GIG CYMRU NHS WALES

Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol

National Collaborative Commissioning Unit

Gwneud i'r dyddiau gyfrif

Adolygiad Cenedlaethol o Gleifion sydd wedi derbyn gofal mewn Ysbytai Iechyd Meddwl

EBRILL 2022

Cynnwys

Rhan A	Cefndir a Methodoleg	11
Rhan B	Gofal mewn Niferoedd	24
Rhan C	Bodlonrwydd a Phrofiad Cleifion	126
Rhan D	Amgylchedd y Gofal	134
Rhan E	Y Glasoed	142
Rhan F	Casgliad ac Argymhellion	146
Rhan G	Atodiad a Chyfeiriadau'r Fethodoleg	156

AWDURON

- Shane Mills, MSc, RN (MH) Cyfarwyddwr Ansawdd ac Iechyd Meddwl, Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol GIG Cymru.
- Joseph Davies, PhD, MSc, MBPsS Ymchwilydd Iechyd Meddwl a Chlinigol, Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol GIG Cymru.

Gyda chyfraniadau ychwanegol gan

- Adrian Clarke, MSc, RN (MH) Cyfarwyddwr Cynorthwyol Nyrsio ac Ansawdd, Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol GIG Cymru.
- Bethan Jones, MSc, Ymchwilydd Clinigol Iechyd Meddwl, Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol GIG Cymru.
- Emily White, BSc, myfyriwr MSc, Prifysgol Metropolitan Caerdydd.
- Harriet Goodwin, BSc, myfyriwr MSc, Prifysgol Metropolitan Caerdydd Cydnabyddiaethau.

Ni fyddai ymgymryd â'r Adolygiad Cenedlaethol hwn wedi bod yn bosibl heb gymorth yr unigolion neu'r grwpiau canlynol.

- Cleifion ar y wardiau dan sylw yn yr adolygiad a roddodd eu barn.
- Staff ar y wardiau dan sylw yn yr adolygiad a roddodd o'u hamser i gynnig cymorth.
- Aelodau'r Grŵp Cyfeirio Arbenigol a roddodd gyngor a chymorth.
- Dr Ruth Bagshaw am gymorth a chyngor.
- Clinigwyr a gweinyddwyr Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol GIG Cymru am drefnu'r archwiliadau, neu ymgymryd â nhw, a chefnogi'r Adolygiad Cenedlaethol hwn, gan gynnwys Leeha Kostin, Mary Porter, Richard Cheng, Bobby Mitik, Sanjeev Mahapatra, Dawn Painter, Aine Davies, Yvette Davies, Stellah Chinamo, Robert Thomas, Huw O'Neill.



Rhagair

Rwy'n canmol cyhoeddi'r Adolygiad Cenedlaethol mawr ei angen a chynhwysfawr hwn o Gleifion Sydd Wedi Derbyn Gofal mewn Ysbytai Iechyd Meddwl Diogel, 'Gwneud i'r Dyddiau Gyfrif', sy'n pwysleisio materion allweddol ynghylch y gofal a'r driniaeth mae unigolion sy'n cael eu derbyn i ysbytai diogel yn ei chael.

Yn aml pan ydym yn meddwl am salwch meddwl, rydym yn meddwl am bobl gartref neu yn y gymuned, a phrin ydym yn ystyried y rheini yn yr amgylcheddau mwyaf cyfyngol. Wedi dweud hynny, yr unigolion hyn, sy'n aml yn cael eu derbyn i'r ysbyty am rai blynyddoedd, ac weithiau yn bell oddi wrth eu cartref a'u teuluoedd, sydd â'r anghenion mwyaf cymhleth ac sydd angen y lefelau uchaf o oruchwyliaeth.

Mae'r adroddiad hwn yn tynnu sylw at sawl maes sy'n peri pryder, y bydd angen gweithredu ar unwaith ac fel mater o frys mewn perthynas â nhw. O'r nifer o bobl sy'n cael eu derbyn i'r ysbyty am dros bedair blynedd i'r lefel o natur ymosodol ac aflonyddwch mewn ysbytai, mae angen deall sut mae'r sefyllfaoedd hyn yn digwydd a sut allwn leihau pa mor aml maen nhw'n codi. Mae sicrhau bod pobl mewn ysbytai yn cael dweud eu dweud a bod gweithgareddau a therapïau wedi'u teilwra i'w hanghenion yn rhan bwysig o hyn.

Cefais fy syfrdanu o weld diogelwch isel heb ei ddosbarthu'n wasanaeth arbenigol ochr yn ochr â diogelwch canolig a, gan fod Cymru yn wlad o'r maint cywir i wneud pethau yn genedlaethol, ymddengys y byddai'n synhwyrol i ddwyn y gwasanaethau hyn ynghyd os yw'n arwain at lwybr a chanlyniadau gwell i gleifion. Mae rhai argymhellion allweddol yn yr adroddiad hwn ynghylch sut ellir gwneud argymhellion drwy fwy o gyfaniad a byddwn yn annog i'r rhain gael eu nodi.

Rydym yn aml yn hyrwyddo mynediad cyfartal at wasanaethau iechyd meddwl, ond mae angen ymchwilio fel mater o frys i'r anghydraddoldebau sydd wedi'u canfod fel rhan o'r adroddiad hwn, ac ymdrin â

nhw, mewn perthynas â phobl o gefndiroedd mwy amrywiol yn fwy tebygol o gaelderbyn i ysbytai diogel.

Er bod hwn yn faes cymhleth, gyda'r rhan fwyaf o gleifion sy'n cael eu trin mewn ysbytai diogel yn dioddef o anghenion cymhleth, mae'n destun pryder gweld dwsinau o unigolion yn cael eu derbyn i ysbytai diogel am dros bedair blynedd.

Mae hwn yn gyfnod hir o amser i gael eu gwahanu oddi wrth y gymuned, a rhaid i ni wneud popeth o fewn ein gallu i wneud derbyniadau i ysbytai diogel cyn fyrred â phosibl ac annog teuluoedd i aros mewn cysylltiad drwy dechnoleg ac ymweliadau wedi'u hwyluso.

Dylai sicrhau bod pobl yn ddiogel, yn cael cymorth ac yn gallu gwella tra eu bod mewn lleoliadau diogel fod yn rhywbeth sydd ar frig agenda pawb. Yn ogystal â sicrhau bod staff a chleifion yn cael cynnig cymorth llesiant ac yn cael adborth yng nghyd-destun y natur ymosodol ac aflonyddwch mae'r adolygiad hwn yn tynnu sylw ato. Mae'r adroddiad hwn yn nodyn atgoffa amserol o'r angen i sicrhau ein bod yn archwilio'n fanwl a chyson profiadau pobl, gan ymateb gyda thrugaredd a gweithredu. Roeddwn yn arbennig o falch o weld bod llais cleifion a'u teuluoedd wedi'i gynnwys yn yr adolygiad, ac mae angen i ni sicrhau bod hyn yn parhau ac yr ymatebir yn gadarnhaol iddo.

Fy ngobaith yw bod yr adroddiad hwn yn ysgogiad i bawb sydd ynghlwm â'r maes gydnabod y materion o fewn ysbytai diogel yng Nghymru a gweithio ar y cyd i fynd i'r afael â'r argymhellion a'r ddealltwriaeth yn yr adroddiad hwn. Edrychaf ymlaen at weld gweithredoedd penodol a phendant yn seiliedig ar ganfyddiadau 'Gwneud i'r Dyddiau Gyfrif'.



SUE O'LEARY
CYFARWYDDWR, MIND CYMRU

Cefndir yr Adolygiad Cenedlaethol hwn

Noder: Comisiynwyd yr Adolygiad Cenedlaethol hwn gan Lywodraeth Cymru, fel rhan o'r Cynllun Cyflawni Law yn Llaw at Iechyd Meddwl 2019-2022[1].

Comisiynwyd yr Adolygiad Cenedlaethol hwn er mwyn cael mwy o ddealltwriaeth am y materion sy'n ymwneud â gofal mewn ysbytai iechyd meddwl diogel. Y bwriad i ddechrau oedd cyhoeddi'r Adolygiad Cenedlaethol hwn fis Ebrill 2021, ond cafodd ei oedi oherwydd y tarfu ar allu tîm yr archwiliad i ymgymryd arolygiadau ar safleoedd yn sgil y pandemig Coronafeirws. Yn anffodus, wedi'i hepgor o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn, a hynny hefyd oherwydd y tarfu yn sgil y pandemig Coronafeirws, mae cyfweliadau ar safleoedd gyda theuluoedd cleifion, a'r bwriad oedd ymgymryd â nhw er mwyn cael dealltwriaeth well am eu profiad.

Data: Mae'r wybodaeth yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn yn ymwneud ag amgylchiadau a chofnodion a oedd ar gael ar ddiwrnod yr archwiliad. Cwblhawyd yr holl archwiliadau rhwng mis Awst 2020 a mis Tachwedd 2020, er bod y cwestiynau ac eglurhadau wedi parhau ym mis Mehefin 2021.

Roedd 312 o gleifion dan sylw yng nghwmpas yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, er y llwyddwyd i archwilio gwybodaeth mewn perthynas â 280 o bobl yn unig oherwydd y tarfu yn sgil pandemig Covid 19. Mae gwybodaeth ynghylch 5 o blant a phobl ifanc wedi'i heithrio o Rannau B-D yr Adolygiad Cenedlaethol hwn oherwydd cysondeb model gwasanaeth ac mae wedi'i chynnwys yn Rhan E.

Mae'r holl ddata wedi'i ysgrifennu ar sail canran yn gyntaf ac yna'r rhif mewn cromfachau, er enghraifft 99% (123) os yw'r ddau ffigwr ar gael. Mae'r rhifau mewn blychau ar wahân wedi'u talgrynnu i'r nifer 'ym mhob 10/ym mhob 5' agosaf, megis '1 ym mhob 10'. Mae'r rhifau wedi'u talgrynnu i un pwynt degol. Noder y gall rhifau bach chwyddo canraddau.

Diogelwch Cleifion: Cafodd unrhyw fater a oedd yn cael effaith yn syth ar ddiogelwch cleifion ei godi gyda staff ysbytai ar ddiwrnod yr archwiliad.

Pobl, nid Niferoedd: Er bod yr Adolygiad Cenedlaethol hwn yn cynnwys nifer o graffiau ac ystadegau, nodwn mai wrth wraidd pob rhif mae unigolyn sy'n haeddu gofal diogel unigol, o ansawdd.

Termau: Defnyddir y termau canlynol yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn:

Cyfnod	Disgrifiad
Y Glasoed	Unigolion rhwng 15 a 19 mlwydd oed.
Comisiynydd	Sefydliad y GIG yn ariannu lleoedd mewn ysbyty diogel.
Darparwr	Y GIG neu sefydliad yn y sector annibynnol yn rheoli ysbyty diogel.
Ysbytai diogel	Cyfleusterau cleifion mewnol mewn ysbytai diogel â lefel uchel o ddiogelwch, lefel ganolig o ddiogelwch neu lefel isel o ddiogelwch sy'n gofalu am gleifion sydd wedi cael diagnosis sylfaenol o salwch meddwl neu sy'n ymgymryd ag asesiadau cleifion i bennu'r diagnosis.
Cleifion GIG Cymru	Cleifion y mae Bwrdd Iechyd yng Nghymru yn gyfrifol am eu gofal, naill ai'n uniongyrchol neu drwy gomisiwn.
Ysbytai GIG Cymru	Ysbytai â lefelau diogelwch Canolig ac Isel sy'n cael eu rheoli'n uniongyrchol gan Fyrddau Iechyd yng Nghymru.
Ysbytai heb fod yn rhan o GIG Cymru	Ysbytai diogel sy'n cael eu rheoli gan y sector annibynnol neu GIG Lloegr, naill ai yng Nghymru neu Loegr.
Wardiau	Lle mewn ysbyty sy'n cynnwys ystafelloedd y mae cleifion sydd angen math cyffelyb o ofal yn eu rhannu.

'Mae staff rheolaidd yn dda iawn, ond mae llawer o staff asiantaeth nad ydynt yn rhyngweithio nac yn siarad gyda chleifion, a gall hynny fod yn ddychrynllyd a brawychus.'

Sylw gan glaf mewn ysbyty diogel yn ystodyr Adolygiad Cenedlaethol hwn

Crynodeb Gweithredol

Ni chanfuwyd unrhyw bryderon diogelwch uniongyrchol yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn. Wedi dweud hynny, mae wedi pwysleisio nifer o faterion y mae angen eu hystyried a mynd i'r afael â nhw.

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod ysbytai diogel yn llefydd heriol i weithio ynddynt, gydag achosion uchel o ymosod ar lafar ar staff, a dangos ymddygiad treisgar ac ymddygiad rhywiol byrbwyll tuag at staff. Cymhlethwyd yr her hon gan nifer uchel o swyddi gwag a mynediad amhriodol at dîm amlddisgyblaethol llawn yn rhai ysbytai.

Mae'r Adolygiad Cenedlaethol hwn yn cadarnhau bod y rhan fwyaf o gleifion sy'n cael eu trin mewn ysbytai diogel yn dioddef o anghenion cymhleth, gyda'r rhan fwyaf yn dioddef o seicosis, anhwylder personoliaeth a thrawma ar yr un pryd. I nifer o gleifion, mae'r cymhlethdod hwn yn cynnwys arddangos ymddygiadau heriol yn rheolaidd, a oedd yn gofyn ymyraethau cyfyngol.

Mae gan rai cleifion gymhlethdodau ychwanegol oherwydd rhywedd, trawma, anabledd a bregusrwydd.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn anghyfartaledd yn y nifer o gleifion Croenddu ac Amrywiol o ran Ethnigrwydd sy'n cael eu derbyn i ysbytai diogel.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn wahaniaethau sylweddol rhwng cleifion gwrywaidd a benywaidd, gyda chleifion benywaidd yn dangos mwy o drawma, trais a hunan-niwed.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn nifer o gleifion yn aros am gyfnodau hir ac arwyddion y gallrhai cleifion fod yn barod i'w rhyddhau, a chanfuwyd bod y rhan fwyaf o gleifion, nid pob un, wedi'i neilltuo â chydlynydd gofal.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn nifer o gleifion wedi'u trosglwyddo o ysbytai diogel eraill, rhai o'r un lefel diogelwch.

Mae'r Adolygiad Cenedlaethol hwn yn cyflwyno achos dros ddull cymuned yn gyntaf drwy adolygiad parhaus ac yn argymell cyflwyno 'pasbort cleifion' i leihau ailadrodd asesiadau, hyrwyddo parhad yn y gofal a chael gwared ar y rhwystrau sy'n atal cynnydd.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod nifer o gleifion wedi'u presgripsiynu â meddyginiaeth seicotropig, bod nifer o gleifion wedi'u presgripsiynu â sawl math a bod nifer o gleifion wedi'u presgripsiynu â'r feddyginiaeth hon ers sawl blwyddyn.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod cyfranogiad cleifion yn y therapïau a'r gweithgareddau yn amrywio. Yn rhai ysbytai, canfuwyd bod amgylchedd y gofal yn lle swnllyd ac yn lle heriol i gleifion adfer wedi salwch meddwl.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod sicrhau mynediad at ofal iechyd sylfaenol yn hanfodol ac archwiliwyd agweddau ar iechyd corfforol, megis pwysau ac ysmygu.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn y gwahaniaethau rhwng ysbytai â lefelau canolig ac isel o ddiogelwch, ond roedd nifer o feysydd lle'r oedd y gwahaniaeth yn ymylol ac mae hynny'n cyflwyno'r achos dros fodelau newydd o ofal ar gyfer grwpiau penodol.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod dau ysbyty â diogelwch canolig yn GIG Cymru angen eu moderneiddio ac archwiliwyd y rhwystrau sy'n atal y defnydd effeithiol o adnoddau a buddion atgyfnerthu cyfrifoldebau comisiynu mewn un sefydliad.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn mae'n bosibl y bydd gofyniad i ystyried ymestyn rhai meysydd o ddarpariaeth ddiogel. Hoffwn ddiolch i aelodau'r grŵp cyfeirio arbenigol, yr archwilwyr a threfnwyr yr archwiliad, ac yn enwedig staff a chleifion a gymerodd ran yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn.



SHANE MILLS
CYFARWYDDWR ANSAWDD AC IECHYD MEDDWL



Rhan A

Cefndir a Methodoleg

1. CEFNDIR 12
2. CWMPAS 12
3. METHODOLEG 13
4. YSBYTAI DIOGEL 13
5. GWASANAETHAU DIOGEL 15
6. CYFYNGIADAU A DIOGELWCH 16
6.1. DULL DIOGELWCH PERTHYNOL 16
6.2. DULL DIOGELWCH TREFNIADOL 17
6.3. DULL DIOGELWCH AMGYLCHEDDOL 17
7. TREFNIADAU COMISIYNU 18
7.1. Y GALW 18
7.2. GWARIANT 22
7.3. SICRHAU ANSAWDD 23

1. Cefndir

Dylid darparu gofal iechyd ar gyfer salwch meddwl yn y gymuned pryd bynnag sy'n ymarferol[2], wedi dweud hynny, er gwaethaf y dyheadau hynny, ar gyfer rhai unigolion, mae'n bosibl y bydd angen eu derbyn i'r ysbyty.

Pan mae hyn yn digwydd, mae gan gleifion yr hawl i gael gofal diogel, effeithiol, tosturiol, sy'n seiliedig ar dystiolaeth ac yn canolbwyntio ar ddeilliannau. Mae trasiedïau megis Whorlton Hall[3] ac Winterbourne View[4] yn dangos canlyniadau catastroffig gofal o safon isel mewn ysbyty. Mae Cynllun Cyflawni Law yn Llaw at Iechyd Meddwl Llywodraeth Cymru 2019-2022[5] wedi cyfarwyddo'r Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol i ymgymryd ag archwiliad o ysbytai iechyd meddwl diogel (gelwir yn 'ysbytai diogel' o hyn allan). Roedd yr Adolygiad Cenedlaethol hwn yn cynnwys yr holl gleifion sy'n derbyn gofal mewn ysbytai o'r fath, boed hynny drwy GIG Cymru neu wedi'i gomisiynu gan GIG Cymru o GIG Lloegr neu'r Sector Annibynnol.

Bwriad Llywodraeth Cymru yw y byddai'r Adolygiad Cenedlaethol hwn yn darparu gwybodaeth a sicrwydd mewn perthynas â chyflwr y gofal, ansawdd y gofal a phrofiad cleifion. Bwriadwyd cyhoeddi'r Adolygiad Cenedlaethol hwn yn wreiddiol ym mis Ebrill 2021, ond fe'i gohiriwyd o ganlyniad i'r pandemig Coronafeirws.

2. Cwmpas

Mae'r Adolygiad Cenedlaethol hwn yn cynnwys cleifion sydd wedi cael diagnosis sylfaenol o salwch meddwl mewn ysbytai â diogelwch uchel, diogelwch canolig neu ddiogelwch isel. Nid yw'r cleifion hynny sydd wedi cael diagnosis sylfaenol o anabledd deallusol mewn ysbytai diogel wedi'u cynnwys yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn ond mewn Adolygiad Cenedlaethol yn 2020 sy'n dwyn y teitl 'Gwella Gofal, Gwella Bywydau'[6].

Nid yw'r Adolygiad Cenedlaethol hwn yn cynnwys yr holl gleifion nad ydynt mewn ysbytai sydd wedi'u dosbarthu'n rhai diogel, megis ysbytai acíwt ac unedau gofal dwys seiciatrig.

Mae'r Adolygiad Cenedlaethol hwn yn cynnwys cleifion o unrhyw oedran, ond mae'r gwahaniaethau yn y ddarpariaeth a'r model gofal ar gyfer y rheini dan 18 oed mewn ysbytai diogel mor unigryw nes bod angen Rhan annibynnol i drafod hynny yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn.

'Mewn 30 mis, dydw i ddim wedi gwneud unrhyw beth i gynorthwyo fy rhagolygon ar ôl i mi gael fy rhyddhau o'r ysbyty.'

Sylw gan glaf mewn ysbyty diogel yn ystod yr Adolygiad Cenedlaethol hwn

3. Methodoleg

Cenedlaethol hwn ar sail tystiolaeth, yn ymwybodol o brofiadau personol ac yn cymryd i ystyriaeth arbenigedd a gwybodaeth, sefydlwyd neu ymgymerwyd â'r canlynol:

- Archwiliad ar safle pob ysbyty diogel sydd wrthi'n gofalu am un neu fwy o gleifion GIG Cymru. Gweler crynodeb o'r holl wybodaeth y gofynnwyd amdani yn ystod yr archwiliad safle ar gyfer pob claf yn **Rhan G**.

- Cafodd cleifion sy'n derbyn gofal mewn ysbyty diogel eu gwahodd i grwpiau ffocws ar y safle wedi'u trefnu gan eiriolwyr annibynnol. Ceir crynodeb o'r cwestiynau a godwyd yn y grwpiau ffocws hyn yn **Rhan G**.

- Sefydlwyd Grŵp Cyfeirio Arbenigol i gynnig cyngor arbenigol ar y prif faterion ac i bwysleisio arferion perthnasol. Gweler aelodau'r Grŵp Cyfeirio Arbenigol yn **Rhan G**.

- Cydweithrediad ag Adferiad Recovery, elusen iechyd meddwl, er mwyn deall safbwyntiau teuluoedd cleifion sy'n derbyn gofal mewn ysbytai diogel ar hyn o bryd. Yn anffodus, tarfwyd ar yr ymgysylltiad hwn yn sgil pandemig Covid 19 gan fod cyfyngiadau ar ymweld ag ysbytai yn ei gwneud hi'n amhosibl casglu gwybodaeth ystyrlon. O ganlyniad, cafodd yr archwiliad, holiaduron cleifion ac ymholiadau gan staff eu haddasu i gynnwys cwestiynau ynghylch cyfraniad teuluoedd. Rhoddodd Adferiad Recovery gyngor amhrisiadwy ar gwestiynau perthnasol gan gleifion.

4. Ysbytai Diogel

Mae ysbytai diogel yn darparu gofal, triniaeth, a chymorth i bobl sydd ag anhwylderau meddyliol cymhleth ac sy'n cyflwyno risg iddyn nhw eu hunain neu'r cyhoedd[7].

Yn nodweddiadol, mae cleifion mewn ysbytai diogel yn dioddef o gydafiachedd o gamddefnyddio sylweddau ac anhwylderau personoliaeth[8], mae'n bosibl eu bod wedi bod yn y carchar neu wedi'u derbyn yn uniongyrchol i'r ysbyty ar ôl cyflawni trosedd[9], ac fel arfer cânt eu cadw'n gleifion mewnol o dan Adran o'r Ddeddf Iechyd Meddwl[10].

Gweler Ffigwr 1 am y gwahaniaethau cyffredinol rhwng ysbytai diogel a heb fod yn ddiogel, neu acíwt, ysbytai iechyd meddwl ar gyfer oedolion, gyda'r rhan helaeth o'r data yn dod o adroddiadau meincnodi diweddaraf y GIG[11].

'[Mae angen] llai o [staff] asiantaeth arnom ac mae angen gosod cleifion ar wardiau priodol er mwyn bodloni eu hanghenion.'

Sylw gan glaf mewn ysbyty diogel yn ystod yr Adolygiad Cenedlaethol hwn

Ffigwr 1 — Gwahaniaethau Cyffredinol rhwng Ysbytai Iechyd Meddwl Diogel a Heb fod yn Ddiogel ar gyfer Oedolion

	Ysbytai iechyd meddwl heb fod yn ddiogel ar gyfer oedolion	Ysbyty Diogel
Cyfnod yr arhosiad ar gyfartaledd	25 diwrnod	2 flynedd
Cleifion yn aros dros 90 diwrnod	6%	70%+
Cleifion sydd wedi'u derbyn i'r ysbyty o dan y Ddeddf Iechyd Meddwl	25%	98.9%
Yr Amgylchedd	Mae gan rai wardiau ddrysau mynediad â chlo arnynt, ond nid oes gan lawer ohonynt glo. Terfyn ffens arferol	Mae gan bob ward drysau mynediad â chlo arnynt. Terfyn ffens uchel diogel

Ar draws y DU, mae'r term 'ysbytai diogel', fel arfer yn diffinio tri math gwahanol o ysbytai, 'isel', 'canolig' ac 'uchel'[12].

- Mae ysbytai diogelwch uchel yn gofalu am bobl sydd angen lefel uchel iawn o ddiogelwch oherwydd eu bod yn dueddol o ddangos ymddygiad peryglus, treisgar neu droseddol. Mae gan ysbytai diogelwch uchel drefniadau diogelwch sy'n gyfwerth â charchar Categori 'B' ond yn derbyn cleifion a fyddai fel arfer yn cael eu rhoi mewn carchar Categori 'A'.

- Mae ysbytai diogelwch canolig yn darparu lefel o ddiogelwch sy'n addas ar gyfer gwarchod y cyhoedd. Yn y rhan fwyaf o achosion, bydd cleifion dan ddiogelwch canolig wedi cyflawni trosedd ac yn cyflwyno risg ddifrifol iddyn nhw eu hunain neu eraill, ynghyd â'r potensial o ddianc.

- Mae ysbytai diogelwch isel yn gofalu am gleifion y mae eu lefel o risg yn uwch na'r lefel y gellir ei rheoli'n ddiogel mewn gwasanaethau iechyd meddwl cyffredin. Yn ôl astudiaethau, mae diogelwch isel yn fwy o 'gysyniad' na gwasanaeth pendant a bod rhai ysbytai diogelwch isel yn gyffelyb i ofal diogelwch canolig ac mae eraill yn debycach i unedau adsefydlu, o ran eu dyluniad a'u model[13].

Cafodd sylfaen y tri math o ofal diogel hyn eu dylanwadu'n bennaf gan yr Adroddiad Butler[14], pan gafodd ysbytai diogel rhanbarthol, y'u galwyd yn ddiweddarach yn 'ddiogelwch canolig', eu sefydlu i bontio'r bwlch rhwng ysbytai iechyd meddwl diogelwch uchel ac acíwt.

Dau ddegawd yn ddiweddarach, awgrymodd Adroddiad Reed[15] y dylid seilio gofal ar anghenion unigol ac y dylid tynnu troseddwyr sydd â salwch meddwl o'r system cyfiawnder troseddol ac i mewn i ofal iechyd[16].

Amcanion craidd ysbytai diogel yw asesu a thrin anhwylderau iechyd cymhleth, lleihau'r risg o niwed y mae'r unigolion yn ei chyflwyno i eraill a chefnogi adferiad ac adsefydlu[17]. Mae ysbytai diogel yn darparu ystod o ofal a thriniaeth sy'n seiliedig ar dystiolaeth, wedi'u hwyluso gan ymarferwyr iechyd meddwl o ystod o broffesiynau.

Dylai ystod o raglenni triniaethau arbenigol fod ar gael sy'n cael eu cynnig naill ai'n unigol neu o fewn grwpiau.

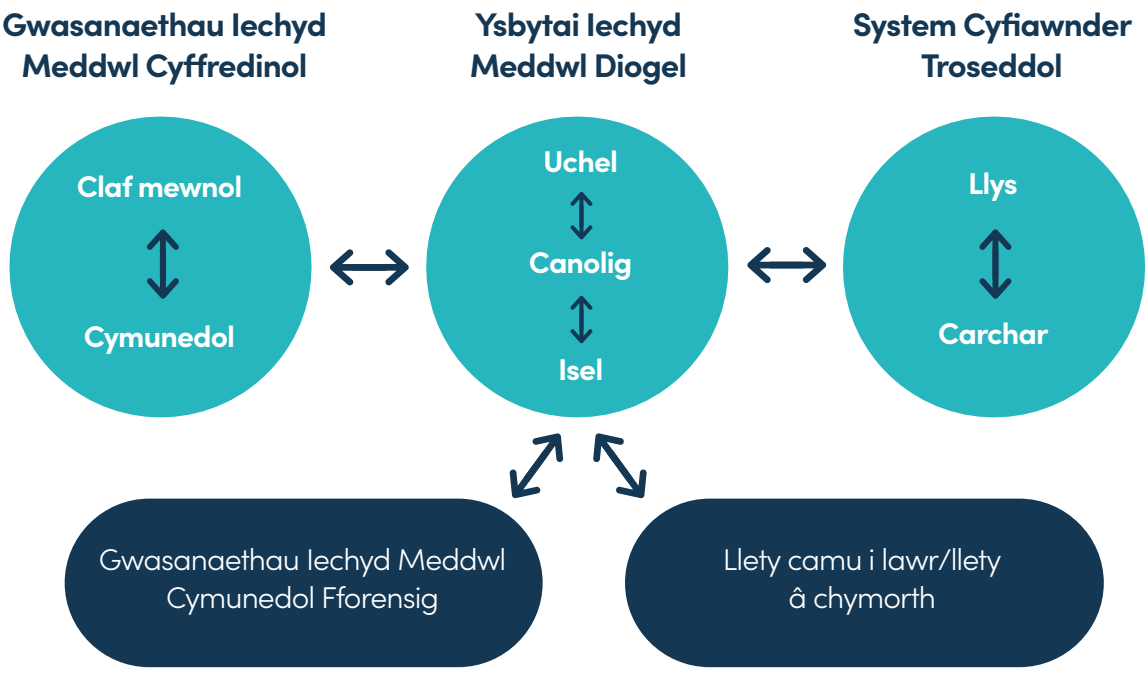
Y nod yw lleihau atgwympo ac i'r unigolyn ddychwelyd yn ddiogel i'r gymuned, i'r carchar neu gael ei drosglwyddo o'r gwasanaethau diogel[18].

5. Gwasanaethau Diogel

Yn aml mae ysbytai diogel yn ffurfio un rhan o 'lwybr diogel', yn rhai meysydd o'r enw 'gwasanaethau fforensig' neu 'wasanaethau diogel'. Mae'r raddfa y mae llwybr o'r fath ar gael i gleifion ym mhob rhan o'r DU yn ddibynnol ar ddarpariaeth y gwasanaeth, strwythur sefydliadau a threfniadau comisiynu.

Gall y llwybr diogel gynnwys nifer o wasanaethau gwahanol fel y dengys yn Ffigwr 2[19]. Yn ogystal â'r ysbytai diogelwch isel, canolig ac uchel, gall y llwybr gynnwys gwasanaethau iechyd meddwl fforensig cymunedol, gwasanaethau iechyd y carchar, gwasanaethau prawf a gwasanaethau'r heddlu a datrysiadau y tu allan i'r llys[20].

Ffigwr 2 — Darlun o Lwybr Diogel



Bydd atgyfeirio claf at wasanaeth mewn llwybr diogel yn cael ei bennu gan y lefel o risg, yn ogystal â'r radd, natur ac effaith salwch meddwl cleifion.

Bydd cynnydd a phontio ar hyd y ffordd yn cael ei bennu drwy ymgysylltu â gwasanaethau, ymateb i driniaeth, a lleihau risg i eraill a'r angen am oruchwyliaeth.

Disgwylir i wasanaethau ar hyd y llwybr diogel weithio ar y cyd gyda'i gilydd er mwyn sicrhau bod unrhyw drosglwyddiad o fewn y llwybr diogel yn cael ei gyflawni'n ddi-dor ac yn effeithlon, ac yn hyrwyddo parhad yn y gofal[21].

6. Cyfyngiadau a Diogelwch

Er mwyn i ysbytai diogel fod yn effeithiol o ran hyrwyddo diogelwch ac atal niwed, rhaid iddynt gyfyngu rhyddid yn y symudiad, allanfa, mynediad a chyfathrebu[22]. Dylai graddfa unrhyw gyfyngiadau gyd-fynd â'r risg mae'r claf yn ei chyflwyno iddo ef ei hun neu i eraill, a dylai fod wedi'i sefydlu ar gyfer y cyfnod lleiaf posibl. Ystyrir bod cynnal a chadw cyfyngiadau yn ddiogel yn hanfodol i ddarparu ymyraethau therapiwtig effeithiol[23].

Gall cyfyngiadau greu amgylchedd diogel ar gyfer ymyraethau therapiwtig, sydd yn y bôn yn hyrwyddo iechyd meddwl, ymreolaeth a chyfrifoldeb. Mae cyfyngiadau fel arfer yn cynnwys agweddau ar ddiogelwch perthynol, trefniadol ac amgylcheddol[24], er y gellir ystyried unrhyw wahaniaeth rhwng y rhain yn artiffisial oherwydd dylid ystyried diogelwch yn rhywbeth cyfan na ellir ei wahanu[25].

6.1. Dull Diogelwch Perthynol

Mae diogelwch perthynol yn nodwedd mewn ysbytai diogel sy'n pwysleisio'r berthynas rhwng staff a chleifion. O ran magu a chynnal perthnasoedd therapiwtig gyda chleifion, gall aelodau o staff hwyluso ymyraethau priodol yn achos digwyddiadau sy'n effeithio ar ddiogelwch, a chyn achosion o'r fath[26].

Elfen bwysig o ddiogelwch perthynol yw'r cynlluniau gofal a thriniaethau i gleifion sydd wedi'u cyd-greu[27]. Dylai cynlluniau gofal a thriniaethau gynnwys gwybodaeth bersonol cleifion, eu risgiau hanesyddol a'u risgiau cyfredol, eu nodau, eu cryfderau a manylu ymyraethau a fydd yn cefnogi'r claf i adsefydlu[28].

Dylid adolygu'r cynllun gofal a thriniaeth yn rheolaidd gan y claf a'r tîm amlddisgyblaethol sy'n gofalu amdanynt, er mwyn deall cynnydd ac i ddisgrifio'r daith at ryddhau'r claf.

'Dydw i ddim yn teimlo'n ddiogel iawn, oherwydd ymddygiad anrhagweladwy gan eraill ond mae staff yn fy nghefnogi ac yn tawelu fy meddwl.'

Sylw gan glaf mewn ysbyty diogel yn ystod yr Adolygiad Cenedlaethol hwn

6.2. Dull Diogelwch Trefniadol

Mae diogelwch trefniadol yn ymwneud â rhoi cyfuniad o weithdrefnau ac arferion ar waith. Yn bennaf, mae'r gweithdrefnau yn seiliedig ar bolisïau ysbytai, deddfwriaeth iechyd meddwl, rheoliadau a chyfarwyddyd llywodraethol[29]. Gall yr elfen o ddiogelwch gynnwys polisïau yn ymwneud â chontraband neu sy'n cyfyngu mynediad cleifion at ddyfeisiau cyfathrebu, cyllid ac eiddo.

Gall diogelwch trefniadol hefyd ymdrin â rheoli gwybodaeth, rhwymedigaethau cyfreithiol, archwilio, ymchwil ac adnoddau dynol[30]. Mae agwedd bwysig ar ddiogelwch trefniadol yn cynnwys polisïau ac arferion sy'n cefnogi staff i leihau'r risg yn ddiogel i gleifion ac eraill mewn achos o ddigwyddiad. Prif fuddiant gweithredu mesurau diogelwch gweithdrefnol yw eu bod yn caniatáu i ofal cleifion gael ei strwythuro ac mae'n sefydlu ffiniau clir er budd staff a chleifion[31].

6.3. Dull Diogelwch Amgylcheddol

Dylai'r amgylchedd lle darperir gofal fod yn ddiogel ac yn therapiwtig, a dylai warchod a hyrwyddo preifatrwydd ac urddas cleifion. Mae cyfyngiadau amgylcheddol yn ymwneud â strwythur yr adeilad, yr ymylon a'r adeilad, megis ffenestri, drysau, ffensys allanol neu'r ddarpariaeth, cynnal a chadw a chymhwyso cyfarpar a thechnoleg briodol yn gywir gan staff cymwys[32].

Y prif agweddau ar gyfyngiadau amgylcheddol mewn ysbytai diogelwch yw ymylon, ffenestri a drysau mynediad/allanfa, sy'n lleihau'r gallu i ddianc, a darparu mannau awyr agored dan oruchwyliaeth. Yn aml, mae gan ysbytai diogel gyfleusterau i ofalu'n ddiogel am unigolion ar wahân i gleifion eraill. Dylai dodrefn a ffitiadau mewn ysbytai diogel leihau'r cyfle i gleifion eu defnyddio i wneud niwed iddyn nhw eu hunain neu eraill.



7. Trefniadau Comisiynu

Yng Nghymru, mae ysbytai diogelwch uchel yn cael eu comisiynu o GIG Lloegr gan Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru (y Pwyllgor) drwy gontract cenedlaethol.

Caiff ysbytai diogelwch canolig eu comisiynu gan y Pwyllgor, naill ai o ddau ysbyty'r GIG yng Nghymru, o GIG Lloegr neu o'r sector annibynnol drwy Fframwaith Cydweithredol Cenedlaethol GIG Cymru. Caiff gwasanaethau diogelwch isel eu darparu'n uniongyrchol gan rai Byrddau Iechyd a/neu eu comisiynu o'r sector annibynnol, fel arfer drwy Fframwaith Cydweithredol Cenedlaethol GIG Cymru.

Mae Ffigwr 3 yn dangos y trefniadau comisiynu a'r nifer o ysbytai a wardiau ar draws pob math o ysbyty diogel. Gofalu am bobl mor agos â phosibl at eu cymuned yw'r cyfarwyddyd polisi yng Nghymru[33], er nad yw hynny'n bosibl bob tro wrth geisio gwasanaethau arbenigol megis diogelwch uchel.

Mae'r Adolygiad Cenedlaethol hwn yn dangos, ar adeg yr archwiliad, mai'r gyfran o gleifion y gofalir amdanynt yng Nghymru yw 72.4% (199) a'r gyfran o gleifion y gofalir amdanynt yn Lloegr yw 27.6% (76).

7.1 Y Galw

Gellir gofalu am gleifion mewn ysbytai sy'n cael eu rheoli gan y GIG neu gan y sector ysbytai Annibynnol. Mae diffiniad y 'sector annibynnol' yn eang ac mae'n cynnwys y sector preifat, elusennau, a mentrau cymdeithasol[34].

Y rheswm dros ofalu am glaf mewn ysbyty nad yw'n ysbyty GIG Cymru yw argaeledd gwelyau priodol mewn ysbyty GIG Cymru neu ddiffyg gwely arbenigol penodol. Mae'r Adolygiad Cenedlaethol hwn yn dangos, ar adeg yr archwiliad, bod y gyfran o gleifion y gofalir amdanynt yn ysbytai GIG Cymru yn 43.6% (122) a'r gyfran o gleifion y gofalir amdanynt yn ysbytai heb fod yn GIG Cymru yn 56.4% (158).

Fframwaith Ysbytai Cydweithredol Cenedlaethol GIG Cymru yw'r mecanwaith ar waith yng Nghymru i gomisiynu lleoliad i glaf na ellir ei reoli mewn ysbyty GIG Cymru.

Ffigwr 3 — Trefniadau Comisiynu yn ôl Math o Ysbyty Diogel a Archwiliwyd fel rhan o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn

Math o Ysbyty Diogel	Nifer y wardiau a archwiliwyd	Nifer o ysbytai a archwiliwyd	Comisiynydd yr ysbytai hyn	Darparwyr yr ysbytai hyn
Diogelwch Uchel	4	1	Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru	GIG Lloegr
Diogelwch Canolig	16	6	Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru	GIG Cymru/Sector Annibynnol
Diogelwch Isel	20	15	Byrddau Iechyd	GIG Cymru/Sector Annibynnol

Mae Ffigwr 4 yn dangos rhwng 2013-2021 bod 107 o gleifion ar gyfartaledd wedi'u lleoli mewn ysbytai annibynnol neu ysbytai GIG Lloegr ar ddiwrnod cyfrifiad, Mawrth 31, bob blwyddyn dros y 9 mlynedd ddiwethaf dan delerau Fframweithiau Ysbytai Cydweithredol Cenedlaethol GIG Cymru, ac o blith y rhain:

- Ar gyfartaledd, mae 17 o gleifion gwrywaidd wedi'u lleoli mewn ysbytai diogelwch canolig nad ydynt yn ysbytai GIG Cymru.
- Ar gyfartaledd, mae 10 o gleifion benywaidd wedi'u lleoli mewn ysbytai diogelwch canolig nad ydynt yn ysbytai GIG Cymru.
- Ar gyfartaledd, mae 53 o gleifion gwrywaidd wedi'u lleoli mewn ysbytai diogelwch isel nad ydynt yn ysbytai GIG Cymru.
- Ar gyfartaledd, mae 27 o gleifion benywaidd wedi'u lleoli mewn ysbytai diogelwch isel nad ydynt yn ysbytai GIG Cymru.

Ffigwr 4 — Lleoliadau Cleifion wedi'u Comisiynu drwy Fframwaith Ysbytai Cydweithredol Cenedlaethol y GIG ar Fawrth 31 Bob Blwyddyn yn ôl Math o Ysbyty Diogel

Math o Ysbyty Diogel Heb Fod yn GIG Cymru	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Diogelwch Canolig i Gleifion Gwrywaidd	24	25	16	16	7	16	13	15	23
Diogelwch Canolig i Gleifion Benywaidd	10	16	16	9	9	6	13	6	5
Diogelwch Isel i Gleifion Gwrywaidd	67	64	61	41	42	49	39	50	66
Diogelwch Isel i Gleifion Benywaidd	23	24	21	32	28	29	31	30	24
Cyfanswm y Nifer o Gleifion ar 31 Mawrth Bob Blwyddyn Wedi'u Lleoli mewn Ysbyty Heb Fod yn GIG Cymru	**124**	**129**	**114**	**98**	**86**	**100**	**96**	**101**	**118**



Yn 2017, ar draws Cymru a Lloegr, roedd 7,950 o welyau mewn ysbytai diogel wedi'u rhannu rhwng 750 o welyau mewn ysbytai diogelwch uchel, 3,500 o welyau mewn ysbytai diogelwch canolig a 3,700 o welyau mewn ysbytai diogelwch isel[35]. Mae'r nifer o welyau ysbyty seiciatrig yn y DU wedi gostwng 23% rhwng 2010 a 2021[36].

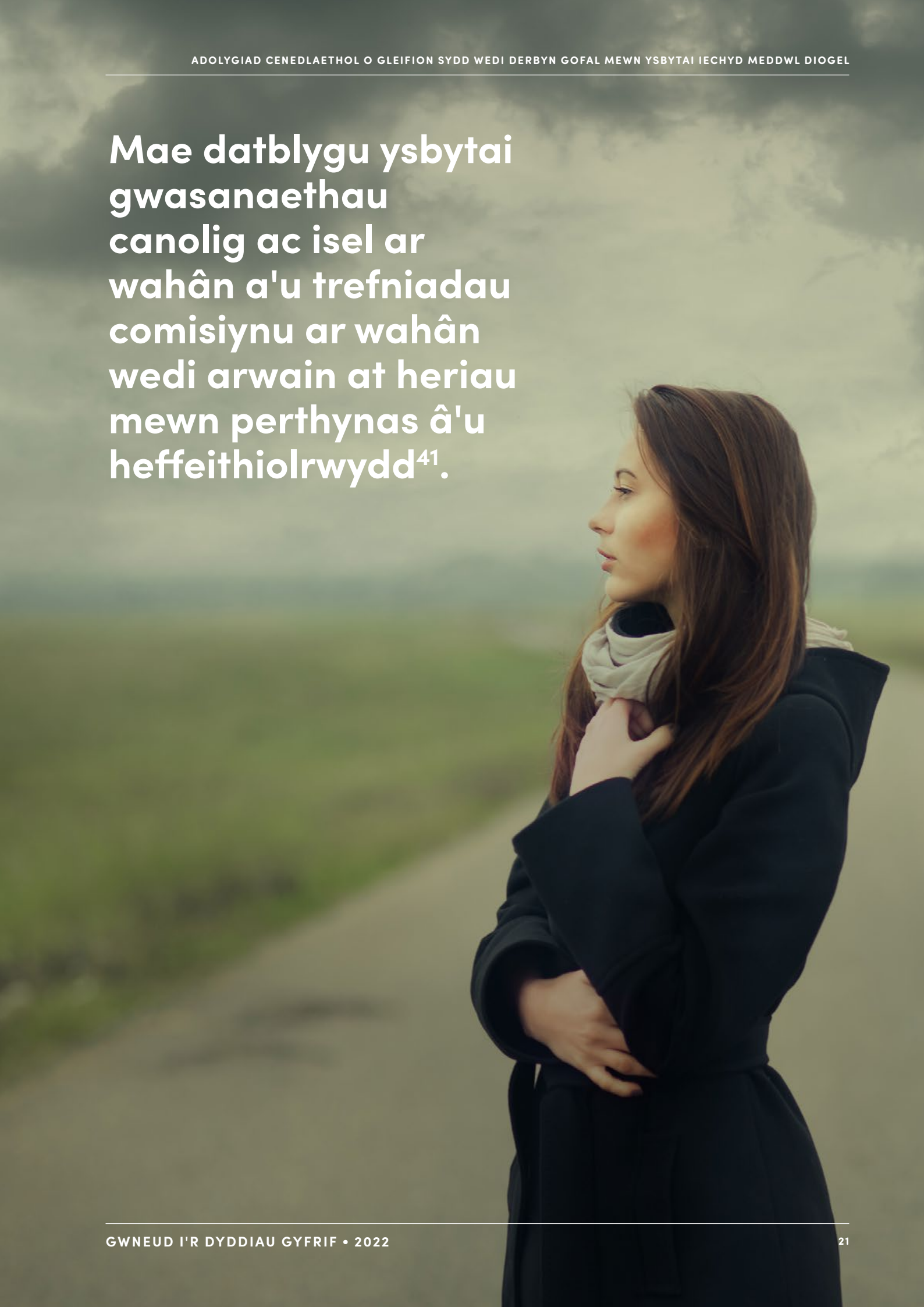
Mae deall y nifer o welyau mewn ysbytai diogel sydd eu hangen i fodloni anghenion y boblogaeth gyfredol yng Nghymru a phoblogaeth Cymru yn y dyfodol yn gymhleth a dylid ei seilio ar asesiad cynhwysfawr, amlasiantaethol o anghenion. Rhaid i'r asesiad hwn ystyried cyffredinolrwydd ac amlder adnabyddus salwch meddwl, yn ogystal â daearyddiaeth a demograffeg. Dylid ystyried buddsoddi mewn rhagor o welyau ysbyty ychwanegol yn GIG Cymru ochr yn ochr â gwerth buddsoddi mewn gwasanaethau cymunedol cyfnerthedig ac anawsterau o ran recriwtio a chadw staff arbenigol a phrofiadol mewn ysbytai diogel. Dylid ystyried buddsoddi mewn rhagor o welyau ysbyty diogel yn GIG Cymru dim ond os ellir pennu bod y ddarpariaeth gyfredol yn effeithlon ac effeithiol, a bod yr holl gleifion presennol yn derbyn gofal ar y lefel briodol o ofal diogel.

Mae cynigion wedi'u cyflwyno i ymestyn darpariaeth o ysbytai diogelwch isel yn GIG Cymru yn 2005[37] a 2009[38] ac mae Llywodraeth Cymru wedi nodi y gallai datblygu 'gwasanaethau diogelwch lleol' leihau'r lefel o leoliadau y tu hwnt i'r ardal a all 'fynd â phobl oddi wrth eu teuluoedd, eu gofalwyr a'u cymunedau lleol'[39]. Mae o leiaf un achos busnes wedi'i gyflwyno i Lywodraeth Cymru ar hyn o bryd gan GIG Cymru i ddatblygu darpariaeth diogelwch isel ychwanegol. Yn ôl astudiaethau, mae angen i anghenion gofal gael eu comisiynu o'r 'naill ben i'r llall', yn hytrach na phob rhan o'r llwybr yn cael ei gontractio ar wahân[40] a bod datblygu ysbytai gwasanaethau canolig ac isel ar wahân a'u trefniadau comisiynu ar wahân wedi arwain at heriau mewn perthynas â'u heffeithiolrwydd[41]. Mae modelau newydd o gomisiynu yn GIG Lloegr yn dwyn ysbytai diogel y GIG a'r sector Annibynnol mewn un ardal ddaearyddol benodol ynghyd yn 'Gydweithredwyr Darparu' sydd â'r nod o wella ansawdd y gofal a chanlyniadau, gwella cydlyniad y llwybr a lleihau'r trawsnewid, cyfnod yr arhosiad a lleoliadau y tu hwnt i'r ardal[42].

Adnabu adroddiad diweddar yn yr Alban, gan fod pob corff iechyd yn yr Alban yn gyfrifol am wasanaethau diogelwch canolig ac isel, bod hyn wedi arwain at 'wahaniaeth' yn y ddarpariaeth, 'anghydraddoldeb yn y mynediad' a bod y gwasanaethau wedi dod yn 'gasgliad o wasanaethau unigryw' yn hytrach nag 'un system gyfannol lle ellir cyflawni safbwynt o wasanaethau, safonau ac adnoddau ar draws y system'. Mae'r adroddiad hwn hefyd yn argymell symleiddio'r system drwy ddod â'r holl 'wasanaethau iechyd meddwl fforensig', gan gynnwys gwasanaethau mewn ysbytai ac yn y gymuned, dan reolaeth 'Bwrdd Fforensig' newydd[43].

