofynion hyfforddi ar gyfer bydwragedd ac obstetryddion Cymru.

Gan gydnabod pwysigrwydd arferion asesu llesiant y ffetws, gofynnodd y Prif Swyddog Nyrsio i'r Rhwydwaith Mamolaeth arwain gwaith i gynhyrchu safonau Cymru ar gyfer arferion a hyfforddiant yn y maes. Cynhaliodd Rhwydwaith Mamolaeth Cymru a Grŵp Cyfeirio Arbenigol Cymru Gyfan gyfarfod ym mis Mai 2018 gyda chynrychiolwyr o bob Bwrdd Iechyd yng Nghymru. Y bwriad oedd cyrraedd consensws ynghylch hyfforddiant cardiotocograffeg yn y dyfodol o fewn cyd-destun cadw llygad ar y ffetws yn ystod genedigaeth. Mae Safonau Cymru ar gyfer Cadw Golwg ar y Ffetws yn ystod Genedigaeth yn adlewyrchu’r sefyllfa gonsensws a gyrhaeddwyd.

Ymgysylltu

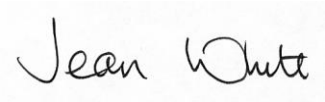
Cafwyd trafodaeth eang a oedd yn cynnwys Penaethiaid Bydwreigiaeth, y Grŵp Cynghori Arbenigol Cenedlaethol ar Iechyd Menywod, Cronfa Risg Cymru, Coleg Brenhinol y Bydwragedd a Choleg Brenhinol yr Obstetryddion a’r Gynaecolegwyr.

Monitro a Gwerthuso'r Safonau

Bydd disgwyl i Fyrddau Iechyd weithredu'r safonau yn llawn, ac adrodd am eu cydymffurfiaeth yn flynyddol gerbron byrddau perfformiad mamolaeth i roi sicrwydd i Lywodraeth Cymru, i ddechrau yn 2019.

Hoffwn ddiolch i'r Rhwydwaith Mamolaeth a phawb a fu'n rhan o'r gwaith o ddatblygu'r safonau.

Yn gywir



Yr Athro Jean White CBE
Y Prif Swyddog Nyrsio
Cyfarwyddwr Nyrsio GIG Cymru

RHWYDWAITH MAMOLAETH CYMRU

Safonau Cymru ar gyfer Cadw Golwg ar y Ffetws yn ystod Genedigaeth

Awduron Arweiniol
Arweinydd Clinigol Rhwydwaith Mamolaeth Cymru: Dr Claire Francis
Rheolwr Rhwydwaith Mamolaeth Cymru: Claire Davies

Cyd-awduron:
Rhwydwaith Mamolaeth Cymru: Grŵp Cyfeirio Arbenigol Cymru Gyfan

Fersiwn: 1.0

Cyhoeddwyd:
Medi 2018

Dyddiad adolygu:
Medi 2020

GIG CYMRU NHS WALES | Rhwydwaith Mamolaeth Cymru | Wales Maternity Network

CYMRU / WALES PROMPT Practical Obstetric Multi-Professional Training Hyfforddiant Ami-brofesiynol Ymarferol mewn Obstetreg

GIG CYMRU NHS WALES | Cydweithrediad Iechyd GIG Cymru | NHS Wales Health Collaborative

Cyflwyniad

Er mwyn ymateb i bryderon a godwyd gan y Gwasanaethau Bydwreigiaeth ac Obstetreg, cynhaliodd Rhwydwaith Mamolaeth Cymru gyfarfod aml-broffesiynol ym mis Hydref 2016 i ystyried yr arfer gorau ar gyfer cadw golwg ar y ffetws, gan gynnwys hyfforddiant Cardiotocograffeg (CTG).

Argymhelliad Grŵp Cyfeirio Arbenigol Cymru Gyfan oedd nad oedd y sefyllfa bresennol o ran pecyn electronig ar-lein Coleg Brenhinol y Bydwragedd a Choleg Brenhinol yr Obstetryddion a'r Gynaecolegwyr, bellach yn bodloni'r gofynion hyfforddi ar gyfer Bydwragedd ac Obstetryddion yng Nghymru.