Yn ôl adroddiad blaenorol yng Nghymru awgrymwyd y dylid sefydlu 'Fframwaith Comisiynu Cyfannol' ar gyfer gofal diogel a 'byddai hyn yn fwy tebygol o ddatblygu cyfleusterau cam yn is' a 'chael gwared ar fentrau i leoli a chadw cleifion ar lefelau uwch o ddiogelwch na'r angen'[44]. Mae Fframwaith Ysbytai Cydweithredol Cenedlaethol GIG Cymru wedi bod yn llwyddiannus o ran 'gwella ansawdd', 'atgyfnerthu sicrwydd' a 'lleihau costau' ar gyfer y cleifion hynny sydd wedi'u lleoli mewn cyfleusterau Cymru heb fod yn GIG Cymru ac yn rhannu safonau a chanlyniadau ar draws ysbytai diogelwch canolig ac isel a'r GIG a'r sector annibynnol[45].

Mae datblygu ysbytai gwasanaethau canolig ac isel ar wahân a'u trefniadau comisiynu ar wahân wedi arwain at heriau mewn perthynas â'u heffeithiolrwydd[41].



7.2. Gwariant

Cost y gofal yw'r swm o arian a delir am bethau fel goleuadau, gwres, staff, hyfforddiant, cyflog staff, bwyd a meddyginiaeth. Gall cost y gofal a godir amrywio o'r gost gofal wirioneddol gan y gall gynnwys pethau fel gorbenion rheolwyr ac, yn rhai achosion, elw. Mae'r costau gofalu am gleifion yn amrywio rhwng darparwyr a gall fod wedi'u dylanwadu gan agweddau ar ofal cleifion megis bod yn destun goruchwyliaeth gyfnerthedig.

Ar gyfer y cleifion sydd wedi'u cynnwys yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, roedd cyfanswm cost eu derbyniad cyfredol, o'r pwynt y cawsant eu derbyn i'r ysbyty i adeg yr archwiliad, gan nodi bod y rhan fwyaf wedi'u derbyn o ysbyty diogel arall, rhwng £77 miliwn a £135 miliwn. Yr amcan gostau ar gyfer GIG Cymru o bob lleoliad mewn ysbytai diogel ar gyfer y flwyddyn 2020 oedd oddeutu £85 miliwn.

Yn ôl astudiaethau, mae lleoliadau mewn ysbytai diogel yn 'ddrud' ac ar gyfer GIG Lloegr mae'n bosibl eu bod yn hawlio 20% o'r gyllideb iechyd meddwl[46] ac 1% o gyllideb gyfan y GIG[47].

Mae cyfrifiadau yn dangos, yn 2020, bod GIG Cymru wedi gwario oddeutu 10% o'i gyllideb iechyd meddwl gwerth £809 miliwn[48] ar ysbytai diogel ac oddeutu 1% o gyllideb gyfan y GIG sydd werth £7.3 biliwn[49].

Yng Nghymru, yn 2020, mae un claf yn cael ei dderbyn am flwyddyn i ysbyty diogelwch canolig yn gyfwerth â 62 o bobl ar lwyth achosion y tîm iechyd meddwl cymunedol ar gyfer y flwyddyn ac ar gyfer derbyniad i ysbyty diogelwch isel, yn gyfwerth â 43 o bobl ar lwyth achosion tîm iechyd meddwl cymunedol ar gyfer y flwyddyn[50].

£85 miliwn

Amcan gost gofal diogel ar gyfer GIG Cymru yn y flwyddyn 2020



7.3. Sicrhau Ansawdd

Mae sicrhau ansawdd yn ymwneud â monitro sefydliad er mwyn sicrhau ei fod yn cyflawni'r safon gofalu ddisgwyliedig, a bod staff yn adnabod diffygion, a'u cywiro, a bod sefydliad yn hyrwyddo profiad cadarnhaol i gleifion. Mae ysbytai diogel yn destun nifer o fecanweithiau sicrhau a gwella ansawdd, megis:

- Rhwydwaith Ansawdd ar gyfer Gwasanaeth Iechyd Meddwl Fforensig, rhwydwaith gwella ansawdd gwirfoddol ar gyfer ysbytai diogelwch isel a chanolig.

- Arolygiaethau/rheoleiddwyr cenedlaethol, naill ai'r Comisiwn Ansawdd Gofal, os yw darparwr wedi'i leoli yn Lloegr, neu Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru, os yw wedi'i leoli yng Nghymru. Rhaid i bob darparwr gael caniatâd gan y rheoleiddiwr perthnasol i agor gwasanaeth, bod yn destun adolygu a monitro rheolaidd a gellir ei gau os ydynt yn cyflawni safon gofalu amhriodol. Mae'r Comisiwn Ansawdd Gofal yn sgorio darparwyr ar draws 4 lefel, o 'annigonol' i 'eithriadol'.

- Os caiff claf ei dderbyn i ysbyty diogel heb fod yn GIG Cymru ar Fframwaith Cydweithredol Cenedlaethol GIG Cymru (gwnaethpwyd 96% o'r lleoliadau yn GIG Cymru drwy'r mecanwaith hwn yn 2020), mae'r ysbyty yn destun adolygiad rheolaidd gan Wasanaeth Gwella Sicrwydd Ansawdd GIG Cymru sy'n gosod ac yn monitro safonau gofal ac yn sgorio darparwyr drwy system sgorio sicrhau ansawdd '3Q' unigryw, gweler **Bocs 1**.

Bocs 1. Amcanion Gwasanaeth Gwella Sicrwydd Ansawdd GIG Cymru

Sicrhau bod gofal diogel, effeithiol ac o ansawdd yn cael ei gyflawni sy'n gwella profiad cleifion.

- Herio'n gadarn perfformiad nad yw'n cyflawni'r safonau gofynnol.
- Darparu goruchwyliaeth, cyngor a chymorth i wella ansawdd y gofal.
- Hwyluso gweithio ar y cyd rhwng darparwyr a chomisiynwyr gyda'r claf wrth wraidd y ddarpariaeth gofal.
- Sicrhau bod pob gwasanaeth wedi'i gaffael yn cyflawni gwerth am arian i'r cyhoedd.

- Yn ogystal, mae Gwasanaeth Gwella Sicrwydd Ansawdd GIG Cymru yn adolygu'r ddau ysbyty diogelwch canolig GIG Cymru a phob ysbyty diogelwch uchel ar ran Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru yn flynyddol o leiaf.

- Bydd cydlynwyr gofal lleol a/neu reolwyr achosion yn ymgymryd ag adolygiadau cynnydd rheolaidd o gleifion a gallant, drwy'r mecanwaith hwn, adnabod diffygion yn y ddarpariaeth gofalu.

- Yn rhai rhannau o'r DU, mae gwelliant yn cael ei gefnogi drwy adroddiadau tryloyw, megis dangosfyrddau ymyraethau cyfyngol yn cael eu cyhoeddi i'r cyhoedd[51].

Rhan B

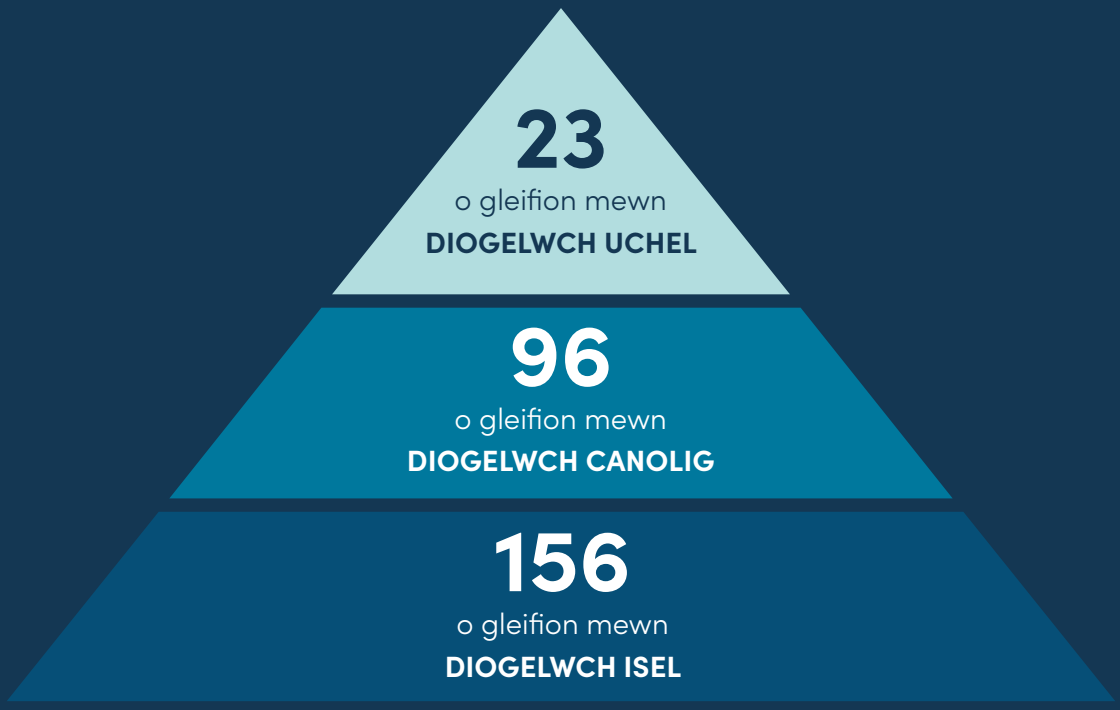
Gofal mewn Niferoedd

8. TROSOLWG 25
9. NODWEDDION CLEIFION 26
9.1. OEDRAN 26
9.2. RHYW 27
9.3. RHYWEDD A THRAWSRYWEDD 27
9.4 ETHNIGRWYDD 28
9.5. CREDOAU CREFYDDOL 29
9.6. CYFEIRIADEDD RHYWIOL 29
9.7. STATWS PRIODASOL 30
9.8. BEICHIOGRWYDD 30
9.9. ANABLEDD 30
10. DIAGNOSIS 31
11. PROFIADAU NIWEIDIOL YN YSTOD PLENTYNDOD 33
12. RHESWM DROS Y PENDERFYNIAD 34
13. LLWYBR DERBYN I'R YSBYTY 36
14. DERBYNIADAU YSBYTY DIOGEL I YSBYTY DERBYNIOL 37
15. STATWS CYFREITHIOL 39
16. CYDLYNU GOFAL 41
17. CYNLLUNIAU GOFAL 41
18. CYFNOD Y DERBYNIAD I'R YSBYTY 42
18.1. CYFNODAU ESTYNEDIG O'R DERBYNIAD I'R YSBYTY 44
19. DEILLIANNAU 45
20. MEDDYGINIAETH 49
20.1. GWRTHSEICOTIGAU 52
20.2. GWRTH-ISELYDDION 54
20.3. SEFYDLOGWYR HWYLIAU 55
20.4. CYFFURIAU LLEIHAU GORBRYDER, CYFFURIAU TAWELU A CHYFFURIAU HYPNOTIG 56
20.5. CYDYMFFURFIO Â'R CYNLLUN MEDDYGINIAETH 57
20.6. MONITRO SGIL-EFFEITHIAU MEDDYGINIAETH 58
21. YMYRIADAU SEICOLEGOL 60
22. GWEITHGAREDDAU YSTYRLON 62
23. YMDDYGIAD HERIOL 65
23.1. DIFRODBWRIADOL I EIDDO TRAWSRYWEDDOL 67
23.2. YMOSODOL AR-LAFAR TUAG AT GLEIFION ERAILL 68
23.3. YMOSODOL AR-LAFAR TUAG AT STAFF 70
23.4. YMDDYGIAD SY'N PERI TRAFFERTH NEU OFID 71
23.5. YMDDYGIAD TREISGAR SY'N PERI NIWED IGLEIFION ERAILL 73
23.6. YMDDYGIAD TREISGAR SY'N PERI NIWED I STAFF 74
23.7. YMDDYGIAD RHYWIOL ANADDAS TUAG AT GLEIFION ERAILL 76
23.8. YMDDYGIAD RHYWIOL ANADDAS TUAG AT STAFF 77
23.9. DIANC 79
23.10. CAMDDEFNYDDIO SYLWEDDAU ANGHYFREITHLON 80
23.11. HUNAN-NIWED 81
23.12. NIWED SEICOLEGOL GAN ERAILL (BREGUSRWYDD) 82
24. YMYRAETHAU CYFYNGOL 84
24.1. TAWELU SEFYLLFA AR LAFAR 86
24.2. AMSER YMDAWELU 87
24.3. ATALIAETH (HEB FOD AR Y LLAWR) 89
24.4. ATALIAETH AR Y CEFN 90
24.5. ATALIAETH AR Y BOL 91
24.6. ARWAHANIAD 93
24.7. TAWELYDDU CYFLYM 94
25. ARSYLWADAU GAN GLEIFION 96
26. LEFELAU GOFAL 99
26.1. LEFELAU GOFAL-DIOGELWCH 99
26.2 LEFELAU GO FAL-GWEITHGAREDDAU 101
26.3. DIOGELWCH A GWEITHGAREDD-LEFELAU GOFAL 103
27. IECHYD CORFFOROL 103
27.1. PWYSAU CLEIFION 104
27.2 YSMYGU YMHLITH CLEIFION 106
27.3. MYNEDIAD I OFAL IECHYD SYLFAENOL 107
27.3.1 MYNEDIAD AT FEDDYG TEULU 107
27.3.2. MYNEDIAD AT DDEINTYDD 108
27.3.3. MYNEDIAD AT BODIATRYDD 109
27.3.4. MYNEDIAD AT OPTEGYDD 110
27.4. MYNEDIAD AT OFAL IECHYD BRYS 111
28. MYNEDIAD I'R GYMUNED/ ABSENOLDEB 112
29. STAFFIO NYRSYS 113
30. TÎM AML-DDISGYBLAETHOL 115
31.1. SEICIATRYDD 117
31.2. SEICOLEGYDD CLINIGOL 117
31.3. SEICOLEGYDD CYNORTHWYOL 118
31.4. CWNSELYDD 119
31.5. THERAPYDD GALWEDIGAETHOL 119
31.6. THERAPYDD GALWEDIGAETHOL CYNORTHWYOL 120
31.7 GWEITHIWRCYMDEITHASOL 121
31.8. THERAPYDDION IAITH A LLEFERYDD 121
31.9. DIETEGYDD 122
31.10. NYRS IECHYD CORFFOROL 123
31.11. RHYDDHAU 124

8. Trosolwg

Ar adeg y cynhaliwyd archwiliadau ar gyfer yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, roedd 312 o gleifion GIG Cymru yn derbyn gofal mewn ysbytai diogel ac mae'r wybodaeth yn Rhan B yr Adolygiad Cenedlaethol hwn yn ymwneud ag 88% (275) o'r cleifion hyn. Ar gyfer y 37 o gleifion sydd wedi'u heithrio rhag Rhan B, roedd 5 yn ieuengach na 18 oed a chânt eu harchwilio yn Rhan E, ac nid oedd 32 yn destun archwiliad ar y safle oherwydd y tarfu a achoswyd gan bandemig Covid 19. Ar gyfer y 275 o gleifion sydd wedi'u cynnwys yn Rhan hon yr Adolygiad Cenedlaethol, roedd 8.4% (23) yn cael eu trin mewn ysbytai diogelwch uchel, 34.9% (96) yn cael eu trin mewn ysbytai diogelwch canolig a 56.7% (156) yn cael eu trin mewn ysbytai diogelwch isel fel y dangosir yn Ffigwr 5.

Ffigwr 5 — Cleifion yn ôl Math o Ysbyty Diogel



Noder: drwy gydol Rhan B yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, y nifer o gleifion y cyfeirir atynt yw 275, oni nodir fel arall.

9. Nodweddion Cleifion

Er mwyn atal arwahanu, mae'r Ddeddf Cydraddoldeb (2010) yn nodi naw nodwedd warchodedig, wedi'u rhestru isod:

1. Oedran.
2. Rhyw.
3. Crefydd neu gredo.
4. Cyfeiriadedd rhywiol.
5. Statws priodasol neu bartneriaeth sifil.
6 Beichiogrwydd a mamolaeth.
7 Anabledd.
8. Hil.
9 Ailbennu rhywedd.

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, adnabuwyd nifer o nodweddion gwarchodedig[52] ymhlith y cleifion, gan gynnwys oedran, rhyw, rhywedd, hil, credoau crefyddol, cyfeiriadedd rhywiol, statws priodasol, beichiogrwydd ac anabledd, ac mae pob un wedi'i fanylu isod.

9.1. Oedran

Fel arfer, caiff cleifion sy'n ieuengach na 18 oed eu derbyn i ysbytai diogel sy'n arbennig i blant a phobl ifanc, a chaiff y rheini dros 18 oed eu derbyn i ysbytai diogel oedolion.
Ac eithrio plant a phobl ifanc, canfuwyd yn y Rhan hon o'r Adolygiad Cenedlaethol bod oedran y cleifion yn amrywio rhwng 18 a 79 oed. Oedran cyfartalog y cleifion oedd 40 oed.

Ar gyfer cleifion gwrywaidd, roedd eu hoedran cyfartalog ychydig yn uwch, yn 41 oed, mewn cymhariaeth â chleifion benywaidd yn 36 oed. Roedd y rhan fwyaf o gleifion rhwng 30 a 34 oed, gyda 34.6% (48) o'r cleifion yn yr ystod oedran hon. Dengys Ffigwr 6 oedran cyfartalog, ystodau oedran a nifer o gleifion yn yr ystodau oedran penodol yn ôl math yr ysbyty diogel. Roedd yr oedran cyfartalog yn gyffelyb ar draws y tri math o ysbyty diogel.

40

Oedran cyfartalog y cleifion ar adeg yr archwiliad

Ffigwr 6 — Manylion Oedran Cleifion yn ôl Math o Ysbyty Diogel

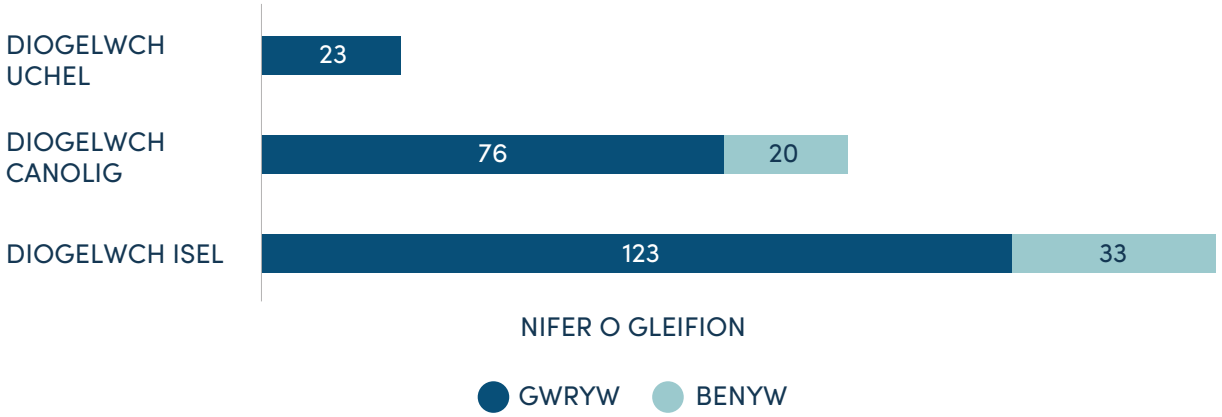
	Oedran Cyfartalog (mewn blynyddoedd)	Ystod Oedran (mewn blynyddoedd)	Cleifion rhwng 18-24 oed	Cleifion rhwng 25-64 oed	Cleifion 65+ oed
Diogelwch Uchel	40	26-75	0	95.7% (22)	4.3% (1)
Diogelwch Canolig	39	18-79	10.4% (10)	84.4% (81)	5.2% (5)
Diogelwch Isel	41	19-78	12.8% (20)	81.4% (127)	5.8% (9)

9.2. Rhyw

Mae gwahaniaethau rhwng cleifion gwrywaidd a benywaidd sydd â salwch meddwl, o ran eu hanghenion corfforol, y ffordd mae eu hiechyd meddwl yn cyflwyno ei hun a'u hanghenion o ran gofal[53].

Er bod cymorth emosiynol cadarnhaol a pherthnasoedd â staff yn gysylltiedig â chanlyniadau clinigol gwell i bob claf mewn ysbytai diogel, yn ôl ymchwil mae effaith y rhain yn fwy yn achos cleifion benywaidd. Mae'n debyg bod cleifion benywaidd yn ffafrio cael eu trin mewn amgylchoedd un rhyw, gan eu bod yn teimlo'n fwy diogel ac yn fwy cyfforddus[54], er nad yw'r amgylchoedd hyn o reidrwydd yn fwy diogel nac yn fwy sensitif i rywedd[55]. Nodir materion penodol ar gyfer cleifion gwrywaidd a benywaidd drwy gydol yr Adolygiad Cenedlaethol hwn. Dengys Ffigwr 7 ryw cleifion yn ôl y math o ysbyty diogel ac mae'n dangos bod y rhan fwyaf o gleifion, 80.7% (222), yn ddynion a bod 19.3% (53) ohonynt yn ferched.

Ffigwr 7 — Rhywedd Cleifion yn ôl Math o Ysbyty Diogel



9.3. Rhywedd a Thrawsrywedd

Mae rhyw yn cyfeirio at y nodweddion biolegol a seicolegol gwahanol rhwng dynion a merched, ac mae rhywedd yn cyfeirio at y nodweddion cymdeithasol sydd ynghlwm â merched a dynion. Pan nad yw unigolion yn 'cyd-fynd' ag arferion sefydledig o ran rhywedd yn aml maent yn wynebu stigma, arwahanrwydd neu'n cael eu hallgáu yn gymdeithasol[56]. Mae 'trawsrywedd' yn derm cyffredinol a ddefnyddir i ddisgrifio pobl sy'n uniaethu â rhywedd, neu'n mynegi rhywedd, sy'n wahanol i'r rhyw y rhoddwyd iddynt ar eu genedigaeth. Gall pobl draws fynegi eu hunaniaeth mewn sawl ffordd wahanol.

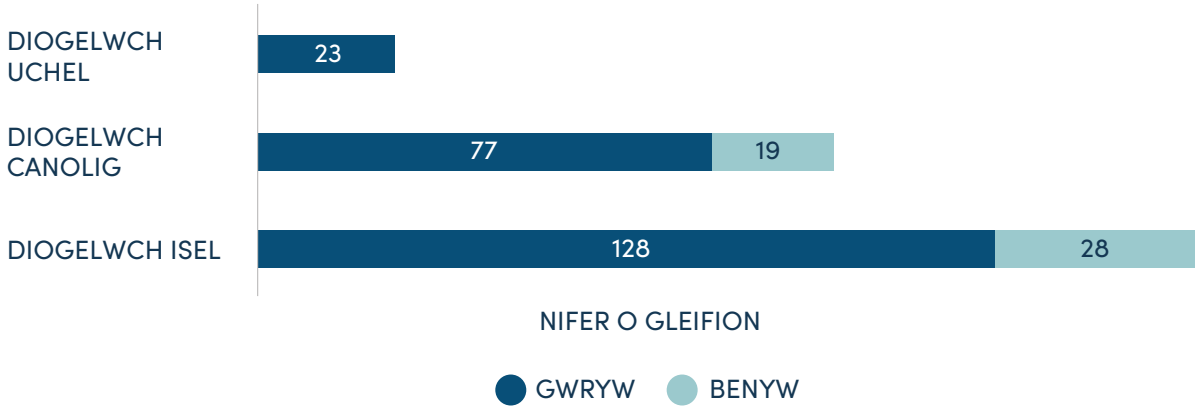
Rhaid i bob darparwr gofal iechyd gynnal gofynion Deddf Cydraddoldeb [2010], Deddf Hawliau Dynol [1998] a Deddf Cydnabod Rhywedd [2004] wrth drin cleifion traws[57].

Mae hefyd yn bwysig bod y risgiau cysylltiedig ar gyfer unigolyn traws, yn ogystal â chleifion eraill, yn cael eu hystyried cyn eu derbyn i wardiau un rhyw mewn ysbytai diogel[58]. Amcangyfrifir bod rhwng 0.3 a 0.7% o boblogaeth y Deyrnas Unedig yn draws.

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod 2.2% (6) o gleifion, sy'n derbyn gofal mewn ysbytai, yn adnabod eu hunain yn draws[59]. O hyn allan, yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, bydd y termau 'gwrywaidd' a 'benywaidd' yn cyfeirio at hunaniaeth rywedd y cleifion a bydd y gair 'rhywedd' yn cael ei ddefnyddio yn hytrach na 'rhyw'.

Mae Ffigwr 8 yn pwysleisio rhywedd cleifion yn ôl y math o ysbyty diogel ac yn dangos y cyfanswm o gleifion ar gyfer y Rhan hon o'r Adolygiad Cenedlaethol, yn seiliedig ar rywedd, yw 82.9% (228) o gleifion gwrywaidd a 17.1% (47) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 8 — Rhywedd Cleifion yn ôl Math o Ysbyty Diogel



9.4 Ethnigrwydd

Mae'r termau 'Croenddu', 'Asiaidd' neu 'Amrywiol o ran Ethnigrwydd' yn cael eu defnyddio yn yr adran hon er ein bod yn cydnabod bod y termau yn homogeneiddio ystod o hunaniaethau, ethnigrwydd, diwylliannau, a threftadaeth. Yn ôl ymchwil, mae unigolion Croenddu yn fwy tebygol o gael eu derbyn i ysbytai diogel[60], ac yn bedair gwaith yn fwy tebygol o gael eu cadw'n gleifion mewnol dan orchymyn o dan y Ddeddf Iechyd Meddwl [1983], nag unigolion croen-wyn[61]. Mae Ffigwr 9 isod yn cymharu'r gyfran o gleifion Croenddu, Asiaidd ac Amrywiol o ran Ethnigrwydd â'r rheini ym mhoblogaeth gyffredinol Cymru[62]. Er bod y niferoedd gwirioneddol yn isel, mae'n dangos bod 9.1% (25) o gleifion mewn ysbytai diogel yn Groenddu, Asiaidd neu Amrywiol o ran Ethnigrwydd, dros ddwywaith y gyfran boblogaeth.

Ffigwr 9 — Poblogaeth Cymru a Chleifion mewn Ysbytai Diogel yn ôl Ethnigrwydd

Ethnigrwydd	Poblogaeth Cymru	Cleifion mewn Ysbytai Diogel
Croenddu	0.6%	2.9% (8)
Asiaidd	2.3%	1.1% (3)
Amrywiol o ran Ethnigrwydd	1%	5.1% (14)
Cyfanswm	**3.9%**	**9.1% (25)**

9.5. Credoau Crefyddol

Mae gan boblogaeth Cymru ystod amrywiol o gredoau crefyddol, gyda'r rhan fwyaf ohonynt yn Gristnogion (57.6%), er nad oedd gan 32% gredo crefyddol[63].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 56% (117) o gleifion wedi datgan nad oes ganddynt gredo crefyddol. Dengys Ffigwr 10 gredoau crefyddol poblogaeth Cymru a'r boblogaeth mewn ysbytai diogel, ar gyfer y 76% (209) o gleifion a ddatgelodd y wybodaeth hon.

Ffigwr 10 — Poblogaeth Cymru a Chleifion mewn Ysbytai Diogel yn ôl Credo Crefyddol

Credoau Crefyddol	Poblogaeth Cymru	Cleifion mewn Ysbytai Diogel
Cristnogaeth	57.6%	36.4% (76)
Islam	1.5%	4.8% (10)
Bwdhaeth	0.3%	1% (2)
Crefydd Arall	0.9%	1.9% (4)
Dim Credo Crefyddol	**32.1%**	**56% (117)**

9.6. Cyfeiriadedd Rhywiol

Mae cyfeiriadedd rhywiol yn cyfeirio at rywedd, neu rywedddau, y mae unigolyn yn cael ei atynnu ato/atynt, a waeth beth yw ei gyfeiriadedd rhywiol, mae pob claf yn haeddu gofal o'r un ansawdd dda[64]. Dengys Ffigwr 11 gyfeiriadedd rhywiol poblogaeth Cymru[65] a'r boblogaeth mewn ysbytai diogel ar gyfer y 86.2% (237) o gleifion a ddatgelodd y wybodaeth hon.

Ffigwr 11 — Poblogaeth Cymru a Chleifion mewn Ysbytai Diogel yn ôl Cyfeiriadedd Rhywiol

Cyfeiriadedd Rhywiol	Poblogaeth Cymru	Cleifion mewn Ysbytai Diogel
Heterorywiol	94.4%	78.5% (216)
Hoyw/Lesbiaidd	1.9%	2.9% (8)
Deurywiol	1%	4.7% (13)
Heb ddatgelu	0	13.8% (38)

9.7. Statws Priodasol

Yn y DU, mae oddeutu 35% o'r boblogaeth oedolion heb briodi, mae 50.4% yn briod, 8.2% wedi ysgaru/gwahanu a 6.5% yn weddw[66]. Casglwyd gwybodaeth ynghylch statws priodasol yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn ar gyfer 98.9% (272) o gleifion a chanfuwyd bod 90.1% (245) o'r boblogaeth hon heb briodi, 1.5% (4) yn briod, 8.1% (22) wedi ysgaru/gwahanu a 0.4% (1) yn weddw.

9.8. Beichiogrwydd

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod 0.4% (1) o gleifion yn feichiog ac yn derbyn gofal mewn ysbyty diogel.

9.9. Anabledd

Mae'n bosibl bod gan rai cleifion anghenion ychwanegol sydd angen cydnabyddiaeth, addasiad neu gymorth. Mae'n hanfodol bod yr anghenion ychwanegol hyn yn cael eu hadnabod er mwyn rhoi cefnogaeth briodol drwy ddull sy'n seiliedig ar gryfderau.

Mae anghenion ychwanegol yn gyffredinol yn berthnasol i'r tri chategori hyn:

- Anghenion cyfathrebu a/neu wybyddol.
- Anghenion synhwyraidd.
- Anghenion corfforol a/neu symudedd.

Mae bodloni'r anghenion hyn yn sylfaenol i sicrhau bod gwasanaethau diogel a deilliannau clinigol o ansawdd yn cael eu cyflawni a bod pobl anabl yn gallu ceisio'r gofal, cymorth a chyngor sydd ei angen arnynt i fyw bywydau annibynnol ac iach[67].

Yng Nghymru, mae gan oddeutu 25% o boblogaeth ffurf ar anabledd[68]. Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, roedd gan 22.5% (62) o'r cleifion un o'r tri angen ychwanegol a restrwyd eisoes, roedd gan 7.6% (21) ddau a 1.5% (4) y tri. Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, adnabuwyd bod gan 17.5% (48) o gleifion mewn ysbytai diogel anghenion cyfathrebu a/neu wybyddol, bod gan 9.1% (25) anghenion synhwyraidd, a bod gan 13.8% (38) anghenion corfforol a/neu symudedd.



10. Diagnosis

Diagnosis yw label sy'n disgrifio symptomau salwch y mae unigolyn yn eu profi y gellir ei ddefnyddio i arwain triniaethau ac ymyraethau. Mae cleifion sy'n cael eu trin mewn ysbytai diogel fel arfer wedi cael un neu fwy o ddiagnosis seiciatrig, ac o blith y rheini mae anhwylderau seicotig ac anhwylderau personoliaeth[69].

Canfuwyd yr Adolygiad Cenedlaethol bod 95.3% (262) o gleifion wedi cael diagnosis o anhwylderau seiciatrig, er nad yw 4.7% (13) o gleifion wedi cael unrhyw ddiagnosis seiciatrig, ac mae 38.5% (5) o blith y 13 cleifion hyn wedi'u derbyn i'r ysbyty am gyfnodau yn para'n hirach na blwyddyn. Dengys Ffigwr 12 gyffredinrwydd diagnosis mewn ysbytai diogel ac yn dangos mai'r diagnosis mwyaf cyffredin, 75.4% (172), ar gyfer cleifion gwrywaidd yw anhwylder seicotig ac ar gyfer cleifion benywaidd y diagnosis mwyaf cyffredin yw anhwylder personoliaeth, 55.3% (26).

Roedd gan nifer o gleifion fwy nag un diagnosis ac felly gall y cyfanswm o anhwylderau a gyflwynir yn Ffigwr 12 fod yn fwy na'r nifer o gleifion.

Ffigwr 12 — Cyffredinrwydd Diagnosis yn ôl Rhywedd

Diagnosis Seiciatrig	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol
Anhwylderau Seicotig	75.4% (172)	31.9% (15)	**68% (187)**
Anhwylderau Personoliaeth	19.7% (45)	55.3% (26)	**25.8% (71)**
Anhwylderau Affeithiol	4.4% (10)	17.0% (8)	**6.5% (18)**
Anableddau Deallusol	4.8% (11)	8.5% (4)	**5.5% (15)**
Anableddau Niwro-amrywiol	5.7% (13)	2.1% (1)	**5.1% (14)**
Dim Diagnosis	4.8% (11)	6.4% (3)	**5.1% (14)**
Anhwylderau Niwrotig/Yn Ymwneud â Straen	3.1% (7)	8.5% (4)	**4.0% (11)**
Anhwylderau Ymddygiadol/Emosiynol	3.1% (7)	6.4% (3)	**3.6% (10)**
Anhwylderau Meddwl Organig	0.9% (2)	4.3% (2)	**1.5% (4)**

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 26% (72) o gleifion mewn ysbyty diogel wedi cael mwy nag un diagnosis. Y diagnosis fwyaf cyffredin sy'n cyd-ddigwydd oedd anhwylder personoliaeth gyda 60% (43) o gleifion yn cael diagnosis eilaidd o hyn.

Dengys Ffigwr 13 gyffredinrwydd diagnosis sylfaenol yn ôl y math o ysbyty diogel. Mae'n dangos cyffredinrwydd uwch o gleifion wedi cael diagnosis o anhwylderau oherwydd sylwedd seicoweithredol mewn ysbytai diogelwch uchel, anhwylderau affeithiol mewn ysbytai diogelwch canolig, ac anableddau deallusol, ac anhwylderau ymddygiadol/emosiynol mewn ysbytai diogelwch isel.

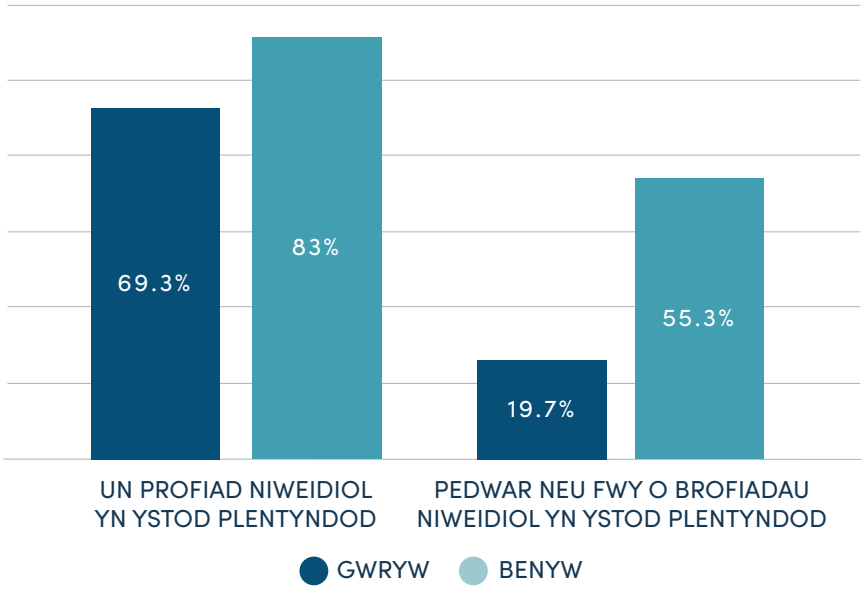
Ffigwr 13 — Cyffredinrwydd Diagnosis yn ôl Math o Ysbyty Diogel

Diagnosis Sylfaenol	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel
Anhwylder Organig	0	1.0% (1)	1.9% (3)
Anhwylderau oherwydd Defnyddio Sylweddau Seicoweithredol	30.4% (7)	1.0% (1)	9.6% (15)
Anhwylderau Seicotig	78.3% (18)	70.8% (68)	65.4% (102)
Anhwylderau Affeithiol	4.4% (1)	9.4% (9)	5.1% (8)
Anhwylderau Niwrotig/ Yn Ymwneud â Straen	0	4.2% (4)	4.5% (7)
Anhwylderau Personoliaeth	30.4% (7)	21.9% (21)	28.2% (44)
Anableddau Deallusol	4.4% (1)	0	9.0% (14)
Anableddau Niwro-amrywiol	4.4% (1)	5.2% (5)	5.8% (9)
Anhwylderau Ymddygiadol/Emosiynol	0	1.0% (1)	5.8% (9)
Dim Diagnosis	0	3.1% (3)	3.8% (6)

11. Profiadau Niweidiol yn ystod Plentyndod

Mae Profiadau Niweidiol yn ystod Plentyndod yn brofiadau sy'n peri gofid, sydd o bosibl yn drawmatig, ac yn digwydd yn ystod plentyndod neu'r glasoed, megis camdriniaeth neu esgeulustod[70]. Yn ôl ymchwil, awgrymir bod cyswllt rhwng profiadau niweidiol yn ystod plentyndod a datblygiad salwch meddwl[71] a bod cael pedwar neu fwy o brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod yn rhagfynegi ystod o ymddygiadau sy'n niweidio iechyd[72,73,74,75,76,77]. Mae hanes o gamdriniaeth mewn plentyndod yn gyffredin ymhlith cleifion mewn ysbytai diogel a gall defnyddio ymyraethau cyfyngol gyda chleifion sy'n dod o gefndiroedd o'r fath fod yn 'arbennig o drawmatig', gan y gallant ail-ysgogi eu profiadau annymunol yn ystod plentyndod. Gall cleifion wneud niwed iddyn nhw eu hunain er mwyn 'cyfathrebu' ac 'ymdopi' gyda'r profiadau hyn[78,79,80,81]. Awgryma ymchwil bod 47% o boblogaeth Cymru wedi cael o leiaf un profiad niweidiol yn ystod plentyndod a bod 14% wedi cael pedwar neu fwy o brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod. Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 71% (196) o gleifion mewn ysbytai diogel wedi cael o leiaf un profiad niweidiol yn ystod plentyndod, a bod 27.6% (76) wedi cael pedwar neu fwy o brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod. Y nifer cyfartalog o brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod ar draws y ddau rywedd oedd 2.8, gyda chleifion benywaidd wedi cael 4 profiad niweidiol ar gyfartaledd yn ystod plentyndod a chleifion gwrywaidd wedi cael 2.8 profiad niweidiol yn ystod plentyndod.[82] Yn ôl ymchwil, mewn ysbytai diogel mae cyffredinrwydd uwch o brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod ymhlith cleifion benywaidd mewn cymhariaeth â chleifion gwrywaidd[83] ac mae Ffigwr 14 yn dangos bod yr Adolygiad Cenedlaethol hwn wedi canfod bod cleifion benywaidd yn fwy tebygol o fod wedi cael 1 profiad niweidiol yn ystod plentyndod a 4 neu fwy o brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod.

Ffigwr 14 — Canran o Brofiadau Niweidiol yn ystod Plentyndod yn ôl Rhywedd



Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd hefyd y ffactorau cysylltiedig rhwng profiadau niweidiol yn ystod plentyndod a materion eraill a chanfuwyd os yw claf wedi cael diagnosis o anhwylder personoliaeth, ei fod 2.5 gwaith yn fwy tebygol o fod wedi cael un neu fwy o brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod.

12. Rheswm dros Dderbyn i'r Ysbyty

Gall fod angen gofal diogel ar unigolion gan eu bod yn cyflwyno risg i'r cyhoedd[84], neu fod angen amgylchedd arbenigol arnynt a all ddarparu gofal a thriniaeth wedi'i dylunio i wella iechyd meddwl a hwyluso adsefydliad[85]. Mae'n bosibl bod sawl rheswm dros dderbyn cleifion i'r ysbyty, ond mae'r Adolygiad Cenedlaethol hwn wedi'u gwahanu'n rhesymau 'sylfaenol' dros dderbyniadau, gan gyfeirio at 'resymau eilaidd' fel rhesymau ychwanegol. Mae Ffigwr 15 yn dangos y rhesymau sylfaenol ac eilaidd dros dderbyn cleifion i ysbytai diogel yn ôl rhywedd ac wedi'u rhestru yn ôl y gyfran fwyaf. O ran cleifion gwrywaidd, y prif reswm dros eu derbyn i'r ysbyty oedd 'risg i eraill', ac o ran cleifion gwrywaidd y prif reswm oedd 'risg iddyn nhw eu hunain ac i eraill'.

Ar gyfer y ddau rywedd, y tri rheswm sylfaenol dros eu derbyn i'r ysbyty oedd:

- Y claf wedi'i asesu yn risg i eraill.
- Y claf wedi'i asesu yn risg iddo ef ei hun ac i eraill.
- Dylai'r claf gymryd rhan mewn therapi mewn amgylchedd wedi'i reoli.

Ffigwr 15 — Rhesymau Sylfaenol ac Eilaidd dros Dderbyn Claf i'r Ysbyty yn ôl Rhywedd

	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol
Rheswm dros dderbyn i'r ysbyty			
Risg i eraill	39.9% (91)	19.1% (9)	**36.4% (100)**
Claf yn risg i eraill ac iddo ef ei hun	25.0% (57)	68.1% (32)	**32.4% (89)**
Therapi mewn amgylchedd wedi'i reoli	13.2% (30)	0	**10.9% (30)**
Asesiad	8.8% (20)	4.3% (2)	**8.0% (22)**
Triniaeth gymhleth	3.9% (9)	4.3% (2)	**4.0% (11)**
Ddim yn cydymffurfio â'r cynllun meddyginiaeth	3.1% (7)	0	**2.5% (7)**
Camu i lawr i haen is o ddiogelwch	2.2% (5)	0	**2.2% (5)**
Claf yn risg iddo ef ei hun	1.8% (4)	2.1% (1)	**1.8% (5)**
Risg o ddianc	0.9% (2)	0	**0.7% (2)**
Triniaeth barhaus	0.4% (1)	0	**0.4% (1)**
Camddefnyddio sylweddau	0.4% (1)	0	**0.4% (1)**
Bregusrwydd oherwydd seicosis	0	2.1% (1)	**0.4% (1)**
Anhysbys	0.4% (1)	0	**0.4% (1)**

Ffigwr 15 Parhad — Rhesymau Sylfaenol ac Eilaidd dros Dderbyn Claf i'r Ysbyty yn ôl Rhywedd

	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol
Rheswm eilaidd dros dderbyn i'r ysbyty			
Therapi mewn amgylchedd wedi'i reoli	23.2% (53)	8.5% (4)	**20.7% (57)**
Triniaeth gymhleth	17.5% (40)	19.1% (9)	**17.8% (49)**
Risg i eraill	18.4% (42)	2.1% (1)	**15.6% (43)**
Claf yn risg i eraill ac iddo ef ei hun	10.1% (23)	10.6% (5)	**10.2% (28)**
Asesiad	7.9% (18)	21.3% (10)	**10.2% (28)**
Dim rheswm eilaidd	5.3% (12)	8.5% (4)	**5.8% (16)**
Claf yn risg iddo ef ei hun	5.3% (12)	6.4% (3)	**5.5% (15)**
Ddim yn cydymffurfio â'r cynllun meddyginiaeth	3.1% (7)	10.6% (5)	**4.4% (12)**
Risg o ddianc	2.2% (5)	6.4% (3)	**2.9% (8)**
Dychwelyd i ofal iechyd	2.2% (5)	4.3% (2)	**2.5% (7)**
Ymosodiad rhywiol, trais neu droseddau	1.3% (3)	0	**1.1 % (3)**
Cam i lawr	0.4% (1)	2.1% (1)	**0.7% (2)**
Camddefnyddio sylweddau	0.9% (2)	0	**0.7% (2)**
Ymddygiad ymosodol yn gorfforol	0.4% (1)	0	**0.4% (1)**
Perthynas rhwng y staff a'r claf ar chwâl	0.4% (1)	0	**0.4 % (1)**
Tân yn yr ysbyty blaenorol ac angen newid lleoliad	0.4% (1)	0	**0.4 % (1)**
Adalw gan y Weinyddiaeth Gyfiawnder	0.4% (1)	0	**0.4 % (1)**
Risg i blant	0.4% (1)	0	**0.4% (1)**

13. Y Llwybr Derbyn i'r Ysbyty

Yn ôl astudiaethau, gan amlaf caiff cleifion eu derbyn i ysbytai diogel o'r carchar[86]. Archwiliwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn o le'r oedd cleifion wedi'u derbyn i'r ysbyty, a chanfuwyd bod y mwyafrif o'r cleifion, 72% (199), wedi'u derbyn o ysbyty iechyd meddwl arall.

Mae Ffigwr 16 yn dangos, fel cyfran o'r cleifion a dderbyniwyd i'r ysbyty, o le mae cleifion wedi'u derbyn, ar gyfer pob math o ysbyty diogel, yn ôl rhywedd, ac mae'n dangos bod 26% (60) o'r cleifion gwrywaidd wedi'u derbyn o Garchar neu Lys, mewn cymhariaeth â 6% (3) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 16 — Y Llwybr Derbyn yn ôl Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Derbyniwyd i ▶ **▼Derbyniwyd o** (fel cyfran o'r rhai a gafodd eu derbyn i'r ysbyty dan sylw)	Diogelwch Uchel i Ddynion	Diogelwch Canolig i Ddynion	Diogelwch Isel i Ddynion	Diogelwch Canolig i Ferched	Diogelwch Isel i Ferched	Cyfanswm y Cleifion Gwrywaidd	Cyfanswm y Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol
Diogelwch canolig	39.1% (9)	46% (35)	18.6% (23)	52.6% (10)	10.7% (3)	29.4% (67)	27.7% (13)	**29.1% (80)**
Carchar neu Lys	56.5% (13)	25% (19)	22.7% (28)	0	10.7% (3)	26.3% (60)	6.4% (3)	**22.9% (63)**
Ysbyty heb fod yn ddiogel (gan gynnwys Unedau Gofal Dwys Paediatrig)	0	7.8% (6)	27.6% (34)	15.8% (3)	57.1% (16)	17.5% (40)	40.4% (19)	**21.5% (59)**
Diogelwch isel		6.5% (5)	17.0% (21)	21.1% (4)	0	11.4% (26)	8.5% (4)	**10.9% (30)**
Wardiau adsefydlu dan glo	4.3% (1)	0	7.8% (10)	0	17.9% (5)	4.8% (11)	10.6% (5)	**5.8% (16)**
Diogelwch uchel	0	13.0% (10)	1.6% (2)	0	0	5.3% (12)	0	**4.4% (12)**
Cymunedol (nid yn y cartref)	0	1.3% (1)	3.1% (4)	5.3% (1)	3.6% (1)	2.2% (5)	4.3% (2)	**2.6% (7)**
Cartref	0	0	4% (5)	0	0	2.2% (5)	0	**1.8% (5)**
Ysbyty Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed	0	1.3% (1)	0.8% (1)	0	0	0.9% (2)	0	**0.7% (2)**
Llety byw â chymorth	0	0	0	5.3% (1)	0	0	2.1% (1)	**0.4% (1)**

14. Derbyniadau o Ysbyty Diogel i Ysbyty Diogel

Dylai'r daith ofal ddod i ben drwy ryddhau'r claf i'r gymuned, er bod rhai cleifion yn cael eu rhyddhau i ysbyty diogel arall, ar lefel o ddiogelwch uwch, is, neu'r un fath.

Yn ôl astudiaethau, mae 'traean o ferched' yn cael eu rhyddhau i ysbyty sydd â'r un lefel ddiogelwch[87]. Yn ôl astudiaethau eraill, mae'r gyfran 'sylweddol' o gleifion sy'n cael eu rhyddhau i'r un lefel ddiogelwch yn awgrymu nad yw'r llwybr 'delfrydol', sef symud cleifion o lefelau diogelwch uwch i is, yn cael ei gyflawni yn achos 'nifer' o gleifion[88]. Efallai yr ystyrir bod rhyddhau cleifion i ysbytai sydd â'r un lefel ddiogelwch yn briodol am resymau dychwelyd i ofal y GIG neu symud yn agosach at y cartref, ond gall hefyd ychwanegu at 'gymhlethdod taith y claf' ac arwain at oedi o ran rhyddhau'r claf i'r gymuned[89]. Cafodd cyfran sylweddol, 44.4% (122) o gleifion eu derbyn i'w lleoliad cyfredol o ysbyty diogel arall, sydd â'r un lefel o ddiogelwch neu lefel wahanol o ddiogelwch. Cafodd 46.1% (105) o gleifion gwrywaidd a 36.2% (17) o gleifion benywaidd eu derbyn o ysbyty diogel arall. Dengys Ffigwr 17, fel cyfran o gyfanswm y cleifion, bod 24% (66) wedi'u derbyn o ysbyty diogel sydd â'r un lefel o ddiogelwch.

O blith y rhain, symudodd 7.6% (21) o gleifion o ysbyty diogelwch isel i ysbyty diogelwch isel arall a bod 16.4% (45) o gleifion wedi symud o ysbyty diogelwch canolig i ysbyty diogelwch canolig arall. Cafodd 20.3% (56) o gleifion gwrywaidd a 21.3% (10) o gleifion benywaidd eu derbyn i ysbyty sydd â'r un lefel o ddiogelwch.

Ffigwr 17 — Derbyniadau i Ysbytai Diogel Eraill yn ôl Rhywedd

Derbyniad Cyfredol ▸ (fel cyfran o'r rheini yn y math hwnnw o ysbyty ar adeg yr archwiliad) **▼Derbyniwyd o**	**Diogelwch Uchel i Ddynion**	**Diogelwch Canolig i Ddynion**	**Diogelwch Isel i Ddynion**	**Diogelwch Canolig i Ferched**	**Diogelwch Isel i Ferched**
Diogelwch Uchel i Ddynion	0	13% (10)	1.6% (2)	0	0
Diogelwch Canolig i Ddynion	39.1% (9)	45.5% (35)	3.9% (5)	0	0
Diogelwch Isel i Ddynion	0	29.9% (23)	16.4% (21)	0	0
Diogelwch Canolig i Ferched	0	0	0	52.6% (10)	14.3% (4)
Diogelwch Isel i Ferched	0	0	0	15.8% (3)	0

Mae mentrau yn rhannau eraill o'r DU sy'n ceisio lleihau trosglwyddo merched drwy 'gyfuno' gwasanaethau diogelwch canolig ac isel mewn un model hybrid a gwella eu profiadau a'u canlyniadau drwy ganolbwyntio ar ddiogelwch perthynol a dull sy'n seiliedig ar drawma[90,91,92]. Mae Ffigwr 18 yn dangos y rheswm dros dderbyn yn achos 122 o gleifion a gafodd eu derbyn o ysbyty diogel arall, sydd â'r un lefel ddiogelwch neu lefel ddiogelwch wahanol, ac mae'n dangos, ar gyfer y ddau rywedd, mai'r prif reswm dros y derbyniad oedd 'Risg i'r claf ei hun ac i eraill'.

Ffigwr 18 — Rheswm dros Dderbyn i'r Ysbyty, ar gyfer Cleifion sydd wedi'u Derbyn o Ysbyty Diogel Arall yn ôl Rhywedd

Rheswm dros dderbyn i'r ysbyty	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol
Claf yn risg i eraill ac iddo ef ei hun	61.9% (65)	88.2% (15)	**65.6% (80)**
Therapi mewn amgylchedd wedi'i reoli	16.2% (17)	0	**13.9 (17)**
Triniaeth gymhleth	6.7% (7)	5.9% (1)	**6.6% (8)**
Asesiad	6.7% (7)	0	**5.7% (7)**
Camu i lawr	4.8% (5)	0	**4.1% (5)**
Triniaeth barhaus	1.0% (1)	0	**0.8% (1)**
Risg o ddianc	1.0% (1)	0	**0.8% (1)**
Camddefnyddio sylweddau	1.0% (1)	0	**0.8% (1)**
Bregusrwydd oherwydd seicosis	0	5.9% (1)	**0.8% (1)**
Anhysbys	1.0% (1)	0	**0.8% (1)**

15. Statws Cyfreithiol

Y Ddeddf Iechyd Meddwl [1983], a ddiwygiwyd yn 2007, yw'r brif ddeddfwriaeth sy'n ymdrin ag asesu, triniaeth a hawliau unigolion sy'n dioddef o salwch meddwl. Pan gaiff cleifion eu trin yn yr ysbyty, cânt ganiatáu triniaeth, neu dan rai amgylchiadau, mae modd eu cadw fel cleifion mewnol dan orchymyn o dan y Ddeddf Iechyd Meddwl [1983].

Mae dros gant o adrannau i'r Ddeddf Iechyd Meddwl [1983] ac mae'r rhai sydd fwyaf perthnasol i gleifion y gofalir amdanynt mewn ysbytai diogel fel a ganlyn:

- **Adran 3.** Dyma adran yn ymwneud â thriniaeth. Y cyfnod cychwynnol yr awdurdodir cadw claf dan orchymyn yw chwe mis, ond mae modd ei adnewyddu am chwe mis arall, ac yna am gyfnodau ychwanegol o 12 mis.

- **Adran 36.** Mae hon yn adran sy'n cael ei grymuso gan Lys y Goron, lle mae'r Llys yn anfon unigolyn am driniaeth tra ei fod yn disgwyl achos llys, mewn achos llys, neu yn y ddalfa am drosedd sy'n gosbadwy drwy garcharu.

- **Adran 37.** Mae hon yn adran sy'n cael ei grymuso gan Lys y Goron ar ôl i unigolyn gael ei euogfarnu o drosedd sy'n gosbadwy drwy garcharu, ac eithrio llofruddiaeth. Mae'r amodau ar y cyfan yr un fath â derbyn claf i'r ysbyty o dan Adran 3, ac fel arfer caiff ei dderbyn er mwyn cael triniaeth.

- **Adran 37/41.** Mae gan yr Adran hon sylfaen gyffelyb i Adran 37, ond nid oes angen ei hadnewyddu, gan ei bod yn parhau mewn grym nes caiff y claf ei ryddhau, pryd bynnag fydd hynny. Y Weinyddiaeth Gyfiawnder sy'n gyfrifol am ganiatáu absenoldeb a chaniatáu i gleifion gael eu rhyddhau o'r ysbyty.

- **Adran 38.** Caiff yr Adran hon ei gorfodi gan Lys y Goron neu Lys Ynadon. Fel arfer, caiff ei gorfodi ar ôl euogfarnu rhywun ond cyn dedfryd. Gorchymyn 'dros dro' ydyw, a gall bara am gyfnod cychwynnol o 12 wythnos ac os oes angen, gellir ei ymestyn i hyd at 12 mis. Fel arfer, ei bwrpas yw asesu.

- **Adran 45a.** Caiff yr Adran hon ei gorfodi gan Lys y Goron yr un pryd ag y gorfodir dedfryd yn y carchar, ac eithrio pan mae'r ddedfryd wedi'i gosod drwy'r gyfraith, megis llofruddiaeth. Ar ôl i'r unigolyn gwblhau ei driniaeth, caiff yna ei drosglwyddo i'r carchar i gwblhau gweddill y ddedfryd.

- **Adran 47.** Adran yw hon ar gyfer unigolyn sydd wedi cael dedfryd gan lys ac wedi'i garcharu. Mae'r Adran yn trosglwyddo unigolyn o'r carchar i ysbyty am driniaeth.

- **Adran 47/49.** Adran yw hon ar gyfer unigolyn sydd wedi cael dedfryd gan lys ac wedi'i garcharu. Mae'r Adran hon yn trosglwyddo'r unigolyn o'r carchar i'r ysbyty am driniaeth ac yn golygu bod y Weinyddiaeth Gyfiawnder yn gyfrifol am ganiatáu absenoldeb a chaniatáu i gleifion gael eu rhyddhau o'r ysbyty.

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod 98.5% (271) o gleifion wedi'u derbyn i ysbytai diogel o dan adran y Ddeddf Iechyd Meddwl [1983]. Ar gyfer y 1.1% (3) o'r cleifion hynny heb eu cadw'n gleifion mewnol dan orchymyn, mae'n bosibl bod ganddynt y capasiti i wneud penderfyniadau yn ymwneud â'u gofal, er nad oedd modd cadarnhau hyn.

Dengys Ffigwr 19 fanylion cleifion dan Adran o'r Ddeddf Iechyd Meddwl [1983] ac mae'n dangos mai'r Adran fwyaf poblogaidd y cadwyd cleifion mewnol dan orchymyn oddi tani mewn diogelwch uchel oedd Adran 47/49, mewn diogelwch canolig oedd Adran 37/41 ac ar gyfer cleifion mewn gwasanaethau diogelwch isel oedd Adran 3.

Yr Adran fwyaf poblogaidd y cadwyd cleifion gwrywaidd oddi tani oedd Adran 37/41, sef 36.4% (83) o gleifion, a'r Adran fwyaf poblogaidd i gleifion benywaidd oedd Adran 3, sef 51.1% (24) o gleifion.

Ffigwr 19 — Cleifion o dan Adran y Ddeddf Iechyd Meddwl yn ôl Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Diogelwch Uchel	Diogelwch Canolig	Diogelwch Isel	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol
Adran 37/41	26.1% (6)	37.5% (36)	32.7% (51)	36.4% (83)	21.3% (10)	**33.9% (93)**
Adran 3	4.3% (1)	15.6% (15)	42.9% (67)	25.9% (59)	51.1% (24)	**31.2% (83)**
Adran 47/49	47.8% (11)	22.9% (22)	6.4% (10)	17.5% (40)	6.4% (3)	**15.7% (43)**
Adran 37	13.0% (3)	15.6% (15)	12.8% (20)	13.2% (30)	17% (8)	**13.8% (38)**
Adran 47	0	4.2% (4)	2.6% (4)	3.5% (8)	0	**2.9% (8)**
Adran 45a	8.7% (2)	3.1% (3)	0	1.8% (4)	2.1% (1)	**1.8% (5)**
Cleifion heb eu cadw'n gleifion mewnol o dan y Ddeddf Iechyd Meddwl	0	0	1.9% (3)	0.9% (2)	2.1% (1)	**1.1% (3)**
Adran 38	0	1.0% (1)	0	0.4% (1)	0	**0.4% (1)**
Adran 36	0	0	0.6% (1)	0.4% (1)	0	**0.4% (1)**

16. Cydlynu Gofal

Mae cydlynydd gofal yn rheoli'r berthynas rhwng pob aelod o'r tîm gofal cleifion. Mae cydlynydd gofal yn gyfrifol am weithio ar y cyd â'r claf a theulu'r claf a sicrhau bod unrhyw wasanaeth, lle caiff y claf ei drin, yn addas. Gall fod yn gyfrifol hefyd am drefnu anghenion llety'r claf ar ôl iddo gael ei ryddhau o'r ysbyty a chefnogi'r claf wrth iddo bontio o'r ysbyty diogel[93].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 88% (242) o'r cleifion gydlynydd gofal wedi'i neilltuo iddynt, 39.1% (9) mewn diogelwch uchel, 89.6% (86) mewn gofal canolig a 94.2% (147) mewn diogelwch isel.

Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogelwch canolig nad oeddynt wedi'u neilltuo â chydlynydd gofal ar adeg yr archwiliad yn uwch yn ysbytai GIG Cymru, 14.8% (9), yn hytrach nag ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 2.9 (1). Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogelwch isel nad oeddynt wedi'u neilltuo â chydlynydd gofal ar adeg yr archwiliad yn uwch yn ysbytai GIG Cymru, 8.2% (4), yn hytrach nag ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 4.6 (5).



Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 82.6% (200) o'r cydlynwyr gofal yn nyrsys cymunedol, 15.7% (38) yn weithwyr cymdeithasol ac 1.6% (4) yn arbenigwyr eraill megis seiciatryddion, seicolegwyr, neu therapyddion galwedigaethol.
Mae'n gyffredin i gleifion mewn ysbytai diogelwch uchel a chanolig fod wedi'u neilltuo â rheolwr achos, ac mae'r arbenigwr dynodedig hwn yn ymgymryd ag adolygiad systematig rheolaidd o leoliad claf i bennu a oes angen i'r claf fod yn destun lefel diogelwch y lleoliad dan sylw ai peidio ac i gefnogi i ryddhau'r claf yn effeithiol.

17. Cynlluniau Gofal

Cynllun gofal, y cyfeirir ato hefyd fel 'cynllun gofal a thriniaeth', 'cynllun nyrsio', neu 'gynllun cymorth', yw darn ysgrifenedig yn amlinellu anghenion y claf, y driniaeth arfaethedig a nodau'r driniaeth, a dylai fod yn glir ac yn ddealladwy i'r claf. Dylid datblygu cynllun gofal ar y cyd rhwng y claf a'r tîm therapiwtig. Dylai alluogi cleifion i gael gofal wedi'i bersonoli sy'n canolbwyntio ar gyflawni ac integreiddiad cymdeithasol ac yn uchafu ar hynny[94].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 100% (275) o gleifion gynllun gofal ar waith a gafodd ei ddatblygu ar ôl iddynt gael eu derbyn i'r ysbyty. I gefnogi parhad yn y gofal, mae'n arfer dda i'r cydlynydd gofal yn y gymuned ddatblygu'r cynllun gofal gyda'r claf. Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 30.5% (84) o gynlluniau gofal wedi'u datblygu gan y claf a'i gydlynydd gofal yn y gymuned.

18. Cyfnod y Derbyniad

Cyfnod y derbyniad i'r ysbyty yw'r cyfnod o amser mae'r claf yn aros yn yr ysbyty rhwng y cyfnod y caiff ei dderbyn a'r cyfnod y caiff ei ryddhau. Gall cyfnod y derbyniad i bob claf amrywio yn dibynnu ar y ffordd mae'r claf yn cyflwyno ei hun, a'i risg, math a chyfnod y therapi, yr ymyraethau sydd eu hangen ac argaeledd y cymorth addas sydd ar gael ar ôl rhyddhau'r claf. Wedi dweud hynny, mae'n bwysig nad yw cleifion yn cael eu derbyn am gyfnod hirach nag sydd angen gan y byddant yn colli preifatrwydd, yn gwneud arferion dyddiol ailadroddus ac yn dioddef o ddiffyg ysgogiad[95]. Gall derbyniad sy'n para'n hirach na'r angen arwain at brofiad gwael i'r claf a hyrwyddo dibyniaeth[96]. Defnyddir systemau mewn nifer o ysbytai iechyd corfforol i adnabod 'amser wedi'i wastraffu' yn nhaith y claf, megis Dyddiau Coch/Dyddiau Gwyrdd[97].

Gall cyfnod cyfartalog y derbyniadau i ysbytai diogel fod cymaint â deuddeg gwaith yn fwy nag ysbytai iechyd meddwl acíwt[98]. Mae hyn, ynghyd â'r cyfyngiadau sy'n rhan gynhenid mewn ysbytai diogel, wedi codi pryderon ynghylch cyfnodau derbyniadau rhai cleifion[99,100]. Mae bron i 1 mewn 4 o gleifion mewn diogelwch uchel yn treulio deng mlynedd fel cleifion mewnol a bron i 1 mewn 5 o gleifion mewn diogelwch canolig yn treulio pum mlynedd neu fwy fel cleifion mewnol[101,102].

Ymhellach i hynny, mae 'cyfran fwy' o unigolion yn parhau i fod yn gleifion mewnol mewn ysbytai diogel am 'ddwy flynedd yn hirach' na'r 'argymhelliad'[103,104].

Awgryma ymchwil bod cleifion yn aros yn hirach mewn ysbytai diogel mewn cymhariaeth â gwasanaethau carchar, hyd yn oed pan mae'r drosedd yr un fath[105]. Er bod cleifion mewn gofal diogel yn aros mewn gofal yn hirach, mae tystiolaeth i awgrymu bod triniaeth yn yr ysbytai hyn yn arwain at ganlyniadau clinigol cadarnhaol a chanlyniadau cadarnhaol yn ymwneud â risg ar gyfer cleifion gwrywaidd a benywaidd[106,107,108,109]. Mae nifer o ffactorau sy'n cyfrannu at gyfnod arhosiad cleifion, gan gynnwys natur y drosedd a chymhlethdod a difrifoldeb salwch meddwl y claf[110,111].

Mae'n bosibl bod y canfyddiadau hyn yn egluro pam bod cysylltiadau rhwng gwelliannau mewn iechyd meddwl a chynnydd cleifion drwy'r llwybr diogel[112,113]. Yn ôl ymchwil arall, mae ymgysylltiad y claf â therapi yn rhan sylweddol o'r posibilrwydd i ryddhau claf[114,115,116]. Mae i ba raddau mae claf yn cymryd rhan mewn therapi yn cael goblygiadau ar adferiad, ei ail-dderbyn i'r ysbyty[117] ac atgwympo[118]. Diffinnir 'hunan-stigmateiddio' fel y broses pan mae unigolyn sydd â diagnosis o salwch meddwl yn dod yn ymwybodol o stigma gan y cyhoedd, yn cytuno gyda'r ystrydebau hynny, ac yn eu mewnoli drwy eu defnyddio mewn perthynas ag ef ei hun[119]. Gall i ba raddau mae claf yn cymryd rhan mewn therapi[120,121], cymhlethdod symptomau'r salwch meddwl[122] a'r gydymffurfiaeth â ffarmacotherapi[123] gael eu heffeithio'n negyddol gan hunan-stigma. Pan gafodd gwasanaethau diogelwch canolig eu sefydlu am y tro cyntaf, eu bwriad oedd darparu gofal ar gyfer cleifion yr oedd ganddynt 'ragolygon da o gael eu rhyddhau' ar ôl rhwng deunaw mis i ddwy flynedd o gael eu derbyn i'r ysbyty[124].

Mae data diweddar ledled y DU wedi dangos mai'r cyfnod cyfartalog mae cleifion yn cael eu derbyn i ysbyty diogelwch uchel yw wyth mlynedd[125], diogelwch canolig yn ddwy flynedd a diogelwch isel yn flwyddyn ac un ar ddeg mis[126].

Oherwydd bod yr Adolygiad Cenedlaethol hwn yn ystyried derbyniadau cleifion presennol, yn hytrach na chleifion sydd eisoes wedi'u rhyddhau, mae cyfnod y derbyniad yn seiliedig ar y cyfnod o amser rhwng derbyn y claf i'r darparwr presennol a'r dyddiad yr oedd y lleoliad yn destun archwiliad fel rhan o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn.

Mae Ffigwr 20 yn dangos cyfnod y derbyniad yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac yn dangos bod 27.3% (75) o gleifion wedi'u derbyn am rhwng 1 a 2 flynedd ar adeg yr archwiliad, sef y cyfnod o amser mwyaf cyffredin.

Y cyfnod o amser hwn oedd y mwyaf cyffredin ar gyfer cleifion gwrywaidd hefyd, sef 27.2% (62), cleifion benywaidd, sef 27.7% (13), cleifion mewn diogelwch canolig, sef 31.3% (30), a diogelwch isel, sef 25.6% (40). Ar gyfer cleifion mewn diogelwch uchel, y cyfnod o amser mwyaf cyffredin oedd 2-3 blynedd, sef 26.1% (6) o gleifion.

Ffigwr 20 — Cyfnod y Derbyniad ar Adeg yr Archwiliad yn ôl Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Diogelwch Uchel	Diogelwch Canolig	Diogelwch Isel	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol
Hyd at 3 mis	4.3% (1)	9.4% (9)	10.9% (17)	10.5% (24)	6.4% (3)	**9.8% (27)**
4-6 mis	4.3% (1)	18.8% (18)	18.6% (29)	16.2% (37)	23.4% (11)	**17.5% (48)**
7-11 mis	13.0% (3)	14.6% (14)	12.2% (19)	12.2% (28)	17.0% (8)	**13.1% (36)**
1-2 flynedd	21.7% (5)	31.3% (30)	25.6% (40)	27.2% (62)	27.7% (13)	**27.3% (75)**
2-3 blynedd	26.1% (6)	13.5% (13)	19.2% (30)	18.4% (42)	14.9% (7)	**17.8% (49)**
4-7 mlynedd	17.4% (4)	10.4% (10)	12.2% (19)	12.3% (28)	10.6% (5)	**12.0% (33)**
7-9 mlynedd	13.0% (3)	2.1% (2)	1.3% (2)	3.1% (7)	0	**2.5% (7)**



18.1. Cyfnodau Estynedig o'r Derbyniad i'r Ysbyty

Mae rhai astudiaethau wedi codi pryderon bod rhai cleifion yn cael eu derbyn am gyfnodau 'diangen o hir'[127,128], er nad oes diffiniad wedi'i sefydlu o 'arhosiad hir' ac mae astudiaethau wedi diffinio'r cyfnod hwn o amser yn unrhyw beth rhwng 2 a 15 mlynedd[129].

Yn ôl astudiaethau, mae'r ffactorau sydd fwyaf cysylltiedig â chyfnodau estynedig yn yr ysbyty yn cynnwys difrifoldeb y drosedd, cefndir o driniaeth seiciatrig, diffyg gwybyddol, a difrifoldeb y salwch, diagnosis o anhwylder seicotig a hanes o ymddygiad treisgar[130].

Dengys astudiaethau bod rhwng 10-20% o gleifion yn aros 5 mlynedd neu'n hirach mewn ysbytai diogel[131] a chanfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 14.5% (40) o gleifion wedi'u derbyn ers dros 4 blynedd ar adeg yr archwiliad. Mae gofal unigolion mewn ysbytai diogel yn amrywio rhwng cleifion GIG Cymru a gwledydd eraill yn Ewrop, fel y dengys ym **Mocs 2**.

Bocs 2: Gwahaniaethau mewn gofal unigolion mewn ysbytai diogel rhwng cleifion GIG Cymru a gwledydd eraill yn Ewrop.

Mae gofal unigolion mewn ysbytai diogel yn amrywio rhwng cleifion GIG Cymru a gwledydd eraill yn Ewrop mewn ffyrdd a all effeithio ar gyfnod y derbyniad, megis:

- Yn wahanol i'r rhan fwyaf o wledydd eraill yn Ewrop, gall cleifion GIG Cymru gael eu derbyn i ysbyty diogel heb fod wedi troseddu.
- Yn wahanol i wledydd eraill yn Ewrop, nid yw'r llys sy'n dedfrydu yn chwarae rôl bellach yn y penderfyniadau ynghylch y claf sy'n cael ei dderbyn i'r ysbyty. Ar gyfer cleifion GIG Cymru, mae penderfyniadau ynghylch rhyddhau cleifion yn cael eu gwneud gan glinigwyr yn bennaf, ond yn rhai achosion mae'r Weinyddiaeth Gyfiawnder yn cyfrannu at y penderfyniad hwn.
- Yn aml, mae cleifion GIG Cymru yn symud rhwng ysbytai sydd â lefelau diogelwch gwahanol. Yn nifer o wledydd yn Ewrop, mae lefelau gwahanol o ddiogelwch yn cael eu darparu yn yr un ysbyty sy'n caniatáu trosglwyddo cleifion o'r naill i'r llall yn rhwydd ac arwain at gyfnodau derbyn byrrach.
- Gall cleifion GIG Cymru aros mewn ysbytai diogel am gyfnodau hwy nag y byddent wedi'i dreulio mewn carchar pe byddent wedi'u dedfrydu i garchar. Yng ngwledydd eraill yn Ewrop, maen nhw'n cyfyngu cyfnod y derbyniad i'r un cyfnod ag y byddai unigolyn yn ei wynebu petai wedi'i euogfarnu am yr un drosedd[132].

Mae'r rhesymau dros gyfnodau derbyn estynedig yn debygol o gynnwys ymateb yn wael i driniaeth, materion diogelwch parhaus, a diffyg cyfleuster camu i lawr addas[133]. Dylid ystyried hefyd, mewn cymdeithas wrth-risg gynyddol, mae cymryd risgiau therapiwtig yn dod yn anodd eu cyflawni, a allai arwain at gleifion yn cael eu cadw'n gleifion mewnol am gyfnodau hirach na'r angen[134].

Mae astudiaethau hefyd wedi pwysleisio er mwyn osgoi derbyniadau estynedig, dylid cael cysylltiad agosach rhwng ysbytai ar draws haenau gofal diogel[135]. Yn ôl astudiaethau, weithiau pan gaiff cleifion eu trosglwyddo o un ysbyty diogel i un arall, gall hynny ddyblygu'r therapi neu'r rhaglenni gweithgarwch[136].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn o blith y 14.5% (40) o gleifion sy'n derbyn triniaeth mewn ysbytai diogel ers dros bedair blynedd, mae 87.5% (35) ohonynt yn ddynion a 12.5% (5) yn ferched. Roedd 30.4% (7) o'r cleifion mewn diogelwch uchel wedi'u derbyn ers dros bedair blynedd, 12.5% (12) mewn diogelwch canolig a 13.4% (21) mewn diogelwch isel.

Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogelwch canolig wedi'u derbyn ers dros 4 blynedd ar adeg yr archwiliad yn uwch yn ysbytai GIG Cymru, 16.3% (10), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 8.3 (2). Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogelwch isel wedi'u derbyn ers dros 4 blynedd ar adeg yr archwiliad yn uwch yn ysbytai GIG Cymru, 20.4% (20), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 12.4 (15).

19. Deilliannau

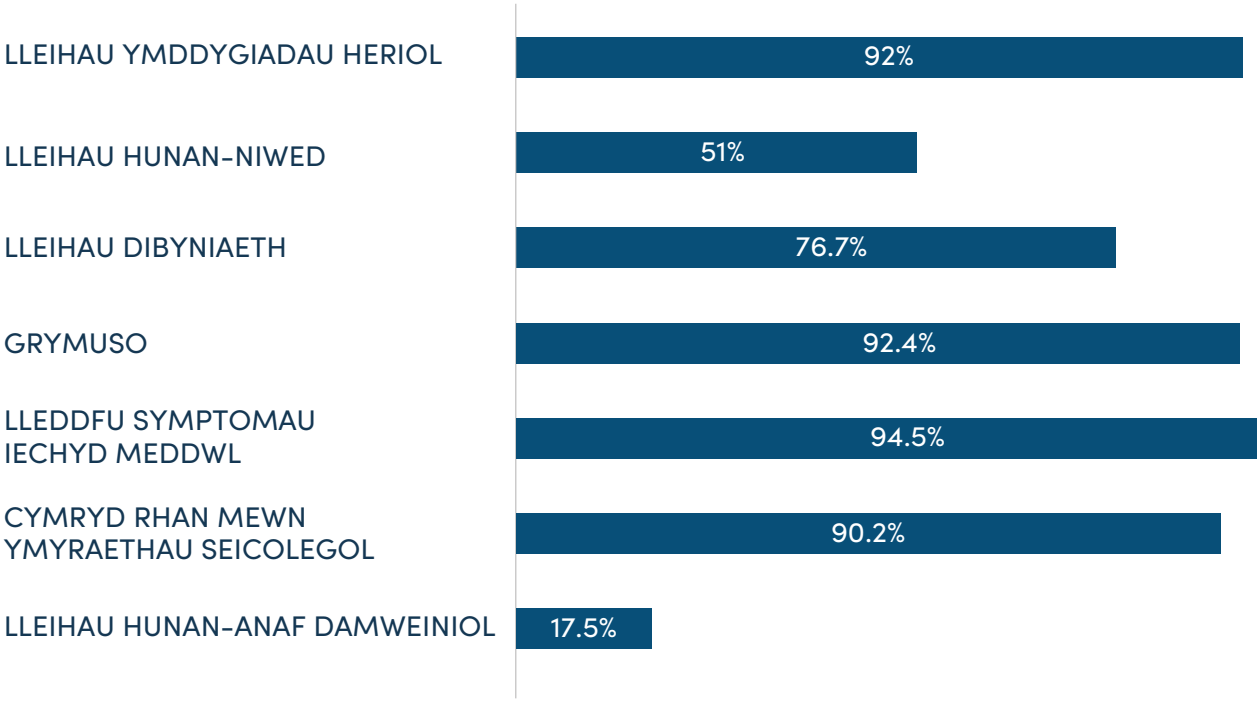
Mae deilliannau yn fesur o'r hyn sy'n digwydd, neu sydd wedi'i gynllunio i ddigwydd, i iechyd neu lesiant y claf o ganlyniad i'r driniaeth a'r gofal mae'n ei gael neu a fydd yn ei gael. Dylai gwasanaethau ansawdd ganolbwyntio ar wireddu deilliannau cadarnhaol ar gyfer yr holl gleifion. Er budd y claf, dylid cefnogi'r holl dderbyniadau i ysbytai diogel gan resymeg glir o asesiadau a thriniaeth arfaethedig gyda deilliannau mesuradwy[137].

Er mwyn galluogi cymhariaeth, mae'r fethodoleg sy'n cefnogi'r Adolygiad Cenedlaethol hwn wedi grwpio'r deilliannau yn y saith maes canlynol:

1. Lleihau ymddygiadau heriol.
2. Lleihau hunan-niwed.
3. Lleihau dibyniaeth.
4. Grymuso.
5. Lleihau symptomau drwy feddyginiaeth.
6. Cymryd rhan mewn ymyraethau seicolegol.
7. Lleihau hunan-anafu damweiniol.

Bydd pob un o'r saith deilliant hyn yn cael eu trafod ar wahân yn ddiweddarach yn yr Adran hon. Dengys Ffigwr 21 y gyfran o gleifion yn ôl pob un o'r 7 deilliant a restrwyd yn flaenorol.

Ffigwr 21 — Cyfran o Gleifion sydd â Deilliant Penodol



Gellid ystyried bod nifer uwch o ddeilliannau yn dangos mwy o gymhlethdod. Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn gyfanswm o 1,416 o ddeilliannau wedi'u cofnodi ar gyfer y 275 o gleifion, cyfartaledd o 5 deilliant fesul claf.

Fel rhan o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn, ystyriwyd cynllun gofal neu asesiad derbyniad pob claf i adnabod pa ddeilliannau a oedd yn bresennol pan gafodd ei dderbyn i'r ysbyty a pha un ai a oes unrhyw ddeilliannau wedi'u derbyn yn ystod y derbyniad presennol. Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 4% (11) o'r cleifion wedi aros yn yr ysbyty er eu bod wedi cyflawni'r holl ddeilliannau a nodwyd ar eu derbyniad, a bod 64.4% (177) heb gyflawni dim un o'u deilliant triniaeth.

Ni ddylid disgwyl y bydd y deilliannau yn cael eu bodloni yn fuan ar ôl rhyddhau'r claf. I'r gwrthwyneb, mae'n bosibl y bydd disgwyliad i fodloni deilliannau ar ôl cyfnod hwy o amser a gan archwilio'r 64.4% (177) o gleifion nad oeddynt wedi cyflawni dim un o'u deilliant, roedd cyfnod y derbyniad yn yr ysbyty fel a ganlyn:

- Nid oedd 77.8% (21) o gleifion a oedd wedi'u derbyn am hyd at 3 mis wedi cyflawni unrhyw rai o'u deilliannau a nodwyd ar adeg eu derbyn.
- Nid oedd 85.4% (41) o gleifion a oedd wedi'u derbyn am 4-6 mis wedi cyflawni unrhyw rai o'u deilliannau a nodwyd ar adeg eu derbyn.
- Nid oedd 61.1% (23) o gleifion a oedd wedi'u derbyn am 7-11 mis wedi cyflawni unrhyw rai o'u deilliannau a nodwyd ar adeg eu derbyn.
- Nid oedd 64.0% (48) o gleifion a oedd wedi'u derbyn am 1-2 flynedd wedi cyflawni unrhyw rai o'u deilliannau a nodwyd ar adeg eu derbyn.

- Nid oedd 53.1% (26) o gleifion a oedd wedi'u derbyn am 2-3 blynedd wedi cyflawni unrhyw rai o'u deilliannau a nodwyd ar adeg eu derbyn.
- Nid oedd 45.5% (15) o gleifion a oedd wedi'u derbyn am 4-7 mlynedd wedi cyflawni unrhyw rai o'u deilliannau a nodwyd ar adeg eu derbyn.
- Nid oedd 42.9% (3) o gleifion a oedd wedi'u derbyn am 7-9 mlynedd wedi cyflawni unrhyw rai o'u deilliannau a nodwyd ar adeg eu derbyn.

Mae Ffigwr 22 yn dangos y canlyniad penodol a'r nifer o gleifion gyda'r deilliant hwnnw ar adeg eu derbyn a'u cyfradd cyflawni yn ôl cyfnod y derbyniad i'r ysbyty. Gallai'r rhesymau dros beidio â chyflawni'r deilliannau gynnwys cymhlethdod cleifion, craffter cleifion, y ffordd mae cleifion yn cyflwyno eu hunain, risg reddfol, amser annigonol, argaeledd staff, cyfuniad o sgiliau staff, profiad staff neu anallu'r amgylchedd gofal i fodloni anghenion cleifion.

Ffigwr 22 — Cyfnodau Derbyniad ar gyfer Cleifion yn ôl Deilliannau wedi'u Cyflawni

▼Deilliant ar dderbyniad	Claf gyda'r deilliant hwn ar adeg ei dderbyn i'r ysbyty	Cleifion yn cyflawni'r deilliant hwn gyda chyfnod derbyniad o 2 flynedd neu lai	Cleifion yn cyflawni'r deilliant hwn gyda chyfnod derbyniad o dros 2 flynedd	Heb gyflawni'r deilliant
Lleihau ymddygiadau heriol	92.7% (255)	9.8% (25)	12.9% (33)	77.3% (197)
Lleihau hunan-niwed	51.3% (141)	14.2% (20)	17.0% (24)	68.8% (97)
Lleihau dibyniaeth	76.7% (211)	6.6% (14)	6.6% (14)	86.7% (183)
Grymuso	92.4% (254)	2.8% (7)	6.3% (16)	90.9% (231)
Lleihau symptomau drwy feddyginiaeth	94.5% (260)	7.7% (20)	8.1% (21)	84.2% (219)
Cymryd rhan mewn ymyraethau seicolegol	89.8% (247)	5.7% (14)	7.7% (19)	86.6% (214)
Lleihau hunan-anafu damweiniol	17.5% (48)	4.2% (2)	4.2% (2)	91.7% (44)

19.1. Deilliant Lleihau Ymddygiadau Heriol

Deilliant llawn: Caiff y claf ei gefnogi a'i rymuso i leihau ymddygiad treisgar, ymosodol neu heriol drwy reoli risg yn rhagweithiol a dull yn seiliedig ar gryfderau a chyda'r defnydd lleiaf posibl o ymyraethau cyfyngol.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod y deilliant hwn wedi'i gofnodi ar gyfer 92.7% (255) o gleifion ar adeg eu derbyn. Y gyfran o gleifion gwrywaidd gyda'r deilliant hwn ar adeg eu derbyn oedd 91.7% (209) a'r gyfran o gleifion benywaidd oedd 97.9% (46). Y gyfran o gleifion mewn diogelwch uchel gyda'r deilliant hwn ar adeg eu derbyn oedd 100% (23), ar gyfer diogelwch canolig roedd yn 89.6% (86), ac ar gyfer diogelwch isel roedd yn 93.6% (146).

19.2. Deilliant Lleihau Hunan-niwed

Deilliant llawn: Caiff y claf ei gefnogi a'i rymuso i leihau achosion o hunan-niwed bwriadol drwy reoli risg yn rhagweithiol a dull yn seiliedig ar gryfderau a chyda'r defnydd lleiaf posibl o ymyraethau cyfyngol.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod y deilliant hwn wedi'i gofnodi ar gyfer 51.3% (141) o gleifion ar adeg eu derbyn. Y gyfran o gleifion gwrywaidd gyda'r deilliant hwn ar adeg eu derbyn oedd 43.9% (100) a'r gyfran o gleifion benywaidd oedd 87.2% (41). Y gyfran o gleifion mewn diogelwch uchel gyda'r deilliant hwn ar adeg eu derbyn oedd 52.2% (12), ar gyfer diogelwch canolig roedd yn 47.9% (46), ac ar gyfer diogelwch isel roedd yn 53.2% (83).

19.3. Deilliant Lleihau Dibyniaeth

Deilliant llawn: Cefnogir a galluogir cleifion i leihau dibyniaeth a chaiff annibyniaeth ei chynnal a'i hyrwyddo drwy sgiliau bywyd cadarnhaol a mynediad diogel at wasanaethau cymunedol.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod y deilliant hwn wedi'i gofnodi ar gyfer 76.7% (211) o gleifion ar adeg eu derbyn. Y gyfran o gleifion gwrywaidd gyda'r deilliant hwn ar adeg eu derbyn oedd 75.4% (172) ac i gleifion benywaidd oedd 83% (39). Y gyfran o gleifion mewn diogelwch uchel gyda'r deilliant hwn ar adeg eu derbyn oedd 73.9% (17), ar gyfer diogelwch canolig roedd yn 75% (72), ac ar gyfer diogelwch isel roedd yn 78% (122).

19.4. Deilliant Grymuso

Deilliant llawn: Grymuso'r claf drwy obaith, ystyriaeth gadarnhaol ac ymyraethau seicogymdeithasol.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod y deilliant hwn wedi'i gofnodi ar gyfer 92.4% (254) o gleifion ar adeg eu derbyn. Y gyfran o gleifion gwrywaidd gyda'r deilliant hwn ar adeg eu derbyn oedd 90.8% (207) a'r gyfran o gleifion benywaidd oedd 100% (47). Y gyfran o gleifion mewn diogelwch uchel gyda'r deilliant ar adeg eu derbyn oedd 100% (23), ar gyfer diogelwch canolig roedd yn 94.7% (91), ac ar gyfer diogelwch isel roedd yn 89.7% (140).

19.5. Deilliant Lleihau Symptomau Drwy Feddyginiaeth

Deilliant llawn: Lleihau symptomau o salwch meddwl drwy ffarmacoleg.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod y deilliant hwn wedi'i gofnodi ar gyfer 94.5% (260) o gleifion ar adeg eu derbyn. Y gyfran o gleifion gwrywaidd gyda'r deilliant hwn ar adeg eu derbyn oedd 93.9% (214) a'r gyfran o gleifion benywaidd oedd 97.9% (46). Y gyfran o gleifion mewn diogelwch uchel gyda'r deilliant ar adeg eu derbyn oedd 100% (23), ar gyfer diogelwch canolig roedd yn 93.7% (90), ac ar gyfer diogelwch isel roedd yn 94.2% (147).

19.6. Deilliant Cymryd rhan mewn Ymyraethau Seicolegol

Deilliant llawn: Cefnogir a galluogir cleifion i gyflawni deilliannau cadarnhaol drwy ymyraethau seicolegol yn seiliedig ar dystiolaeth unigol neu grŵp penodol.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod y deilliant hwn wedi'i gofnodi ar gyfer 89.8% (247) o gleifion ar adeg eu derbyn. Y gyfran o gleifion gwrywaidd gyda'r deilliant hwn ar adeg eu derbyn oedd 89.0% (203) a'r gyfran o gleifion benywaidd oedd 93.6% (44). Y gyfran o gleifion mewn diogelwch uchel gyda'r deilliant hwn ar adeg eu derbyn oedd 100% (23), ar gyfer diogelwch canolig roedd yn 89.6% (86), ac ar gyfer diogelwch isel roedd yn 88.5% (138).

19.7. Deilliant Atal Hunan-niwed Damweiniol

Deilliant llawn: Gofalir am y claf mewn amgylchedd sy'n atal anaf damweiniol gan wneud y mwyaf o ryddid personol.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod y deilliant hwn wedi'i gofnodi ar gyfer 17.5% (48) o gleifion ar adeg eu derbyn. Y gyfran o gleifion gwrywaidd gyda'r deilliant hwn ar adeg eu derbyn oedd 18.0% (41) ac ar gyfer cleifion benywaidd oedd 14.9% (7). Y gyfran o gleifion mewn diogelwch uchel gyda'r deilliant hwn ar adeg eu derbyn oedd 17.4% (4), ar gyfer diogelwch canolig roedd yn 10.4% (10), ac ar gyfer diogelwch isel roedd yn 21.8% (34).

20. Meddyginiaeth

Un o'r prif ffyrdd o drin cleifion mewn ysbytai diogel yw meddyginiaeth seiciatrig.

Fel rhan o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd cofnodion presgripsiynau pob claf i bennu'r mathau o feddyginiaethau sy'n cael eu presgripsiynu. Ni chafodd meddyginiaethau sydd wedi'u presgripsiynu ar gyfer cyflyrau iechyd corfforol eu hystyried fel rhan o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn.

Cafodd y feddyginiaeth ei chategoreiddio i bedwar maes:

- Gwrthseicotigau.
- Gwrth-iselyddion.
- Sefydlogwyr Hwyliau.
- Cyffuriau Lleihau Gorbryder, Cyffuriau Tawelu a Chyffuriau Hypnotig.

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod 95.6% (263) o gleifion wedi'u presgripsiynu ag o leiaf un math o'r meddyginiaethau hyn.

Gellir categoreiddio'r mathau hyn o feddyginiaeth yn 'seicotropig'. Mae'r dywediad 'seicotropig' yn derm technegol ar gyfer grŵp o feddyginiaethau sy'n effeithio ar swyddogaeth, ymddygiad a phrofiad meddyliol. Yn ôl ymchwil, mae cyfran fawr o gleifion mewn ysbytai diogel wedi'u presgripsiynu â meddyginiaeth seicotropig[139]. Yn ôl astudiaethau, mae nifer o ffactorau yn gysylltiedig â phresgripsiwn am sawl meddyginiaeth seicotropig gan gynnwys oedran ieuengach, dynion, sgitsoffrenia ac anhwylderau seicotig, arhosiad hirach fel claf mewnol, a nifer uwch o dderbyniadau i'r ysbyty[140,141].

Mae Ffigwr 23 yn dangos manylion presgripsiwn o sawl math o feddyginiaeth seicotropig, mewn perthynas â'r 273 o gleifion y cofnodwyd y wybodaeth hon ar eu cyfer.

Mae Ffigwr 23 yn dangos bod y rhan fwyaf, sef 56.4% (154) o gleifion, wedi'u presgripsiynu â mwy nag un math o feddyginiaeth seicotropig a bod 39.2% (107) wedi'u presgripsiynu â dim ond un math a 4.4% (12) heb bresgripsiwn o gwbl. Yn achosion cleifion wedi'u presgripsiynu â mwy nag un math o feddyginiaeth seicotropig, y tri phrif fath o gyfuniadau oedd:

- 17.6% (48) wedi'u presgripsiynu â chyffur gwrthseicotig a gwrth-iselyddion.
- 10.6% (29) wedi'u presgripsiynu â chyffur gwrthseicotig a chyffuriau lleihau gorbryder/cyffuriau tawelu/cyffuriau hypnotig.
- 8.1% (22) wedi'u presgripsiynu â chyffuriau gwrthseicotig, sefydlogwr hwyliau a chyffuriau lleihau gorbryder/cyffuriau tawelu/cyffuriau hypnotig.

6 ym mhob 10

Y gyfran o gleifion wedi'u presgripsiynu â mwy nag un math o feddyginiaeth seicotropig



Ffigwr 23 — Cleifion wedi'u Presgripsiynu â Sawl Math o Feddyginiaeth Seicotropig

Dim meddyginiaeth seicotropig 4.4% (12)	**Wedi'u presgripsiynu ag un math o feddyginiaeth seicotropig 39.2% (107)**	**Wedi'u presgripsiynu â dau fath o feddyginiaeth seicotropig 35.2% (96)**	**Wedi'u presgripsiynu â thri math o feddyginiaeth seicotropig 18.7% (51)**	**Wedi'u presgripsiynu â phedwar math o feddyginiaeth seicotropig 2.6% (7)**
Dim meddyginiaeth [4.4%] [12]	Meddyginiaeth gwrthseicotig yn unig [35.5%] [97]	Meddyginiaeth gwrthseicotig a gwrth-iselyddion [17.6%] [48]	Meddyginiaeth gwrthseicotig a gwrth-iselyddion a sefydlogwr hwyliau [3.3%] [9]	Meddyginiaeth gwrthseicotig a gwrth-iselyddion a sefydlogwr hwyliau a chyffuriau lleihau gorbryder/ cyffuriau tawelu/ cyffuriau hypnotig [2.6%] [7]
	Gwrth-iselyddion yn unig[2.2%] [6]	Meddyginiaeth gwrthseicotig a sefydlogwr hwyliau [5.9%] [16]	Meddyginiaeth gwrthseicotig a gwrth-iselyddion a chyffuriau lleihau gorbryder/ cyffuriau tawelu/ cyffuriau hypnotig [7.0%] [19]	
	Sefydlogwr hwyliau yn unig [0%] [0]	Meddyginiaeth gwrthseicotig a chyffuriau lleihau gorbryder/cyffuriau tawelu/cyffuriau hypnotig [10.6%] [29]	Meddyginiaeth gwrthseicotig a sefydlogwyr hwyliau a chyffuriau lleihau gorbryder/ cyffuriau tawelu/ cyffuriau hypnotig [8.1%] [22]	
	Cyffuriau lleihau gorbryder/ cyffuriau tawelu/ cyffuriau hypnotig yn unig [1.5%] [4]	Gwrth-iselyddion a sefydlogwr hwyliau [0.4%] [1]	Gwrth-iselyddion a sefydlogwr hwyliau a chyffuriau lleihau gorbryder/ cyffuriau tawelu/ cyffuriau hypnotig [0.4%] [1]	
		Gwrth-iselyddion a chyffuriau lleihau gorbryder/cyffuriau tawelu/cyffuriau hypnotig [0.7%] [2]		
		Sefydlogwr hwyliau a chyffuriau lleihau gorbryder/cyffuriau tawelu/cyffuriau hypnotig [0%] [0]		

Dylid presgripsiynu meddyginiaethau seicotropig dim ond ar ôl rhoi cynnig ar ddulliau eraill, megis therapïau, sydd wedi methu â chynhyrchu'r buddion dymunol. Dylid cynnal adolygiad amlddisgyblaethol llawn tri mis ar ôl presgripsiynu unrhyw feddyginiaeth seicotropig ac yna o leiaf bob chwe mis, a dim ond y meddyginiaethau hynny sydd wedi dangos budd therapiwtig y dylid parhau â nhw[142]. Gall fferyllwyr iechyd meddwl arbenigol deilwra triniaethau unigol i gyflawni'r canlyniadau gorau i gleifion[143].

Er mai'r prif ddefnydd o feddyginiaeth seicotropig yw lleihau symptomau salwch meddwl, gellir hefyd eu defnyddio 'i dawelu ymddygiad cythryblus'[144]. Dylid defnyddio meddyginiaethau seicotropig er mwyn rheoli ymddygiad o'r fath ar gyfer yr ymyrraeth olaf un, ar ôl rhoi cynnig ar dechnegau tawelu ar lafar a chefnogaeth gadarnhaol. Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn o blith y 95.6% (263) sydd wedi'u presgripsiynu â meddyginiaeth seicotropig, mae 79.8% (210) wedi arddangos ymddygiad heriol yn ystod y derbyniad cyfredol.

Ar gyfer y rhan fwyaf o gleifion, 94.5% (260), eu deilliant ar adeg eu derbyn oedd 'lleihau symptomau drwy feddyginiaeth'. Canfu'r Adolygiad Cenedlaethol hwn, ar gyfer y cleifion hyn a chanddynt y deilliant hwn, ni chafodd 1.9% (5) eu presgripsiynu ag unrhyw feddyginiaeth seicotropig. Ymhellach i hynny, o blith y 5.5% (15) o gleifion lle na chofnodwyd 'lleihau symptomau drwy feddyginiaeth' fel deilliant arfaethedig, roedd oddeutu hanner, 53.3% (8), wedi'u presgripsiynu â meddyginiaeth seicotropig.

20.1. Gwrthseicotigau

Caiff gwrthseicotigau eu presgripsiynu ar gyfer cleifion sydd wedi cael diagnosis o seicosis neu anhwylderau affeithiol, megis anhwylder deubegynol neu iselder difrifol. Nid yw gwrthseicotigau yn rhoi iachâd i gleifion o'r cyflyrau hyn ond cânt eu defnyddio i leddfu symptomau a gwella 'ansawdd bywyd' cleifion[145].

Mae Ffigwr 24 yn dangos y gwrthseicotigau wedi'u presgripsiynu yn ôl rhywedd. Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 92% (253) o'r cleifion hyn wedi'u presgripsiynu â'r meddyginiaethau hyn, naill ai ar bresgripsiwn rheolaidd, presgripsiwn heb ei drefnu ac sydd ar gael yn ôl yr angen, neu'r ddau.