Mae cyflwyno hyfforddiant aml-broffesiynol yn ystod 2018 ar gyfer cydnabod ac ymateb i argyfyngau obstetrig wedi cael ei gefnogi gan Rwydwaith Mamolaeth Cymru, ac mae wedi ei ariannu gan Gronfa Risg Cymru. Mae'r hyfforddiant hwn yn ymgorffori ac yn ategu hyfforddiant Cardiotocograffeg gan ar gyfer staff clinigol ar bob lefel.

Cynhaliodd Rhwydwaith Mamolaeth Cymru, ynghyd â Grŵp Cyfeirio Arbenigol Cymru Gyfan, gyfarfod pellach ym mis Mai 2018, gyda chynrychiolaeth o bob un o'r saith Bwrdd Iechyd yng Nghymru, er mwyn cytuno ar y ffordd ymlaen ar gyfer Cardiotocograffeg, yngh nghyd-destun cadw golwg y ffetws yn ystod genedigaeth.

Mae'r safonau canlynol yn cynrychioli'r consensws:

Yr Athro Jean White CBE
PRIF SWYDDOG NYRSIO CYMRU

Safonau Cymru ar gyfer Cadw Golwg ar y Ffetws yn ystod Genedigaeth

1 Dylid argymell bod pob menyw risg isel yn derbyn clustfeiniad ysbeidiol. (1)

2 Mae'r broses o ddehongli Cardiotocograffeg ledled Cymru i'w seilio ar system ddosbarthu Ffederasiwn Rhyngwladol Gynaecoleg ac Obstetreg (FIGO). (2)

3 Dylai pob bydwraig a meddyg obstetreg sy'n gweithio yng Nghymru fod wedi cael yr un faint o hyfforddiant mewn clustfeiniad ysbeidiol, Cardiotocograffeg a STAN (lle y'u defnyddir).

4 Bydd pob gweithiwr proffesiynol sy'n darparu gofal yn ystod genedigaeth yn mynychu seminar addysgu blynyddol diwrnod llawn (neu gyfwerth â 6 awr) ar ffisioleg y ffetws yn ystod genedigaeth, yr egwyddorion sy'n sail i glustfeiniad ysbeidiol, dehongli cardiotocograffeg a STAN (lle y'u defnyddir), a ffactorau risg i'r fam a'r ffetws.

Bydd hyn yn cynnwys morbidrwydd mamol a chydafiecheddau, pyrecsia, haint, cyfyngiad ar dwf yn y groth, cynamseroldeb ac arwyddocâd meconiwm. Dylid bod modd trafod achosion clinigol hefyd yn ystod y seminar.

5 Dylai pob uned obstetrig sicrhau bod cyfarfod clinigol wythnosol ar gyfer trafodaeth aml-broffesiynol o achosion clinigol sy'n cynnwys dehongli cardiotocograffeg neu STAN (lle y'u defnyddir).

6 Rhaid cynnal asesiad rheolaidd o bob menyw lle mae angen monitro'r ffetws yn electronig yn barhaus, gyda llygaid ffres ychwanegol a dogfennaeth glir ynglŷn â'r canfyddiadau. Bydd yr adolygiad hwn yn cael ei wneud gan y fydwraig sy'n gyfrifol am ofal gyda bydwraig neu obstetrydd arall (ST3 neu uwch) yn bwrw llygaid ffres dros bethau o fewn cyfnod o ddwy awr fan hwyaf.
Rhaid cynnal yr asesiad hwn o'r risgiau i'r fam a'r babi, a hynny mewn modd holistaidd wrth ymyl y gwely.
Rhaid i'r asesiad gynnwys dogfennau ynghylch y canlynol hefyd:

Y Fam:	Cyfangiadau, Curiad calon y fam, Ymlediad ceg y groth, y rheswm dros gardiotocograffeg
Y Ffetws:	Lliw hylif (os yw'n hysbys), Beichiogrwydd, Gwaelodlin Cardiotocograffeg, Amrywioldeb, Cyflymiadau, Arafiadau (yn unol â FIGO)
Penderfyniad:	Dyddiad ac Amser y Llygaid Ffres, Llofnod, a Statws yr Aseswr, Dosbarthiad Cardiotocograffeg a'r camau a gymerwyd
Adolygiad:	Dyddiad ac Amser y Llygaid Ffres, Llofnod, a Statws yr Aseswr, Dosbarthiad Cardiotocograffeg ac a fu cytundeb ynghylch yr Adolygiad a'r Camau a Gymerwyd

Mae PROMPT Cymru wedi creu sticer ddewisol i gynorthwyo'r gwaith o gael gafael ar y dogfennau pwysig hyn, y gellir ei defnyddio i wneud y broses yn fwy effeithlon.