Ffigwr 24 — Cleifion wedi'u Presgripsiynu â Meddyginiaeth Wrthseicotig yn ôl Rhywedd

Nifer o wrthseicotigau wedi'u presgripsiynu	Rheolaidd			Yn ôl yr angen		
	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol
0	1.1% (23)	8.5% (4)	**9.8% (27)**	79.4% (181)	46.8% (22)	**73.8% (203)**
1	64.5% (147)	61.7% (29)	**64.0% (176)**	20.2% (46)	46.8% (22)	**24.7% (68)**
2 neu fwy	25.4% (58)	29.8% (14)	**26.2% (72)**	0.4% (1)	6.4% (3)	**1.5% (4)**

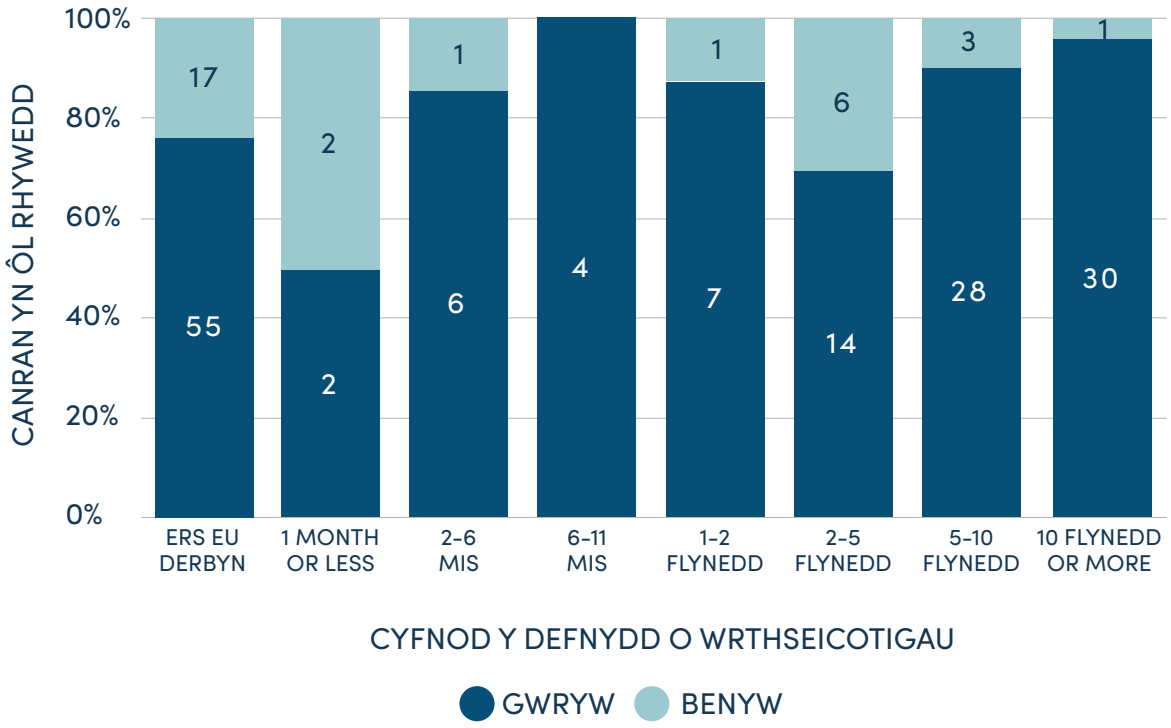
Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 4.7% (12) o'r 253 o gleifion a gafodd eu presgripsiynu â gwrthseicotigau heb gofnod o ddiagnosis sylfaenol neu eilaidd o salwch meddwl. Y prif reswm dros bresgripsiynu gwrthseicotigau, lle nad oedd diagnosis o salwch meddwl, yw rheoli ymddygiadau heriol. Yn ôl astudiaethau, yn achos 19%-58% o gleifion, mae gwrthseicotigau wedi'u presgripsiynu ar eu cyfer er mwyn rheoli ymddygiad[146].

Mae'r cyfnod optimaidd y dylai rhywun ddefnyddio gwrthseicotigau yn gymhleth[147], ond awgrymwyd y dylai triniaeth barhau am hyd at un flwyddyn ar ôl gwelliannau yn y symptomau, yn enwedig yn y pyliau cyntaf o seicosis[148].

Mae sgil-effeithiau yn gysylltiedig â defnyddio gwrthseicotigau[149], a all waethygu pan mae'r driniaeth wedi'i hymestyn, neu pan mae'r claf wedi cael presgripsiwn am ddosiau uwch na'r argymhelliad[150].

Mae Ffigwr 25 yn dangos y cyfnod o amser mae cleifion wedi'u presgripsiynu â gwrthseicotigau ar gyfer y 177 o gleifion y casglwyd y wybodaeth hon mewn perthynas â nhw. Mae'n dangos bod 32.8% (62) o'r cleifion hyn wedi'u presgripsiynu â gwrthseicotigau am bum mlynedd neu fwy. Er yr ymddengys bod hyn yn gyfnod hir o amser, awgrymwyd y bydd yn ofynnol i rai cleifion barhau i ddefnyddio gwrthseicotigau am 'gyfnodau hirion'[151].

Ffigwr 25 — Defnydd o Wrthseicotigau yn ôl y Cyfnod o Amser a Rhywedd



20.2. Gwrth-iselyddion

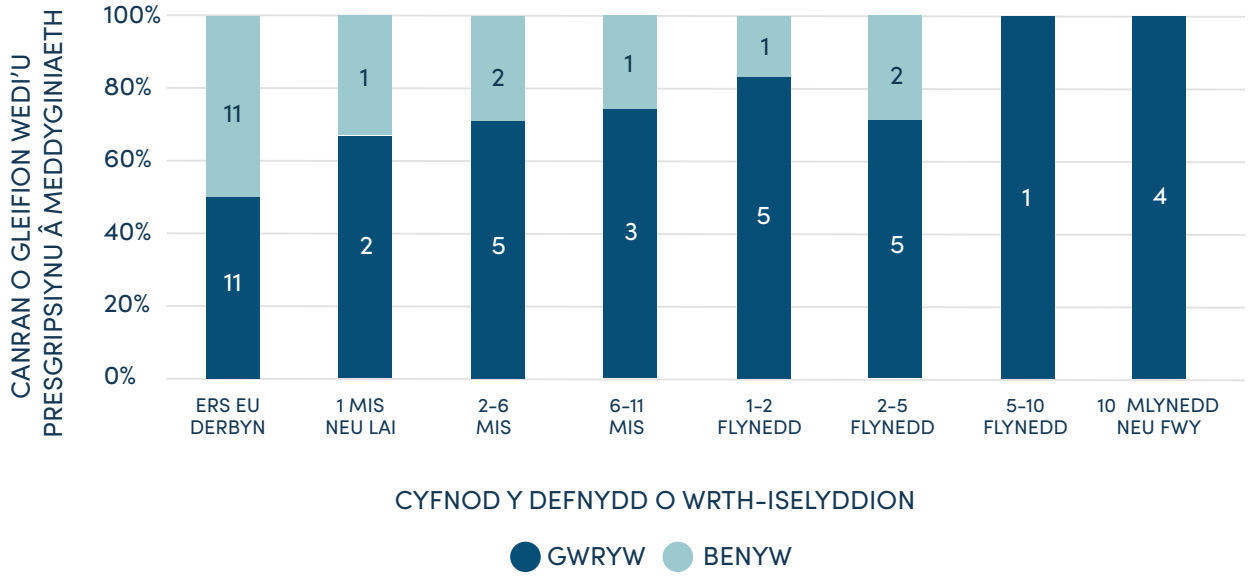
Caiff gwrth-iselyddion eu presgripsiynu i gleifion sydd wedi cael diagnosis o anhwylderau hwyliau, megis iselder a gorbryder. Yn ôl astudiaethau, cyffredinrwydd anhwylderau hwyliau ymhlith y boblogaeth yw 5.4%[152] a chyffredinrwydd anhwylderau hwyliau ymhlith cleifion mewn ysbytai diogel yw 9.5%[153]. Yn ôl astudiaethau, mae 4 ym mhob 10 o gleifion mewn ysbytai diogel yn cael eu presgripsiynu â gwrth-iselyddion[154]. Mae Ffigwr 26 yn dangos y gwrth-iselyddion wedi'u presgripsiynu yn ôl rhywedd. Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod 33.8% (93) o gleifion wedi'u presgripsiynu â'r meddyginiaethau hyn ar bresgripsiwn rheolaidd.

Ffigwr 26 — Cleifion wedi'u Presgripsiynu â Gwrth-iselyddion yn ôl Rhywedd

Nifer o wrth-iselyddion wedi'u presgripsiynu	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol
0	71.9% (164)	38.3% (18)	**66.2% (182)**
1	28.1% (64)	53.2% (25)	**32.4% (89)**
2 neu fwy	0	8.5% (4)	**1.5% (4)**

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 4.3% (4) o'r 93 o gleifion a gafodd eu presgripsiynu â gwrth-iselyddion heb gofnod o ddiagnosis sylfaenol neu eilaidd o salwch meddwl. Mae tystiolaeth yn dangos bod effeithiau niweidiol yn sgil defnyddio gwrth-iselyddion am gyfnodau hirion[155]. Mae Ffigwr 27 yn dangos y cyfnod o amser mae cleifion wedi bod yn cymryd gwrth-iselyddion ar gyfer y 54 o gleifion y casglwyd y wybodaeth hon mewn perthynas â nhw. Mae'n dangos bod 9.3% (5) o'r cleifion hyn wedi bod yn cymryd gwrth-iselyddion ers pum mlynedd neu fwy.

Ffigwr 27 — Defnydd o Wrth-iselyddion yn ôl y Cyfnod o Amser a Rhywedd



20.3. Sefydlogwyr Hwyliau

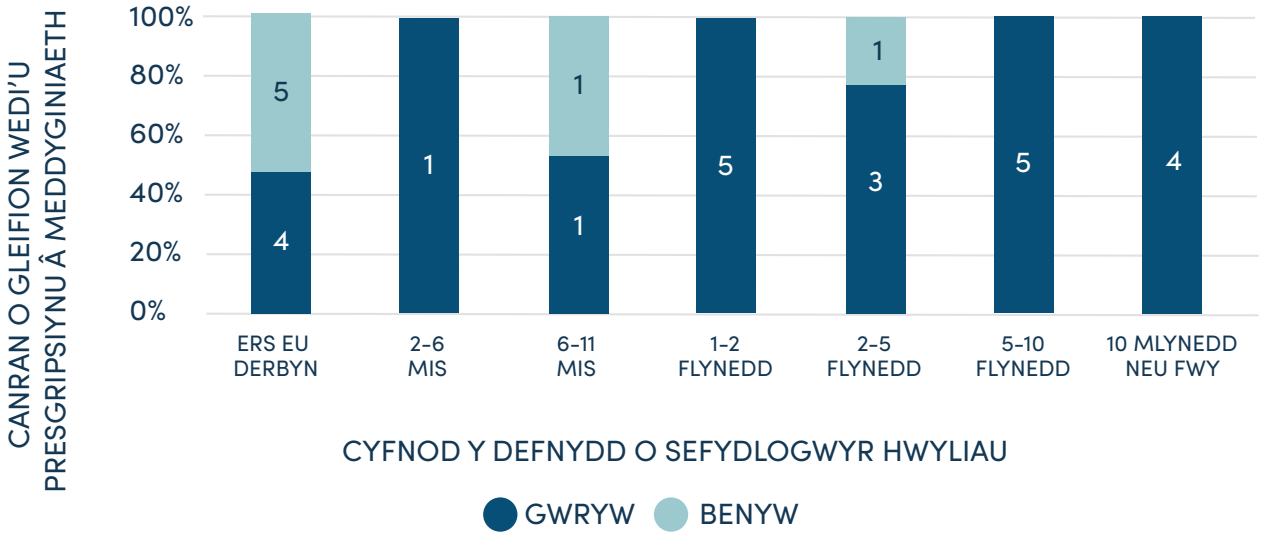
Fel rheol, caiff sefydlogwyr hwyliau eu defnyddio i drin anhwylderau megis anhwylder deubegynnol neu wallgofrwydd. Mae Ffigwr 28 yn dangos y sefydlogwyr hwyliau wedi'u presgripsiynu yn ôl rhywedd. Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 21.5% (59) o gleifion wedi'u presgripsiynu â'r meddyginiaethau hyn, naill ai ar bresgripsiwn rheolaidd, presgripsiwn heb ei drefnu ac sydd ar gael yn ôl yr angen, neu'r ddau.

Ffigwr 28 — Cleifion wedi'u Presgripsiynu â Sefydlogwyr Hwyliau yn ôl Rhywedd

Nifer o Sefydlogwyr Hwyliau sydd wedi'u presgripsiynu	Rheolaidd			Yn ôl yr angen		
	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol
0	81.1% (185)	72.3% (34)	79.6% (219)	99.1% (226)	93.6% (44)	**98.2% (270)**
1	16.2% (37)	27.7% (13)	18.1% (50)	0.9% (2)	6.4% (3)	**1.8% (5)**
2 neu fwy	2.6% (6)	0	2.2% (6)	0	0	**0**

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 5.1% (3) o'r 59 o gleifion a gafodd eu presgripsiynu â sefydlogwyr hwyliau heb gofnod o ddiagnosis sylfaenol neu eilaidd o salwch meddwl. Mae tystiolaeth yn dangos bod effeithiau niweidiol yn sgil defnyddio sefydlogwyr hwyliau am gyfnodau hirion[156]. Mae Ffigwr 29 yn dangos y cyfnod o amser mae cleifion wedi bod yn cymryd sefydlogwyr hwyliau ar gyfer y 30 o gleifion y casglwyd y wybodaeth hon mewn perthynas â nhw. Mae'n dangos bod 30% (9) o'r cleifion hyn wedi bod yn cymryd sefydlogwyr hwyliau ers pum mlynedd neu fwy.

Ffigwr 29 — Defnydd o Sefydlogwyr Hwyliau yn ôl y Cyfnod o Amser a Rhywedd



20.4. Cyffuriau Lleihau Gorbryder, Cyffuriau Tawelu a Chyffuriau Hypnotig

Gall cyffuriau lleihau gorbryder fod yn effeithiol o ran lleddfu symptomau o orbryder, defnyddir cyffuriau tawelu i ysgogi cwsg pan gymerir nhw gyda'r nos a bydd y rhan fwyaf o gyffuriau hypnotig yn tawelu cleifion pan gymerir nhw yn ystod y dydd. Yn ôl ymchwil, ymhlith y rheini sydd wedi'u trin mewn ysbytai diogel, cyffredinrwydd anhwylderau gorbryder yw 40%[157] a chyffredinrwydd anhwylderau cysgu yw 30%[158].

Mae Ffigwr 30 yn dangos y cyffuriau lleihau gorbryder, cyffuriau tawelu a chyffuriau hypnotig wedi'u presgripsiynu yn ôl rhywedd. Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 69.5% (191) o gleifion wedi'u presgripsiynu â'r meddyginiaethau hyn, naill ai ar bresgripsiwn rheolaidd, presgripsiwn heb ei drefnu ac sydd ar gael yn ôl yr angen, neu'r ddau.

Ffigwr 30 — Cleifion sydd wedi'u Presgripsiynu â Chyffuriau Lleihau Gorbryder, Cyffuriau Tawelu neu Gyffuriau Hypnotig yn ôl Rhywedd

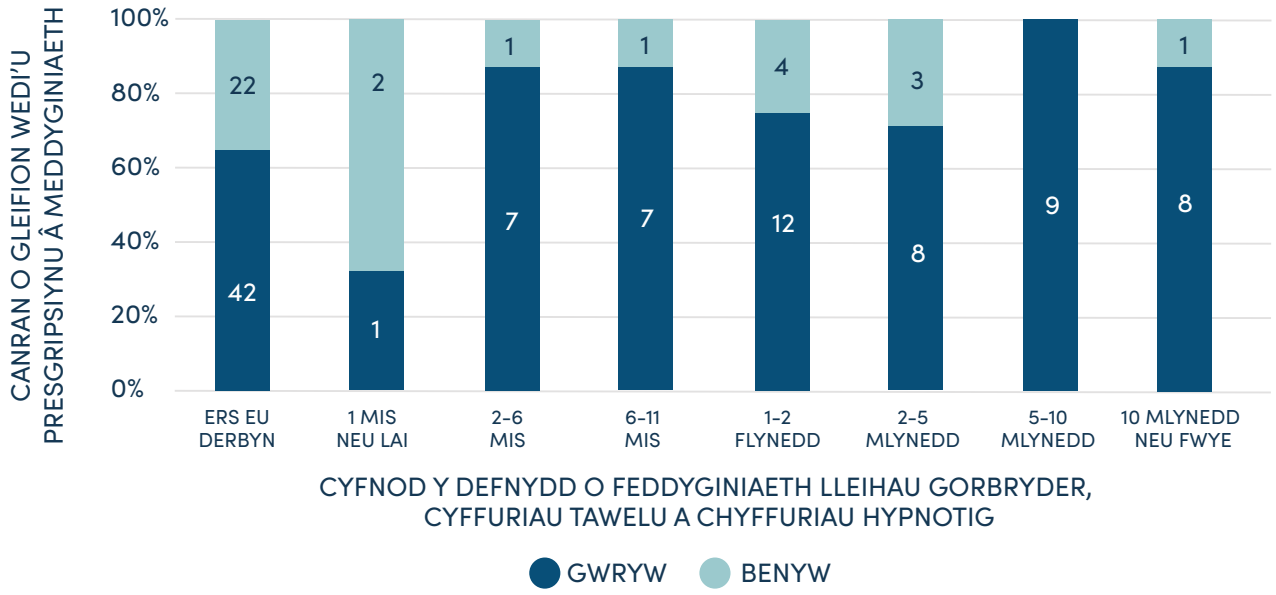
Nifer o gyffuriau lleihau gorbryder, cyffuriau tawelu a chyffuriau hypnotig	Rheolaidd			Yn ôl yr angen		
	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol
0	74.1% (169)	44.7% (21)	**69.1% (190)**	38.6% (88)	10.6% (5)	**33.8% (93)**
1	19.7% (45)	42.6% (20)	**23.6% (65)**	46.5% (106)	25.5% (12)	**42.9% (118)**
2 neu fwy	5.7% (13)	12.8% (6)	**6.9% (19)**	14.5% (33)	63.8% (30)	**22.9% (63)**
Anhysbys	0.4% (1)	0	**0.4% (1)**	0.4% (1)	0	**0.4% (1)**

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 2.6% (5) o'r 191 o gleifion a gafodd eu presgripsiynu â chyffuriau lleihau gorbryder, cyffuriau tawelu neu gyffuriau hypnotig heb gofnod o ddiagnosis sylfaenol neu eilaidd o salwch meddwl.

Ar ôl presgripsiynu cyffuriau lleihau gorbryder, cyffuriau tawelu neu gyffuriau hypnotig yn rheolaidd i glaf am fwy nag ychydig wythnosau, gall y claf ddod yn gorfforol ac yn seicolegol ddibynnol arnynt. Felly, dylid cadw'r math hwn o feddyginiaeth yn arbennig ar gyfer cyfnodau byr o bresgripsiynu er mwyn lleddfu symptomau tymor byr[159].

Mae Ffigwr 31 yn dangos y cyfnod o amser mae cleifion wedi bod yn cymryd cyffuriau lleihau gorbryder, cyffuriau tawelu neu gyffuriau hypnotig ar gyfer y 128 o gleifion y casglwyd y wybodaeth hon mewn perthynas â nhw. Mae'n dangos bod 14.1% (18) o'r cleifion hyn wedi bod yn cymryd cyffuriau lleihau gorbryder, cyffuriau tawelu a chyffuriau hypnotig ers pum mlynedd neu fwy.

Ffigwr 31 — Defnydd o Gyffuriau Lleihau Gorbryder, Cyffuriau Tawelu neu Gyffuriau Hypnotig yn ôl y Cyfnod o Amser a Rhywedd



20.5. Cydymffurfio â'r Cynllun Meddyginiaeth

Dylai cydymffurfiaeth fod yn gytundeb cyfartal ar ôl trafodaeth rhwng claf a'r sawl sy'n presgripsiynu ar ba un ai a fydd y meddyginiaethau wedi'u presgripsiynu yn cael eu derbyn[160], a pha feddyginiaethau yw'r rheini, er mae'n bosibl y gall rhai cleifion ddefnyddio eu hawl i wrthod meddyginiaeth drwy'r Ddeddf Iechyd Meddwl [1983]. Mae cydymffurfiaeth â meddyginiaeth yn gysylltiedig â lleihad mewn ymddygiad treisgar[161].

Mae 'anghydymffurfio' yn golygu bod claf wedi gwrthod yn fwriadol dilyn cynllun meddyginiaeth wedi'i phresgripsiynu[162]. Gallai'r rheswm dros beidio â chydymffurfio fod oherwydd diffyg dealltwriaeth, diffyg ymddiriedaeth, dewis, cymhelliant, a phrofiad gwael yn y gorffennol[163]. Mae anghydffurfiaeth yn cael goblygiadau sylweddol ar gleifion sydd â seicosis ac mae'n gysylltiedig â materion megis pwl arall o salwch a derbyniad arall i'r ysbyty, hunan-niwed, costau cleifion mewnol uwch ac ansawdd bywyd cyffredinol is[164].

Ni ddylid ystyried anghydffurfiaeth yn fai ar y claf. Mae'n cynrychioli cyfyngiad sylfaenol yn y ddarpariaeth o ofal iechyd, yn aml oherwydd methiant i adnabod a darparu'r gefnogaeth sydd ei hangen ar y claf i ddeall y buddion a'r risgiau sydd ynghlwm â chydymffurfio â'r feddyginiaeth[165].

Dengys Ffigwr 32 y gyfran o gleifion sydd wedi cydymffurfio â'u cynllun meddyginiaeth ar bresgripsiwn rheolaidd ac yn dangos bod cleifion gwrywaidd a benywaidd yn llai tebygol o gydymffurfio â chynllun o feddyginiaeth sefydlogi hwyliau.

Ffigwr 32 — Cydymffurfiaeth â Chynllun Meddyginiaeth ar Bresgripsiwn yn ôl Rhywedd

		Gwrthseicotigau	Gwrth-iselyddion	Sefydlogwyr Hwyliau	Cyffuriau Lleihau Gorbryder, Cyffuriau Tawelu neu Gyffuriau Hypnotig
Cleifion	Wedi'u Presgripsiynu â'r Math Hwn o Feddyginiaeth	89.9% (205)	28.1% (64)	18.9% (43)	25.4% (58)
	Cyfradd Gydymffurfio yn ôl y garfan o gleifion wedi'u presgripsiynu â'r feddyginiaeth hon	84.3% (173)	84.4% (54)	79.1% (34)	81.0% (47)
Merched	Wedi'u Presgripsiynu â'r Math Hwn o Feddyginiaeth	91.5% (43)	61.7% (29)	27.7% (13)	55.3% (26)
	Cyfradd Gydymffurfio yn ôl y garfan o gleifion wedi'u presgripsiynu â'r feddyginiaeth hon	65.1% (28)	58.6% (17)	46.2% (6)	73.1% (19)
Cyfanswm	Wedi'u Presgripsiynu â'r Math Hwn o Feddyginiaeth	90.2% (248)	33.8% (93)	20.4% (56)	30.4% (84)
	Cyfradd Gydymffurfio yn ôl y garfan o gleifion wedi'u presgripsiynu â'r feddyginiaeth hon	81.0% (201)	76.3% (71)	71.4% (40)	78.6% (66)

Fel rhan o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn, cynhaliwyd dadansoddiad i archwilio pa ffactorau sy'n rhagweld pa un ai a fydd claf yn cydymffurfio â meddyginiaeth seicotropig ar bresgripsiwn ai peidio. Canfu'r dadansoddiad mai'r lleiaf mae claf yn dangos ymddygiad corfforol treisgar tuag at staff ac ymddygiad sy'n peri trafferth neu ofid, y mwyaf tebygol ydyw o gydymffurfio. Mae'r canfyddiad hwn yn awgrymu pan nad yw claf yn cydymffurfio â chynllun meddyginiaeth ar bresgripsiwn, mae'n fwy tebygol o ddangos ymddygiad treisgar neu ymddygiad sy'n peri trafferth.

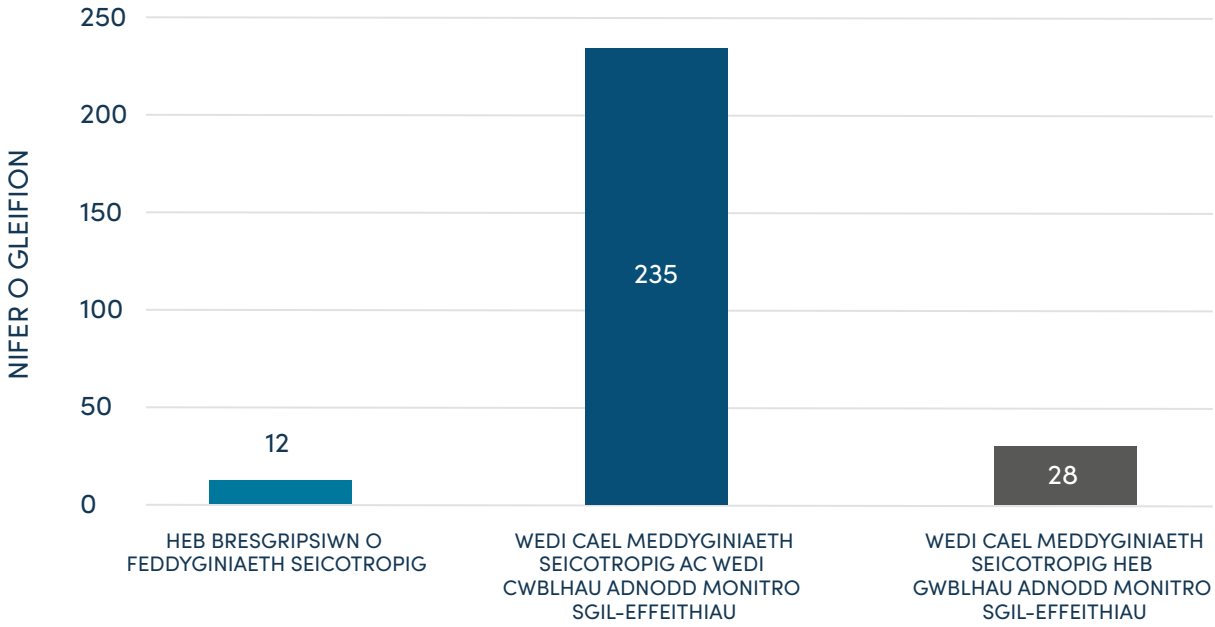
20.6. Monitro Sgil-Effeithiau Meddyginiaeth

Yn ogystal â buddion posibl, gall nifer o feddyginiaethau, gan gynnwys meddyginiaethau seicotropig, gael sgil-effeithiau niweidiol a all gael effaith ar ansawdd bywyd unigolyn[166]. Dylid monitro meddyginiaeth ar bresgripsiwn yn rheolaidd er mwyn mesur effeithiolrwydd, sgil-effeithiau, effeithiau ar iechyd corfforol ac effaith ar fywyd bob dydd[167]. Dylid ystyried profiad blaenorol y claf o ymatebion niweidiol bob tro wrth bresgripsiynu meddyginiaeth[168].

Mae staff sy'n rhoi meddyginiaethau yn gyfrifol am fonitro eu heffeithiolrwydd. Gellir monitro gan ddefnyddio rhestrau gwirio arbennig, drwy holiaduron neu drwy fonitro corfforol, megis profion gwaed neu electrocardiogramau. Fel rhan o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn, ystyriwyd a oedd adnodd monitro sgil-effeithiau wedi'i gwblhau ar gyfer y cleifion hynny sydd wedi'u presgripsiynu â meddyginiaeth seicotropig. Gall y staff fonitro sgil-effeithiau heb ddefnyddio adnodd adnabyddus ac yn hytrach defnyddio eu barn broffesiynol wrth ysgrifennu nodiadau gofal cyfoes.

Mae Ffigwr 33 yn dangos y nifer o gleifion sydd wedi'u presgripsiynu â meddyginiaeth seicotropig ac roedd adnodd monitro eu sgil-effeithiau wedi'i gwblhau ar eu cyfer. Mae'n dangos nad oedd adnodd monitro sgil-effeithiau wedi'i gwblhau ar gyfer 10.6% (28) o'r 263 o gleifion a gafodd eu presgripsiynu â meddyginiaeth seicotropig.

Ffigwr 33 — Cleifion Wedi'u Presgripsiynu â Meddyginiaeth Seicotropig y Cwblhawyd Adnodd Monitro Sgil-Effeithiau Ar eu Cyfer



Fel rhan o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd y math o ysbyty diogel a pha un ai a oedd adnodd monitro sgil-effeithiau wedi'i gwblhau ar gyfer y cleifion hynny wedi'u presgripsiynu â meddyginiaeth seicotropig a chanfuwyd nad oedd adnodd o'r fath wedi'i gwblhau yn achos 50% (12) o'r cleifion mewn gwasanaethau diogelwch uwch, 8.3% (8) mewn diogelwch canolig a 6.7% (10) mewn diogelwch isel.

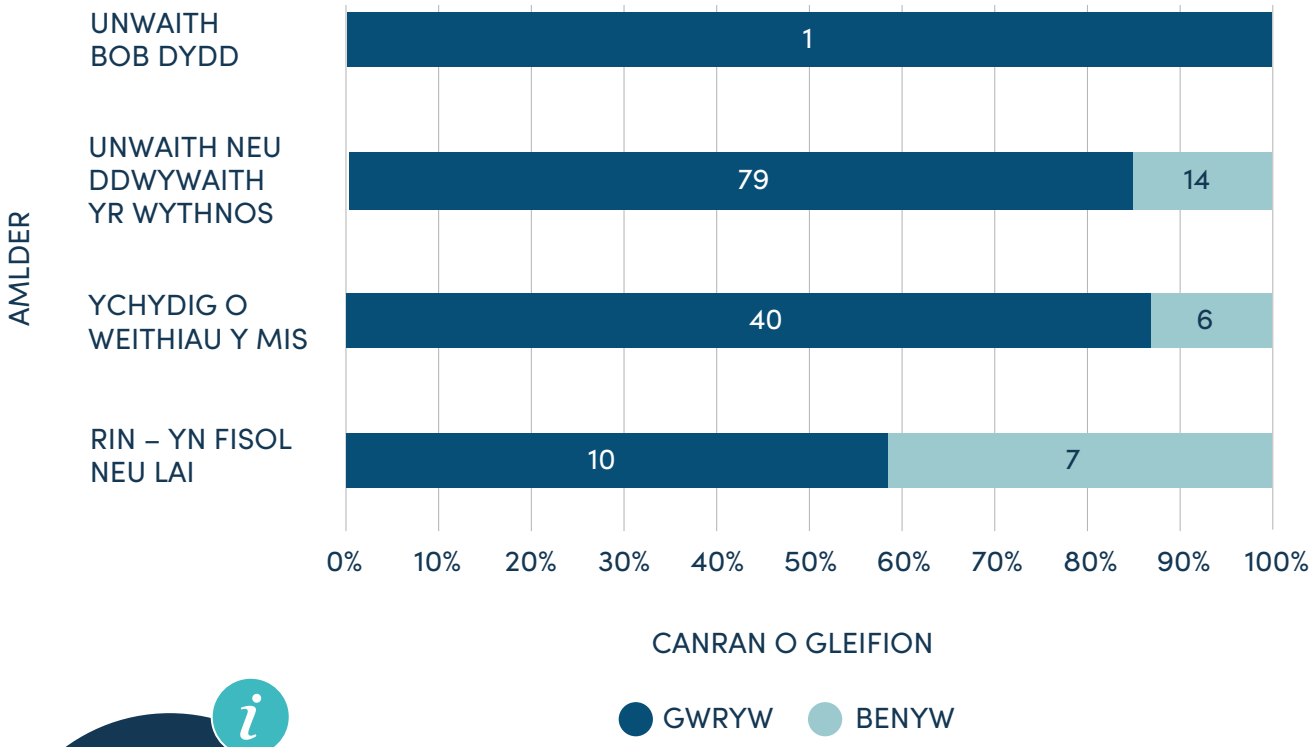
21. Ymyraethau Seicolegol

Bydd dull sy'n dibynnu ar ymyraethau ffarmacolegol yn unigol yn annefnyddiol o ran ymdrin â phroblemau ymddygiadol cymhleth[169]. Mae argaeledd ac ymgysylltiad â'r therapïau hyn mewn ysbytai yn hanfodol er mwyn hyrwyddo effeithiau parhaus, cadarnhaol i iechyd meddwl a llesiant cleifion. Mae darparu rhaglen therapi lawn mewn ysbytai diogel yn hanfodol at ddibenion y driniaeth[170], yn ogystal ag yn rhan sylweddol o greu amgylchedd diogel[171].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 89.8% (247) o gleifion y deilliant 'Cyfranogiad mewn Ymyraethau Seicolegol' wedi'i gofnodi ar adeg eu derbyn a bod 57.1% (157) o gleifion wedi'u cofnodi yn bresennol mewn sesiynau therapi ar adeg yr archwiliad.

Mae Ffigwr 34 yn dangos amlder y presenoldeb mewn sesiwn therapi unigol neu grŵp ar gyfer y rhai sydd wedi'u cofnodi'n bresennol a'r amlder presenoldeb mwyaf cyffredin oedd 'unwaith neu ddwy yr wythnos' ar gyfer cleifion gwrywaidd, 60.8% (79) a chleifion benywaidd, 51.9% (14).

Ffigwr 34 — Amlder y Presenoldeb a Gofnodwyd mewn Sesiynau Therapi yn ôl Rhywedd



6 ym mhob 10
Y gyfran o gleifion wedi'u cofnodi yn bresennol mewn sesiynau therapi

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, o blith y 99.3% (273) o gleifion yr oedd gwybodaeth ar gael mewn perthynas â nhw, cofnodwyd nad oedd 42.5% (116) wedi mynychu unrhyw fath o sesiwn therapi ar adeg yr archwiliad.

Mae ymgysylltu cleifion â thriniaeth mewn ysbytai diogel yn 'her sylweddol' er bod ymgysylltiad yn gysylltiedig â chyfnodau byrrach yn yr ysbyty, a pheidio ag ymgysylltu yn gysylltiedig â risg uwch o atgwympiad[172] Yn ôl astudiaethau, mae cleifion mewn ysbytai diogel fel arfer yn dangos 'awydd prin' i ymgysylltu â therapi[173]. Mae gan rai cleifion lefel isel o gymhelliant i wneud cynnydd a dangos ymgysylltiad dilys[174]. Dengys bod cleifion sy'n aros am gyfnodau byrrach mewn ysbytai diogel wedi ymgysylltu â therapi ar lefel uwch[175].

Fel rhan o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd y cofnod presenoldeb mewn sesiynau therapi yn ôl math o ysbyty diogel a chanfuwyd bod 34.8% (8) o gleifion mewn diogelwch uchel heb eu cofnodi yn bresennol mewn sesiynau therapi, 43.8% (42) mewn diogelwch canolig a 42.3% (66) mewn diogelwch isel.

Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogelwch canolig heb eu cofnodi yn bresennol mewn sesiynau therapi ar adeg yr archwiliad yn uwch yn ysbytai GIG Cymru, 49.2% (30), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 34.3% (12). Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogelwch isel heb eu cofnodi yn bresennol mewn sesiynau therapi ar adeg yr archwiliad yn is yn ysbytai GIG Cymru, 32.7% (16), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 40.7% (44).

Mae'n bosibl bod angen ar rai cleifion gyfnod i addasu ar adeg eu derbyn neu efallai eu bod angen asesiad cyn datblygu rhaglen therapi briodol. Gall ceisio ymgysylltu cleifion mewn rhaglenni therapi yn rhy fuan ddwysáu teimladau o ddiffyg nerth[176]. Mae'n bosibl bod cleifion sydd wedi'u derbyn i'r ysbyty am gyfnodau hirach wedi cwblhau'n llwyddiannus neu'n aflwyddiannus y rhaglenni therapi priodol.

Mae Ffigwr 35 yn cymharu'r cofnod presenoldeb mewn sesiynau therapi â chyfnod derbyn y claf i'r ysbyty ar adeg yr archwiliad. Mae Ffigwr 35 yn dangos bod y gyfran o gleifion heb eu cofnodi'n bresennol mewn therapi yn uwch na'r rheini'n bresennol mewn therapi os oedd eu cyfnod yn yr ysbyty wedi bod yn hirach na 4 mlynedd, gan ddynodi diwedd rhaglen therapi o bosibl.

Ffigwr 35 — Amlder y Presenoldeb a Gofnodwyd mewn Sesiynau Therapi yn ôl Cyfnod y Derbyniad

Cyfnod y Derbyniad i'r Ysbyty	Mynychu sesiynau therapi	Ddim yn mynychu sesiynau therapi
Hyd at 3 mis	50% (13)	50% (13)
4-6 mis	64.6% (31)	35.4% (17)
7-11 mis	61.1% (22)	38.9% (14)
1-2 flynedd	60.8% (45)	39.2% (29)
2-3 blynedd	59.2% (29)	40.8% (20)
4-7 mlynedd	42.4% (14)	57.6% (19)
7-9 mlynedd	42.9% (3)	57.1% (4)

Fel rhan o'r Archwiliad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd y ffactorau a all effeithio ar bresenoldeb mewn sesiynau therapi a chanfuwyd bod cleifion yn fwy tebygol o fynychu sesiynau therapi os oeddynt:

- Wedi'u cofnodi yn bresennol mewn gweithgareddau (2 waith yn fwy tebygol).
- Wedi'u presgripsiynu â gwrth-iselyddion (1.8 gwaith yn fwy tebygol).
- Wedi'u cofnodi â'r deilliant 'Cyfranogiad mewn Ymyraethau Seicolegol' ar adeg eu derbyn (1.7 gwaith yn fwy tebygol).
- Yn dangos ymddygiad sy'n peri trafferth a gofid yn anaml (1.3 gwaith yn fwy tebygol).

22. Gweithgareddau Ystyrlon

Tra eu bod yn glaf mewn ysbyty diogel, dylai bod cleifion yn cael cyfle i ymgysylltu ag ystod o weithgareddau gan eu bod yn annog cleifion i ymlacio ac yn hyrwyddo'r naws o gymuned[177]. Mae cymryd rhan mewn gweithgareddau ystyrlon yn darparu cleifion â strwythur dyddiol[178], wedi'i gysylltu â gostyngiadau sylweddol yn y nifer o achosion sy'n peri niwed[179], ac yn lleihau'r risg o atgwympo pan gaiff y cleifion eu rhyddhau neu eu derbyn i'r ysbyty eto[180].

Gall darparu gweithgareddau ystyrlon, a chefnogi cleifion i ymgysylltu â gweithgareddau ystyrlon leihau straen, rhwystredigaeth a diflastod. Gall hefyd gynyddu rhyngweithiadau cymdeithasol, lleddfu gorbryder a gwella llesiant. Gall cymryd rhan mewn gweithgareddau ystyrlon helpu i fabwysiadu awyrgylch gobeithiol a chadarnhaol a gall hynny gynorthwyo gyda'r adferiad[181]. Gall ymgysylltu cleifion â gweithgareddau leddfu teimladau o gyfyngiant[182].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod pob ysbyty diogel yn cynnig ystod o weithgareddau i gleifion er bod yr amrywiaeth a bod yr argaeledd o weithgareddau yn wahanol rhwng ysbytai. Gall y dewis o weithgareddau ar gyfer cleifion mewn ysbytai diogel fod yn brin gan efallai nad oes ganddynt yr un mynediad at gyfleusterau cymunedol â chleifion mewn amgylcheddau eraill, a gall trefniadau cyhoeddus a diogelwch effeithio ar y gweithgareddau sydd ar gael[183].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 67.8% (185) o'r 99.3% (273) o gleifion yr oedd gwybodaeth ar gael mewn perthynas â nhw, wedi mynychu o leiaf un gweithgaredd.

Dengys Ffigwr 36 y gyfran o gleifion a gofnodwyd yn bresennol mewn ystod o weithgareddau. Y gweithgareddau mwyaf cyffredin a fynychwyd gan gleifion gwrywaidd oedd 'grwpiau cymunedol y wardiau', 'grwpiau ymarfer corff' a 'grwpiau awyr agored', a'r gweithgaredd lleiaf cyffredin oedd 'gofal anifeiliaid', ond gall hyn fod oherwydd hygyrchedd y math hwn o weithgaredd. Y gweithgareddau mwyaf cyffredin a fynychwyd gan gleifion benywaidd oedd 'grwpiau cymunedol y wardiau', 'grwpiau coginio' a 'grwpiau ymarfer corff', a'r gweithgaredd lleiaf cyffredin oedd 'grwpiau rhifedd'.

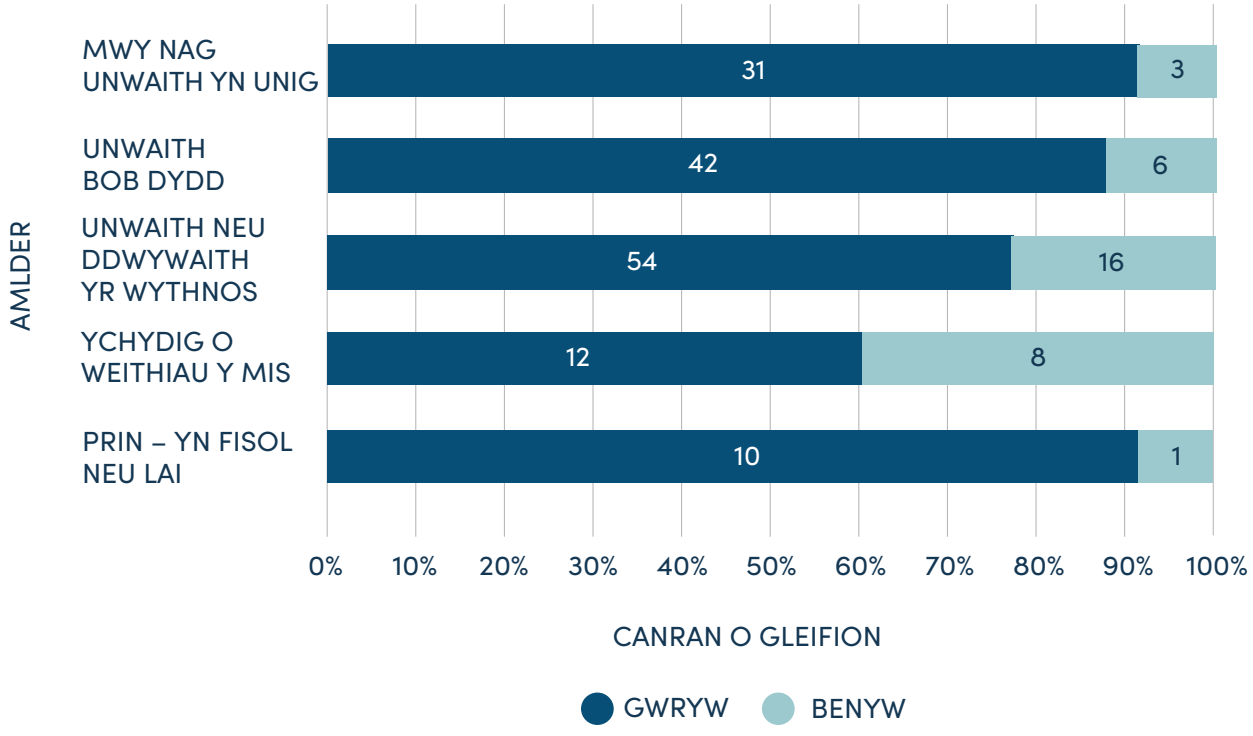


Ffigwr 36 — Gweithgareddau a Fynychwyd yn ôl Rhywedd

Math o Weithgaredd	Cleifion Gwrywaidd Yn bresennol	Cleifion Benywaidd Yn bresennol
Celf a Chrefft	23.7% (54)	42.6% (20)
Grwpiau Coginio	41.2% (94)	53.2% (26)
Grwpiau cymunedol y wardiau	53.9% (123)	59.6% (26)
Grwpiau ymarfer corff	45.2% (103)	48.9% (23)
Grwpiau awyr agored	24.6% (56)	27.7% (13)
Grwpiau darllen/llenyddiaeth	24.1% (55)	17.0% (8)
Defnyddio cyfrifiadur	34.2% (78)	44.7% (21)
Grŵp rhifedd	6.6% (15)	6.4% (3)
Gofal anifeiliaid	1.8% (4)	8.5% (4)
Arall heb ei nodi	23.2% (53)	14.9% (7)
Dim gweithgareddau	32.9% (75)	27.7% (13)

Mae Ffigwr 37 yn dangos amlder y presenoldeb ar gyfer y 66.5% (183) o gleifion a gafodd eu cofnodi yn bresennol yn o leiaf un gweithgaredd. Mae Ffigwr 37 yn dangos mai'r amlder presenoldeb mwyaf cyffredin oedd 'unwaith neu ddwy yr wythnos' ar gyfer cleifion gwrywaidd, 36.2% (54), ac ar gyfer cleifion benywaidd, 47.1% (16).

Ffigwr 37 — Amlder y Presenoldeb a Gofnodwyd mewn Gweithgareddau Ystyrlon yn ôl Rhywedd



Mae'n bosibl nad yw cleifion mewn ysbytai diogel yn gallu dod o hyd i weithgareddau ystyrlon neu ddiddorol neu efallai eu bod yn ei chael hi'n anodd adnabod nodau personol neu osod nodau 'afrealistig'. Canfuwyd bod cleifion sydd wedi'u derbyn i ysbyty diogel am gyfnod hirach na phum mlynedd yn fwy heriol i'w hymgysylltu â gweithgareddau na'r rheini sydd wedi'u derbyn am gyfnodau byrrach[184]. Gall rhai cleifion fod wedi'u cyfyngu o ran eu dewis o weithgareddau oherwydd risg neu gyfyngiadau cyfreithiol.

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, cofnodwyd bod 33.2% (88) o gleifion heb fynychu unrhyw weithgareddau, gan gynnwys 32.9% (75) o gleifion gwrywaidd a 27.7% (13) o gleifion benywaidd. Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogelwch canolig heb eu cofnodi yn bresennol mewn gweithgareddau wedi'u trefnu ar adeg yr archwiliad yn uwch yn ysbytai GIG Cymru, 96.7% (59), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 5.7% (2).

Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogelwch isel heb eu cofnodi yn bresennol mewn gweithgareddau wedi'u trefnu ar adeg yr archwiliad yn uwch yn ysbytai GIG Cymru, 18.4% (9), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 7.4% (8).

Gallai'r gwahaniaeth hwn rhwng ysbytai GIG Cymru ac ysbytai heb fod yn GIG Cymru fod oherwydd amodau a methodolegau cofnodi. Fel rhan o'r Archwiliad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd y ffactorau a all effeithio ar bresenoldeb mewn sesiynau therapi a chanfuwyd bod cleifion yn fwy tebygol o fynychu gweithgareddau os oeddynt:

- Wedi'u cofnodi â'r deilliant 'Grymuso' ar adeg eu derbyn ac wedi cyflawni'r deilliant hwnnw (2.9 gwaith yn fwy tebygol).
- Wedi'u cofnodi â'r deilliant 'Lleihau Hunan-niwed' ar adeg eu derbyn ac wedi cyflawni'r deilliant hwnnw (2.1 gwaith yn fwy tebygol).
- Wedi'u cofnodi yn bresennol yn sesiynau therapi (1.9 gwaith yn fwy tebygol).
- Yn cydymffurfio â meddyginiaeth gwrthseicotig ar bresgripsiwn ers o leiaf dwy flynedd (1.1 gwaith yn fwy tebygol).

‘[Mae angen] llai o sŵn, mwy o weithgareddau a mwy o absenoldeb i'r gymuned arnom.’

Sylw gan glaf mewn ysbyty diogel yn ystod yr Adolygiad Cenedlaethol hwn

23. Ymddygiad Heriol

Gellir disgrifio ymddygiad yn heriol pan mae mor ddwys, aml neu hir nes ei fod yn bygwth ansawdd bywyd a/neu ddiogelwch corfforol yr unigolyn neu eraill ac mae'n debygol o arwain at ymatebion cyfyngol[185]. Gall ymddygiad heriol gynrychioli ffurf ar gyfathrebu, ei ddefnyddio i gyfaddawdu am ddiffyg sgiliau, neu fod ynghlwm â salwch meddwl neu gorfforol. Gall hefyd fod o ganlyniad i ymddygiadau wedi'u dysgu er mwyn cyflawni anghenion/dymuniadau[186]. Dyma rai enghreifftiau o ymddygiad heriol; ymddygiad ymosodol, dinistriol, ymddygiad sy'n peri trafferth neu anaf i'r claf ei hun[187]. Mae'n bwysig nad yw'r term 'ymddygiad heriol' yn cael ei gamddefnyddio fel label diagnostig, a all arwain at stigmateiddio ac allgáu unigolion[188]. Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, cofnodwyd amlder a dwyster yr ymddygiadau heriol ac fe'u rhoddwyd mewn grŵp yn y 12 categori canlynol:

1. Difrod bwriadol i eiddo.
2. Ymosod ar lafar ar gleifion eraill.
3. Ymosod ar lafar ar staff.
4. Ymddygiad sy'n peri trafferth neu ofid.
5. Ymddygiad treisgar sy'n peri niwed i gleifion eraill.
6. Ymddygiad treisgar sy'n peri niwed i staff.
7. Ymddygiad rhywiol anaddas tuag at gleifion eraill.
8. Ymddygiad rhywiol anaddas tuag at staff.
9. Defnyddio sylweddau.
10. Dianc.
11. Hunan-niwed bwriadol.
12. Niwed seicolegol gan eraill (bregusrwydd).

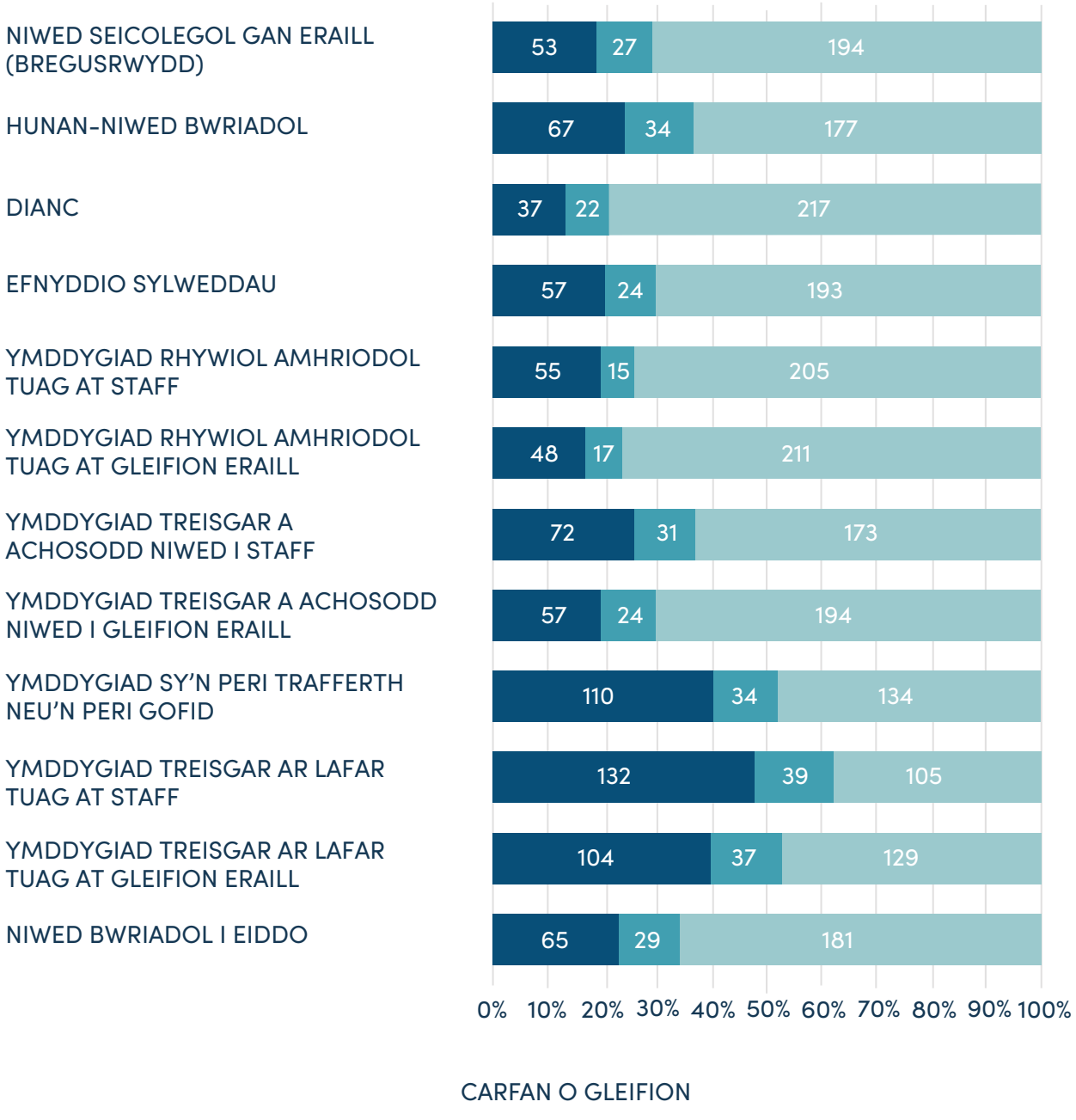
Bydd pob un o'r ymddygiadau hyn yn cael eu harchwilio'n unigol yn yr Adran hon o'r Adolygiad Cenedlaethol. Mae'r penderfyniad ynghylch pa fath o ysbyty diogel sydd ei angen ar glaf yn aml yn un cymhleth, ond mae natur a gradd yr ymddygiad heriol hanesyddol neu gyfredol yn ffactor hefyd. Mae niferoedd staff, eu profiad a'u sgiliau, a'r amgylchedd gofal oll yn cyfrannu at reoli ymddygiad heriol yn effeithiol. Fel rhan o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn, cafodd dwyster yr ymddygiad heriol ei gategoreiddio yn 'dim hanes', 'dwyster isel', 'dwyster canolig' a 'dwyster uchel'. Cafodd amlder yr ymddygiadau eu categoreiddio yn 'dim hanes', 'hanes ond dim cofnod yn y 90 diwrnod diwethaf', 'unwaith neu ddwy yn y 90 diwrnod diwethaf', 'yn fisol o leiaf', 'yn wythnosol o leiaf' neu 'yn ddyddiol o leiaf'.

Mae ymddygiadau heriol yn 'hynod gyffredin' mewn ysbytai diogel gydag astudiaethau yn dangos bod 8 ym mhob 10 claf wedi dangos o leiaf un ymddygiad heriol[189].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod gan 74.9% (206) o gleifion hanes neu gofnod cyfredol (yn y 90 diwrnod diwethaf) o ymddygiadau heriol. Roedd gan 71.9% (164) o gleifion gwrywaidd a 89.4% (42) o gleifion benywaidd hanes neu gofnod cyfredol o ymddygiadau heriol.

Mae Ffigwr 38 yn dangos cyffredinrwydd ymddygiadau heriol yn ôl ymddygiad penodol a rhywedd. Mae Ffigwr 38 yn dangos mai'r ymddygiad heriol mwyaf cyffredin ymhlith cleifion gwrywaidd oedd ymosod ar lafar ar staff, ymddygiad sy'n peri trafferth neu ofid ac ymosod ar lafar ar gleifion eraill. Yr ymddygiad heriol mwyaf cyffredin ymhlith cleifion benywaidd oedd ymosod ar lafar ar staff, ymosod ar lafar ar gleifion eraill a chyflawni hunan-niwed bwriadol.

Ffigwr 38 — Y Nifer o Gleifion yn Dangos Ymddygiadau Heriol Penodol yn ôl Rhywedd



9 ym mhob **10**

Cleifion benywaidd a chanddynt gefndir neu gofnod cyfredol o ymddygiadau heriol

7 ym mhob **10**

Cleifion gwrywaidd a chanddynt gefndir neu gofnod cyfredol o ymddygiadau heriol

23.1. Difrod Bwriadol i Eiddo

Enghreifftiau o ymddygiad: *Torri dodrefn, ffitiadau a theclynnau, neu achosi math arall o ddifrod iddynt.*

Gall rhai cleifion brofi lefelau uwch o ddicter neu drallod oherwydd eu salwch meddwl ac o ganlyniad gallant achosi difrod i'w hamgylchoedd[190,191]. Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 32.4% (89) o gleifion gofnod o un digwyddiad o leiaf o wneud difrod bwriadol i eiddo ac roedd 62.9% (56) o blith yr 89 o gleifion hyn wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Mae Ffigwr 39 yn cynrychioli'r nifer o gleifion sydd wedi gwneud difrod bwriadol i eiddo, yn ôl dwyster ac amlder yr ymddygiad. Mae'n dangos mai'r ffurf fwyaf cyffredin o'r ymddygiad hwn a gofnodwyd yn ystod y 90 diwrnod diwethaf oedd unwaith neu ddwy o ddwyster canolig.

Ffigwr 39 — Amlder a Dwyster Achosion o Gleifion yn Gwneud Difrod Bwriadol i Eiddo

Amlder ▶ / Dwyster ▼	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Dim hanes	67.6% (186)	0	0	0	0	0
Dwyster isel	0	1.5% (4)	1.8% (5)	0.4% (1)	0	0
Dwyster canolig	0	8.4% (23)	9.1% (26)	1.5% (4)	1.1% (3)	1.8% (5)
Dwyster uchel	0	2.2% (6)	1.8% (5)	2.2% (6)	0.4% (1)	0

Ystyriaeth bwysig y dylid ei gwneud wrth benderfynu ar leoliad priodol ar gyfer cleifion yw cadernid y dodrefn a hygyrchedd y teclynnau, ac mae hyn i gyd yn cyfrannu at reoli ymddygiad heriol yn effeithiol.

Mae Ffigwr 40 yn dangos y nifer o gleifion yn gwneud difrod bwriadol i eiddo yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 21.7% (5) o'r cleifion mewn diogelwch uchel wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn y 90 diwrnod diwethaf, 16.7% (16) o gleifion mewn diogelwch canolig a 22.3% (35) o gleifion mewn diogelwch isel. Mae Ffigwr 40 yn dangos bod 17.5% (40) o gleifion gwrywaidd wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf a 34.0% (16) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 40 — Cleifion yn Cyflawni Difrod Bwriadol i Eiddo yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Amlder ▶	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Diogelwch uchel	73.9% (17)	4.3% (1)	8.7% (2)	4.3% (1)	0	8.7% (2)
Diogelwch canolig	70.8% (68)	12.5% (12)	8.3% (8)	5.2% (5)	2.1% (2)	1.0% (1)
Diogelwch isel	64.7% (101)	12.8% (20)	16.7% (26)	3.2% (5)	1.3% (2)	1.3% (2)
Cleifion Gwrywaidd	71.9% (164)	10.5% (24)	11.0% (25)	3.5% (8)	0.9% (2)	2.2% (5)
Cleifion Benywaidd	46.8% (22)	19.1% (9)	23.4% (11)	6.4% (3)	4.3% (2)	0

23.2. Ymosod Ar Lafar ar Gleifion Eraill

Enghreifftiau o ymddygiadau: *Gweiddi, rhegi, sgrechian a bod yn ymosodol ar lafar tuag at gleifion eraill.*

Mae ymateb i ymddygiad ymosodol yn dasg allweddol ar gyfer staff mewn ysbytai diogel[192]. Gall cleifion sy'n cael triniaeth mewn ysbytai diogel brofi anawsterau rhyngbersonol, a all arwain at fecanweithiau ymdopi camaddasol wrth ddadlau gyda chleifion eraill[193].

Yn ôl astudiaethau, mae oddeutu hanner o gleifion ysbytai diogel yn ymosodol ar lafar[194]. Mae astudiaethau wedi ceisio archwilio pa ffactorau sy'n rhagweld ymosod ar lafar mewn ysbytai diogel ac wedi canfod bod rhywedd, dealltwriaeth am y salwch, y nifer o dderbyniadau seiciatrig i'r ysbyty yn y gorffennol a dealltwriaeth am gamwedd eu trosedd yn rhagfynegyddion dibynadwy i'r math hwn o ymddygiad heriol[195].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 52% (143) o gleifion gofnod o un digwyddiad o leiaf o ymosod ar lafar ar gleifion eraill ac roedd 60.8% (87) o blith y 143 o gleifion hyn wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Mae Ffigwr 41 yn cynrychioli'r nifer o gleifion sydd wedi ymosod ar lafar ar gleifion eraill, yn ôl dwyster ac amlder yr ymddygiad. Mae'n dangos mai'r ffurf fwyaf cyffredin o'r ymddygiad hwn a gofnodwyd yn ystod y 90 diwrnod diwethaf oedd unwaith neu ddwy yn y 90 diwrnod diwethaf o ddwyster isel.

Ffigwr 41 — Amlder a Dwyster Achosion o Gleifion yn Ymosod ar Lafar ar Gleifion Eraill

Amlder ▶ / Dwyster ▼	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Dim hanes	134 (48.7%)	0	0	0	0	0
Dwyster isel	0	7.6% (21)	8.0% (22)	3.6% (10)	1.8% (5)	0
Dwyster canolig	0	9% (25)	6.2% (17)	4.0% (11)	6.2% (17)	0.7% (2)
Dwyster uchel	0	3.3% (9)	0.4% (1)	0	0.7% (2)	0.4% (1)

Mae Ffigwr 42 yn dangos y nifer o gleifion yn ymosod ar lafar ar gleifion eraill yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 30.4% (7) o'r cleifion mewn diogelwch uchel wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn y 90 diwrnod diwethaf, 26.0% (25) o gleifion mewn diogelwch canolig a 35.9% (56) o gleifion mewn diogelwch isel. Mae Ffigwr 42 yn dangos bod 27.6% (63) o gleifion gwrywaidd wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf a 53.2% (25) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 42 — Cleifion yn Ymosod ar Lafar ar Gleifion Eraill yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Amlder ▶	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Diogelwch uchel	56.5% (13)	13.0% (3)	17.4% (4)	0	8.7% (2)	4.3% (1)
Diogelwch canolig	57.3% (55)	16.7% (16)	13.5% (13)	6.3% (6)	5.2% (5)	1.0% (1)
Diogelwch isel	42.3% (66)	21.8% (34)	14.7% (23)	9.6% (15)	10.9% (17)	0.6% (1)
Cleifion Gwrywaidd	52.6% (120)	19.7% (45)	11.8% (27)	6.1% (14)	8.8% (20)	0.9% (2)
Cleifion Benywaidd	29.8% (14)	17.0% (8)	27.7% (13)	14.9% (7)	8.5% (4)	2.1% (1)

23.3. Ymosod ar Lafar ar Staff

Enghreifftiau o ymddygiadau: *Gweiddi, rhegi, sgrechian a bod yn ymosodol ar lafar yn gyffredinol gyda staff.*

Mae achosion o gleifion mewn ysbytai diogel yn ymosod ar lafar ar staff yn digwydd yn aml ac o ganlyniad i hynny mae gan aelodau o staff lefel uwch o drallod seicolegol[196].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 61.1% (168) o gleifion gofnod o un digwyddiad o leiaf o ymosod ar lafar ar staff ac roedd 72.6% (122) o blith y 168 o gleifion hyn wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf. Mae Ffigwr 43 yn cyflwyno'r nifer o gleifion sydd wedi ymosod ar lafar ar staff, yn ôl dwyster ac amlder yr ymddygiad.

Mae'n dangos mai'r ffurf fwyaf cyffredin o'r ymddygiad hwn a gofnodwyd yn ystod y 90 diwrnod diwethaf oedd yn wythnosol ac o ddwyster canolig.

Ffigwr 43 — Amlder a Dwyster Achosion o Gleifion yn Ymosod ar Lafar ar Staff

Amlder ▶ / Dwyster ▼	Dim hanes	Hanes: Hebfod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Dim hanes	38.5% (106)	0	0	0	0	0
Dwyster isel	0	6.9% (19)	6.5% (18)	5.5% (15)	2.9% (8)	0.7% (2)
Dwyster canolig	0	6.5% (18)	6.9% (19)	6.9% (19)	8.0% (22)	4.7% (13)
Dwyster uchel	0	3.3% (9)	0	0	1.8% (5)	0.4% (1)

Mae Ffigwr 44 yn dangos y nifer o gleifion yn ymosod ar lafar ar staff yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 39.1% (9) o'r cleifion mewn diogelwch uchel wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn y 90 diwrnod diwethaf, 33.3% (32) o gleifion mewn diogelwch canolig a 52.6% (82) o gleifion mewn diogelwch isel. Mae Ffigwr 44 yn dangos bod 40.4% (92) o gleifion gwrywaidd wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf a 66.0% (31) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 44 — Cleifion yn Ymosod ar Lafar ar Staff yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Amlder ▶	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Diogelwch uchel	52.2% (12)	8.7% (2)	13.0% (3)	8.7% (2)	8.7% (2)	8.7% (2)
Diogelwch canolig	46.9% (45)	19.8% (19)	11.5% (11)	5.2% (5)	12.5% (12)	4.2% (4)
Diogelwch isel	31.4% (49)	16.0% (25)	14.7% (23)	17.9% (28)	13.5% (21)	6.4% (10)
Cleifion Gwrywaidd	42.1% (96)	17.5% (40)	12.7% (29)	11.8% (27)	11.4% (26)	4.4% (10)
Cleifion Benywaidd	21.2% (10)	12.8% (6)	17.0% (8)	17.0% (8)	19.1% (9)	12.8% (6)

23.4. Ymddygiad sy'n peri Trafferth neu Ofid

Enghreifftiau o ymddygiadau: *Sŵn gormodol, gweiddi, ymddygiad gwrthgymdeithasol neu ymddygiad sy'n tarfu ar amgylchfyd therapiwtig ysbytai. Bwlio neu ymddygiad sy'n dychryn neu'n brawychu cleifion eraill.*

Yn ôl astudiaethau, mae chwarter o'r cleifion wedi gweld cleifion eraill yn cael eu bwlio mewn ysbytai diogel[197].

Gellir defnyddio trais ymhlith cleifion mewn ysbytai diogel er mwyn sefydlu dominyddiaeth a ffiniau tiriogaethol[198]. Gall gormod o sŵn beri ymateb ffisiolegol neu seicolegol annymunol mewn unigolyn ac mae'n effeithio ar iechyd meddwl a chorfforol[199].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 50.5% (139) o gleifion gofnod o un digwyddiad o leiaf o ymddygiad sy'n peri trafferth neu ofid ac roedd 72.7% (101) o blith y 139 o gleifion hyn wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Mae Ffigwr 45 yn cynrychioli'r nifer o gleifion sydd wedi cyflawni ymddygiad sy'n peri trafferth neu ofid, yn ôl dwyster ac amlder yr ymddygiad. Mae'n dangos mai'r ffurf fwyaf cyffredin o'r ymddygiad hwn yw wythnosol ac o ddwyster canolig.

Ffigwr 45 – Amlder a Dwyster Achosion o Gleifion yn Cyflawni Ymddygiad sy'n peri Trafferth neu Ofid

Amlder ▶ / Dwyster ▼	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Dim hanes	49.0% (135)	0	0	0	0	0
Dwyster isel	0	4.0% (11)	5.1% (14)	1.8% (5)	2.2% (6)	0
Dwyster canolig	0	7.3% (20)	5.5% (15)	4.4% (12)	8.0% (22)	5.8% (16)
Dwyster uchel	0	2.5% (7)	0.7% (2)	0.4% (1)	2.2% (6)	0.7% (2)

Mae cynnal awyrgylch di-gynnwrf a therapiwtig a lleihau rhyngweithiadau cymdeithasol negyddol rhwng cleifion yn ystyriaethau pwysig wrth benderfynu ar leoliad priodol mewn ysbyty diogel.

Mae Ffigwr 46 yn dangos y nifer o gleifion yn cyflawni ymddygiad sy'n peri trafferth neu ofid yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 26.1% (6) o'r cleifion mewn diogelwch uchel wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn y 90 diwrnod diwethaf, 32.3% (31) o gleifion mewn diogelwch canolig a 41.7% (65) o gleifion mewn diogelwch isel. Mae Ffigwr 46 yn dangos bod 34.2% (78) o gleifion gwrywaidd wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf a 51.1% (24) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 46 – Cleifion yn Cyflawni Ymddygiad sy'n peri Trafferth neu Ofid yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Amlder ▶	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Diogelwch uchel	65.2% (15)	8.7% (2)	4.3% (1)	0	4.3% (1)	17.4% (4)
Diogelwch canolig	50.0% (48)	17.7% (17)	8.3% (8)	5.2% (5)	13.5% (13)	5.2% (5)
Diogelwch isel	46.2% (72)	12.2% (19)	14.1% (22)	8.3% (13)	12.8% (20)	6.4% (10)
Cleifion Gwrywaidd	52.2% (119)	13.6% (31)	7.9% (18)	6.6% (15)	13.6% (31)	6.1% (14)
Cleifion Benywaidd	34.0% (16)	14.9% (7)	27.7% (13)	6.4% (3)	6.4% (3)	10.6% (5)

23.5. Ymddygiad Treisgar sy'n Peri Niwed i Gleifion Eraill

Enghreifftiau o ymddygiad: *Dyrnu, brathu, cicio, tynnu a gwthio, ac achosi poen corfforol neu anaf i gleifion eraill.*

Mae ymddygiad treisgar o fewn y gwasanaethau diogel yn gyffredin ac mae peth ymchwil i awgrymu bod chwarter o'r cleifion yn cyflawni trais yn erbyn cleifion eraill[200].

Canfuwyd cyfraddau cyffredinrwydd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 27.3% (75) o gleifion gofnod o un digwyddiad o leiaf o ymddygiad treisgar sy'n peri niwed i gleifion eraill ac roedd 38.7% (29) o blith y 75 o gleifion hyn wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Mae Ffigwr 47 yn cynrychioli'r nifer o gleifion sydd wedi cyflawni ymddygiad sy'n peri niwed i gleifion eraill, yn ôl dwyster ac amlder yr ymddygiad. Mae'n dangos mai'r ffurf fwyaf cyffredin o'r ymddygiad hwn a gofnodwyd yn ystod y 90 diwrnod diwethaf oedd unwaith neu ddwy o ddwyster canolig.

Ffigwr 47 — Amlder a Dwyster Achosion o Gleifion yn Cyflawni Ymddygiad Treisgar sy'n peri Niwed i Gleifion Eraill

Amlder ▶ / Dwyster ▼	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Dim hanes	73.1% (201)	0	0	0	0	0
Dwyster isel	0	0.7% (2)	1.5% (4)	0	0	0
Dwyster canolig	0	12.0% (33)	4.0% (11)	1.8% (5)	0	0
Dwyster uchel	0	4.0% (11)	1.5% (4)	0.7% (2)	1.1% (3)	0

Mae Ffigwr 48 yn dangos y nifer o gleifion yn cyflawni ymddygiad treisgar sy'n peri niwed i gleifion eraill yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 4.3% (1) o'r cleifion mewn diogelwch uchel wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn y 90 diwrnod diwethaf, 8.3% (8) o gleifion mewn diogelwch canolig a 12.2% (19) o gleifion mewn diogelwch isel. Mae Ffigwr 48 yn dangos bod 7.8% (18) o gleifion gwrywaidd wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf a 21.2% (10) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 48 — Cleifion yn Cyflawni Ymddygiad Treisgar Sydd Wedi Peri Niwed i Gleifion Eraill yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Amlder ▶	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Diogelwch uchel	82.6% (19)	13.4% (3)	4.3% (1)	0	0	0
Diogelwch canolig	78.1% (75)	13.5% (13)	5.2% (5)	2.1% (2)	1.0% (1)	0
Diogelwch isel	68.6% (107)	19.2% (30)	8.3% (13)	2.6% (4)	1.3% (2)	0
Cleifion Gwrywaidd	75.0% (171)	17.1% (39)	4.8% (11)	1.8% (4)	1.3% (3)	0
Cleifion Benywaidd	63.8% (30)	14.9% (7)	17.0% (8)	4.3% (2)	0	0

23.6. Ymddygiad Treisgar sy'n Peri Niwed i Staff

Enghraifft o ymddygiadau: *Dyrnu, brathu, cicio, tynnu a gwthio, ac achosi anaf corfforol i staff.*

Yn ôl amcangyfrif gan Sefydliad Iechyd y Byd, mae rhwng 8% a 38% o weithwyr iechyd yn dioddef trais corfforol yn ystod eu gyrfa[201]. Mae ofn cael eu hymosod gan gleifion yn debygol o gynyddu'r posibilrwydd i staff 'gadw pellter' yn gorfforol ac yn emosiynol rhag cleifion, a all arwain at gynnydd mewn ymyrraeth gyfyngol[202]. Mewn gwasanaethau diogelwch yn arbennig, yn ôl ymchwil mae 16% o gleifion yn dangos ymddygiad treisgar tuag at aelodau o staff[203].

Canfuwyd cyfraddau cyffredinrwydd ymddygiad treisgar tuag at staff uwch yn yr Adolygiad Cenedlaethol cyfredol, a bod gan 35.3% (97) o gleifion gofnod o un digwyddiad o leiaf o ymddygiad treisgar sy'n peri niwed i staff ac roedd 46.4% (45) o blith y 97 o gleifion hyn wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Mae Ffigwr 49 yn cynrychioli'r nifer o gleifion sydd wedi cyflawni ymddygiad sy'n peri niwed i staff, yn ôl dwyster ac amlder yr ymddygiad. Mae'n dangos mai'r ffurf fwyaf cyffredin o'r ymddygiad hwn a gofnodwyd yn ystod y 90 diwrnod diwethaf oedd unwaith neu ddwy o ddwyster canolig.

Ffigwr 49 — Amlder a Dwyster Achosion o Gleifion yn Cyflawni Ymddygiad Treisgar sy'n Peri Niwedi Staff

Amlder ▶ / Dwyster ▼	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Dim hanes	64.7% (178)	0	0	0	0	0
Dwyster isel	0	1.1% (3)	0.7% (2)	0	0	0
Dwyster canolig	0	10.5% (29)	8.0% (22)	2.2% (6)	1.1% (3)	0.7% (2)
Dwyster uchel	0	7.3% (20)	0.4% (1)	1.5% (4)	1.5% (4)	0.4% (1)

Mae Ffigwr 50 yn dangos y nifer o gleifion yn cyflawni ymddygiad treisgar sy'n peri niwed i staff yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 17.4% (4) o'r cleifion mewn diogelwch uchel wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn y 90 diwrnod diwethaf, 11.5% (11) o gleifion mewn diogelwch canolig a 20.5% (32) o gleifion mewn diogelwch isel. Mae Ffigwr 50 yn dangos bod 11.8% (27) o gleifion gwrywaidd wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf a 42.6% (20) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 50 — Cleifion yn Cyflawni Ymddygiad Treisgar Sydd Wedi Peri Niwed i Staff yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Amlder ▶	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Diogelwch uchel	65.2% (15)	17.4% (4)	8.7% (2)	4.3% (1)	4.3% (1)	0
Diogelwch canolig	74.0% (71)	14.6% (14)	4.2% (4)	3.1% (3)	3.1% (3)	1.0% (1)
Diogelwch isel	57.7% (90)	21.8% (34)	13.5% (21)	3.8% (6)	1.9% (3)	1.3% (2)
Cleifion Gwrywaidd	68.4% (156)	19.7% (45)	6.6% (15)	3.1% (7)	1.3% (3)	0.9% (2)
Cleifion Benywaidd	42.6% (20)	14.9% (7)	25.5% (12)	6.4% (3)	8.5% (4)	2.1% (1)

23.7. Ymddygiad Rhywiol Anaddas tuag at Gleifion Eraill

Enghreifftiau o ymddygiad: *Ymddygiad rhywiol byrbwyll neu'n rhywiol ymosodol tuag at gleifion eraill.*

Rhaid i ysbytai diogel atal, adrodd ac ymateb yn rhagweithiol i achosion o ddiogelwch rhywiol. Mae'n hanfodol bod staff yn cydnabod y niwed corfforol a seicolegol a achosir gan gamdriniaeth ac aflonyddwch rhywiol. Mae'n bwysig bod staff yn cydnabod bod rhai cleifion wedi profi achosion rhywiol o natur ymosodol yn y gorffennol, a sicrhau eu bod wedi'u hyfforddi i lynu wrth egwyddorion gofal yn seiliedig ar drawma[204].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 21.8% (60) o gleifion gofnod o un digwyddiad o leiaf o gyflawni ymddygiad rhywiol anaddas tuag at gleifion eraill ac roedd 51.7% (31) o blith y cleifion hyn wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf. Mae Ffigwr 51 yn cynrychioli'r nifer o gleifion sydd wedi cyflawni ymddygiad rhywiol anaddas tuag at gleifion, yn ôl dwyster ac amlder yr ymddygiad. Mae'n dangos mai'r ffurf fwyaf cyffredin o'r ymddygiad hwn a gofnodwyd yn ystod y 90 diwrnod diwethaf oedd unwaith neu ddwy o ddwyster isel.

Ffigwr 51 — Amlder a Dwyster Achosion o Gleifion yn Cyflawni Ymddygiad Rhywiol Anaddas tuag at Gleifion Eraill

Amlder ▶ / Dwyster ▼	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Dim hanes	78.2% (215)	0	0	0	0	0
Dwyster isel	0	2.9% (8)	4.0% (11)	0.7% (2)	0	0.4% (1)
Dwyster canolig	0	5.1% (14)	2.9% (8)	1.1% (3)	1.5% (4)	0.4% (1)
Dwyster uchel	0	2.5% (7)	0	0	0.4% (1)	0

Mae Ffigwr 52 yn dangos y nifer o gleifion yn cyflawni ymddygiad rhywiol anaddas tuag at gleifion eraill a achosodd niwed i staff yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 4.3% (1) o'r cleifion mewn diogelwch uchel wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn y 90 diwrnod diwethaf, 10.4% (10) o gleifion mewn diogelwch canolig a 12.8% (20) o gleifion mewn diogelwch isel. Mae Ffigwr 52 yn dangos bod 10.5% (24) o gleifion gwrywaidd wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf a 14.9% (7) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 52 — Cleifion yn Cyflawni Ymddygiad Rhywiol Anaddas tuag at Gleifion Eraill yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Amlder ▶	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Diogelwch uchel	91.3% (21)	4.3% (1)	0	4.3% (1)	0	0
Diogelwch canolig	78.1% (75)	11.5% (11)	8.3% (8)	0	2.1% (2)	0
Diogelwch isel	76.3% (119)	10.9% (17)	7.1% (11)	2.6% (4)	1.9% (3)	1.3% (2)
Cleifion Gwrywaidd	78.9% (180)	10.5% (24)	6.1% (14)	1.8% (4)	2.2% (5)	0.4% (1)
Cleifion Benywaidd	74.5% (35)	10.6% (5)	10.6% (5)	2.1% (1)	0	2.1% (1)

23.8. Ymddygiad Rhywiol Anaddas Tuag at Staff

Enghraifft o ymddygiadau: *Ymddygiad rhywiol byrbwyll neu'n rhywiol ymosodol tuag at staff.*

Rhaid i staff deimlo'n ddiogel rhag ymddygiad rhywiol diangen, yn hyderus bod eu diogelwch yn cael ei warchod ac yn gwybod pe baent yn adrodd digwyddiad diogelwch o natur rywiol, y gweithredir ar hynny[205].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 23.6% (65) o gleifion gofnod o un digwyddiad o leiaf o gyflawni ymddygiad rhywiol anaddas tuag at staff ac roedd 56.9% (37) o blith y 65 o'r cleifion hyn wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Mae Ffigwr 53 yn cynrychioli'r nifer o gleifion sydd wedi cyflawni ymddygiad rhywiol anaddas tuag at staff, yn ôl dwyster ac amlder yr ymddygiad. Mae'n dangos mai'r ffurf fwyaf cyffredin o'r ymddygiad hwn a gofnodwyd yn ystod y 90 diwrnod diwethaf oedd unwaith neu ddwyo ddwyster isel.

Ffigwr 53 — Amlder a Dwyster Achosion o Gleifion yn Cyflawni Ymddygiad Rhywiol Anaddas tuag at Staff

Amlder ▶ / Dwyster ▼	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Dim hanes	76.4% (210)	0	0	0	0	0
Dwyster isel	0	2.5% (7)	4.4% (12)	1.5% (4)	0	0.4% (1)
Dwyster canolig	0	5.5% (15)	1.8% (5)	1.5% (4)	3.3% (9)	0
Dwyster uchel	0	2.2% (6)	0.4% (1)	0	0	0.4% (1)

Mae Ffigwr 54 yn dangos y nifer o gleifion yn cyflawni ymddygiad rhywiol anaddas tuag at staff yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 8.7% (2) o'r cleifion mewn diogelwch uchel wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn y 90 diwrnod diwethaf, 17.7% (17) o gleifion mewn diogelwch canolig a 11.5% (18) o gleifion mewn diogelwch isel.

Mae Ffigwr 54 yn dangos bod 13.2% (30) o gleifion gwrywaidd wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf a 14.9% (7) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 54 — Cleifion yn Cyflawni Ymddygiad Rhywiol Anaddas tuag at Staff yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd.

Amlder ▶	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Diogelwch uchel	91.3% (21)	0	0	8.7% (2)	0	0
Diogelwch canolig	72.9% (70)	9 (9.1%)	10.4% (10)	3.1% (3)	4.2% (4)	0
Diogelwch isel	76.3% (119)	19 (12.2%)	5.1% (8)	1.9% (3)	3.2% (5)	1.3% (2)
Cleifion Gwrywaidd	75.9% (173)	11.0% (25)	6.1% (14)	3.1% (7)	3.5% (8)	0.4% (1)
Cleifion Benywaidd	78.7% (37)	6.4% (3)	8.5% (4)	2.1% (1)	2.1% (1)	2.1% (1)

23.9. Dianc

Enghraifft o ymddygiadau: *Y claf yn gwneud ei hun yn absennol yn fwriadol, heb ganiatâd yr ysbyty. Y claf ddim yn dychwelyd ar ôl absenoldeb fel y bwriadwyd.*

Mae dianc rhag gofal diogel yn destun pryder i'r gwasanaeth, y gymuned a'r claf. Er bod y diffiniadau a'r poblogaethau yn wahanol, yn ôl astudiaethau mae cyfraddau dianc o ysbytai diogel yn amrywio rhwng 14% — 20% [206,207].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 17.5% (48) o gleifion gofnod o un digwyddiad o leiaf o ddianc ac roedd 29.2% (14) o blith y 48 o'r cleifion hyn wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Mae Ffigwr 55 yn cynrychioli'r nifer o gleifion sydd wedi dianc yn ôl dwyster ac amlder yr ymddygiad. Mae'n dangos mai'r ffurf fwyaf cyffredin o'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf oedd unwaith neu ddwy.

Ffigwr 55 — Amlder Achosion o Gleifion yn Dianc

Amlder ▶ / Dwyster ▼	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Dim hanes	82.5% (227)	0	0	0	0
Dwyster isel	0	4.7% (13)	2.2% (6)	0	0
Dwyster canolig	0	5.8% (16)	2.5% (7)	0	0
Dwyster uchel	0	1.8% (5)	0.4% (1)	0	0

Ar gyfer cleifion sydd mewn risg o ddianc, mae'n bwysig ystyried y mesurau diogelwch sydd ar waith yn yr ysbyty diogel a all fod yn weithredol o ran atal achosion o ddianc, megis drysau dan glo neu ffensys. Dylid cynllunio pob cyfnod o absenoldeb yn ofalus ac os oes angen, dylid neilltuo staff medrus a phrofiadol i fynd gyda chleifion.

Mae Ffigwr 56 yn dangos y nifer o gleifion yn dianc yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 0% o'r cleifion mewn diogelwch uchel wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn y 90 diwrnod diwethaf, 3.1% (3) o gleifion mewn diogelwch canolig a 7.1% (11) o gleifion mewn diogelwch isel. Mae Ffigwr 56 yn dangos bod 4.8% (11) o gleifion gwrywaidd wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf a 6.4% (3) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 56 — Cleifion yn Dianc yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Amlder ▶	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Diogelwch uchel	100% (23)	0	0	0	0
Diogelwch canolig	86.5% (83)	10.4% (10)	3.1% (3)	0	0
Diogelwch isel	77.6% (121)	15.4% (24)	7.1% (11)	0	0
Cleifion Gwrywaidd	83.8% (191)	11.4% (26)	4.8% (11)	0	0
Cleifion Benywaidd	76.6% (36)	17.0% (8)	6.4% (3)	0	0

23.10. Camddefnyddio Sylweddau Anghyfreithlon

Enghraifft o ymddygiadau: *Cadw neu ddefnyddio sylweddau anghyfreithlon.*

Yn ôl astudiaethau, mae defnyddio sylweddau anghyfreithlon yn gyffredin mewn ysbytai iechyd meddwl[208,209,210]. Mewn ysbytai diogel, ystyrir bod camddefnyddio cyffuriau yn risg sylweddol i achosion treisgar[211]. Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 24.4% (67) o gleifion gofnod o un digwyddiad o leiaf o gamddefnyddio sylweddau anghyfreithlon ac roedd 14.9% (10) o blith y 67 o'r cleifion hyn wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf. Mae Ffigwr 57 yn cynrychioli'r nifer o gleifion sydd wedi camddefnyddio sylweddau anghyfreithlon yn ôl dwyster ac amlder yr ymddygiad. Mae'n dangos mai'r ffurf fwyaf cyffredin o'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf oedd unwaith neu ddwy o ddwyster canolig neu uchel.

Ffigwr 57 — Amlder a Dwyster Achosion o Gleifion sy'n Camddefnyddio Sylweddau Anghyfreithlon

Amlder ▶ Dwyster ▼	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Dim hanes	75.6% (208)	0	0	0	0
Dwyster isel	0	5.5% (15)	1.1% (3)	0	0
Dwyster canolig	0	7.6% (21)	2.5% (7)	0	0
Dwyster uchel	0	7.6% (21)	0	0	0

Mae Ffigwr 58 yn dangos y nifer o gleifion yn defnyddio sylweddau anghyfreithlon yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 0% o'r cleifion mewn diogelwch uchel wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn y 90 diwrnod diwethaf, 4.2% (4) o gleifion mewn diogelwch canolig a 3.8% (6) o gleifion mewn diogelwch isel. Mae Ffigwr 58 yn dangos bod 3.5% (8) o gleifion gwrywaidd wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf a 4.3% (2) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 58 — Cleifion yn Camddefnyddio Sylweddau anghyfreithlon yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Amlder ▶	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Iawn Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Diogelwch uchel	87.0% (20)	13.0% (3)	0	0	0	0
Diogelwch canolig	79.2% (76)	16.7% (16)	4.2% (4)	0	0	0
Diogelwch isel	71.8% (112)	24.4% (38)	3.8% (6)	0	0	0
Cleifion Gwrywaidd	75.9% (173)	20.6% (47)	3.5% (8)	0	0	0
Cleifion Benywaidd	74.5% (35)	21.3% (10)	4.3% (2)	0	0	0

23.11. Hunan-niwed

Enghraifft o ymddygiadau: *Y claf yn torri ei hun, taro ei hun, brathu ei hun, a thynnu ei wallt ei hun, yn taflu ei hun ar y llawr neu'n taro ei ben.*

Mae cyffredinrwydd hunan-niwed yn uchel iawn ymhlith cleifion mewn ysbytai diogel[212]. Yn ôl astudiaethau, gall defnyddio ymyraethau cyfyngol arwain at risg o gynnydd yn yr ymddygiad hunan-niweidio oherwydd bod cleifion yn teimlo'n 'rhwystredig'[213,214]. Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 35.3% (97) o gleifion gofnod o un digwyddiad o leiaf o hunan-niwed ac roedd 56.7% (55) o blith y 97 o gleifion hyn wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf. Mae Ffigwr 59 yn cynrychioli'r nifer o gleifion sydd wedi cyflawni hunan-niwed yn ôl dwyster ac amlder yr ymddygiad. Mae'n dangos mai'r ffurf fwyaf cyffredin o'r ymddygiad hwn a gofnodwyd yn ystod y 90 diwrnod diwethaf oedd unwaith neu ddwy o ddwyster canolig.

Ffigwr 59 — Amlder a Dwyster Achosion o Gleifion yn Cyflawni Hunan-niwed

Amlder ▶ Dwyster ▼	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Iawn Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Dim hanes	64.4% (177)	0	0	0	0	0
Dwyster isel	0	1.5% (4)	0.7% (2)	0.7% (2)	0	0
Dwyster canolig	0	9.8% (27)	5.1% (14)	4.7% (13)	3.3% (9)	1.8% (5)
Dwyster uchel	0	4.0% (11)	0.4% (1)	1.1% (3)	2.2% (6)	0

Mae Ffigwr 60 yn dangos y nifer o gleifion yn cyflawni hunan-niwed yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 17.4% (4) o'r cleifion mewn diogelwch uchel wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn y 90 diwrnod diwethaf, 16.7% (16) o gleifion mewn diogelwch canolig a 22.4% (35) o gleifion mewn diogelwch isel. Mae Ffigwr 60 yn dangos bod 12.7% (29) o gleifion gwrywaidd wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf a 55.3% (26) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 60 — Cleifion yn Cyflawni Hunan-niwed yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Amlder ▶	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Iawn Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Diogelwch uchel	65.2% (15)	17.4% (4)	0	8.7% (2)	4.3% (1)	4.3% (1)
Diogelwch canolig	66.7% (64)	16.7% (16)	5.2% (5)	4.2% (4)	5.2% (5)	2.1% (2)
Diogelwch isel	62.8% (98)	14.7% (23)	7.7% (12)	7.7% (12)	5.8% (9)	1.3% (2)
Cleifion Gwrywaidd	71.1% (162)	16.2% (37)	4.4% (10)	4.4% (10)	2.2% (5)	1.8% (4)
Cleifion Benywaidd	31.9% (15)	12.8% (6)	14.9% (7)	17.0% (8)	21.3% (10)	2.1% (1)

23.12. Niwed Seicolegol gan Eraill (Bregusrwydd)

Enghraifft o ymddygiadau: *Y claf yn cael ei fwlio, ei orfodi ac yn cael niwed emosiynol gan gleifion eraill.*

Yn ôl astudiaethau, mae cyfraddau uwch o fwlio rhwng cleifion mewn ysbytai diogel[215,216]. Gall cleifion niwroamrywiol fod yn arbennig o fregus i hyn[217].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 27.3% (75) o gleifion gofnod o un digwyddiad o leiaf o niwed seicolegol gan gleifion eraill ac roedd 44% (33) o blith y cleifion hyn wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Mae Ffigwr 61 yn cynrychioli'r nifer o gleifion sydd wedi profi niwed seicolegol gan gleifion eraill, yn ôl dwyster ac amlder yr ymddygiad. Mae'n dangos mai'r ffurf fwyaf cyffredin o'r ymddygiad hwn a gofnodwyd yn ystod y 90 diwrnod diwethaf oedd unwaith neu ddwy o ddwyster canolig.

Ffigwr 61 — Amlder a Dwyster Achosion o Niwed Seicolegol gan Gleifion Eraill

Amlder ▶ / Dwyster ▼	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Iawn Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Dim hanes	72.7% (200)	0	0	0	0	0
Dwyster isel	0	2.9% (8)	1.8% (5)	0.4% (1)	0	0
Dwyster canolig	0	9.5% (26)	5.1% (14)	0.4% (1)	1.1% (3)	0.4% (1)
Dwyster uchel	0	2.9% (8)	2.2% (6)	0	0.4% (1)	0.4% (1)

Mae Ffigwr 62 yn dangos y nifer o gleifion sydd wedi profi niwed seicolegol gan gleifion eraill yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 4.3% (1) o'r cleifion mewn diogelwch uchel wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn y 90 diwrnod diwethaf, 8.2% (8) o gleifion mewn diogelwch canolig a 15.4% (24) o gleifion mewn diogelwch isel. Mae Ffigwr 62 yn dangos bod 10.1% (23) o gleifion gwrywaidd wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn ystod y 90 diwrnod diwethaf a 21.3% (10) o gleifion benywaidd.

Ffigwr 62 — Cleifion yn profi Niwed Seicolegol gan Gleifion Eraill yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Amlder ▶	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Iawn Yn Fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Diogelwch uchel	78.3% (18)	17.4% (4)	4.3% (1)	0	0	0
Diogelwch canolig	81.3% (78)	10.4% (10)	6.3% (6)	0	1.0% (1)	1.0% (1)
Diogelwch isel	66.7% (104)	17.9% (28)	12.2% (19)	1.3% (2)	1.3% (2)	0.7% (1)
Cleifion Gwrywaidd	77.2% (176)	12.7% (29)	7.5% (17)	0.9% (2)	1.3% (3)	0.4% (1)
Cleifion Benywaidd	51.1% (24)	27.7% (13)	17.0% (8)	0	2.1% (1)	2.1% (1)

24. Ymyraethau Cyfyngol

Fel y trafodwyd eisoes yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, gall ymddygiad heriol fygwth diogelwch emosiynol a/neu gorfforol y claf a/neu gleifion eraill, ymwelwyr, staff.

Mae atal niwed o'r fath yn gofyn ymateb gan staff a all gyfyngu symudiad, rhyddfreiniau neu ryddid yr unigolyn i weithredu'n annibynnol, a gelwir y rhain yn 'ymyraethau cyfyngol'. Dylid defnyddio ymyraethau cyfyngol dim ond ar ôl rhoi cynnig ar yr holl strategaethau eraill neu, mewn achos brys, pan mae'r risgiau sydd ynghlwm â pheidio â defnyddio ymyrraeth gyfyngol yn fwy na'r risgiau sydd ynghlwm â'i defnyddio[218]. Ni ddylid defnyddio ymyraethau cyfyngol i gosbi, achosi poen, dioddefaint na chywilydd, nac i sefydlu dominyddiaeth[219]. Gall rhai ymyraethau cyfyngol, megis ataliaeth a gwahanu, fod yn beryglus ac yn y gorffennol maent wedi cyfrannu at drychinebau[220]. Dylai ymyraethau cyfyngol gynnwys y radd leiaf o rym, am gyn lleied o amser â phosibl a chan ystyried hunan-barch, urddas, preifatrwydd, gwerthoedd diwylliannol ac anghenion unigol y claf.

Yn ddiweddar cyhoeddodd Lywodraeth Cymru Fframwaith ar gyfer Lleihau Arferion Cyfyngol mewn ymgais i leihau'r defnydd o ymyraethau cyfyngol[221], gweler **Bocs 3**.



Bocs 3: Y Fframwaith ar gyfer Lleihau Arferion Cyfyngol

Bwriad y fframwaith yw hyrwyddo mesurau a fydd yn arwain at leihad yn yr ymarferion cyfyngol ac mae'n ceisio sicrhau pryd bynnag y defnyddir arferion cyfyngol, a hynny fel yr opsiwn olaf un er mwyn atal niwed i'r unigolyn ei hun neu i eraill, bod hyn ar sail cynllunio sy'n seiliedig ar yr unigolyn, o fewn cyd-destun lleoliad y gwasanaeth ac mewn modd sy'n diogelu'r unigolyn, y rheini mae'n rhyngweithio â nhw, a'r rheini sy'n darparu gwasanaethau iddo.

Amcan therapiwtig y rhan fwyaf o ymyraethau cyfyngol yw 'adennill ymdeimlad o reolaeth'. Dylai cyfiawnhad cyfreithiol a moesol, megis anghenraid, rhesymoldeb a chymesuroldeb gefnogi'r tîm clinigol i ymgymryd â dadansoddiadau o'r risg a'r buddion, er y gall hyn fod yn gymhleth, yn enwedig yng nghyd-destun ymateb uniongyrchol[222].

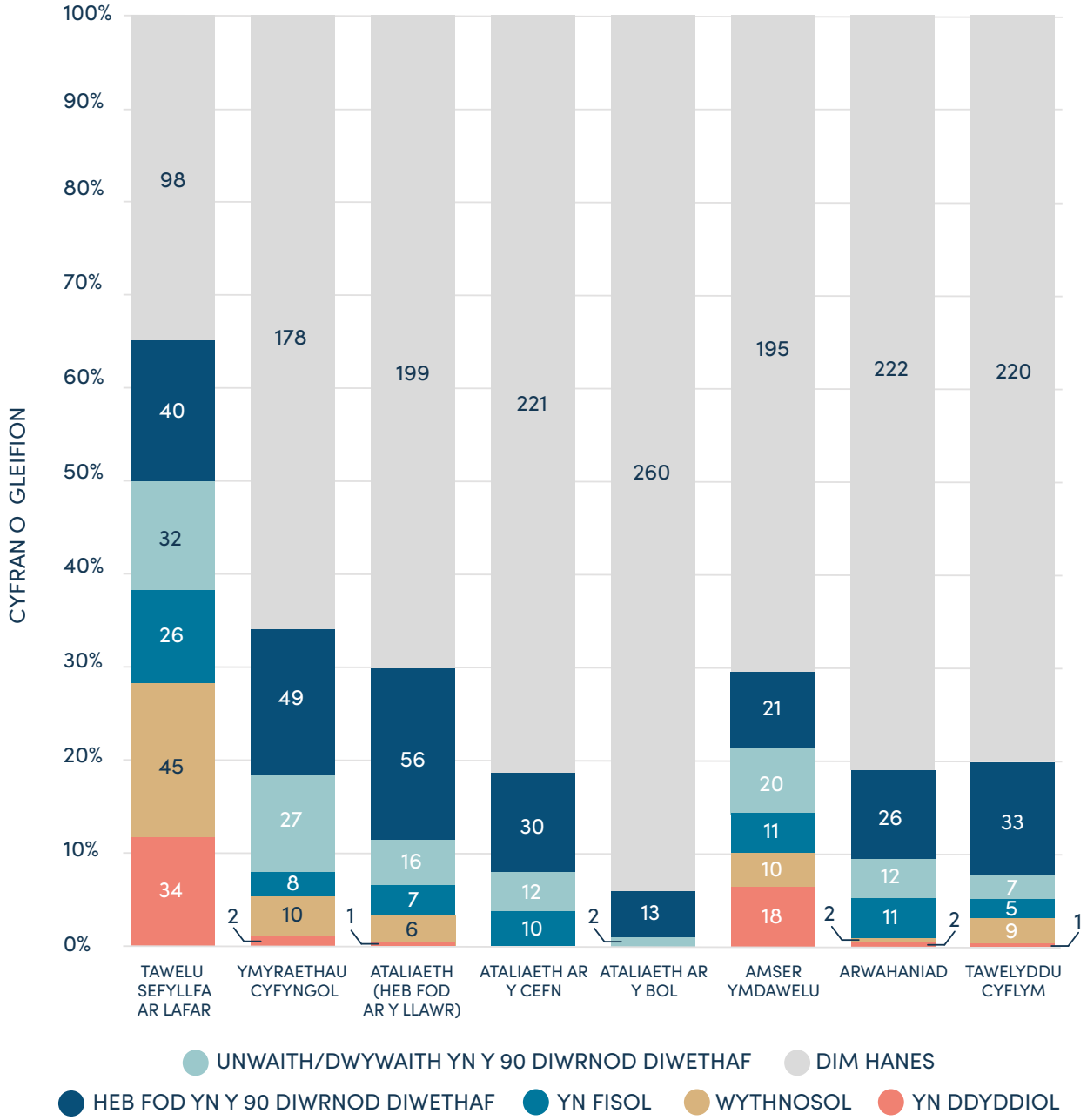
Archwiliwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn y 7 ymyrraeth ganlynol sy'n cael eu defnyddio i fynd i'r afael ag ymddygiadau heriol, yn ddibynnol ar risg ac ymateb. Nid yw 'tawelu sefyllfa ar lafar' yn cael ei ddosbarthu'n ymyrraeth gyfyngol, ond caiff ei gynnwys er cyflawnder:

1. Tawelu sefyllfa ar lafar.
2. Amser ymdawelu.
3. Ataliaeth (heb fod ar y llawr).
4. Ataliaeth ar y Cefn.
5. Ataliaeth ar y Bol.
6. Arwahanu mewn cyfleuster arbennig.
7. Tawelyddu cyflym.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 68% (187) o gleifion wedi derbyn un neu fwy o ymyraethau cyfyngol, a bod 13.1% (36) wedi derbyn un neu fwy o ymyraethau cyfyngol yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Mae Ffigwr 63 yn dangos y nifer o gleifion sydd wedi derbyn pob un o'r wyth ymyraethau cyfyngol hyn, ac yn dangos mai tawelu sefyllfa ar lafar yw'r ymyrraeth fwyaf cyffredin a ddefnyddiwyd yn ystod y 90 diwrnod diwethaf, gyda 49.8% (137) o gleifion wedi cael profiad o'r ymyrraeth honno.