7 Lle bynnag y bo'n bosibl, dylai hyfforddiant cadw golwg ar y ffetws yn ystod genedigaeth fod yn aml-broffesiynol. Dylid ei gyflwyno o fewn diwylliant o barch bob amser lle mae ymwybyddiaeth o ymddygiad sydd â'r nod o danseilio, a dylid hyrwyddo awyrgylch cadarnhaol a chefnogol yn y lleoliad mamolaeth. Dylai hefyd annog egwyddorion cyfathrebu pendant a chynnwys trafodaeth am uwchgyfeirio a manteisio ar drafodaethau aml-broffesiynol, gan gynnwys y sgrym diogelwch cleifion a'r dull llygaid ffres (3)

Dosbarthiad Cardiotocograffeg Ffederasiwn Rhyngwladol Gynaecoleg ac Obstetreg (FIGO)

Canllawiau Diwygiedig 2015 y Ffederasiwn ar fonitro'r ffetws yn ystod genedigaeth.

	Normal	Amheus	Patholegol
Gwaelodlin	110 - 160 curiad y funud	Heb o leiaf un nodwedd o normalrwydd, ond heb nodweddion patholegol.	<100 curiad y funud
Amrywioldeb	5 - 25 curiad y funud		Llai o amrywioldeb. Mwy o amrywioldeb. Patrwm sinwsoidaidd.
Arafiadau	Dim arafiadau yn ailadrodd*		Arafiadau ailadroddus*, hwyr neu am gyfnod hir am >30 munud (neu >20 munud os yw'r amrywioldeb yn llai). Arafiad >5 munud.
Dehongliad	Dim hypocsia / asidosis	Tebygolrwydd isel o hypocsia / asidosis	Tebygolrwydd uchel o hypocsia / asidosis
Rheolaeth Glinigol	Nid oes angen ymyrryd er mwyn gwella cyflwr ocsigeneiddio'r ffetws	Camau i gywiro achosion gwrthdroadwy, os cânt eu nodi, dulliau monitro agos neu atodol.	Gweithredu ar unwaith i gywiro achosion gwrthdroadwy, dulliau atodol, neu os nad yw hyn yn bosibl, hwyluso'r esgoriad. Mewn sefyllfaoedd difrifol, dylid hwyluso esgoriad ar unwaith.

* Ystyrir arafiadau i fod yn ailadroddus os ydynt yn gysylltiedg â >50% o gyfangiadau. Mae diffyg cyflymiadau yn ystod esgoriad ag arwyddocâd ansicr.

Defnyddio Sticer i gofnodi Adolygiad Cartograffeg

Enghraifft gan PROMPT Cymru

Mae hyfforddiant mewn argyfyngau obstetrig yn rhaglen PROMPT yn tynnu sylw at y ffaith, pan fo tîm yn ymateb i argyfwng neu i sefyllfa annisgwyl, fod defnyddio algorithm yn gwella'r broses o wneud penderfyniadau ar y cyd ac yn sicrhau bod staff yn dilyn canllawiau. Mae defnyddio sticer i gofnodi canfyddiadau adolygiadau cartograffeg a, lle y bo'n briodol, adolygiad llygaid ffres, yn system a ddefnyddir yn aml ledled y sector iechyd. Mae Sefydliad Mamolaeth PROMPT wedi creu sticer sy'n tywys bydwragedd a chlinigwyr obstetrig trwy'r gwaith o ddadansoddi arsylwadau a chanfyddiadau, ac sy'n cynorthwyo'r gwaith o wneud penderfyniadau. Mae'r sticer hon wedi ei haddasu ar gyfer rhaglen PROMPT Cymru ac mae ar gael i wasanaethau mamolaeth ei defnyddio, lle y credir y gall fod yn ddefnyddiol. Mae sticer PROMPT Cymru yn rhan o'r enghraifft hon ynghyd â'r canllawiau i hybu dealltwriaeth.