Ffigwr 63 — Ymyraethau Cyfyngol yn ôl Math a Chyfran o Gleifion



Y nifer o gleifion a dderbyniodd un neu fwy o ymyraethau cyfyngol, yn ôl math ysbyty diogel oedd:

- 39.1% (9) o gleifion gwrywaidd mewn diogelwch uchel wedi derbyn un neu fwy o ymyraethau cyfyngol yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.
- 40.0% (30) o gleifion gwrywaidd mewn diogelwch canolig wedi derbyn un neu fwy o ymyraethau cyfyngol yn ystod y 90 diwrnod diwethaf, a 60% (12) o gleifion benywaidd.
- 59.3% (73) o gleifion gwrywaidd mewn diogelwch isel wedi derbyn un neu fwy o ymyraethau cyfyngol yn ystod y 90 diwrnod diwethaf, a 72.7% (24) o gleifion benywaidd.

24.1. Tawelu Sefyllfa ar Lafar

Ymyrraeth: *Mae'r ymyrraeth hon yn cynnwys defnyddio sgiliau heb fod yn gorfforol, megis iaith y corff, iaith ddi-gynnwrf a thechnegau cyfathrebu i atal neu dawelu sefyllfa fygythiol. Mae technegau cyfathrebu o'r fath yn cynnwys tynnu sylw, annog a rhoi sicrwydd.*

Tawelu yw defnyddio sgiliau cyfathrebu ar lafar a heb fod ar lafar i liniaru dicter ac osgoi ymddygiad ymosodol[223]. Dylai tawelu fod yr ymateb cyntaf i drais ac ymddygiad treisgar posibl[224]. Mae ffocws cynyddol ar ddefnyddio dulliau ataliol a thawelu er mwyn rheoli ymddygiad heriol[225].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod 64.7% (178) o gleifion wedi bod yn destun tawelu ar lafar, a 50.2% (138) ohonynt yn ystod y 90 diwrnod diwethaf. Mae Ffigwr 64 yn dangos cleifion yn destun tawelu ar lafar yn ôl amlder, math o ysbyty diogel a rhywedd.

Ffigwr 64 — Cleifion yn Destun Tawelu Ar Lafar yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Dynion			Merched	
Amlder▼	**Diogelwch uchel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch uchel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch isel**
Dim hanes	60.9% (14)	48.1% (37)	32.5% (40)	25% (5)	3% (1)
Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	8.7% (2)	15.6% (12)	16.2% (20)	15% (3)	9% (3)
Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	4.3% (1)	7.8% (6)	11.3% (14)	20% (4)	18% (6)
Yn Aml: Yn fisol	4.3% (1)	6.5% (5)	13.8% (17)	5% (1)	6% (2)
Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	0	14.3% (11)	19.5% (24)	20% (4)	18.1% (6)
Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol	21.7% (5)	7.8% (6)	10.5% (13)	10% (2)	30.3% (10)

Mae Ffigwr 65 yn dangos y nifer o gleifion, fel cyfran o'r holl gleifion sydd wedi bod yn destun tawelu ar lafar yn ôl rhywedd, ac mae'n dangos bod cleifion benywaidd, 74.5% (35), wedi bod yn destun y math hwn o ymyrraeth yn fwy aml na chleifion gwrywaidd, 45.1% (103), yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Ffigwr 65 — Cleifion yn Destun Tawelu Ar Lafar yn ôl Amlder a Rhywedd

	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Dynion Gwrywaidd	39.9% (91)	14.9% (34)	9.2% (21)	10.1% (23)	15.4% (35)	10.5% (24)
Cleifion Benywaidd	12.8% (6)	12.8% (6)	21.3% (10)	6.4% (3)	21.3% (10)	25.5% (12)

24.2. Amser Ymdawelu

Ymyrraeth: *Staff yn rheoli risg y claf drwy ei wahanu oddi wrth cleifion eraill neu ardaloedd ar y ward, ac eithrio staff.*

Mae 'amser ymdawelu' yn ymyrraeth wedi'i threfnu sy'n cyfyngu mynediad y claf i ardaloedd a/neu at weithgareddau penodol[226]. Dylid gweithredu amser ymdawelu fel rhan o gynllun ymddygiad strwythuredig er mwyn cyflawni newid yn ymddygiad y claf dros gyfnod o amser. Y gwahaniaeth rhwng amser ymdawelu a chadw rhywun ar wahân yw bod y staff yn parhau i fod gyda'r claf, ac nid yw amser ymdawelu yn ddibynnol ar roi claf mewn ystafell benodol[227].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod 29.5% (81) o gleifion wedi bod yn destun amser ymdawelu, a 21.5% (59) ohonynt yn ystod y 90 diwrnod diwethaf. Mae Ffigwr 66 yn dangos cleifion yn destun amser ymdawelu yn ôl amlder, math o ysbyty diogel a rhywedd.

Ffigwr 66 — Cleifion yn Destun Amser Ymdawelu yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Dynion			Merched	
Amlder▼	**Diogelwch uchel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch isel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch isel**
Dim hanes	73.9% (17)	76.6% (59)	74.2% (95)	47.4% (9)	50.0% (14)
Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	4.3% (1)	6.5% (5)	7.8% (10)	10.5% (2)	14.3% (4)
Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	0	5.2% (4)	6.3% (8)	10.5% (2)	21.4% (6)
Yn Aml: Yn fisol	4.3% (1)	1.3% (1)	4.7% (6)	10.5% (2)	0
Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	0	5.2% (4)	3.9% (5)	5.3% (1)	0
Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol	17.4% (4)	5.2% (4)	3.1% (4)	15.8% (3)	14.3% (4)

Mae Ffigwr 67 yn dangos y nifer o gleifion, fel cyfran o'r holl gleifion sydd wedi bod yn destun amser ymdawelu yn ôl rhywedd, ac mae'n dangos bod cleifion benywaidd, 38.3% (18), wedi bod yn destun y math hwn o ymyrraeth yn fwy aml na chleifion gwrywaidd, 18% (41), yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Ffigwr 67 — Cleifion yn Destun Amser Ymdawelu yn ôl Amlder a Rhywedd

	Dim hanes	**Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf**	**Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf**	**Yn Aml: Yn fisol**	**Yn Aml Iawn: Yn wythnosol**	**Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol**
Cleifion Gwrywaidd	75.0% (171)	7.0% (16)	5.3% (12)	3.5% (8)	3.9% (9)	5.3% (12)
Cleifion Benywaidd	48.9% (23)	12.8% (6)	17.0% (8)	4.3% (2)	2.1% (1)	14.9% (7)

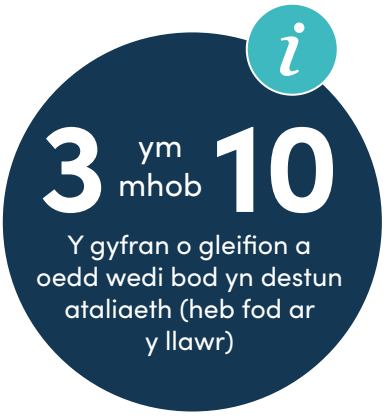
24.3. Ataliaeth (Heb fod ar y Llawr)

Ymyrraeth: *Mae'r ymyrraeth gyfyngol hon yn cynnwys y staff yn rheoli risg y claf drwy ddefnyddio cyfyngiad corfforol ymarferol tra bod y claf naill ai'n sefyll, yn eistedd neu'n penlinio.*
Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod 28.7% (79) o gleifion wedi bod yn destun ataliaeth (heb fod ar y llawr), a 12% (33) ohonynt yn ystod y 90 diwrnod diwethaf. Mae Ffigwr 68 yn dangos cleifion, fel cyfran o'r cleifion yn y lleoliad hwnnw, yn destun ataliaeth (heb fod ar y llawr), yn ôl amlder, math o ysbyty diogel a rhywedd.

Ffigwr 68 — Cleifion yn Destun Ataliaeth (Heb fod ar y Llawr), yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Dynion			Merched	
Amlder▼	**Diogelwch uchel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch isel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch isel**
Dim hanes	73.9% (17)	85.7% (66)	74.2% (95)	47.4% (9)	39.3% (11)
Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	13.0% (3)	10.4% (8)	17.2% (22)	31.6% (6)	25.0% (7)
Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	8.7% (2)	1.3% (1)	6.3% (8)	0	21.4% (6)
Yn Aml: Yn fisol	13.0% (3)	1.3% (1)	0.8% (1)	10.5% (2)	7.1% (2)
Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	0	1.3% (1)	0.8% (1)	10.5% (2)	7.1% (2)
Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol	0	0	0.8% (1)	0	0

Mae Ffigwr 69 yn dangos y nifer o gleifion, fel cyfran o'r holl gleifion, sydd wedi bod yn destun ataliaeth (heb fod ar y llawr), yn ôl rhywedd, ac mae'n dangos bod cleifion benywaidd, 29.8% (14), wedi bod yn destun y math hwn o ymyrraeth yn fwy aml na chleifion gwrywaidd, 7.5% (17), yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.



Ffigwr 69 — Cleifion yn Destun Ataliaeth (Heb fod ar y Llawr), yn ôl Amlder a Rhywedd

	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Cleifion Gwrywaidd	78.1% (178)	14.5% (33)	4.8% (11)	1.3% (3)	0.9% (2)	0.4% (1)
Cleifion Benywaidd	42.6% (20)	27.7% (13)	12.8% (6)	8.5% (4)	8.5% (4)	0

24.4. Ataliaeth ar y Cefn

Ymyrraeth: *Mae'r ymyrraeth gyfyngol hon yn cynnwys y staff yn rheoli risg y claf gan ddefnyddio cyfyngiad corfforol ymarferol tra bod y claf ar ei gefn, fel arfer ar y llawr neu ar wely.*

Casglwyd gwybodaeth yn ymwneud ag ataliaeth ar y cefn mewn perthynas â 273 o gleifion. Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod 19.4% (53) o'r 273 o gleifion wedi bod yn destun ataliaeth ar y cefn, a 8.4% (23) ohonynt yn ystod y 90 diwrnod diwethaf. Mae Ffigwr 70 yn dangos cleifion, fel cyfran o'r cleifion yn y lleoliad hwnnw, yn destun ataliaeth ar y cefn, yn ôl amlder, math o ysbyty diogel a rhywedd.

Ffigwr 70 — Cleifion yn Destun Ataliaeth ar y Cefn, yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Dynion			Merched	
Amlder▼	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel
Dim hanes	73.9% (17)	89.5% (68)	82.8% (106)	68.4% (13)	57.1% (16)
Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	4.3% (1)	10.5% (8)	11.0% (14)	10.5% (2)	17.9% (5)
Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	17.4% (4)	0	4.7% (6)	5.3% (1)	7.1% (2)
Yn Aml: Yn fisol	4.3% (1)	0	0.8% (1)	15.8% (3)	17.9% (5)
Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	0	0	0	0	0
Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol	0	0	0	0	0

Mae Ffigwr 71 yn dangos y nifer o gleifion, fel cyfran o'r holl gleifion sydd wedi bod yn destun ataliaeth ar y cefn, yn ôl rhywedd, ac mae'n dangos bod cleifion benywaidd, 23.4% (11), wedi bod yn destun y math hwn o ymyrraeth yn fwy aml na chleifion gwrywaidd, 5.3% (12), yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Ffigwr 71 — Cleifion yn Destun Ataliaeth ar y Cefn, yn ôl Amlder a Rhywedd

	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Cleifion Gwrywaidd	84.5% (191)	10.2% (23)	4.4% (10)	0.9% (2)	0	0
Cleifion Benywaidd	61.7% (29)	14.9% (7)	6.4% (3)	17.0% (8)	0	0

24.5. Ataliaeth ar y Bol

Ymyrraeth: *Mae'r ymyrraeth gyfyngol hon yn cynnwys y staff yn rheoli risg y claf gan ddefnyddio cyfyngiad corfforol ymarferol tra bod y claf ar ei fol, fel arfer ar y llawr neu ar wely.* Ni ddylid cynllunio i atal rhywun ar ei fol, neu wneud hynny'n fwriadol[228]. Nodir yng Nghod Ymarfer Iechyd Meddwl Cymru y dylid defnyddio ataliaeth ar y bol dan 'amgylchiadau eithriadol' yn unig, a phan mae'n hanfodol er mwyn cynnal diogelwch y claf ac eraill[229]. Weithiau, yn ystod achos o atal/digwyddiad, gall y claf droi ar ei fol yn anfwriadol. Pan ddefnyddir ataliaeth ar y bol, dylid symud y claf i safle ataliaeth ar y cefn cyn gynted â phosibl er mwyn osgoi anaf.

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod 5.1% (14) o gleifion wedi bod yn destun ataliaeth ar y bol, a 0.7% (2) ohonynt yn ystod y 90 diwrnod diwethaf. Mae Ffigwr 72 yn dangos cleifion, fel cyfran o'r cleifion yn y lleoliad hwnnw, yn destun ataliaeth ar y bol, yn ôl amlder, math o ysbyty diogel a rhywedd.

Ffigwr 72 — Cleifion yn Destun Ataliaeth ar y Bol, yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Dynion			Merched	
Amlder▼	**Diogelwch uchel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch isel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch isel**
Dim hanes	95.7% (22)	93.5% (72)	95.3% (122)	89.5% (17)	100% (28)
Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	0	6.5% (5)	4.7% (6)	5.3% (1)	0
Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	4.3% (1)	0	0	5.3% (1)	0
Yn Aml: Yn fisol	0	0	0	0	0
Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	0	0	0	0	0
Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol	0	0	0	0	0

Mae Ffigwr 73 yn dangos y nifer o gleifion, fel cyfran o'r holl gleifion, sydd wedi bod yn destun ataliaeth ar y bol, yn ôl rhywedd, ac mae'n dangos bod cleifion benywaidd, 2.1% (1), wedi bod yn destun y math hwn o ymyrraeth yn fwy aml na chleifion gwrywaidd, 0.4% (1), yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Ffigwr 73 — Cleifion yn Destun Ataliaeth ar y Bol, yn ôl Amlder a Rhywedd

	Dim hanes	**Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf**	**Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf**	**Yn Aml: Yn fisol**	**Yn Aml Iawn: Yn wythnosol**	**Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol**
Cleifion Gwrywaidd	94.7% (126)	4.8% (11)	0.4% (1)	0	0	0
Cleifion Benywaidd	95.7% (45)	2.1% (1)	2.1% (1)	0	0	0

24.6. Arwahaniad

Ymyrraeth: *Mae'r ymyrraeth gyfyngol hon yn cynnwys y staff yn rheoli risg y claf drwy wahanu'r claf oddi wrth cleifion eraill, fel arfer mewn ardal ddynodedig, ac yn sgil hynny ni chaiff adael yr ardal honno.*

Arwahaniad yw cadw claf mewn ardal â lefel isel o ysgogiad er mwyn rheoli sefyllfa pan mae risg uchel o anaf i staff neu gleifion eraill[230]. Ni ddylid byth defnyddio arwahaniad i reoli hunan-niwed neu ymddygiad hunanladdol[231]. Dylai'r ystafelloedd sy'n cael eu defnyddio ar gyfer arwahaniad fod wedi'u hadeiladu'n addas at y diben gydag ystafell wely, lolfa ac ystafell ymolchi ar wahân, a mynediad uniongyrchol i ardal awyr agored[232].

Ystyrir arwahaniad yn rhywbeth yn y tymor byr, hyd at 48 awr, ac mae'r term 'arwahaniad' wedi'i ddefnyddio i ddisgrifio arwahaniadau tymor hirach.

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod 19.3% (53) o gleifion wedi bod yn destun arwahaniad, a 9.8% (27) ohonynt yn ystod y 90 diwrnod diwethaf. Mae Ffigwr 74 yn dangos cleifion, fel cyfran o'r cleifion yn y lleoliad hwnnw, yn destun arwahaniad, yn ôl amlder, math o ysbyty diogel a rhywedd.

Ffigwr 74 — Cleifion yn Destun Arwahaniad yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Dynion			Merched	
Amlder▼	**Diogelwch uchel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch isel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch isel**
Dim hanes	87.0% (20)	81.8% (63)	79.7% (102)	57.9% (11)	89.3% (25)
Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	4.3% (1)	9.1% (7)	9.4% (12)	26.3% (5)	3.6% (1)
Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	0	5.2% (4)	6.3% (8)	0	0
Yn Aml: Yn fisol	0	3.9% (3)	3.1% (4)	15.8% (3)	3.6% (1)
Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	0	0	0	0	3.6% (1)
Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol	8.7% (2)	0	0.4% (1)	0	0

Mae Ffigwr 75 yn dangos y nifer o gleifion, fel cyfran o'r holl gleifion sydd wedi bod yn destun arwahaniad, yn ôl rhywedd, ac mae'n dangos bod cleifion benywaidd, 10.6% (5), wedi bod yn destun y math hwn o ymyrraeth yn fwy aml na chleifion gwrywaidd, 9.6% (22), yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Ffigwr 75 — Cleifion yn Destun Arwahaniad, yn ôl Amlder a Rhywedd

	Dim hanes	Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	Yn Aml: Yn fisol	Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol
Cleifion Gwrywaidd	81.6% (186)	8.8% (20)	5.3% (12)	3.1% (7)	0	1.3% (3)
Cleifion Benywaidd	76.6% (36)	12.8% (6)	0	8.5% (4)	2.1% (1)	0

24.7. Tawelyddu Cyflym

Ymyrraeth: *Mae'r ymyrraeth gyfyngol hon yn cynnwys staff yn rhoi meddyginiaeth benodol yn ôl yr angen ac ar unwaith er mwyn rheoli ymddygiad heriol. Gellir rhoi'r feddyginiaeth hon drwy'r geg, neu drwy bigiad.*

Tawelyddu cyflym yw rhoi meddyginiaeth i ysgogi ymdeimlad o 'dawelwch' heb roi'r claf mewn cyflwr anymwybodol, ac felly mae'n lleihau risg ac yn cynnal cyfathrebiad. Pan ddefnyddir tawelyddu cyflym, argymhellir i feddyg uwch adolygu'r presgripsiwn yn ddyddiol, a'i bod hi'n amlwg pam y defnyddiwyd yr ymyrraeth hon ac o dan ba amgylchiadau y defnyddiwyd hi[234].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod 20% (55) o gleifion wedi bod yn destun tawelyddu cyflym, a 8.4% (23) ohonynt yn ystod y 90 diwrnod diwethaf. Mae Ffigwr 76 yn dangos cleifion, fel cyfran o'r cleifion yn y lleoliad hwnnw, yn destun tawelyddu cyflym, yn ôl amlder, math o ysbyty diogel a rhywedd.

Ffigwr 76 — Cleifion yn Destun Tawelyddu Cyflym yn ôl Amlder, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Dynion			Merched	
Amlder▼	**Diogelwch uchel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch isel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch isel**
Dim hanes	100% (23)	85.7% (66)	80.5% (103)	73.7% (14)	50.0% (14)
Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf	0	9.1% (7)	10.2% (13)	10.5% (2)	35.7% (10)
Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf	0	0	3.1% (4)	5.3% (1)	10.7% (3)
Yn Aml: Yn fisol	0	1.3% (1)	1.6% (2)	10.5% (2)	0
Yn Aml Iawn: Yn wythnosol	0	2.6% (2)	4.7% (6)	0	3.6% (1)
Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol	0	1.3% (1)	0	0	0

Mae Ffigwr 77 yn dangos y nifer o gleifion, fel cyfran o'r holl gleifion sydd wedi bod yn destun tawelyddu cyflym, yn ôl rhywedd, ac mae'n dangos bod cleifion benywaidd, 14.8% (7), wedi bod yn destun y math hwn o ymyrraeth yn fwy aml na chleifion gwrywaidd, 7% (16), yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Ffigwr 77 — Cleifion yn Destun Tawelyddu Cyflym yn ôl Amlder a Rhywedd

	Dim hanes	**Hanes: Heb fod yn y 90 diwrnod diwethaf**	**Yn Anaml: Unwaith/ dwywaith yn y 90 diwrnod diwethaf**	**Yn Aml: Yn fisol**	**Yn Aml Iawn: Yn wythnosol**	**Yn Aml Dros Ben: Yn ddyddiol**
Cleifion Gwrywaidd	84.2% (192)	8.8% (20)	1.8% (4)	1.3% (3)	3.5% (8)	0.4% (1)
Cleifion Benywaidd	59.6% (28)	25.5% (12)	8.5% (4)	4.3% (2)	2.1% (1)	0

25. Arsylwi Cleifion

'Arsylwi' yw'r term a ddefnyddir pan mae un neu fwy o aelodau o staff yn gwylio, yn cefnogi, yn tywys neu'n ymgysylltu â chlaf penodol at ddibenion lliniaru neu reoli risg. Dylid ystyried arsylwi yn bartneriaeth rhwng y tîm aml-ddisgyblaethol a'r claf a'r gofalwyr ac ni ddylai fod yn gosbol nac yn gadwriaethol[235]. Yn ogystal, dylid ystyried arsylwi yn agwedd annatod ar ymgysylltu â chleifion yn hytrach na 'thasg'[236], gan ei fod yn cynnig cyfle i gleifion a staff fagu perthnasoedd therapiwtig dibynadwy[237].

Gellir arsylwi ar wahanol 'lefelau', wedi'u dynodi i gyfnodau o amser gwahanol neu ddwyster staff, megis 'arsylwadau ysbeidiol' neu 'arsylwadau cyson'.

Yn ôl rhai astudiaethau, nid oes buddiannau amlwg ynghlwm ag arsylwadau ysbeidiol ac felly ni ddylid eu defnyddio mwyach[238], gan fod ymwybyddiaeth o 'leoliad cleifion yn cefnogi arfer nyrsio dda, ond ni ddylid ei ystyried yn rhan o'r broses arsylwi'[239].

Mae rhai ardaloedd wedi cynnig gwyro oddi wrth arsylwadau a defnyddio gofal personol, rhagweithiol ac ymatebol yn canolbwyntio ar atal ac ymyrraeth gynnar[240].

Mae Ffigwr 78 yn dangos y nifer o gleifion yn destun arsylwadau yn ôl amlder, math o ysbyty diogel a rhywedd. Mae Ffigwr 78 yn dangos bod 59.6% (28) o gleifion benywaidd wedi bod yn destun arsylwadau ar ddiwrnod yr archwiliad, mewn cymhariaeth â 25.9% (59) o gleifion gwrywaidd. Roedd mwy o gleifion, 41.7% (40), mewn diogelwch canolig yn destun arsylwadau mewn cymhariaeth â diogelwch uchel, 30.4% (7), a diogelwch isel, 25.6% (40).



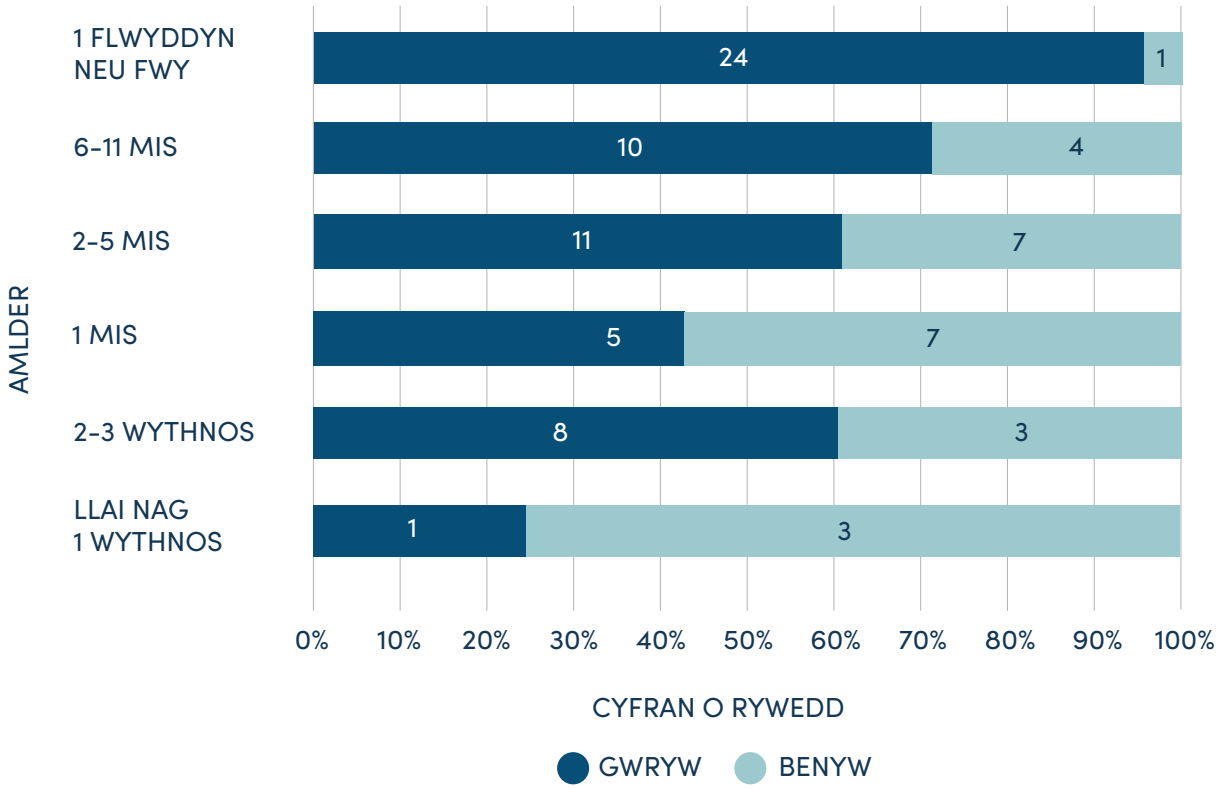
Ffigwr 78 — Nifer o Gleifion yn Destun Arsylwadau yn ôl y Lefel, Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Dynion			Merched		Yn gyffredinol
Math o Arsylwadau	**Diogelwch uchel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch isel**	**Diogelwch canolig**	**Diogelwch isel**	
Ddim yn destun arsylwadau	69.6% (16)	62.3% (48)	82.0% (105)	42.1% (8)	39.3% (11)	**68.4% (188)**
Yn destun arsylwadau ysbeidiol yn fwy aml na phob awr	0	3.9% (3)	3.9% (5)	10.5% (2)	3.6% (1)	**4.0% (11)**
Yn destun arsylwadau ysbeidiol yn llai aml na phob awr	26.0% (6)	29.9% (23)	9.4% (12)	21.1% (4)	39.3% (11)	**20.4% (56)**
Yn destun arsylwadau parhaus gan un aelod o staff	0	2.6% (2)	3.1% (4)	21.1% (4)	10.7% (3)	**4.7% (13)**
Yn destun arsylwadau parhaus gan ddau neu fwy o aelodau o staff	4.3% (1)	1.3% (1)	1.6% (2)	5.3% (1)	7.1% (2)	**2.5% (7)**

Yn ôl rhai astudiaethau, mae arsylwadau yn aneffeithiol, yn cyfrannu at ofal amhersonol, ac yn atgyfnerthu'r syniad o amgylchedd cadwraethol[241], felly dylid gosod arsylwadau ar y lefel gyfyngol leiaf ac ar gyfer y cyfnod byrraf o amser[242].

Mae Ffigwr 79 yn dangos y cyfnod o amser mae cleifion wedi bod yn destun arsylwadau hyd at ddiwrnod yr archwiliad, a hynny ar gyfer 272 o gleifion yr oedd y wybodaeth hon ar gael mewn perthynas â nhw. Mae Ffigwr 79 yn dangos bod 29.4% (25) o gleifion wedi bod yn destun arsylwadau am gyfnod o flwyddyn neu'n hirach, ac fel cyfran o'r cleifion yn destun arsylwadau, roedd 76.3% (45) o gleifion gwrywaidd a 48% (12) o gleifion benywaidd wedi bod yn destun arsylwadau am gyfnod hirach na mis.

Ffigwr 79 — Cleifion yn Destun Arsylwadau yn ôl y Cyfnod o Amser a Rhywedd





26. Lefelau Gofal

Mae Deddf Lefelau Staff Nyrsio (Cymru) yn gofyn i Lywodraeth Cymru sefydlu dulliau y disgwylir i'r GIG eu defnyddio wrth bennu'r lefelau staff nyrsio sydd eu hangen i fodloni anghenion cleifion o fewn y gwasanaethau mae hi'n eu comisiynu a'u darparu[243].

Er mwyn pennu lefelau staffio priodol, mae'n hanfodol cael dealltwriaeth o ddwyster y gofal sydd ei angen gan gleifion unigol a'r cleifion i gyd sy'n cael eu rheoli gan grŵp o staff.

Er mwyn pennu dwyster y niferoedd staff sydd ei angen i fodloni anghenion cleifion, mae'r Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol wedi datblygu dau fesur 'Lefelau Gofal', sef:

- Y Lefelau Gofal 'Diogelwch' sy'n mesur ac yn sgorio dwyster y niferoedd staff sydd ei angen i sicrhau bod diogelwch cleifion yn cael ei gynnal.
- Y Lefelau Gofal 'Gweithgareddau' sy'n mesur ac yn sgorio dwyster y niferoedd staff sydd ei angen i sicrhau bod cleifion yn cael eu cefnogi a'u galluogi i gymryd rhan mewn gweithgareddau.

Mae'r Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol yn defnyddio'r 'Lefelau Gofal' hyn er mwyn olrhain cynnydd cleifion, fel dirprwy ar gyfer craffter, i feincnodi wardiau cyffelyb ac i sicrhau bod niferoedd staff a phrofiad staff yn ddigonol. Caiff y ddwy Lefel Gofal eu sgorio o 5 (y lefel uchaf o staff sydd ei hangen i fodloni anghenion cleifion) i 1 (y lefel isaf o staff sydd ei hangen i fodloni anghenion y claf).

26.1. Lefelau Gofal-Diogelwch

Diogelwch cleifion yw osgoi achosi niwed anfwriadol neu annisgwyl i gleifion[244]. Er mwyn cyflawni gofal o ansawdd i gleifion, mae'n hanfodol bod gan staff ddealltwriaeth gadarn am faterion yn ymwneud â diogelwch cleifion[245].

Mae Lefelau Gofal-Diogelwch yn disgrifio'r cyfranogiad staff sydd ei angen i leihau'r posibilrwydd o'r claf yn achosi niwed iddo ef ei hun neu eraill. Mae'r Lefelau Gofal-Diogelwch hefyd yn disgrifio'r lefel o gyfraniad gan staff sydd ei hangen i sicrhau y gall y claf fynd i'r gymuned yn ddiogel. Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, cofnodwyd y Lefelau Gofal-Diogelwch ar gyfer pob claf ar ddiwrnod yr archwiliad, er gall y Lefelau Gofal newid yn dibynnu ar anghenion y claf a'r ffordd mae'n cyflwyno ei hun.

Mae Ffigwr 80 yn dangos y nifer o gleifion, o blith y 92.4% (254) y casglwyd gwybodaeth mewn perthynas â nhw, o fewn pob lefel o Lefelau Gofal-Diogelwch, yn ôl math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod y rhan fwyaf o gleifion (50.0%, 127) ar draws ysbytai diogel ar Lefel 2.

Mae Ffigwr 80 yn dangos bod y rhan fwyaf, 54.3% (114) o'r cleifion gwrywaidd ar Lefel 2 a bod y rhan fwyaf o gleifion benywaidd ar Lefel 3, 36.4% (16). Y math o ysbyty diogel gyda'r gyfran uchaf o gleifion yn y Lefelau Gofal uchaf, sef 4 neu 5, oedd ysbyty diogelwch isel, 16.9% (24) mewn cymhariaeth â diogelwch canolig, 10.1% (9), neu ddiogelwch uchel, 8.7% (2).

Ffigwr 80 — Lefelau Gofal-Diogelwch yn ôl y Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Lefel	Diogelwch-Maes Lefelau Gofal	Diogelwch Uchel (23 o gleifion)	Diogelwch Canolig (89 o gleifion)	Diogelwch Isel (142 o gleifion)	Cleifion Gwrywaidd (210 o gleifion)	Cleifion Benywaidd (44 o gleifion)	Cyffredinol (254 o gleifion)
5	Arsylwi/cefnogaeth barhaus — 1:1 neu fwy — 24 awr y diwrnod oherwydd risg o niwed i'r claf ei hun, risg o niwed i eraill neu gan eraill neu fregusrwydd.	0	9.0% (8)	7.0% (10)	4.3% (9)	20.5% (9)	**7.1% (18)**
4	Arsylwi ar y ward yn ystod cyfnodau penodol neu mewn ardaloedd penodol (yn ystod y dydd/ gyda'r nos/ardaloedd cyffredin/ystafell wely, etc) — 1:1 neu fwy — oherwydd risg o niwed i'r claf ei hun, risg o niwed i eraill neu gan eraill neu fregusrwydd.	8.7% (2)	1.1% (1)	9.9% (14)	5.7% (12)	11.4% (5)	**6.7% (17)**
3	Risg bosibl o niwed i'r claf ei hun, i eraill neu gan eraill ac yn gofyn arsylwi ysbeidiol. Mynediad i'r gymuned sy'n gofyn cefnogaeth bwrpasol o 1:1 neu uwch oherwydd y risg i'r claf ei hun/ eraill.	13.0% (3)	37.1% (33)	19.7% (28)	22.9% (48)	36.4% (16)	**25.2% (64)**
2	Mynediad i'r gymuned gyda thywysydd yn unig. Unigolyn angen goruchwyliaeth mewn carfan (grŵp). Yn angen arsylwi, cefnogaeth barhaus, sicrwydd neu ymyrraeth ar y lefel isaf/cyffredinol.	30.4% (7)	38.2% (34)	60.6% (86)	54.3% (114)	29.5% (13)	**50.0% (127)**
1	Mynediad i'r gymuned heb dywysydd. Ddim angen goruchwyliaeth benodol ar y ward.	47.8% (11)	14.6% (13)	2.8% (4)	12.9% (27)	2.3% (1)	**11.0% (28)**

26.2 Gweithgaredd — Lefelau Gofal

Gall rhoi'r cyfle i gleifion wneud gweithgareddau ystyrlon helpu i ddarparu strwythur i'w diwrnod a lleddfu straen, rhwystredigaeth a diflastod. Gall hefyd gynyddu eu rhyngweithiadau cymdeithasol, lleddfu gorbryder a gwella llesiant.

Gall cymryd rhan mewn gweithgareddau ystyrlon helpu i fabwysiadu awyrgylch gobeithiol a chadarnhaol a gall hynny gynorthwyo gyda'r adferiad. Gall gweithgareddau helpu i wneud y mwyaf o fuddiannau therapiwtig ac atal ward rhag cael ei hystyried yn lle sy'n cael ei reoli[246]. Mae'r Lefelau Gofal-Gweithgareddau yn disgrifio'r cyfraniad sydd ei angen gan staff i sicrhau bod anghenion gofal personol cleifion yn cael eu bodloni. Mae hefyd yn disgrifio'r cyfraniad sydd ei angen gan staff i hyrwyddo annibyniaeth a hunan-wytnwch.

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, cofnodwyd y Lefelau Gofal-Diogelwch ar gyfer pob claf ar ddiwrnod yr archwiliad, er gall y Lefel Gofal newid yn dibynnu ar anghenion y claf a'r ffordd mae'n cyflwyno ei hun.

Mae Ffigwr 81 yn dangos y nifer o gleifion, o blith y 127 y casglwyd gwybodaeth mewn perthynas â nhw, o fewn pob lefel o Lefelau Gofal-Gweithgareddau, yn ôl math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod y rhan fwyaf o gleifion ar draws ysbytai diogel ar Lefel 3. Mae Ffigwr 81 yn dangos bod y rhan fwyaf, 41.7% (48) o'r cleifion gwrywaidd ar Lefel 3.

Ar gyfer merched, roedd nifer cyfartal o gleifion ar Lefelau 1, 2 a 3, sef 33.3% (4). Nid oedd unrhyw glaf dan sylw yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn ar y Lefelau Gofal-Gweithgareddau uchaf.



Ffigwr 81 — Lefelau Gofal-Diogelwch yn ôl y Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Lefel	Gweithgaredd-Maes y Lefelau Gofal	Diogelwch Uchel (2 glaf)	Diogelwch Canolig (59 o gleifion)	Diogelwch Isel (68 o gleifion)	Cleifion Gwrywaidd (115 o gleifion)	Cleifion Benywaidd (12 o gleifion)	Cyffredinol (129 o gleifion)
5	Yn llwyr ddibynnol ar bob gweithgaredd mewn bywyd gan nad yw'n gallu cymryd rhan yn ei ofal ei hun.	0	0	0	0	0	**0**
4	Yn gofyn gofal gan o leiaf 2 aelod o staff ar gyfer bron i bob gweithgaredd sydd ynghlwm â bywyd bob dydd.	0	0	0	0	0	**0**
3	Yn gofyn gofal gan 1 aelod o staff ar gyfer bron i bob gweithgaredd sydd ynghlwm â bywyd bob dydd. Yn gofyn cymorth gyda gofal personol yn para yn hirach na 30 munud.	0	33.9% (20)	47.1% (32)	41.7% (48)	33.3% (4)	**40.3% (52)**
2	Yn gofyn cymorth gyda rhai gweithgareddau sydd ynghlwm â bywyd bob dydd. Yr unigolyn angen anogaeth gyda bron i bob gweithgaredd sydd ynghlwm â bywyd bob dydd, neu bob gweithgaredd sydd ynghlwm â bywyd bob dydd.	50% (1)	35.6% (21)	36.8% (25)	36.5% (42)	33.3% (4)	**36.4% (47)**
1	Yr unigolyn angen anogaeth gyda rhai gweithgareddau sydd ynghlwm â bywyd bob dydd neu'r unigolyn yn gallu gofalu amdano ei hun/ annibynnol.	50% (1)	30.5% (18)	16.2% (11)	21.7% (25)	33.3% (4)	**23.3% (30)**

26.3. Lefelau Gofal-Diogelwch a Gweithgareddau

Er mwyn cael trosolwg cyffredinol o anghenion cleifion sydd angen cyfraniad gan staff, gellir croesgyfeirio Lefelau Gofal-Diogelwch a Lefelau Gofal-Gweithgareddau fel y dengys yn Ffigwr 82 ar gyfer y 257 o gleifion y casglwyd y wybodaeth hon mewn perthynas â nhw.

Yn ôl astudiaethau, mae oddeutu 'traean' o'r cleifion mewn diogelwch uchel neu isel ar 'lefel ddiogelwch amhriodol', gyda'r rhan fwyaf angen lefel is[247].

Mae Ffigwr 82 yn dangos o blith y 106 o gleifion y cofnodwyd eu Lefelau Gofal Diogelwch a Gweithgareddau, bod y rhan fwyaf o gleifion, 23.6% (25), wedi croesgyfeirio Lefelau Gofal Diogelwch a Gweithgareddau o 2/2 neu is. Gellid ystyried y Lefelau Gofal hyn yn 'isel', gyda'r claf y rheoli ei hun yn y bôn a gall ddangos y gellid ystyried claf ar gyfer amgylchedd gofal arall. Wedi dweud hynny, dylid ystyried nifer o ffactorau eraill wrth bennu lefel diogelwch neu fath o ofal priodol y claf.

Ffigwr 82 — Cleifion ym Mhob Lefel Gofal Gweithgareddau a Diogelwch

		Lefel Gofal Gweithgaredd				
		5	4	3	2	1
Lefel Gofal Diogelwch	5	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0
	3	0	0	17.9% (19)	11.3% (12)	0.9% (1)
	2	0	0	18.9% (20)	23.6% (25)	14.2% (15)
	1	0	0	0	1.9% (2)	11.3% (12)

27. Iechyd Corfforol

Mae unigolion sydd â salwch meddwl, yn enwedig salwch difrifol, mewn risg llawer uwch o amrywiaeth o gyflyrau iechyd corfforol. Mae disgwyliad oes unigolion sydd ag anhwylder deubegynnol neu sgitsoffrenia yn 15 i 20 mlynedd yn is na'r boblogaeth gyffredinol, yn bennaf o ganlyniad i gyfraddau uwch o afiechyd cardiofasgwlaidd a chyflyrau iechyd corfforol eraill[248,249]. Mae gan unigolion sydd wedi cael diagnosis o salwch meddwl gyfraddau uwch o gamddefnyddio alcohol a sylweddau na'r boblogaeth gyffredinol[250].

Mae pobl sydd wedi cael diagnosis o salwch meddwl difrifol mewn risg uwch o ddatblygu diabetes math dau ac afiechydon resbiradol sy'n cyfyngu bywyd[251,252], ac mae gordewdra ac ysmygu yn ffactorau allweddol sy'n cyfrannu at y cyflyrau iechyd hyn.

27.1. Pwysau Cleifion

Mae gordewdra yn broblem iechyd corfforol enfawr ar gyfer nifer o gleifion mewn ysbytai diogel. Gall magu pwysau fod yn sgil-effaith meddyginiaeth, diffyg ymarfer corff neu ddiet gwael neu gyfuniad o'r rhain i gyd. Felly, mae'n bwysig bod staff yn hyrwyddo byw'n iach drwy ymarfer corff ac yn addysgu cleifion am fwyd iach[253]. Mae cyfraddau gordewdra uchel yn gyffredin ymhlith poblogaethau seiciatrig yn y DU ac mae cleifion mewn ysbytai iechyd meddwl yn magu tri i bum pwys ar gyfartaledd y mis yn ystod y cyfnod derbyn cychwynnol[254,255]. Y rhai sydd fwyaf mewn risg o fagu pwysau yw cleifion sydd newydd gael eu derbyn i'r ysbyty ac sydd â phwysau isel[256], ond bydd cleifion sydd dros eu pwysau ac yn ordew ar adeg eu derbyn i'r ysbyty yn magu pwysau clinigol sylweddol yn ystod eu triniaeth.

Mae cysylltiad dwy ffordd wedi'i adnabod rhwng problemau iechyd meddwl a gordewdra, gyda chyflyrau megis iselder yn aml yn arwain at fagu pwysau a gordewdra yn arwain at iselder[257]. Er y gall y stigma a phroblemau delwedd y corff sydd ynghlwm â magu pwysau effeithio'n negyddol ar hwyliau, ymhlith unigolion sydd â salwch meddwl gellir defnyddio bwyd fel strategaeth ymdopi a gall hwyliau gwael effeithio ar gydymffurfiaeth y claf â chynlluniau rheoli pwysau[258].



Yn ogystal, mae cyfraddau gordewdra yn uchel ymhlith pobl sydd â salwch meddwl oherwydd effeithiau meddyginiaeth, diet gwael, camddefnyddio alcohol a ffyrdd o fyw llai actif[259,260].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd pwysau cleifion ar adeg eu derbyn ac ar adeg yr archwiliad. Archwiliwyd hefyd Mynegai Màs y Corff, gweler **Bocs 4**.

Mae Ffigwr 83 yn dangos y gwahaniaeth ar gyfartaledd mewn pwysau ar adeg derbyn cleifion i'r ysbyty ac ar adeg yr archwiliad, ar gyfer y 250 o gleifion y cofnodwyd y wybodaeth hon mewn perthynas â nhw, yn ôl math o ysbyty diogel a rhywedd. Mae Ffigwr 83 yn dangos bod cleifion gwrywaidd mewn diogelwch uchel wedi magu'r mwyaf o bwysau ar gyfartaledd a bod cleifion gwrywaidd wedi magu mwy o bwysau na chleifion benywaidd ym mhob math o ysbyty diogel.

Bocs 4: Mynegai Màs y Corff

Caiff Mynegai Màs y Corff ei fesur gan bwysau mewn cilogram wedi'i rannu gan daldra mewn metrau wedi'i sgwario (kg/m^2). Ystyrir Mynegai Màs y Corff o dros 30 yn ordew.

Rhaid ystyried ffactorau eraill hefyd wrth bennu pwysau iach.

Ffigwr 83 — Gwahaniaeth mewn Pwysau Cyfartalog ar Adeg Derbyn y Claf i'r Ysbyty ac Adeg yr Archwiliad yn ôl Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Dynion	Merched
Diogelwch uchel	+15.6kg	Amherthnasol
Diogelwch canolig	+11.2kg	+2.2kg
Diogelwch isel	+6.5kg	+5kg
Yn gyffredinol	+8.7kg	+3.7kg

Mae Ffigwr 84 yn dangos y Mynegai Màs y Corff ar gyfartaledd ar gyfer y 237 o gleifion y cofnodwyd hyn ar eu cyfer, ar adeg yr archwiliad ac mae'n dangos bod y mesuriad ar gyfartaledd ar gyfer y ddau rywedd ac ar gyfer cleifion ym mhob math o ysbyty diogel o fewn yr ystod ordewdra o 30kg/m^2 i 39.9kg/m^2 [261]. Mae Ffigwr 84 yn dangos bod gan gleifion benywaidd fesuriad Mynegai Màs y Corff uwch ar gyfartaledd na chleifion gwrywaidd.

Ffigwr 84 — Mynegai Màs y Corff ar Adeg yr Archwiliad yn ôl Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Dynion	Merched
Diogelwch uchel	32.9	Amherthnasol
Diogelwch canolig	33.9	34.6
Diogelwch isel	32	33.2
Yn gyffredinol	32.7	33.9

Mae'r nifer o Ddigwyddiadau Niweidiol yn ystod Plentyndod yn gysylltiedig â risg uwch o ymgysylltu ag ymddygiadau sy'n gwneud niwed i iechyd, gan gynnwys diet afiach[262]. Canfu yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod y cleifion hynny sydd â nifer uwch o Brofiadau Niweidiol yn ystod Plentyndod Fynegai Màs y Corff uwch.

27.2 Ysmygu ymhlith Cleifion

Ysmygu yw prif achos marwolaeth gynnar yng Nghymru ac mae 14% o boblogaeth Cymru yn ysmygu. Mae cyfraddau ysmygu yn uwch yn rhai grwpiau, gan gynnwys y grŵp sydd dan anfantais economaidd-gymdeithasol, y di-waith, a'r rheini sydd â salwch meddwl[263]. Yn ôl astudiaethau, mae 64% o'r cleifion mewn ysbytai iechyd meddwl yn ysmygu[264].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 57.5% (158) o gleifion mewn ysbytai diogel yn ysmygu ar adeg eu derbyn, er bod 13.5% (21) o gleifion wedi rhoi'r gorau iddi ar adeg yr archwiliad.

Mae Ffigwr 85 yn dangos statws ysmygu cleifion ar adeg eu derbyn i'r ysbyty ac ar adeg yr archwiliad, ac mae'n dangos bod niferoedd cyffelyb o gleifion gwrywaidd, 57.5% (131), a chleifion benywaidd, 57.4% (27) yn ysmygu ar adeg eu derbyn i'r ysbyty. Mae Ffigwr 85 yn dangos bod mwy o gleifion yn ysmygu mewn diogelwch isel, 64.1% (100) mewn cymhariaeth â diogelwch canolig, 50.1% (48), a diogelwch uchel, 43.5% (10), er bod mwy o gleifion wedi rhoi'r gorau i ysmygu mewn diogelwch uchel ar adeg yr archwiliad. Roedd nifer sylweddol uwch o gleifion gwrywaidd wedi rhoi'r gorau i ysmygu ers eu derbyn i'r ysbyty na chleifion benywaidd.

Ffigwr 85 — Statws Ysmygu ar Adeg eu Derbyn i'r Ysbyty yn ôl Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Cleifion Gwrywaidd	Cleifion Benywaidd	Yn gyffredinol
Ddim yn ysmygu	56% (13)	50% (48)	35.9% (56)	43% (98)	40.4% (19)	**42.5% (117)**
Ysmygu ar adeg ei dderbyn i'r ysbyty ac ar adeg yr archwiliad	8.7% (2)	38.6% (37)	52.6% (82)	41.7% (95)	55.3% (26)	**44% (121)**
Ysmygu ar adeg ei dderbyn i'r ysbyty ond nid ar adeg yr archwiliad	34.8% (8)	11.5% (11)	11.5% (18)	15.8% (36)	2.1% (1)	**13.5% (37)**

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd argaeledd adnoddau disodli nicotin a'r gefnogaeth i roi'r gorau i ysmygu a chanfuwyd o blith y 44% (121) o gleifion a oedd yn ysmygu ar adeg yr archwiliad, bod gan 100% (121) fynediad at adnoddau disodli nicotin a bod gan 84.2% (102) fynediad at gefnogaeth i roi'r gorau i ysmygu.



27.3. Mynediad at Ofal Iechyd Sylfaenol

Mae mynediad at ofal iechyd sylfaenol ar gyfer cleifion mewn ysbytai diogel yn cyflwyno heriau unigryw i arbenigwyr gofal iechyd sylfaenol. Yn aml mae gan gleifion mewn amgylchoedd o'r fath anghenion iechyd corfforol, iechyd meddwl a chamddefnyddio sylweddau cymhleth sy'n mynd y tu hwnt i'r rheini sy'n byw yn y gymuned. Gall y materion hyn fod wedi'u cymhlethu gan ddiffyg amharodrwydd i ymgysylltu â gwasanaethau iechyd corfforol[265]. Mae gan ofal iechyd sylfaenol o ansawdd dda y potensial i wella iechyd a llesiant cleifion sydd â salwch meddwl a gwella eu rheolaeth[266].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd mynediad at Feddygon Teulu, Deintyddion, Podiatryddion ac Optegwyr, a'r rhwystrau sy'n atal mynediad at y rhain.

27.3.1 Mynediad at Feddyg Teulu

Meddyg teulu yw meddyg sy'n trin cyflyrau meddygol cyffredin a gallant atgyfeirio cleifion i'r ysbyty a gwasanaethau meddygol eraill am driniaeth frys ac arbenigol. Maent yn canolbwyntio ar iechyd cyfan yr unigolyn, gan gyfuno'r agweddau corfforol, seicolegol a chymdeithasol ar ofal[267].

Mae Ffigwr 86 yn dangos mynediad cleifion at feddyg teulu yn ôl math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 42.9% (118) o gleifion angen y gwasanaeth hwn a bod 0.7% (2) wedi methu â mynychu am resymau cyfreithiol, risg, staffio neu drafnidiaeth. Mae Ffigwr 86 yn dangos bod mwy o gleifion gwrywaidd, 42.1% (96), wedi defnyddio meddyg teulu na chleifion benywaidd, 27.7% (13), ac mai dynion mewn diogelwch isel sydd fwyaf tebygol o ddefnyddio'r agwedd hon ar ofal iechyd sylfaenol.

Ffigwr 86 — Mynediad Cleifion at Feddyg Teulu yn ôl y Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Mynediad at Feddyg Teulu	Dynion			Merched		Yn gyffredinol
	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	
Diangen	56.5% (13)	61.0% (47)	50.8% (65)	63.1% (12)	71.4% (20)	**57.1% (157)**
Wedi gwrthod	0	6.5% (5)	1.6% (2)	0	0	**2.5% (7)**
Heb fynychu am resymau cyfreithiol neu'n ymwneud â risg	0	0	0	0	3.6% (1)	**0.4% (1)**
Heb fynychu am resymau staffio neu drafnidiaeth	0	0	0	0	3.6% (1)	**0.4% (1)**
Wedi mynychu	43.5% (10)	32.5% (25)	47.7% (61)	36.8% (7)	21.4% (6)	**39.6% (109)**

27.3.2. Mynediad at Ddeintydd

Meddyg yw deintydd sy'n atal ac yn trin afiechydon deintyddol a/neu yn y geg, yn cywiro problemau deintyddol ac yn trin anafiadau deintyddol neu anafiadau i'r wyneb[268]. Mae cleifion sydd â salwch meddwl yn agored i nifer uwch o ffactorau risg mewn perthynas â chyflyrau deintyddol ac yn y geg na'r boblogaeth gyffredinol. Gan fwyaf, achosir hyn gan sgil-effeithiau'r feddyginiaeth maen nhw'n ei chael, diffyg hunan-ofal, anawsterau o ran ceisio gwasanaethau iechyd, agwedd negyddol at ddarparwyr gofal iechyd, arferion gorbryderus a dietegol, gan gynnwys yfed cryn dipyn o ddiodydd siwgr, ysmygu tybaco ac yfed alcohol[269,270].

Mae Ffigwr 87 yn dangos mynediad cleifion at ddeintydd yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 73.5% (202) o gleifion angen y gwasanaeth hwn a bod 21.8% (60) wedi methu â mynychu am resymau cyfreithiol, risg, staffio neu drafnidiaeth. Mae Ffigwr 87 yn dangos bod mwy o gleifion gwrywaidd, 50% (114), wedi defnyddio deintydd na chleifion benywaidd, 17% (8), ac mai dynion mewn diogelwch uchel sydd fwyaf tebygol o ddefnyddio'r agwedd hon ar ofal iechyd sylfaenol.

Ffigwr 87 — Mynediad Cleifion at Ddeintydd yn ôl y Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Mynediad at Ddeintydd	Dynion			Merched		Yn gyffredinol
	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	
Diangen	13.0% (3)	20.8% (16)	28.1% (36)	31.6% (6)	48.8% (12)	**26.5% (73)**
Wedi gwrthod	0	3.9% (3)	9.4% (12)	0	14.2% (4)	**6.9% (19)**
Heb fynychu am resymau cyfreithiol neu'n ymwneud â risg	0	0	0.8% (1)	0	7.1% (2)	**1.1% (3)**
Heb fynychu am resymau staffio neu drafnidiaeth	4.3% (1)	15.6% (12)	22.7% (29)	36.8% (7)	28.5% (8)	**20.7% (57)**
Heb fynychu am reswm heb ei ddatgan	4.3% (1)	0	0	0	0	**0.4% (1)**
Wedi mynychu	78.3% (18)	59.7% (46)	39.1% (50)	31.6% (6)	7.1% (2)	**44.4% (122)**

27.3.3. Mynediad at Bodiatrydd

Arbenigwr meddygol yw podiatrydd sydd wedi'i hyfforddi i roi diagnosis o gyflyrau'r traed a rhannau isaf y goes, a'u trin, gan atal a chywiro camffurfiad, lleddfu poen a thrin heintiau[271]. Yn ôl astudiaethau, mae gan unigolion sydd â salwch meddwl gyfraddau uwch o broblemau podiatrig mewn cymhariaeth â'r boblogaeth gyffredinol[272].

Mae Ffigwr 88 yn dangos mynediad cleifion at bodiatrydd yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 15.3% (42) o gleifion angen y gwasanaeth hwn a bod 4.7% (13) o'r cleifion hyn wedi methu â mynychu am resymau staffio neu drafnidiaeth. Mae Ffigwr 88 yn dangos bod mwy o gleifion gwrywaidd, 8.7% (24), wedi defnyddio podiatrydd na chleifion benywaidd, 0.4% (1), ac mai dynion mewn diogelwch isel sydd fwyaf tebygol o ddefnyddio'r agwedd hon ar ofal iechyd sylfaenol.

Ffigwr 88 — Mynediad Cleifion at Bodiatrydd yn ôl y Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Mynediad at Bodiatrydd	Dynion			Merched		Yn gyffredinol
	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Diogelwch canolig (18 o gleifion)	Diogelwch isel	
Diangen	78.3% (18)	80.7% (67)	80.5% (103)	94.4% (17)	96.4% (27)	**84.7% (232)**
Wedi gwrthod	0	1.3% (1)	1.6% (2)	0	3.6% (1)	**1.5% (4)**
Heb fynychu am resymau cyfreithiol neu'n ymwneud â risg	0	0	0	0	0	**0**
Heb fynychu am resymau staffio neu drafnidiaeth	0	0	10.3% (13)	0	0	**4.7% (13)**
Wedi mynychu	21.7% (5)	11.7% (9)	7.8% (10)	5.6% (1)	0	**9.1% (25)**

27.3.4. Mynediad at Optegydd

Mae optegwyr, sy'n cynnwys ymarferwyr y llygaid at ddibenion yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, wedi'u hyfforddi i adnabod annormaledd a chyflyrau'r llygaid, megis cataract neu glawcoma, ac i brofi golwg a ffitio sbectols a lensys yn y llygaid. Os oes angen, bydd optegydd yn atgyfeirio cleifion at Feddyg Teulu, clinig llygaid mewn ysbyty neu optometrydd am ragor o ymchwiliadau neu driniaeth[273].

Mae Ffigwr 89 yn dangos mynediad cleifion at optegydd yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 43.6% (120) o gleifion angen y gwasanaeth hwn a bod 14.5% (40) o gleifion wedi methu â mynychu am resymau cyfreithiol, risg, staffio neu drafnidiaeth. Mae Ffigwr 89 yn dangos bod mwy o gleifion gwrywaidd, 29.4% (67), wedi defnyddio optegydd na chleifion benywaidd, 6.4% (3), ac mai dynion mewn diogelwch uchel sydd fwyaf tebygol o ddefnyddio'r agwedd hon ar ofal iechyd sylfaenol.

Ffigwr 89 — Mynediad Cleifion at Optegydd yn ôl y Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Mynediad at Optegydd	Dynion			Merched		Yn gyffredinol
	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	
Diangen	47.8% (11)	61.0% (47)	53.1% (68)	94.7% (18)	39.3% (11)	**56.4% (155)**
Wedi gwrthod	0	1.3% (1)	4.7% (6)	0	10.7% (3)	**3.6% (10)**
Heb fynychu am resymau cyfreithiol neu'n ymwneud â risg	0	0	1.6% (2)	0	7.1% (2)	**1.5% (4)**
Heb fynychu am resymau staffio neu drafnidiaeth	0	3.9% (3)	18.0% (23)	5.3% (1)	32.1% (9)	**13.1% (36)**
Wedi mynychu	52.3% (12)	33.8% (26)	22.7% (29)	0	10.7% (3)	**25.5% (70)**

27.4. Mynediad at Ofal Iechyd Brys

Yn ôl astudiaethau, mae gan unigolion sydd â salwch meddwl gyfraddau uwch o gael eu derbyn mewn adran achosion brys yn yr ysbyty[274,275,276]. Mae'n bosibl bod angen cymorth brys ar rai cleifion, naill ai gan ambiwlans neu adrannau achosion brys oherwydd anafiadau cwlwm, y cleifion wedi torri eu hunain neu wedi llyncu gwrthrychau'n fwriadol, neu oherwydd problemau iechyd corfforol brys.

Archwiliwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn amlder yr achosion o gleifion mewn ysbytai diogel a oedd angen cymorth brys allanol, naill ai gan ambiwlans neu drwy fynd i adrannau achosion brys. Nid yw'r Adolygiad Cenedlaethol hwn yn cynnwys ymatebion brys mewnol mewn ysbytai diogel yn sgil materion yn ymwneud â diffinio. Mae Ffigwr 90 yn dangos bod 20.4% (56) o gleifion wedi bod angen cymorth brys. Mae Ffigwr 90 yn dangos bod cyfran uwch o gleifion benywaidd, 17% (8), wedi bod angen ambiwlans, mewn cymhariaeth â chleifion gwrywaidd, 4% (9). Yn ogystal, mynychodd cyfran uwch o gleifion benywaidd, 31.9% (15), yr adran achosion brys, na chleifion gwrywaidd, 11.4% (26).

Ffigwr 90 — Mynediad Cleifion at Gymorth Meddygol yn ôl y Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

Mynediad at Gymorth Brys	Dynion			Merched		Yn gyffredinol
	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	
Diangen	95.7% (22)	90.9% (70)	78.9% (101)	47.4% (9)	64.3% (18)	**80.0% (220)**
Angen ambiwlans	4.3% (1)	1.3% (1)	5.5% (7)	21.1% (4)	3.6% (1)	**5.1% (14)**
Angen mynd i'r adran achosion brys	0	7.8% (6)	15.6% (20)	31.6% (6)	32.1% (9)	**14.9% (41)**



28. Mynediad i'r Gymuned/Absenoldeb

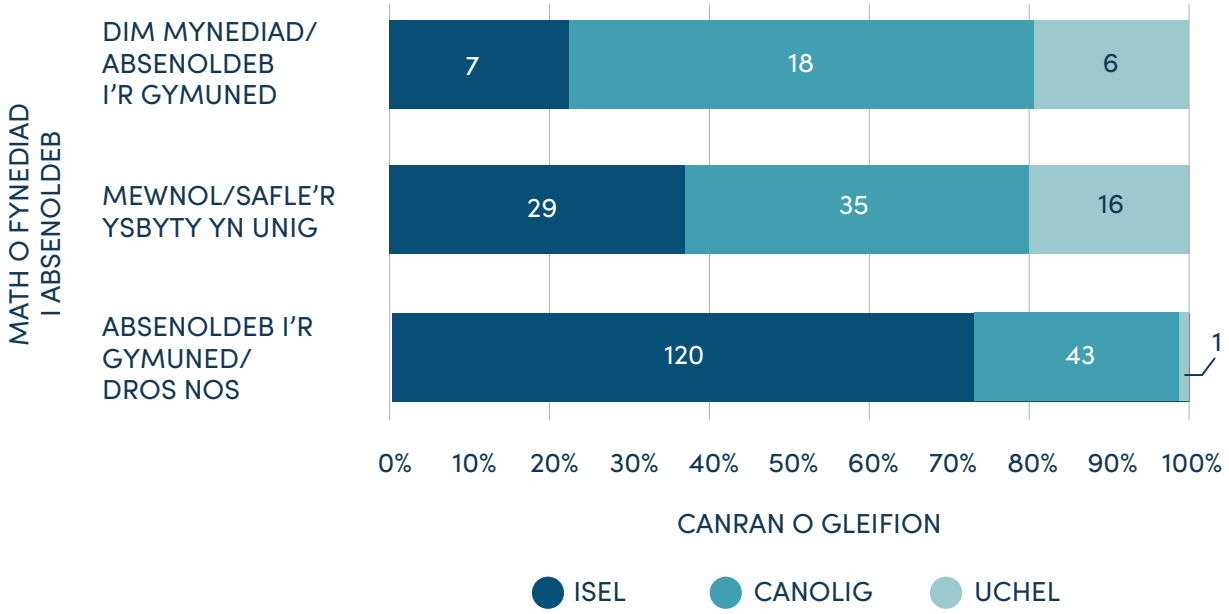
Dylai ysbytai diogel baratoi cleifion i ddychwelyd yn llwyddiannus at gael mwy o annibyniaeth, a gall cyfnodau o absenoldeb dros nos neu fynediad cymunedol ffurfio rhan hanfodol o'r paratoad hwnnw.

Rhaid i unrhyw benderfyniad i gytuno ar fynediad i'r gymuned gydbwyso'r cyfraniad mae hyn yn ei wneud at adferiad yr unigolyn yn erbyn ystyriaethau at ddibenion llesiant yr unigolyn ac eraill. Ar gyfer cleifion sy'n cael eu cadw'n gleifion mewnol o dan y Ddeddf Iechyd Meddwl, mae'n ofynnol cael caniatâd am 'absenoldeb' iddynt, ac mae rhai Adrannau yn ei gwneud hi'n ofynnol gofyn am ganiatâd gan y Weinyddiaeth Gyfiawnder. Mae pob penderfyniad i ganiatáu absenoldeb yn gofyn asesiad gofalus o'r risg o ail-droseddu neu ddianc, ac yn cynnwys proses benderfynu hollbwysig[277].

Wrth i'r claf fynd drwy ei daith ofal, gall ei fynediad i'r gymuned ddatblygu o erddi mewnol, mynd ar dir yr ysbyty heb dywysydd, absenoldeb gyda thywysydd ac yna heb dywysydd yn yr ardal leol, i absenoldeb dros nos yn y cartref neu gyfleuster gofal arall.

Mae Ffigwr 91 yn dangos y cleifion sydd wedi cael mynediad i'r gymuned/absenoldeb yn ôl y math o absenoldeb a'r math o ysbyty diogel, ac mae'n dangos bod 164 o gleifion (59.6%) wedi cael rhyw fath o fynediad i'r gymuned neu absenoldeb dros nos yn ystod y 90 diwrnod diwethaf.

Ffigwr 91 — Cleifion Sydd Wedi Cael Mynediad i'r Gymuned/Absenoldeb yn ôl y Math o Absenoldeb a'r Math o Ysbyty Diogel



Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn o blith y 88.7% (244) o gleifion sydd wedi cael absenoldeb, cafodd absenoldeb 20.5% (50) ohonynt ei atal ar ôl y cyfnod diwethaf o absenoldeb. Nid oedd modd sefydlu a oedd hyn oherwydd newidiadau yng nghyflwr clinigol y claf, neu am resymau eraill. Archwiliwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn a gafodd absenoldeb yn y gymuned ei effeithio neu ei ganslo oherwydd pandemig Covid 19, a chanfuwyd bod 44.7% (123) o'r cleifion wedi cael profiad o'u habsenoldeb yn cael ei effeithio neu ei ganslo oherwydd y pandemig.

Y drefn arferol yw sicrhau bod claf yn cael cyfnodau profi y tu allan i'r ysbyty cyn iddo gael ei ryddhau, ac mae hyn yn arbennig o bwysig ar gyfer pobl sydd wedi bod yn yr ysbyty am gyfnodau hir a phobl y mae eu mynediad i'r gymuned wedi'i gyfyngu[278].

29. Staffio Nyrsys

Mae nyrsys mewn ysbytai diogel yn gweithio fel rhan o'r tîm aml-ddisgyblaethol, gallant asesu cleifion cyn eu derbyn a datblygu cynlluniau gofal gyda'r claf.

Mae nyrsys yn magu perthnasoedd therapiwtig gyda chleifion ac yn gweithio gyda nhw i gael dealltwriaeth am eu gorffennol a datblygu gobaith at y dyfodol[279]. Gall ysbytai diogel fod yn un o'r gweithleoedd mwyaf heriol i unrhyw nyrs. Mae'r amgylchedd gofal a chyflyrau cleifion yn cyflwyno 'gofynion dwys' ar nyrsys ac mae gofyn iddynt gynnal perthnasoedd empathig a chanolbwyntio ar reoli risg ar yr un pryd[280]. Mae pandemig Covid 19 wedi ychwanegu at y pwysau ar staff nyrsio oherwydd yr anawsterau o ran gweithredu strategaethau rheoli heintiau wrth ymateb i achosion o drais neu hunan-niwed[281].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd y lefelau staffio gwirioneddol yn hytrach na'r swyddi sefydledig neu lefelau staffio arfaethedig, ar draws cyfartaledd wythnosol, o wardiau ym mhob math o ysbyty diogel yn ôl sifftiau 'dydd' a 'nos'. Gall y nifer o staff sydd eu hangen ar bob sifft newid yn dibynnu ar swyddogaeth y ward, megis dibyniaeth uchel, craffter a chymhlethdodau cleifion a gweithgareddau'r ward, megis cyfarfodydd tîm, tywys cleifion, derbyniadau.

Mae Ffigwr 92 yn dangos y lefelau staffio gwirioneddol ar gyfartaledd, ar gyfer un wythnos cyn yr archwiliad, fesul sifft ac yn ôl y math o ysbyty diogel, ac mae'n dangos bod staffio yn gyffelyb ar draws y mathau o ysbytai diogel er bod gan ddiogelwch canolig lefelau ychydig is o staff yn ystod y dydd a bod gan ddiogelwch uchel lefelau ychydig is o staff yn ystod y nos. Roedd gan bob math o ysbyty diogel lefelau staffio uwch yn ystod y sifft 'dydd'.



Ffigwr 92 — Lefelau Staffio Gwirioneddol ar Gyfartaledd yn ôl Sifft ac yn ôl Math o Ysbyty Diogel

Staffio Nyrsys	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel
Y nifer cyfartalog o staff nyrsio cofrestredig fesul sifft dydd	2.5	2.5	2.5
Y nifer cyfartalog o staff cymorth fesul sifft dydd	6	5.4	5.5
Cyfanswm y nifer cyfartalog o staff fesul sifft dydd	8.5	7.9	8
Y nifer cyfartalog o staff nyrsio cofrestredig fesul sifft nos	1.2	1.4	1.4
Y nifer cyfartalog o staff cymorth fesul sifft nos	2.8	3.8	3.7
Cyfanswm y nifer cyfartalog o staff fesul sifft nos	4	5.2	5.1

Mae prinder staff yn broblem eang mewn gwasanaethau iechyd meddwl gyda nifer o nyrsys yn gweithio mewn lleoliadau sydd â 'bylchau yn y rota'[282]. Mae prinder staff yn arwain at wasanaethau dan bwysau a dibyniaeth ar staff locwm neu asiantaeth, sy'n dylanwadu ar gyfaniad a'r ddealltwriaeth am gleifion, ac yn ei dro gall hynny effeithio ar allu gwasanaethau i barhau'n ddiogel[283]. Mae gan ofal iechyd meddwl drosiant staff uwch ar gyfartaledd na rhannau eraill o'r GIG[284].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd 'cyfraddau swyddi gwag', y gwahaniaeth rhwng y staff sefydledig a staff mewn swydd, ym mhob ysbyty, a chanfuwyd mai'r gyfradd swyddi gwag gyfartalog ar gyfer nyrsys cofrestredig yw 11.2% a chyfartaledd o 3.3% ar gyfer staff cymorth.

Yn ôl astudiaethau, mae gwasanaethau iechyd meddwl wedi wynebu heriau o ran eu gallu i ddenu a chadw nyrsys, a hynny mewn cyd-destun o brinder cyffredinol o nyrsys. Mae angen i wasanaethau iechyd meddwl ddatblygu strategaethau i ddenu a chadw nyrsys medrus ac osgoi achosion o brinder yn y dyfodol, megis llwythi gwaith cytbwys, lefelau staffio diogel ac amgylchedd gwaith cadarnhaol[285]. Mae astudiaethau wedi awgrymu bod cynifer â 25% o nyrsys iechyd meddwl mewn gwaith mewn ysbytai wedi cael profiad o achos treisgar yn arwain at anaf difrifol[286] a bod achosion o ymosod, neu'r risg ymddangosiadol o gael eu hymosod, yn effeithio ar recriwtio a chadw nyrsys[287].

Mae Ffigwr 93 yn dangos cyfnod gwasanaethu cyfartalog staff nyrsio yn eu hysbyty cyfredol, pryd bynnag oedd y wybodaeth ar gael, ac mae'n dangos mai ysbytai diogelwch isel sydd â'r cyfnod gwasanaethu byrraf ar gyfartaledd mewn perthynas â nyrsys cofrestredig a staff cymorth.

Ffigwr 93 — Cyfnod Cyfartalog Staff Nyrsio Cofrestredig mewn Cyflogaeth yn yr Ysbyty Cyfredol yn ôl Math o Ysbyty Diogel

Cyfnod Cadw Nyrsys (blynyddoedd)	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel
Cyfnod gwasanaethu ar gyfartaledd yn yr ysbyty cyfredol ar gyfer nyrsys cofrestredig	14.2	6	4.5
Cyfnod gwasanaethu ar gyfartaledd yn yr ysbyty cyfredol ar gyfer staff cymorth	13.4	5.4	4.3

30. Tîm Aml-ddisgyblaethol

Dim ond un rhan o'r tîm aml-ddisgyblaethol yw staff nyrsio. Tîm aml-ddisgyblaethol yw pan mae arbenigwyr o wahanol ddisgyblaethau, megis nyrsio, seiciatreg, seicoleg, gofal cymdeithasol a therapi galwedigaethol, a all fel arall weithredu mewn modd haenog ac amlinellol, weithio gyda'i gilydd i ddarparu gofal[288].

Cafodd timau aml-ddisgyblaethol mewn iechyd meddwl eu sefydlu i ddarparu triniaeth gynhwysfawr a gofal i bobl sydd â salwch meddwl yn dilyn cyhoeddi strategaeth gan yr Adran Iechyd ym 1984[289]. Y ffordd hon o weithio yw'r dull safonol erbyn hyn i fynd i'r afael ag anghenion cymhleth cleifion[290].

Mae gweithio mewn tîm aml-ddisgyblaethol yn fwy na chael grŵp o arbenigwyr yn bresennol mewn cyfarfodydd[291], gan y gall cysylltiadau â ffiniau cyfredol rwystro cyfathrebu a chydlynu ar draul diogelwch cleifion[292]. Weithiau, gall dryswch ynghylch rolau unigol, arweinyddiaeth, ac atebolrwydd clinigol rhwng arbenigwyr fod yn broblem[293].

Gall timau aml-ddisgyblaethol wella ansawdd y gofal drwy gynnwys safbwyntiau sawl arbenigwr yn nhrafodaethau cynllunio gofal cleifion[294]. Ystyrir gwaith tîm aml-ddisgyblaethol a sgiliau arbenigol yn hanfodol i ddeall, asesu a rheoli risg ac anghenion cymhleth a darparu gofal priodol i gleifion mewn ysbytai diogel[295]. Nid yw cyfansoddiad y tîm aml-ddisgyblaethol yr un fath ym mhob ysbyty diogel, a bydd hygyrchedd, profiad a sgiliau pob aelod o'r tîm yn wahanol. Efallai nad yw rhai ysbytai yn cyflogi rhai arbenigeddau, efallai fod rhai cleifion yn gwrthod ymgysylltu ag aelodau'r tîm aml-ddisgyblaethol neu wedi cwblhau rhaglen therapi.

Archwiliwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn mynediad pob claf at grwpiau arbenigol sy'n ffurfio rhan o'r tîm aml-ddisgyblaethol. At ddiben yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, cafodd staff eu grwpio yn y deg arbenigedd canlynol:

1. Seiciatrydd.
2. Seicolegydd Clinigol.
3. Seciolegydd Cynorthwyol.
4. Cwnselydd.
5. Therapydd Galwedigaethol.
6. Therapydd Galwedigaethol Cynorthwyol.
7. Gweithiwr Cymdeithasol.
8. Therapydd Iaith a Lleferydd.
9. Nyrs Iechyd Corfforol.
10. Dietegydd.

Caiff pob arbenigedd ei drafod yn ddiweddarach yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn. Mae Ffigwr 94 yn dangos y gwahanol arbenigeddau a all fod yn rhan o dîm aml-ddisgyblaethol gyda'r gyfran o gleifion sydd mewn cyswllt â'r arbenigedd hwnnw ar adeg yr archwiliad.

Mae Ffigwr 94 yn dangos bod pob claf wedi cael cyswllt gyda seiciatrydd, a bod y rhan fwyaf o gleifion wedi cael cyswllt gyda therapydd galwedigaethol, seicolegydd clinigol, therapydd galwedigaethol cynorthwyol, gweithiwr cymdeithasol, nyrs iechyd corfforol, a seicolegydd cynorthwyol.

Ffigwr 94 — Y Gyfran o Gleifion Mewn Cyswllt ag Arbenigeddau Penodol yn ôl y Math o Ysbyty Diogel

Arbenigedd	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Cyfanswm
Seiciatrydd	100% (23)	100% (96)	100% (156)	**100% (275)**
Seicolegydd Clinigol	82.6% (19)	90.6% (87)	66% (103)	**76% (209)**
Seicolegydd Cynorthwyol	69.6% (16)	66.7% (64)	41.7% (65)	**52.7% (145)**
Cwnselydd	4.3% (1)	1% (1)	1.9% (3)	**1.8% (5)**
Therapydd Galwedigaethol	39.1% (9)	86.5% (83)	80.8% (126)	**79.3% (218)**
Therapydd Galwedigaethol Cynorthwyol	30.4% (7)	81.3% (78)	75.6% (118)	**73.8% (203)**
Gweithiwr Cymdeithasol	69.6% (16)	95.8% (92)	53.2% (83)	**69.5% (191)**
Therapydd Iaith a Lleferydd	13% (3)	1% (1)	3.8% (6)	**3.6% (10)**
Nyrs Iechyd Corfforol	69.6% (16)	68.8% (66)	48.1% (75)	**57.1% (157)**
Dietegydd	13% (3)	7.3% (7)	9.6% (15)	**9.1% (25)**

31.1. Seiciatrydd

Mae seiciatryddion fforensig yn darparu triniaeth, yn rheoli gofal ac yn darparu gofal a chymorth arbenigol i arbenigwyr eraill drwy ddull holistig ac aml-ddisgyblaethol[296]. Mae Ffigwr 95 yn dangos bod gan 100% (275) o'r cleifion gofnod o gyswllt gyda seiciatrydd, a'r ffurf fwyaf cyffredin o gyswllt, sef 52.3% (144), oedd drwy gyfarfodydd aml-ddisgyblaethol rheolaidd.

Ffigwr 95 — Amlder Cyswllt Cleifion gyda Seiciatrydd

Amlder y cyswllt	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Cyfanswm
1:1 yn wythnosol o leiaf	34.8% (8)	33.3% (32)	31.4% (49)	**32.4% (89)**
1:1 yn llai aml nag wythnosol	17.4% (4)	15.6% (15)	14.1% (22)	**14.9% (41)**
1:1 a sesiynau grŵp rheolaidd	0	0	0	**0**
Sesiynau grŵp yn fwy aml nag wythnosol	0	0	0.6% (1)	**0.4% (1)**
Sesiynau grŵp yn llai aml nag wythnosol	0	0	0	**0**
Mewn cyfarfodydd aml-ddisgyblaethol yn unig	47.8% (11)	51% (49)	53.8% (84)	**52.3% (144)**
Therapi wedi'i gwblhau	0	0	0	**0**

31.2. Seicolegydd Clinigol

Mae ehangder sgiliau a gwybodaeth seicolegol seicolegwyr clinigol yn eu galluogi nhw i drin achosion cymhleth a darparu triniaeth arbenigol[297]. Mae Ffigwr 96 yn dangos bod gan 76% (209) o'r cleifion gofnod o gyswllt gyda seicolegydd clinigol, a'r ffurf fwyaf cyffredin o gyswllt, sef 33.9% (71), oedd drwy sesiynau un i un yn llai aml nag wythnosol.

Ffigwr 96 — Amlder Cyswllt Cleifion gyda Seicolegydd Clinigol

Amlder y cyswllt	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Cyfanswm
1:1 yn wythnosol o leiaf	47.8% (11)	30.2% (29)	15.4% (24)	**23.3% (64)**
1:1 yn llai aml nag wythnosol	21.7% (5)	33.3% (32)	21.8% (34)	**25.8% (71)**
1:1 a sesiynau grŵp rheolaidd	0	1.0% (1)	2.6% (4)	**1.8% (5)**
Sesiynau grŵp yn fwy aml nag wythnosol	0	2.1% (2)	1.9% (3)	**1.8% (5)**
Sesiynau grŵp yn llai aml nag wythnosol	0	0	0	**0**
Mewn cyfarfodydd aml-ddisgyblaethol yn unig	4.3% (1)	21.9% (21)	20.5% (32)	**19.6% (54)**
Therapi wedi'i gwblhau	8.7% (2)	2.1% (2)	3.8% (6)	**3.6% (10)**

Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogel sydd â mynediad at seicolegwyr clinigol yn uwch yn ysbytai GIG Cymru, 90.2% (101), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 71.5 (108).

31.3. Seicolegydd Cynorthwyol

Mae seicolegwyr cynorthwyol yn gweithio dan oruchwyliaeth seicolegydd clinigol i ymgymryd ag asesiadau, datganiadau ac ymyraethau[298].

Mae Ffigwr 97 yn dangos bod gan 26.5% (73) o'r cleifion gofnod o gyswllt gyda seicolegydd cynorthwyol, a'r ffurf fwyaf cyffredin o gyswllt, sef 42.5% (31), oedd drwy sesiynau un i un yn fwy aml nag wythnosol.

Ffigwr 97 – Amlder Cyswllt Cleifion gyda Seicolegydd Cynorthwyol

Amlder y cyswllt	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Cyfanswm
1:1 yn wythnosol o leiaf	4.3% (1)	5.2% (5)	16.0% (25)	**11.3% (31)**
1:1 yn llai aml nag wythnosol	8.7% (2)	3.1% (3)	6.4% (10)	**5.5% (15)**
1:1 a sesiynau grŵp rheolaidd	0	2.1% (2)	2.6% (4)	**2.2% (6)**
Sesiynau grŵp yn fwy aml nag wythnosol	0	3.1% (3)	0.6% (1)	**1.5% (4)**
Sesiynau grŵp yn llai aml nag wythnosol	0	1.0% (1)	0.6% (1)	**0.7% (2)**
Mewn cyfarfodydd aml-ddisgyblaethol yn unig	0	8.3% (8)	2.6% (4)	**4.4% (12)**
Therapi wedi'i gwblhau	0	0	1.9% (3)	**1.1% (3)**

Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogel sydd â chofnod o fynediad at seicolegwyr cynorthwyol yn is yn ysbytai GIG Cymru, 19.2% (19), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 35.2 (62).

31.4. Cwnselydd

Arbenigwyr cymwys yw cwnselwyr sydd, mewn sesiynau grŵp neu unigol, yn cefnogi cleifion i archwilio eu meddyliau, eu teimladau a'u hymddygiadau er mwyn datblygu dealltwriaeth well amdanyn nhw eu hunain[299].

Mae Ffigwr 98 yn dangos bod gan 1.8% (5) o'r cleifion gofnod o gyswllt gyda chwnselydd, a'r ffurf fwyaf cyffredin o gyswllt, sef 1.1% (3), oedd drwy sesiynau un i un yn llai aml nag wythnosol.

Ffigwr 98 — Amlder Cyswllt Cleifion gyda Chwnselydd

Amlder y cyswllt	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Cyfanswm
1:1 yn wythnosol o leiaf	0	1.0% (1)	0	**0.4% (1)**
1:1 yn llai aml nag wythnosol	4.3% (1)	0	1.3% (2)	**1.1% (3)**
1:1 a sesiynau grŵp rheolaidd	0	0	0	**0**
Sesiynau grŵp yn fwy aml nag wythnosol	0	0	0.6% (1)	**0.4% (1)**
Sesiynau grŵp yn llai aml nag wythnosol	0	0	0	**0**
Mewn cyfarfodydd aml-ddisgyblaethol yn unig	0	0	0	**0**
Therapi wedi'i gwblhau	0	0	0	**0**

Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogel sydd â chofnod o fynediad at gwnselydd yn is yn ysbytai GIG Cymru, 2% (2), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 2.3 (4).

31.5. Therapydd Galwedigaethol

Gall therapyddion galwedigaethol gael effaith gadarnhaol ar adferiad claf a thrawsnewid profiad cleifion o'u derbyniad i'r ysbyty[300]. Mae therapyddion galwedigaethol yn galluogi cleifion i gyflawni iechyd, llesiant a bod ar eu gorau yn eu bywydau bob dydd. Mae therapyddion galwedigaethol yn cynorthwyo cleifion i ddod yn fwy hunan-ymwybodol o'u gallu rhyngbersonol, eu gwerthoedd rhag-gymdeithasol, eu harferion ystyrlon, eu hunaniaeth bersonol a'u sgiliau ar gyfer byw bywyd ystyrlon, a datblygu hynny[301].

Mae Ffigwr 99 yn dangos bod gan 79.3% (218) o'r cleifion gofnod o gyswllt gyda therapydd galwedigaethol, a'r ffurf fwyaf cyffredin o gyswllt, sef 31.3% (86), oedd drwy sesiynau un i un yn llai aml nag wythnosol.

Ffigwr 99 — Amlder Cyswllt Cleifion gyda Therapydd Galwedigaethol

Amlder y cyswllt	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Cyfanswm
1:1 yn wythnosol o leiaf	4.3% (1)	13.5% (13)	21.8% (34)	**17.5% (48)**
1:1 yn llai aml nag wythnosol	21.7% (5)	36.5% (35)	29.5% (46)	**31.3% (86)**
1:1 a sesiynau grŵp rheolaidd	4.3% (1)	8.3% (8)	7.1% (11)	**7.3% (20)**
Sesiynau grŵp yn fwy aml nag wythnosol	0	2.1% (2)	3.2% (5)	**2.5% (7)**
Sesiynau grŵp yn llai aml nag wythnosol	0	5.2% (5)	5.1% (8)	**4.7% (13)**
Mewn cyfarfodydd aml-ddisgyblaethol yn unig	8.7% (2)	20.8% (20)	12.8% (20)	**15.3% (42)**
Therapi wedi'i gwblhau	0	0	1.3% (2)	**0.7% (2)**

Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogel sydd â chofnod o fynediad at therapydd galwedigaethol yn uwch yn ysbytai GIG Cymru, 80.8% (80), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 79% (139).

31.6. Therapydd Galwedigaethol Cynorthwyol

Mae cynorthwywyr therapi galwedigaethol yn cefnogi therapyddion galwedigaethol yn eu dyletswyddau bob dydd. Maen nhw'n annog ac yn cynorthwyo cleifion i gymryd rhan mewn gweithgareddau, naill ai yn yr ysbyty neu yn y gymuned, ac yn adrodd ar eu cynnydd[302].
Mae Ffigwr 100 yn dangos bod gan 73.8% (203) o'r cleifion gofnod o gyswllt gyda therapydd galwedigaethol cynorthwyol, a'r ffurf fwyaf cyffredin o gyswllt, sef 28% (77), oedd drwy sesiynau un i un yn llai aml nag wythnosol.

Ffigwr 100 — Amlder Cyswllt Cleifion gyda Therapydd Galwedigaethol Cynorthwyol

Amlder y cyswllt	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Cyfanswm
1:1 yn wythnosol o leiaf	4.3% (1)	10.4% (10)	10.9% (17)	**10.2% (28)**
1:1 yn llai aml nag wythnosol	17.4% (4)	22.9% (22)	32.7% (51)	**28% (77)**
1:1 a sesiynau grŵp rheolaidd	0	11.5% (11)	17.9% (28)	**14.2% (39)**
Sesiynau grŵp yn fwy aml nag wythnosol	0	6.3% (6)	2.6% (4)	**3.6% (10)**
Sesiynau grŵp yn llai aml nag wythnosol	0	16.7% (16)	6.4% (10)	**9.5% (26)**
Mewn cyfarfodydd aml-ddisgyblaethol yn unig	8.7% (2)	13.5% (13)	3.8% (6)	**7.6% (21)**
Therapi wedi'i gwblhau	0	0	1.3% (2)	**0.7% (2)**

Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogel sydd â chofnod o fynediad at therapydd galwedigaethol cynorthwyol yn is yn ysbytai GIG Cymru, 71.7% (71), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 76.1 (134).

31.7 Gweithiwr Cymdeithasol

Mae gweithwyr cymdeithasol yn canolbwyntio ar gyflwyno persbectif gymdeithasol i'r tîm aml-ddisgyblaethol, darparu ymyraethau cymdeithasol a dyletswyddau statudol sydd ynghlwm â rhyddhau claf, gan gynnwys gweithio gydag ystod eang o randdeiliaid ac asiantaethau i sicrhau bod pontydd effeithiol yn cael eu hadeiladu rhwng yr ysbyty a'r gymuned[303] .

Mae Ffigwr 101 yn dangos bod gan 69.4% (191) o'r cleifion gofnod o gyswllt gyda gweithiwr cymdeithasol, a'r ffurf fwyaf cyffredin o gyswllt, sef 53.5% (147), oedd drwy gyfarfodydd aml-ddisgyblaethol rheolaidd.

Ffigwr 101 — Amlder Cyswllt Cleifion gyda Gweithiwr Cymdeithasol

Amlder y cyswllt	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Cyfanswm
1:1 yn wythnosol o leiaf	21.7% (5)	14.6% (14)	6.4% (10)	**10.5% (29)**
1:1 yn llai aml nag wythnosol	4.3% (1)	5.2% (5)	1.9% (3)	**3.3% (9)**
1:1 a sesiynau grŵp rheolaidd	0	0	1.3% (2)	**0.7% (2)**
Sesiynau grŵp yn fwy aml nag wythnosol	8.7% (2)	0	0	**0.7% (2)**
Sesiynau grŵp yn llai aml nag wythnosol	0	2.1% (2)	0	**0.7% (2)**
Mewn cyfarfodydd aml-ddisgyblaethol yn unig	34.8% (8)	74.0% (71)	43.6% (68)	**53.5% (147)**
Therapi wedi'i gwblhau	0	0	0	**0**

Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogel sydd â chofnod o fynediad at weithiwr cymdeithasol yn is yn ysbytai GIG Cymru, 66.7% (66), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 74.4 (131).

31.8. Therapyddion Iaith a Lleferydd

Mae cyfraddau a chyffredinrwydd uchel o anawsterau lleferydd, iaith a chyfathrebu a llyncu ynghlwm â salwch meddwl ymhlith oedolion. Mae gan rai problemau iechyd meddwl penodol gysylltiadau cyffredin ag anawsterau cyfathrebu a bwyta, yfed a llyncu, megis sgitsoffrenia, seicosis, dementia ac iselder. Wedi dweud hynny, yn aml ni chaiff y problemau hyn eu cydnabod ac mae risg y gallant fod wedi'u cuddio y tu ôl i symptomau'r salwch meddwl[304].

Arbenigwr cymwys yw therapydd lleferydd ac iaith sy'n asesu ac yn cefnogi cleifion sydd ag anawsterau lleferydd, iaith a chyfathrebu a llyncu. Mae Ffigwr 102 yn dangos bod gan 4% (11) o'r cleifion gofnod o gyswllt gyda therapydd lleferydd ac iaith, a'r ffurf fwyaf cyffredin o gyswllt o blith y cleifion hyn, sef 1.8% (5), oedd drwy gyfarfodydd aml-ddisgyblaethol rheolaidd neu sesiynau un i un yn llai aml nag wythnosol.

Ffigwr 102 — Amlder Cyswllt Cleifion gyda Therapydd Lleferydd ac Iaith

Amlder y cyswllt	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Cyfanswm
1:1 yn fwy aml nag wythnosol	0	0	0	**0**
1:1 yn llai aml nag wythnosol	13.0% (3)	0	1.3% (2)	**1.8% (5)**
1:1 a sesiynau grŵp rheolaidd	0	0	0	**0**
Sesiynau grŵp yn fwy aml nag wythnosol	0	0	0	**0**
Sesiynau grŵp yn llai aml nag wythnosol	0	0	0	**0**
Mewn cyfarfodydd aml-ddisgyblaethol yn unig	0	1.0% (1)	2.6% (4)	**1.8% (5)**
Therapi wedi'i gwblhau	0	0	0.6% (1)	**0.4% (1)**

Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogel sydd â chofnod o fynediad at therapydd lleferydd ac iaith yn uwch yn ysbytai GIG Cymru, 5.1% (5), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 4.5 (8).

31.9. Dietegydd

Mae dietegydd yn cefnogi cleifion i fwyta'n iach a datblygu perthynas gadarnhaol gyda bwyd gan fod maeth o safon yn bwysig ar gyfer iechyd meddwl a chorfforol. Mae dietegwyr hefyd yn gweithio i wella arlwyaeth a chynllunio bwydlen[305]. Mae Ffigwr 103 yn dangos bod gan 9.1% (25) o'r cleifion gofnod o gyswllt gyda dietegwyr, a'r ffurf fwyaf cyffredin o gyswllt, sef 6.9% (19), oedd drwy gyfarfodydd aml-ddisgyblaethol rheolaidd.

Ffigwr 103 — Amlder Cyswllt Cleifion gyda Dietegydd

Amlder y cyswllt	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Cyfanswm
1:1 yn fwy aml nag wythnosol	0	1.0% (1)	1.3% (2)	**1.1% (3)**
1:1 yn llai aml nag wythnosol	0	1.0% (1)	0.6% (1)	**0.7% (2)**
1:1 a sesiynau grŵp rheolaidd	0	0	0	**0**
Sesiynau grŵp yn fwy aml nag wythnosol	0	1.0% (1)	0	**0.4% (1)**
Sesiynau grŵp yn llai aml nag wythnosol	0	0	0	**0**
Mewn cyfarfodydd aml-ddisgyblaethol yn unig	13.0% (3)	4.2% (4)	7.7% (12)	**6.9% (19)**
Therapi wedi'i gwblhau	0	0	0	**0**

Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogel sydd â chofnod o fynediad at ddietegydd yn is yn ysbytai GIG Cymru, 8.1% (8), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 9.7 (17).

31.10. Nyrs Iechyd Corfforol

Mae unigolion sydd â salwch meddwl mewn risg llawer uwch o amrywiaeth o gyflyrau iechyd corfforol. Fel y trafodwyd eisoes yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, mae disgwyliad oes unigolion sydd â salwch meddwl yn is na'r boblogaeth gyffredinol. Felly, mae'n hanfodol bod cleifion mewnol mewn ysbytai diogel yn cael cyswllt rheolaidd gyda nyrsys iechyd corfforol, er mwyn lleihau canlyniadau o iechyd corfforol gwael yn ystod eu cyfnod yn yr ysbyty.

Efallai fod nifer o gleifion mewn gofal diogel heb eu cofrestru â gwasanaeth gofal iechyd sylfaenol lleol ac mae ganddynt gyfraddau uchel o bwysedd gwaed uchel, afiechyd cardiofasgwlaidd a diabetes heb ddiagnosis. Yn ôl astudiaethau, gall darparu gofal iechyd sylfaenol a rheoli clefydau yn rhagweithiol fod yn hynod effeithiol mewn ysbytai diogel[306].

Mae Ffigwr 104 yn dangos bod gan 57.1% (157) o'r cleifion gofnod o gyswllt gyda nyrs iechyd corfforol, a'r ffurf fwyaf cyffredin o gyswllt, sef 45.5% (125), oedd drwy gyfarfodydd aml-ddisgyblaethol rheolaidd.

Ffigwr 104 — Amlder Cyswllt Cleifion gyda Nyrs Iechyd Corfforol

Amlder y cyswllt	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Cyfanswm
1:1 yn fwy aml nag wythnosol	13.0% (3)	7.3% (7)	8.3% (13)	**8.4% (23)**
1:1 yn llai aml nag wythnosol	0	4.2% (4)	1.3% (2)	**2.2% (6)**
1:1 a sesiynau grŵp rheolaidd	0	0	0.6% (1)	**0.4% (1)**
Sesiynau grŵp yn fwy aml nag wythnosol	0	0	0	**0**
Sesiynau grŵp yn llai aml nag wythnosol	0	0	0	**0**
Mewn cyfarfodydd aml-ddisgyblaethol yn unig	56.5% (13)	57.3% (55)	36.5% (57)	**45.5% (125)**
Therapi wedi'i gwblhau	0	0	1.3% (2)	**0.7% (2)**

Mae'r gyfran o gleifion mewn ysbytai diogel sydd â chofnod o fynediad at nyrs iechyd corfforol yn is yn ysbytai GIG Cymru, 54.4% (54), nag yn ysbytai nad ydynt yn GIG Cymru, 60.2 (106).

31.11. Rhyddhau

Mae rhyddhau o'r ysbyty yn golygu'r adeg pan mae derbyniad i ysbyty penodol yn dod i ben, gyda'r gofal sy'n parhau yn cael ei drosglwyddo i ysbyty arall, neu leoliad yn y gymuned, neu gartref. Nid yw rhyddhau o'r ysbyty yn ddiwedd ar bethau, yn hytrach mae'n un o sawl trawsnewid yn nhaith ofal y claf.

Mae cynllunio ar gyfer rhyddhau o'r ysbyty yn gyfle i ddilysu'r deilliannau a gafodd eu sefydlu ar yr adeg derbyn ac sydd wedi'u cyflawni ar yr adeg rhyddhau, a dylid cwblhau atgyfeiriadau i wasanaethau cymunedol priodol.

Dylai'r claf a'i deulu gymryd rhan weithredol yn y broses o gynllunio ar gyfer rhyddhau o'r ysbyty[307]. Gall trosglwyddiad gwael rhwng yr ysbyty a'r gymuned gael effaith negyddol ar gleifion a'u teuluoedd.

Un ffactor allweddol sy'n effeithio ar drosglwyddiad yw diffyg cyfaniad rhwng gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol, a rhwng yr ysbyty a gwasanaethau cymunedol.