Enghraifft o Sticer Adolygiad Cartograffeg

PROMPT Wales - Documentation pro forma for intrapartum CTG interpretation			
Feature	**Reassuring (acceptable)**	**Non-reassuring**	**Abnormal**
Baseline rate (bpm)	Baseline 110 – 160 bpm Rate:	Baseline rate 100 – 109 bpm for **more than 10** minutes Rate:	Baseline **less than** 100 bpm Rate:
		Baseline rate **more than** 160 bpm for **more than 10** minutes Rate:	Baseline rate **more than** 180 bpm Rate:
N.B A rising baseline rate even within the normal range may be of concern if other non-reassuring/abnormal features are present.			
Variability (bpm)	Variability of 5 – 25 bpm	Variability **less than 5** bpm for **30 to 50** minutes	Variability **less than 5** bpm for **more than 50** minutes
	Comments:	Variability **more than 25** bpm for **15 to 25** minutes	Variability **more than 25** bpm for **more than 25** minutes
			Sinusoidal pattern **lasting for more than 30** minutes
Accelerations	Present	Comments:	
Decelerations	None	**V-shaped Variable decelerations** with **more than 50%** of contractions for **more than 90** minutes	**NON V-shaped (U-shaped) Variable decelerations** with **more than 50%** of contractions and for **more than 30** minutes
	True early decelerations		
	V-shaped Variable decelerations with **less than 50%** of contractions	**NON V-shaped (U-shaped) Variable decelerations** with **more than 50%** of contractions for **less than 30** minutes	Repetitive **Late decelerations (U-shaped)** for **more than 30** minutes
	V-shaped Variable decelerations with **more than 50%** of contractions for **less than 90** minutes	Repetitive* **Late decelerations (U-shaped)** for **less than 30** minutes *(*Repetitive means with more than 50% of contractions)*	Repetitive **Late decelerations (U-shaped)** **and** **reduced variability** for **more than 20** minutes
	NON V-shaped (U-shaped) Variable decelerations with **less than 50%** of contractions ***(and all other features of CTG are Reassuring)***	Single prolonged deceleration **lasting more than 3** minutes, **but less than 5** minutes	Single prolonged deceleration for **more than 5** minutes ***(A prolonged deceleration of less than 80 bpm with reduced variability and lasting more than 5 minutes is often associated with hypoxia)***
Contractions :10 **(N.B If more than 5:10 - take action to reduce frequency)**	**Dilatation:**	**Liquor colour:** / **Gestation:**	**Maternal pulse:**
Reason for CTG:		**Other risk factors:**	
Opinion **(N.B If CTG has any non-reassuring or abnormal features present from the start, it may not be appropriate to wait for specified time limits before requesting review)**	**Normal CTG** (All ***four*** FHR features are reassuring) ***No intervention necessary***	**Suspicious CTG** (***One*** non-reassuring FHR feature) ***Low probability of hypoxia*** Correct reversible causes (refer to algorithm & EFM interpretation guidance)	**Pathological CTG** (***Two or more*** non-reassuring or ***one or more*** abnormal FHR features) **High probability of hypoxia – urgent action required** (refer to algorithm & EFM Interpretation guidance)
Action taken: **(Always consider the clinical circumstances when reviewing CTG and deciding action)**			
Date:	**Time:**	**Signature:** ..... **Status:**	
Fresh Eyes Opinion	*at least 2 hourly*	**I agree with opinion? YES / NO**	**If opinion different complete new pro forma**
Date:	**Time:**	**Signature:**	**Status:** .....

Enghraifft o Sticer Adolygiad Cartograffeg

PROMPT Wales - Intrapartum CTG classification, interpretation and action	
Feature	**Information**
Baseline rate (bpm) The mean level of the FHR that is estimated over 10 minute periods	• May be necessary to review previous segments of CTG and/or evaluate the baseline over a longer period of time if there are episodes of unstable FHR patterns. Preterm fetuses have a faster heart rate. • A bradycardia is a baseline rate below 110 bpm lasting for more than 10 minutes. Values between 100 and 110 bpm may be normal, especially in post term pregnancies, but in this instance, ***all other features of the CTG will be reassuring.*** • Maternal pyrexia is the most common cause of fetal tachycardia (FHR more than 160 bpm)
Variability (bpm) The variability of the FHR signal as displayed via the CTG tracing	• Intermittent periods of reduced variability are normal, especially during periods of quiescence (sleep) • Reduced variability can occur due to central nervous system hypoxia. • Increased variability (saltatory pattern) of greater than 25 bpm bandwidth for more than 25 minutes may indicate hypoxia
Sinusoidal pattern Smooth & undulating, resembling a sine wave with amplitude of 5 – 15 bpm. It lasts for more than 30 minutes and is absent of accelerations	• A sinusoidal pattern occurs in association with fetal anaemia and sometimes acute fetal hypoxia.
Accelerations Abrupt increase in FHR of more than 15 bpm above the baseline, lasting longer than 15 seconds (but less than 10 minutes)	• Most accelerations coincide with fetal movement and are a sign that the fetus **is not hypoxic.** The absence of accelerations in an otherwise normal intrapartum CTG is unlikely to indicate hypoxia/acidosis
Decelerations Decrease in the fetal heart rate of more than 15 bpm and lasting for more than 15 seconds	• **Early decelerations:** Short-lasting and shallow with normal variability within the decelerations, coinciding exactly with contractions – believed to be caused by head compression and does not indicate hypoxia
	• **Variable decelerations:** Varying in shape, size and relationship to contractions. Usually associated with cord compression • **V-shaped variable decelerations *(NO Concerning features present)***- exhibit a symmetrical rapid drop and rapid recovery to the baseline with good variability within deceleration ***and all other features of the CTG are reassuring***. These seldom indicate hypoxia • **NON V-shaped /U-shaped variable decelerations (concerning features present i.e. reduced variability within the deceleration) – *highly likely to indicate hypoxia if they occur with more than 50% of contractions and continue for more than 30 minutes***
	• **Late decelerations: Repetitive*, U-shaped and/or with reduced variability within the deceleration and returning to baseline *after the end of the contraction.*** Gradual onset and/or gradual return to baseline, starting more than 20 seconds after the onset of a contraction – ***these are highly likely to indicate hypoxia.*** *(*Repetitive means with more than 50% of contractions)*
	• **Prolonged deceleration**: Lasting more than 3 minutes but less than 5 minutes is non-reassuring. It is abnormal if it lasts more that 5 minutes. Expedite birth in shortest possible time if bradycardia persists beyond 5 minutes. • **Decelerations of longer than 5 minutes with a FHR less than 80bpm and reduced variability are often associated with hypoxia and *urgent action is required.***
Contractions	• **Uterine hypercontractility** is the most frequent cause of fetal hypoxia/acidosis. If contractions are more than 5:10, action should be taken to reduce them e.g. reduce/stop syntocinon infusion, remove prostaglandin and /or give subcutaneous terbutaline.
Opinion & Actions: Always consider the medical, clinical & obstetric circumstances when interpreting the CTG and determining the actions to be taken If CTG has any non-reassuring or abnormal features present from the start, it may not be appropriate to wait for specified time limits before requesting review	**Normal:** No action required
	Suspicious: Correct reversible causes: Change position, inform midwife coordinator **or** obstetrician, reduce (or STOP) oxytocin infusion, perform VE if appropriate, assess maternal pulse, respiratory rate, B/P, temperature, check for signs of infection, continue to monitor FHR closely, consider additional methods to assess fetal oxygenation. **(Refer to Actions for Suspicious CTG Algorithm)**
	Pathological: Immediate actions to correct reversible causes, STOP oxytocin infusion, inform midwife coordinator and senior obstetrician, perform VE (if appropriate), exclude fetal hypoxia (Fetal Scalp Stimulation (FSS) and/or Fetal Blood Sampling (FBS) if possible & appropriate). If in the 2nd stage of labour and birth is not immediately imminent, consider stopping pushing. If a severe or acute event is suspected, FBS is not advised as it may delay action. If fetal hypoxia confirmed or if further assessment of fetal oxygenation is not possible, take action to expedite birth. (Refer to Actions for Pathological CTG Algorithm)

Llyfryddiaeth

1. Royal College of Midwives (2012) Evidence Based Guidelines for Midwifery – Led Care in Labour, Intermittent Auscultation

2. FIGO Consensus Guidelines on Intrapartum Fetal Monitoring; Cardiotocography. International Journal for Gynecology and Obstetrics 2015; 131:13-24. Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandraharan E, for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel

3. Each Baby Counts 2015 Update June 2017

4. MBRRACE-UK Saving Lives, Improving Mothers' Care – Lessons Learning to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquires into Maternal Deaths and Morbidity 2013-2015 December 2017

Cydnabyddiaethau

Hoffai Rhwydwaith Mamolaeth Cymru ddiolch i Grŵp Cyfeirio Arbenigol Cymru Gyfan a Chronfa Risg Cymru am eu cyfraniad, arweiniad ac anogaeth hynod werthfawr wrth greu'r ddogfen hon.