Yn aml gall y diffyg gweithio ar y cyd hwn arwain at gymorth annigonol a thameidiog i gleifion. Er mwyn lliniaru'r materion hyn, dylai cynllunio ar gyfer rhyddhau o'r ysbyty ddechrau pan gaiff claf ei dderbyn i'r ysbyty[308].

Mae Ffigwr 105 yn dangos amlder y trafodaethau ynghylch trefniadau rhyddhau o'r ysbyty yn ôl math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod 75.6% (208) o gleifion wedi trafod rhyddhau o'r ysbyty yn ystod cyfarfodydd aml-ddisgyblaethol neu gyfarfodydd cynllunio gofal a thriniaeth. Mae Ffigwr 105 yn dangos bod cleifion gwrywaidd mewn ysbytai diogelwch uchel yn llai tebygol o gael cofnod o drafodaeth ynghylch rhyddhau o'r ysbyty ar amser yr archwiliad.

Ffigwr 105 — Amlder y Trafodaethau ynghylch Trefniadau Rhyddhau yn ôl y Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Dynion			Merched		Yn gyffredinol
	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	
Trafodwyd mewn cyfarfodydd aml-ddisgyblaethol rheolaidd	60.9% (14)	55.8% (43)	64.8% (83)	57.9% (11)	64.3% (18)	**61.5% (169)**
Trafodwyd mewn cyfarfod Cynllunio Gofal a Thriniaeth bob 6 mis yn unig	4.3% (1)	18.2% (14)	15.6% (20)	21.1% (4)	0	**14.2% (39)**
Dim cofnod o drafodaeth ynghylch rhyddhau o'r ysbyty	34.8% (8)	26.0% (20)	19.5% (25)	21.1% (4)	35.7% (10)	**24.4% (67)**

Ar un adeg yn ystod y daith ofal, bydd claf yn barod i gael ei ryddhau i haen ddiogelwch is, lleoliad cymunedol neu gartref. Mae deall pan mae claf yn barod i'w ryddhau yn gymhleth, ac yn cynnwys ymateb y claf i driniaeth, rhagolwg y claf, ffactorau risg a barn y tîm aml-ddisgyblaethol ehangach.

Defnyddiodd yr Adolygiad Cenedlaethol hwn farn broffesiynol dri thîm clinigol i awgrymu ar ba gam yw'r claf ar ei daith ofal. Mae hyn at ddibenion dangos yn unig gan efallai nad yw hanes y claf, ymateb i driniaeth a chynlluniau rhyddhau o'r ysbyty yn hysbys, yn llawn, gan y tri thîm clinigol.

Mae Ffigwr 106 yn dangos cam y claf ar ei daith ofal bersonol ym marn archwiliwr yr Adolygiad Cenedlaethol, staff lleoliad cyfredol y cleifion a chydlynydd gofal/tîm gofal lleol y claf. Nid oedd modd rhoi barn dan bob amgylchiadau.

Dengys Ffigwr 106 bod y staff yn lleoliad cyfredol y claf yn teimlo bod y rhan fwyaf o gleifion yn barod i'w rhyddhau ar adeg yr archwiliad nag archwilydd yr Adolygiad Cenedlaethol neu gydlynydd gofal y claf/aelod o'r tîm gofal lleol.

Ffigwr 106 — Dangosydd yn Unig — Cam Cleifion ar eu Taith Ofal Bersonol yn ôl Barn Tîm Clinigol Penodol

	Archwiliwr yr Adolygiad Cenedlaethol	Staff yn Lleoliad Cyfredol y Claf	Cydlynydd Gofal/ Tîm Gofal Lleol (38 o gleifion)
Claf yn barod i'w ryddhau ar unwaith	10.9% (30)	14.2% (38)	2.6% (1)
Gall y claf fod yn barod i'w ryddhau cyn pen llai na 6 mis	11.3% (31)	14.5% (40)	26.3% (10)
Gall y claf fod yn barod i'w ryddhau rhwng 6 a 12 mis	53.1% (146)	35.6% (98)	39.5% (15)
Mae'n debyg y bydd y claf angen 12 mis arall yn yr ysbyty	24.7% (68)	36% (99)	31.6% (12)

O blith y 38 o gleifion yr oedd staff yn eu lleoliad cyfredol yn credu y gellir ystyried y claf yn barod i gael ei ryddhau ar unwaith:

- Roedd 5.1% (2) o'r cleifion mewn diogelwch uchel.
- Roedd 35.9% (14) o'r cleifion mewn diogelwch canolig.
- Roedd 56.4% (22) o'r cleifion mewn diogelwch isel.

Gall rhai cleifion fynegi i aelodau o staff eu bod yn dymuno cael eu rhyddhau o'r gwasanaeth. Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd bod 72% o gleifion wedi mynegi eu dymuniad i gael eu rhyddhau.

Rhan C

Bodlonrwydd a Phrofiad Cleifion

32.BODLONRWYDD A PHROFIAD CLEIFION 127
32.1. HOLIADUR CLEIFION 127
32.2. AWGRYMIADAU GAN GLEIFION 129
33.3. CWYNION GAN GLEIFION 130
33.4. AROS MEWN CYSYLLTIAD O BELL 131
32.5. YMWELIADAU 132

32. Bodlonrwydd a Phrofiad Cleifion

Ystyrir yn eang bod bodlonrwydd cleifion gyda'r gofal maen nhw'n ei gael yn brawf o ansawdd mewn gofal iechyd meddwl[309]. Caiff cyfranogiad cleifion ei annog mewn ysbytai diogel oherwydd ei fod yn gysylltiedig â bodlonrwydd gwell ymhlith cleifion, cydymffurfiaeth well â thriniaeth ac ansawdd gofal gwell[310].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 80% (222) o gleifion wedi cymryd rhan yn natblygiad eu cynllun gofal.

32.1. Holiadur Cleifion

Archwiliwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn fodlonrwydd cleifion drwy holiadur, a gafodd ei gynnig mewn naw ysbyty gwahanol â lefelau diogelwch gwahanol iddynt, gyda'r potensial o 134 o gleifion yn cymryd rhan. Roedd yr holiadur yn cynnwys 11 cwestiwn, wedi'u sgorio 1-5, gyda'r sgôr uchaf yn dynodi lefel uwch o fodlonrwydd gyda'r agwedd benodol o ofal.

Cafwyd cyfleoedd hefyd i ysgrifennu 'testun rhydd' er mwyn i gleifion allu rhoi sylw ar agweddau ar ofal. Ar ôl un mis, roedd 38.8% (52) o gleifion, 40 o gleifion gwrywaidd a 12 o gleifion benywaidd wedi llenwi'r holiadur.

Mae rhai cyfyngiadau i'w hystyried wrth ddehongli canlyniadau'r holiadur, megis:

- Mae'n bosibl bod tuedd samplu os oedd rhai cleifion yn credu y byddai cymryd rhan yn cael effaith gadarnhaol ar sut cânt eu canfod gan staff[311].
- Mae'n bosibl bod tuedd dymunoldeb cymdeithasol os cafodd cleifion gymorth gan staff i lenwi'r holiadur gan y gall hyn fod wedi darparu mwy o ymatebion cadarnhaol, yn enwedig y rheini sy'n canolbwyntio ar agwedd yn ymwneud â staff.
- Mae'n bosibl bod effaith amseru, gan fod cleifion yn destun cyfyngiadau rheoli haint a chymdeithasol o ganlyniad i'r pandemig Covid 19. Gall hyn fod wedi'i effeithio ar ymweliadau teulu neu weithgareddau sydd ar gael, gweler **Bocs 5** ar gyfer sylwadau gan gleifion ynghylch y pandemig.

Bocs 5: Sylwadau cleifion ynghylch Covid 19

"Bydd pethau'n gwella pan fydd Covid yn dod i ben"

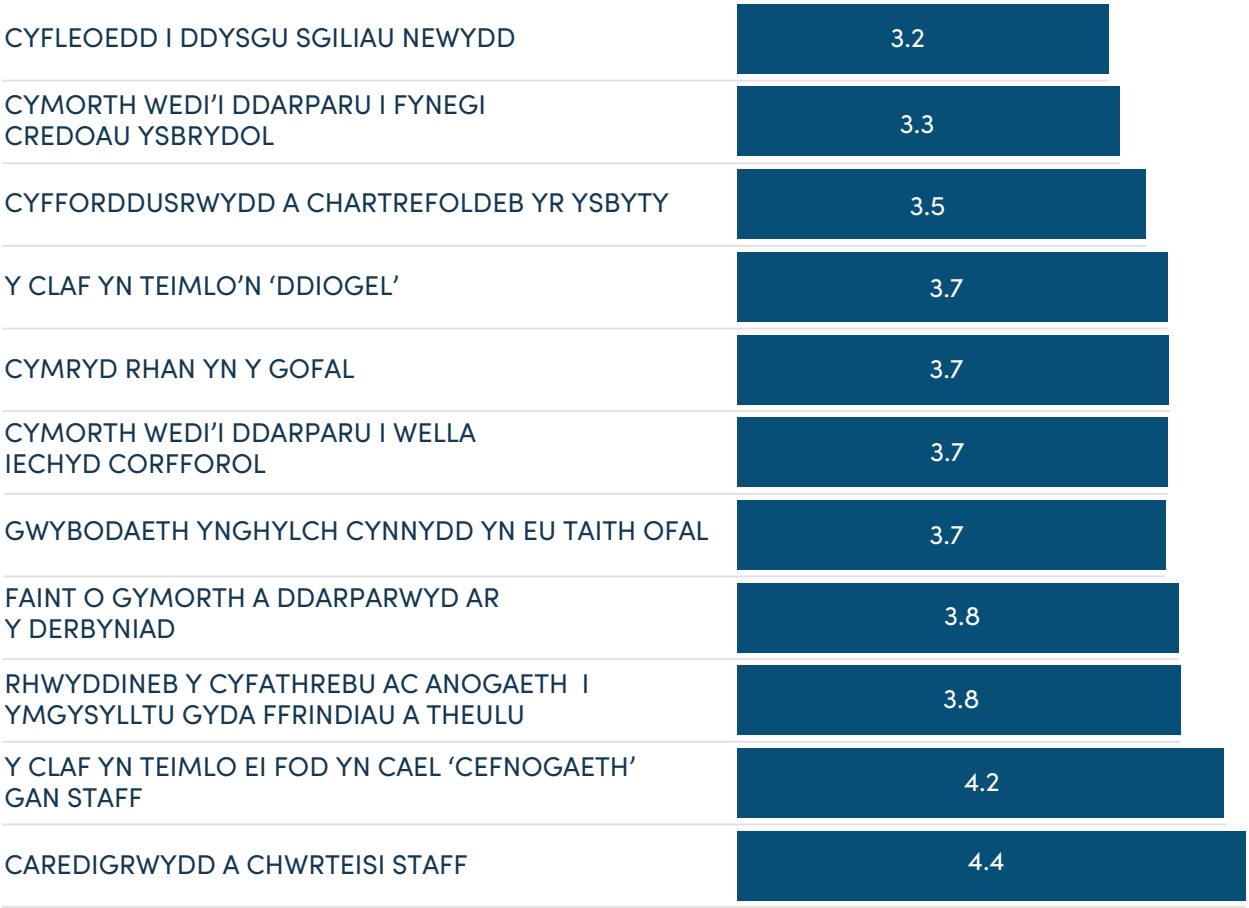
"Mae [ymweliadau gan deulu] wedi bod yn anodd oherwydd y cyfnod clo"

"Dydyn ni ddim yn cael gweld neb oherwydd Covid ar hyn o bryd"

"Cafodd cyfyngiadau Covid effaith fawr ar weithgareddau"

Mae Ffigwr 107 yn dangos crynodeb o'r datganiadau sydd wedi'u cynnwys yn yr holiadur ac mae lefel bodlonrwydd cleifion ar gyfartaledd, wedi'u sgorio rhwng 1 a 5 ac wedi'u rhestru yn ôl y sgôr isaf yn gyntaf. Mae Ffigwr 108 yn dangos mai'r sgôr uchaf ar gyfartaledd oedd 'caredigrwydd a chwrteisi staff' a'r isaf oedd 'cyfleoedd i ddysgu sgiliau newydd', a all fod wedi'i effeithio gan bandemig Covid 19.

Ffigwr 107 — Sgôr Gyfartalog Holiadur Bodlonrwydd Cleifion o 1, yr isaf, i 5, yr uchaf



Y gyfran o gleifion yn sgorio meysydd yn 'dda iawn' oedd;

- Caredigrwydd a chwrteisi staff, 50% (26).
- Cleifion yn teimlo eu bod yn cael eu 'cefnogi' gan staff, 46.2% (24).
- Cleifion yn teimlo'n 'ddiogel', 44.2% (23).
- Rhwyddineb cyfathrebu ac anogaeth i ymgysylltu â theulu a ffrindiau, 36.5% (19).

Ni chafodd unrhyw faes ei sgorio'n 'wael' neu'n 'wael iawn', er y maes a gafodd y sgôr isaf oedd 'y cyfle i ddysgu sgiliau newydd', y sgoriodd 30.8% (16) o gleifion yn 'ddim yn dda nac yn wael'.

32.2. Awgrymiadau gan Gleifion

Mae'n bwysig gwrando ar lais y claf mewn ysbytai diogel, er y gall hyn fod yn anodd ar adegau[312]. Roedd yr holiadur bodlonrwydd cleifion yn cynnig cyfleoedd i gleifion 'ysgrifennu'n rhydd' ar agweddau ar ofal, a chafwyd cyfanswm o 88 o sylwadau ar agweddau ar ofal.

Mae'r sylwadau hyn wedi'u rhannu'n dri maes:

1) Yr amgylchedd i fod yn fwy 'cyfforddus' neu 'gartrefol', megis:

- Mwy o 'ddodrefn meddal' yn yr ysbyty.
- 'Gwella' edrychiad yr ysbyty.
- 'Diweddaru' ystafelloedd gwely.

2) Cleifion i gael mwy o ymreolaeth neu fynediad, megis:

- Cleifion eisiau mynediad at 'dechnoleg well'.
- Cleifion eisiau mynediad at y rhyngrwyd.
- Cleifion yn cael mynediad at eu ffonau symudol.
- Cleifion eisiau mynediad i'r gampfa yn 'fwy aml' neu at gyfarpar 'gwell' yn y gampfa.
- Claf eisiau mwy o opsiynau gweithgareddau.
- Claf eisiau mwy o absenoldeb neu fynediad i'r gymuned.
- Cleifion eisiau mynediad at 'ddysg fwy ymarferol'.

3) Awgrymiadau cleifion ynghylch agweddau neu ansawdd gofal staff, megis:

- Staff mwy 'parhaol' a 'llai o staff asiantaeth'.
- Staff i fod yn 'fwy gonest'.
- Staff i fod yn 'fwy cadarnhaol'.
- Staff i 'wrando fwy ar gleifion'.
- Staff i roi mwy o wybodaeth ynghylch cynnydd a lleoliadau'r dyfodol.

Roedd gan yr holiadur boddlonrwydd cleifion yr ymgymerwyd ag ef fel rhan o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn debygrwydd i un yr ymgymerwyd ag ef fel rhan o adolygiad blaenorol i ofal diogel yng Nghymru yr ymgymerwyd ag ef yn 2009[313].

Dyma'r gwahaniaethau pan ofynnwyd yr union ddau gwestiwn:

- Faint o gymorth a roddwyd ar yr adeg derbyn i'r ysbyty, y sgôr ar gyfartaledd yn 2010 oedd 3, 'ddim yn dda nac yn wael', ac yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, y sgôr ar gyfartaledd oedd 4, 'da'.

- Cleifion yn teimlo eu bod yn cael eu 'cefnogi' gan staff, y sgôr ar gyfartaledd yn 2010 oedd 3, 'ddim yn dda nac yn wael', ac yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, y sgôr ar gyfartaledd oedd 4, 'da'.

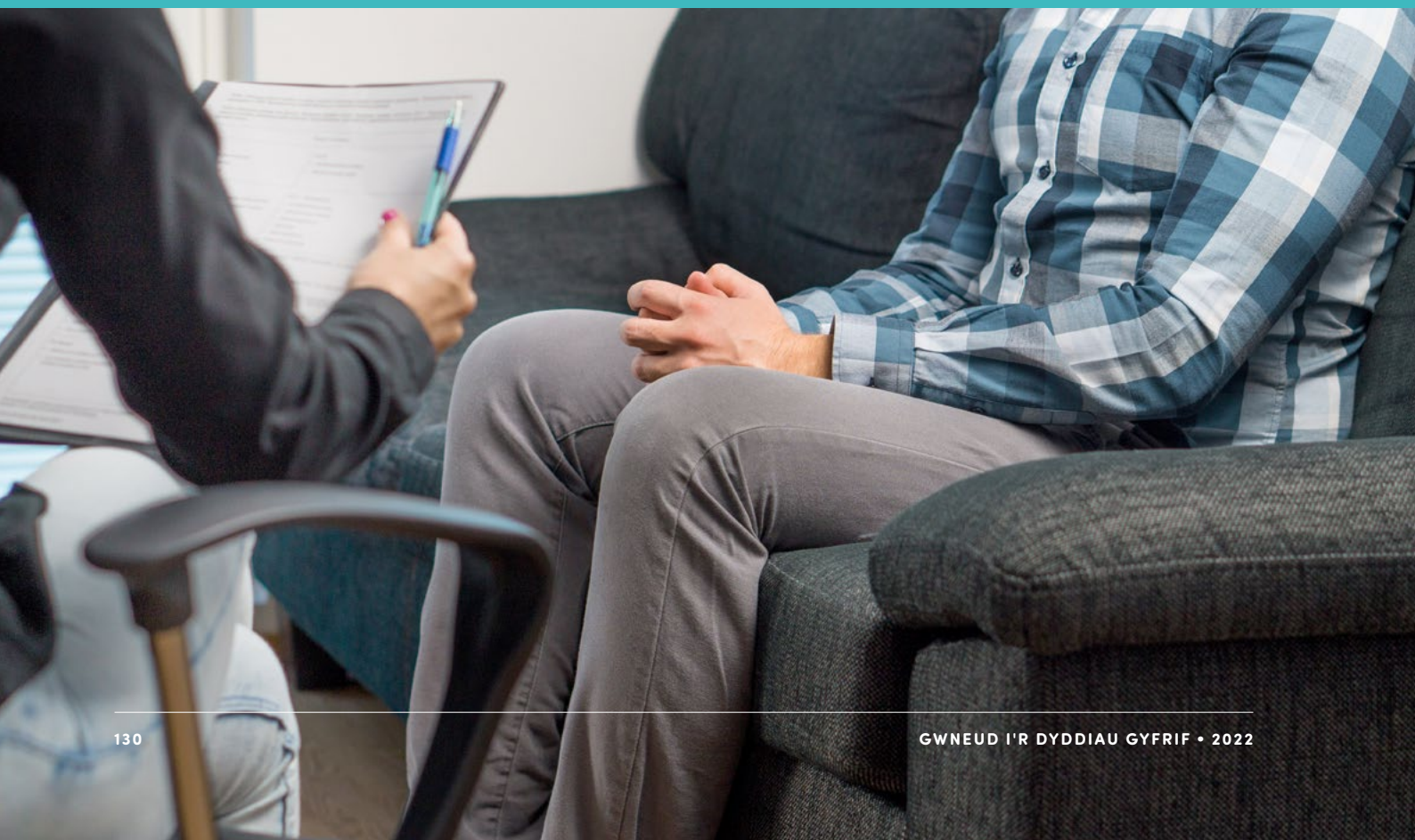
32.3. Cwynion gan Gleifion

Mae diddordeb cynyddol mewn hyrwyddo hawliau cleifion, yn enwedig cleifion seiciatrig[314]. Mae cwyn yn golygu claf yn mynegi anfodlonrwydd, anghymeradwyaeth neu anniddigrwydd gyda gwasanaethau.

Mae cwynion yn adnodd gwerthfawr er mwyn monitro a gwella diogelwch a phrofiad cleifion[315]. Yn ôl astudiaethau, canfuwyd bod staff sy'n gweithio mewn gwasanaethau iechyd meddwl yn fwy tebygol o fod yn destun cwyn na staff sy'n gweithio mewn gwasanaethau iechyd corfforol[316], a bod cwynion yn cael eu gwneud yn fwy aml gan gleifion sy'n cael eu derbyn i'r ysbyty na'r rheini sy'n cael eu trin yn y gymuned[317,318]. Yn ôl y disgwyl, mae gan driniaeth orfodol a chanfod y berthynas therapiwtig yn un negyddol gysylltiad cryf â bodlonrwydd is gyda gofal[319].

Archwiliwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn y gyfran o gleifion a fyddai wedi gwneud cwyn ar lafar neu ysgrifenedig yn eu lleoliad cyfredol. Ni archwiliwyd natur y gŵyn na pha un ai a gefnogwyd y gŵyn ai peidio yn ystod yr Adolygiad Cenedlaethol hwn. Gellir ystyried cwynion ar lafar yn llai difrifol na chwyn ysgrifenedig, er nad ydynt mewn gwirionedd. Mae Ffigwr 108 yn dangos y gyfran o gleifion a wnaeth gŵyn ysgrifenedig neu ar lafar yn ôl y math o ysbyty diogel a rhywedd ac mae'n dangos bod y rhan fwyaf o gleifion heb wneud cwyn ar lafar neu ysgrifenedig.

Mae Ffigwr 108 yn dangos bod mwy o gleifion wedi gwneud cwyn ar lafar nag ysgrifenedig, mai'r grŵp o gleifion sydd fwyaf tebygol o fod wedi gwneud cwyn ysgrifenedig oedd cleifion benywaidd mewn diogelwch canolig, ac mai'r grŵp mwyaf tebygol o fod wedi gwneud cwyn ar lafar oedd cleifion benywaidd mewn diogelwch isel.



Ffigwr 108 — Amlder y Cwynion Ar Lafar ac Ysgrifenedig yn ôl y Math o Ysbyty Diogel a Rhywedd

	Dynion			Merched		Yn gyffredinol
	Diogelwch uchel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	Diogelwch canolig	Diogelwch isel	
Claf wedi gwneud cwyn ysgrifenedig yn ystod y lleoliad cyfredol	8.7% (2)	15.6% (12)	20.3% (26)	42.1% (8)	35.7% (10)	**21.1% (58)**
Claf heb wneud cwyn ysgrifenedig yn ystod y lleoliad cyfredol	91.3% (21)	84.4% (65)	80.5% (103)	57.9% (11)	60.7% (17)	**78.9% (217)**
Claf wedi gwneud cwyn ar lafar yn ystod y lleoliad cyfredol	21.7% (5)	45.5% (35)	45.5% (58)	57.9% (11)	57.1% (16)	**45.5% (125)**
Claf heb wneud cwyn ar lafar yn ystod y lleoliad cyfredol	78.3 % (18)	54.5% (42)	55.5% (71)	42.1% (8)	39.2% (11)	**54.5% (150)**

32.4. Aros mewn Cysylltiad o Bell

Mae'n bwysig cefnogi cleifion i gynnal perthnasau gyda theulu a ffrindiau. Mae peth gyfarwyddyd yn hyrwyddo'r defnydd o ffonau symudol neu'r rhyngrwyd i gleifion gadw mewn cysylltiad â theulu a ffrindiau[320], er y rhoddir ystyriaeth ddyledus i gyfyngiadau cyfreithiol, risg a diogelwch[321].

Ymgymerwyd archwiliadau sy'n ffurfio rhan o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn pan oedd cyfyngiadau ymweld ar waith, oherwydd pandemig Covid 19, ac aeth rhai ysbytai diogel ati i gyflwyno ffonau symudol neu ddyfeisiau digidol ar gyfer cleifion a oedd yn galluogi cyswllt gweledol o bell, megis gliniadur, llechen neu gwe-gamera.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan y gyfran ganlynol o gleifion fynediad at fathau penodol o ffôn:

- 52.7% (145) o gleifion gyda mynediad at linell tir ffôn ysbyty.
- 12% (33) o gleifion gyda mynediad at ffôn symudol sy'n cael ei rannu yn yr ysbyty.
- 35.3% (97) o gleifion gyda mynediad at ffôn symudol preifat.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan y gyfran ganlynol o gleifion fynediad at ddyfeisiau digidol sy'n galluogi cyswllt gweledol o bell:

- 88% (242) o gleifion gyda mynediad at ddyfais cyswllt gweledol o bell yn yr ysbyty.
- 7.3% (20) o gleifion gyda mynediad at ddyfais cyswllt gweledol o bell breifat.
- 4.7% (13) o gleifion heb fynediad at unrhyw ddyfais cyswllt gweledol o bell.

32.5. Ymweliadau

Mae'r wybodaeth yn yr Adran hon o'r Adolygiad Cenedlaethol yn debygol o gael ei heffeithio gan y cyfyngiadau ymweld ag ysbytai cenedlaethol a oedd ar waith yn sgil pandemig Covid 19. Gall gofalwyr neu aelodau'r teulu ddarparu gwybodaeth bwysig ynghylch ymddygiad cleifion a digwyddiadau allweddol mewn bywyd a sut all y rhain fod wedi cyfrannu at yr amgylchiadau sy'n arwain at dderbyn y claf i'r ysbyty. Dylid ystyried y wybodaeth hon yn hanfodol i adferiad eu perthynas[322].

Pan mae gofalwyr ynghlwm â thriniaeth, mae cleifion yn llai tebygol o fod angen eu derbyn i'r ysbyty fel cleifion mewnol yn aml ac maent yn fwy tebygol o gael profiadau o welliannau sylweddol yn eu symptomau a'u hansawdd bywyd[323].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn y gyfran o gleifion a gafodd ymweliadau gan deulu neu ffrindiau, o blith y 274 o gleifion y cofnodwyd y wybodaeth hon mewn perthynas â nhw:

- ni chafodd 43.6% (120) o'r cleifion unrhyw ymweliad yn yr ysbyty gan deulu neu ffrindiau.
- ni chafodd 1.5% (4) o'r cleifion ganiatâd i gael ymweliadau yn yr ysbyty gan deulu neu ffrindiau.
- cafodd 39.3% (108) o'r cleifion ymweliad dan oruchwyliaeth yn yr ysbyty gan deulu neu ffrindiau.
- cafodd 15.3% (42) o'r cleifion ymweliad heb oruchwyliaeth yn yr ysbyty gan deulu neu ffrindiau.



Pan mae gofalwyr ynghlwm â thriniaeth, mae cleifion yn llai tebygol o fod angen eu derbyn i'r ysbyty fel cleifion mewnol yn aml ac maent yn fwy tebygol o gael profiadau o welliannau sylweddol yn eu symptomau a'u hansawdd bywyd[323].

Rhan D

Amgylchedd y Gofal

33. DYLUNIO YSBYTAI DIOGEL 135
34. YSTADAU SY'N BODOLI 137
34.1. CYFLEUSTERAU ARWAHANU 137
34.2. EN SUITE 138
34.3. SICRHAU AMGYLCHEDDAU DIOGEL 138
34.4. MYNEDIAD 139
34.4.1. MYNEDIAD AT DDIODYDD POETH AC OER 139
34.4.2. MYNEDIAD I GAMPFA 139
34.4.3. MYNEDIAD I ARDD DDIOGEL 140
34.4.4. MYNEDIAD I YSTAFELL AML-FFYDD 140
34.5. GLENDID 140
34.6. SŴN 140
34.7. TELEDU CYLCH CYFYNG 141
34.8. COFNODION IECHYD ELECTRONIG 141

33. Dylunio Ysbytai Diogel

Yn ogystal â sicrhau bod yr amgylchedd yn galluogi i gyfyngiadau priodol gael eu rhoi ar waith yn ôl yr angen, mae amgylchedd ffisegol a dyluniad ysbytai diogel yn cael goblygiadau pwysig ar ansawdd bywyd, llesiant corfforol a meddyliol yn ogystal â chanlyniadau triniaethau ar gyfer cleifion.

Mae 'canllawiau dylunio' yr Adan Iechyd yn cynnig manylebau o ran meintiau ystafelloedd, mynediadau, systemau diogelwch personol, waliau mewnol, coridorau, toeau a ffensys. Am enghraifft o'r manylion yn y manylebau hyn, gweler **Bocs 6**.

Dylai dyluniad ysbyty diogel ystyried diben therapiwtig a chymdeithasol llawn y gwasanaeth, gan gydnabod y gall cleifion aros am gyfnodau hirach o amser. Dylai'r dyluniad alluogi i ystod lawn o fannau cymdeithasol, clinigol a therapiwtig gael eu darparu yn ogystal ag ystod o ardaloedd craidd sydd eu hangen ar staff i gefnogi gyda gweithredu'r gwasanaeth. Dylai fod ystod o ardaloedd cyffredin, mannau myfyrio tawel, ystafelloedd therapi, triniaeth, addysg a hamdden; wedi'u dylunio mewn modd sy'n rhoi gobaith, yn tawelu, yn cefnogi ac yn grymuso cleifion. O ran y capasiti mwyaf, mae'r canllawiau yn awgrymu dim mwy na 15 o gleifion fesul ward.

Gall gerddi awyr agored ac elfennau eraill o natur fod yn ffordd gadarnhaol o dynnu sylw. Mae amlygiad i natur yn lleihau straen a blinder a gall hwyluso adferiad.

Bocs 6: Enghraifft o Fanyleb Ysbytai Diogel

Terfyn Ffens â Diogelwch Canolig

- Rhaid i'r ffens fesur isafswm uchder o 5.2 metr.
- Dylai'r ffens fod wedi'i wneud o rwyll.
- Dylai'r rhwyll fod â diamedr o 3mm, 13mm ar i fyny a 75mm ar ei hyd.

Mae tystiolaeth hefyd y gall mynediad i ardaloedd awyr agored a golygfeydd o 'fannau gwyrdd' gael effaith gadarnhaol ar yr amser adfer a lleddfu trallod cleifion. Gall mynediad i 'fannau gwyrdd' gael ei ddefnyddio fel opsiwn arall i fesurau gorfodol o reoli ymddygiad cleifion, megis ataliaeth.

Dylid ystyried yn ofalus agosrwydd ystafelloedd arwahanu at swyddogion ward. Gall agosrwydd agos hyrwyddo diogelwch ond gall godi pryderon ynghylch aflonyddwch, a gall pellter hirach leihau aflonyddwch amgylcheddol ond leihau ymatebion staff ac adnoddau staffio ar gael.

Dylai system alw fod mewn lle i alluogi cleifion ac ymwelwyr i rybuddio staff o'u hangen am gymorth. Gall y system alw fod yn naill ai system symudol neu osodedig gan ddefnyddio botymau wedi'u mewnosod yn yr adeilad neu system alw bersonol gan gleifion neu ymwelwyr. Dylid profi'r system yn rheolaidd a chofnodi profion at ddibenion archwilio.

Gall lolfa staff neu ardal gyffredin gyffelyb wella morâl a bodlonrwydd mewn swydd ac annog cyfathrebu proffesiynol. Mae astudiaethau wedi dangos pwysigrwydd lleihau teimlad sefydliadol y cyfleuster ac ymgorffori amgylchedd cartrefol pryd bynnag sy'n bosibl. Mae'r math hwn o awyrgylch yn gysylltiedig â llesiant emosiynol a deallusol uwch a llai o ymddygiad heriol.

Mae'n well gan gleifion ystafelloedd cyfarwydd yn hytrach nag ystafelloedd 'addurniadol' neu 'ffasiynol'. Dylai dodrefn wedi'u clustogi gael eu cynnwys pryd bynnag mae hynny'n ymarferol. Er bod modd defnyddio dodrefn fel arf ac ni ddylent fod yn rhwydd eu codi neu eu taflu, ni ddylent fod yn rhy drwm fel bod modd eu symud. Mae dodrefn sy'n wydn i ddifrod yn bwysig hefyd. Argymhellir gwaith celf sy'n tawelu'r meddwl a gall lluniau o natur leihau gorbryder. Mae rhai astudiaethau wedi awgrymu mewnosod carped i atgyfnerthu'r ymddangosiad a'r ymdeimlad o gysur, ond rhaid i hyn fod wedi'i gydbwyso mewn perthynas â'r posibilrwydd o faeddu. Er mwyn hyrwyddo diogelwch, argymhellir ffenestri annrylliadwy, ffyn llenni sy'n ymwahanu oddi wrth y wal, allbynnau trydan nad oes modd ymyrryd â nhw, drychau dur gloyw a thapiau dŵr cloadwy.

Osgowch gorneli nad oes modd gweld y tu hwnt iddynt am resymau diogelwch staff a lloriau wedi'u sgleinio neu arwynebau adlewyrchol rhag dallu rhywun. Mae wynebau o bren naturiol wedi'u defnyddio i feddalu edrychiad drysau a chledrau coridorau. Mae astudiaethau o ddewisiadau o ran lliwiau waliau yn anghyson, ond mae pedwar argymhelliad cyffredinol. Yn gyntaf, dylid osgoi cynlluniau lliw plaen, unlliw a lliwiau ffasiynol neu drendi neu liwiau pastel. Mae'n bosibl y byddai cleifion gydag iselder yn ffafrio lliwiau mwy llachar, ond gallent fod yn rhy ysgogol ar gyfer cleifion cynhyrfus. Yn ail, yn aml mae lliwiau glas cynnes yn cael effaith liniarol oherwydd eu tonfeddi byrrach, a gallant fod yn arbennig o addas ar gyfer yr ardaloedd tawelaf. Yn ogystal, mae defnyddio lliwiau tebyg o'r un dwyster wedi'i adrodd i dawelu pobl.

Yn drydydd, gall lliwiau glas a gwyrdd gael effaith negyddol ar hwyliau cleifion sydd ag iselder a llai o egni. Ac yn olaf, dylai waliau ystafelloedd ar wahân fod yn lliw 'tawel', ond pendant, yn hytrach na gwyn neu lwyd.

Dylai fod gan gleifion y cyfle i reoli eu lefel o gyswllt cymdeithasol. Argymhellir dylunio mannau noddfa oddi wrth sŵn a chynnwrf cyffredinol y ward a mannau lle all cleifion ryngweithio a ffurfio perthnasoedd cymdeithasol. Gall preifatrwydd gynyddu bodlonrwydd amgylcheddol ac ymlyniad â lle. Dylai ystafelloedd dydd fod yn agored a hyblyg ac annog rhyngweithiad gyda staff, gan ganiatáu ymreolaeth bersonol hefyd Yn benodol, dylai ysbytai diogel annog diogelwch a hyrwyddo anghenion merched a phobl fregus. Yn benodol, dylai hyn gynnwys darparu llety a mannau un rhyw ar wahân. Awgrymir bod defnyddio ystafelloedd i unigolion yn hyrwyddo ymreolaeth cleifion a gall gynyddu ymgysylltiad therapiwtig. Yn ôl cleifion maent yn cael mwy o breifatrwydd, urddas a mwy o allu i ddatgan 'gwybodaeth sensitif' i staff, ac yn cysgu'n well pan ddarparwyd ystafelloedd gwely sengl.

Mae rheoleiddwyr wedi nodi na ddylid 'disgwyl' i gleifion rannu llety cysgu gyda 'dieithriaid', gan y gall hynny gynhyrfu rhai ohonynt.

Dylai ysbytai gael lefel uchel o lendid a hyrwyddo ffordd iach o fyw, megis sicrhau bod amrywiaeth ehangach o fwyd a diod iachus ac apelgar ar gael ar gyfer cleifion.

O ran lleoliad ysbytai diogel, mae peth ddadl yn ymwneud â'r ffafriaeth o'u lleoli mewn lleoliadau trefol yn hytrach na llefydd gwledig. Er enghraifft, mae rhai pryderon yn ymwneud â lleoliad mewn ardaloedd trefol oherwydd y risgiau posibl i gleifion o fynediad at sylweddau a rhyngweithiadau gwrthgymdeithasol. Wedi dweud hynny, mae gan ardaloedd trefol hygyrchedd gwell at ffurfiau o ysgogiadau adferol efallai na fyddai ar gael mewn amgylcheddau gwledig. Argymhellwyd lleoli gwasanaethau diogel mor agos â phosibl at wasanaethau'r boblogaeth gyffredinol er mwyn galluogi cleifion i gynnal cyswllt â'u teulu a'u ffrindiau, gwasanaethau seiciatrig cyffredinol, gofal i gleifion allanol a'r gymuned ehangach. [324,324,325,326,327,328,329,330,331,332,333,334,335,336,337,338,339,340,341,342,343,344,345,346.]

34. Ystadau sy'n Bodoli

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, canfuwyd 43 o wahanol wardiau ysbytai, gan gynnwys:

- 4 ward mewn ysbytai diogelwch uchel.
- 16 ward mewn ysbytai diogelwch canolig.
- 20 ward mewn ysbytai diogelwch isel.
- 3 ward mewn ysbytai diogelwch isel CAMHS.

Yn ôl astudiaethau, ymddengys bod cleifion yn gwneud cynnydd gwell mewn ysbytai iechyd meddwl fwy newydd, sydd wedi'u dylunio at y diben yn hytrach na mewn cyfleusterau hŷn, wedi dyddio. Yn ôl astudiaethau, canfuwyd mewn cyfleusterau iechyd meddwl wedi'u hadeiladu'n addas at y diben bod cyfnod adfer cleifion yn llai, a bod y nifer o achosion difrifol o gam-drin ar lafar ac ymddygiad bygythiol wedi'i leihau'n sylweddol[347,348]. O blith y 43 o wardiau a gafodd eu hadolygu fel rhan o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn, roedd 81.4% (35) wedi'u hadeiladu'n bwrpasol ar gyfer y lefel ddiogelwch gyfredol a 18.6% (8) wedi'u haddasu a heb eu hadeiladu'n bwrpasol. O blith y ddau ysbyty diogelwch canolig yn y GIG, agorwyd yr ysbyty yn ne Cymru yn 2004 ac agorwyd yr ysbyty yng ngogledd Cymru ym 1998, ac roedd y ddau wedi'u dylunio sawl blwyddyn cyn eu hagor. Pryd bynnag oedd modd pennu'r wybodaeth hon, roedd 46.5% (20) o'r wardiau a gafodd eu harchwilio yn ystod yr Adolygiad Cenedlaethol hwn wedi'u hadeiladu o leiaf 20 mlynedd ynghynt. Yn aml mae angen adfywio ac ail-addurno ysbytai diogel oherwydd difrod i'r eiddo, baeddu bwriadol neu anfwriadol ac oherwydd bod defnydd uchel o'r lle. Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod gan 72% (31) o'r wardiau raglen adfywio barhaus a bod 61% (25) o'r wardiau wedi'u hadfywio yn ystod y 12 mis cyn yr archwiliad.

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, gofynnwyd i'r archwilwyr bennu pa un ai a oedd y ward mewn cyflwr 'da' neu gyflwr 'gwael' o ran ei ymddangosiad, ei lendid a'r difrod i'w ddodrefn neu ffitiadau. Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod 85.4% (35) o'r wardiau wedi'u dosbarthu mewn cyflwr 'da' yn ystod yr archwiliad.

34.1 Cyfleusterau Arwahanu

Mae arwahanu yn golygu cyfyngu claf dan oruchwyliaeth mewn ystafell wedi'i neilltuo'n arbennig ar gyfer hyn[349]. Unig nod arwahanu yw atal ymddygiad hynod aflonyddgar sy'n debygol o beri niwed i eraill[350,351]. Mae'n

hanfodol bod arwahanu yn cael ei ddefnyddio fel opsiwn olaf yn unig, a bod canllawiau yn cael eu dilyn er mwyn gwarchod rhyddid y claf ac uchafu ei ryddid gan ddarparu amgylchedd diogel[352]. Ni ddylid defnyddio terminoleg arall, megis 'ynysu therapiwtig' i amddifadu cleifion rhag y diogelwch sydd wedi'i sefydlu er mwyn arwahanu[353]. Roedd y staff hynny nad oes ganddynt fynediad at gyfleusterau arwahanu yn fwy tebygol o ddefnyddio tawelyddu cyflym[354], ond i'r gwrthwyneb i hynny, mae holiaduron wedi datgan bod arwahanu yn llai 'derbyniol' i staff nag arsylwadau, meddyginiaeth, ac ataliaeth ac mae prawf bod y defnydd o arwahanu yn uwch pan mae ystafell arwahanu ar gael[355].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, gofynnwyd i'r archwilwyr bennu pa un ai a yw'r cyfleusterau arwahanu, os ydynt yn bresennol, yn 'cydymffurfio ag arfer orau[356,357], o ran lleoliad ac amgylchedd a chanfuwyd y canlynol:

- Mae gan 55.8% (24) o'r wardiau gyfleusterau arwahanu sydd wedi'u pennu i gydymffurfio'n llwyr ag arfer orau.
- Mae gan 4.7% (2) o'r wardiau gyfleusterau arwahanu sydd wedi'u pennu i gydymffurfio'n rhannol ag arfer orau.
- Nid oes gan 39.6% (17) o'r wardiau gyfleusterau arwahanu.

34.2. En suite

Ystafell ymolchi yw en suite, fel arfer mewn ysbytai diogel yn cynnwys cawod, sinc a thoiled, ac mae'n uniongyrchol gysylltiedig ag ystafell wely'r claf, a allai, neu na allai gael ei chau pe byddai angen am resymau diogelwch. Mae canllawiau adeiladu Cymru ar gyfer wardiau iechyd meddwl yn nodi y dylai bob ystafell wely gynnwys en suite[358].

Mae'n bosibl nad yw cyfleusterau hŷn wedi'u hadeiladu gyda chyfleusterau en suite. Wedi dweud hynny, dylent gael rhaglen cynnal a chadw sefydledig er mwyn eu cyflwyno nhw[359,360].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd argaeledd cyfleusterau en suite ar gyfer cleifion a chanfuwyd:

- Roedd cyfleusterau en suite ym mhob un ystafell wely yn 80.5% (33) o'r wardiau.
- Roedd cyfleusterau en suite yn rhai ystafelloedd gwely yn 2.4% (1) o'r wardiau.
- Nid oedd cyfleusterau en suite yn ystafelloedd gwely 17% (7) o'r wardiau.

34.3. Sicrhau Amgylcheddau Diogel

Pwynt bachu yw unrhyw beth y gellir ei ddefnyddio i fachu cortyn, rhaff neu ddeunydd arall at ddibenion hongian neu grogi. Mae pwyntiau bachu yn cynnwys cledrau cawod, bachau cotiau, pibellau a gwresogyddion, fframiau gwely, fframiau ffenestri a drysau, ffitiadau ar y nenfwd, handlenni, colfachau a chaefeydd[361]. Mae 'tri chwarter' y cleifion sy'n cyflawni hunanladdiad pan maent ar ward iechyd meddwl yn gwneud hynny drwy hongian neu grogi.[362].

Mae rheoli'r risgiau bachu yn golygu bod angen i staff fod yn wyliadwrus ac ymgymryd ag asesiadau rheolaidd o ardaloedd y ward er mwyn adnabod pwyntiau bachu, a chael gwared arnynt.

Mae gan nifer o wardiau 'fapiau bachu' ar bob un o'u wardiau. Mae'r mapiau hyn yn dangos yn weledol i staff y mannau bachu posibl sy'n risg uwch i gleifion.

Gellir cyflwyno pwyntiau bachu yn ddamweiniol neu'n anfwriadol ac argymhellir gwirio'r wardiau bob dydd neu wythnos. Mae ymgymryd ag asesiad helaeth, yn ddelfrydol gan unigolyn allanol i'r ward honno er mwyn cael gwared ar 'ddallineb cynefindra', bob 6 neu 12 mis, yn gymorth i ddod o hyd i bwyntiau bachu, eu rheoli a chael gwared arnynt pryd bynnag sy'n bosibl.

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd pa bryd yr ymgymerwyd â'r asesiad pwyntiau bachu cynhwysfawr diweddaraf ar y ward, a chanfuwyd bod:

- 27.9% (12) o'r wardiau wedi ymgymryd ag asesiad pwynt bachu o fewn 3 mis i'r archwiliad.
- 53.5% (23) o'r wardiau wedi ymgymryd ag asesiad pwynt bachu o fewn 3 a 12 mis i'r archwiliad.
- 16.3% (7) o'r wardiau wedi ymgymryd ag asesiad pwynt bachu dros 12 mis i'r archwiliad.
- 2.3% (1) o'r wardiau wedi methu â thystio bod asesiad pwynt bachu wedi'i gyflawni.

Yn ddiweddar, mae Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru wedi nodi arfer anghyson mewn perthynas ag asesiadau risg o bwyntiau bachu, yn enwedig yn y GIG, a chanfuwyd ysbytai nad oedd wedi gweithredu er mwyn lleihau neu gael gwared ar risgiau adnabyddedig, ac asesiadau a gafodd eu cyflawni yn ystod y 12 mis cyn hynny[363].

34.4. Hygyrchedd

Mae hyrwyddo annibyniaeth yn agwedd bwysig ar ofal o ansawdd dda mewn ysbytai diogel[364,365].

34.4.1. Mynediad at Ddiodydd Poeth ac Oer

Gall iechyd meddwl effeithio ar allu unigolyn i gyflawni gweithgareddau bywyd bob dydd, megis glanhau a choginio ac felly, mae'n bwysig bod ysbytai diogel yn darparu cyfleusterau sy'n annog annibyniaeth, megis cegin a lle i wneud eu lluniaeth eu hunain. Mae darparu ardal ddiogel lle all cleifion wneud eu lluniaeth eu hunain yn ddull effeithiol o hyrwyddo gweithgareddau cymdeithasol[366,367]. Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd pa un ai a oedd cyfleusterau ar bob ward i gleifion wneud eu diodydd poeth ac oer eu hunain a chanfuwyd bod:

- 67.4% (29) o'r wardiau yn cynnwys cyfleusterau lle allai claf wneud ei ddiodydd poeth ei hun.
- 90.7% (39) o'r wardiau yn cynnwys cyfleusterau lle allai claf wneud ei ddiodydd oer ei hun.

34.4.2. Mynediad i Gampfa

Mae unigolion sydd â salwch meddwl yn cymryd rhan mewn gweithgareddau corfforol yn llai aml 'yn sylweddol' na'r boblogaeth gyffredinol. Oherwydd yr amgylchedd cyfyngol, efallai nad oes gan gleifion mewn ysbytai diogel fynediad at gyfarpar addas neu fannau awyr agored sy'n hwyluso ymarfer corff. Gan nad yw nifer o gleifion mewn ysbytai diogel yn gallu gadael er mwyn cymryd rhan mewn ymarfer corff rheolaidd neu fynd i'r gampfa, mae darparu mynediad at y cyfleusterau hyn yn yr ysbyty yn bwysig[368,369,370].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd a oedd gan gleifion fynediad i'r gampfa, a chanfuwyd bod:

- 74.4% (32) o'r wardiau yn cynnig cyfleusterau'r gampfa ar y ward.
- 23.3% (10) o'r wardiau yn cynnig cyfleusterau'r gampfa ar safle'r ysbyty.
- 2.3% (1) o'r wardiau heb fynediad at gyfleusterau'r gampfa.

34.4.3. Mynediad i Ardd Ddiogel

Mae mynediad i fannau awyr agored, a'r cyfle i fyfyrio a chymdeithasu, yn chwarae rôl sylweddol o ran cefnogi llesiant ac adferiad. Ystyrir bod ardal yn yr awyr agored, y gellir ei chyrraedd o'r ward, yn rhan ymarferol a therapiwtig o'r gwasanaeth hwn[371].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd a oedd gan gleifion fynediad i ardd, a chanfuwyd bod: 100% (43) o'r wardiau yn cynnig gardd ddiogel sydd ar gael i gleifion, ac o blith hynny: Roedd gan 27.9% (12) o'r gerddi diogel fynediad agored, ond yn ystod amseroedd penodol. Mae mynediad agored yn y cyd-destun hwn yn golygu mynediad uniongyrchol o'r ward y gellir mynd yno heb ganiatâd y staff. Roedd 72.1% (31) o'r gerddi diogel heb fynediad agored ac roedd rhaid i gleifion ofyn am ganiatâd gan staff i fynd yno.

34.3.4. Mynediad i Ystafell Aml-ffydd

Fel y dangoswyd yn flaenorol yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, mae nifer o gleifion mewn ysbytai diogel o wahanol gefndiroedd crefyddol ac felly mae'n bwysig bod cyfleusterau ar gael er mwyn galluogi addoli. Dylai'r ystafelloedd 'aml-ffydd' hyn roi mynediad at ddeunyddiau sy'n benodol i ffydd ar gyfer cleifion a lle iddynt wedi'i ddylunio i'w cefnogi i ymgymryd ag arferion diwylliannol neu ysbrydol[372].

Yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, archwiliwyd a oedd gan gleifion fynediad i 'ystafell aml-ffydd' a chanfuwyd bod:

- 100% (41) o'r wardiau yn cynnwys 'ystafell aml-ffydd' naill ai ar y ward neu yn yr ysbyty.
- Dywedodd 1.5% (4) o'r cleifion nad oedd ganddynt fynediad i ystafell aml-ffydd ar adeg yr archwiliad, er gallai hyn fod oherwydd cyfyngiadau cyfreithiol neu risg glinigol.

34.5. Glendid

Mae cynnal amgylchedd glân a hylan mewn ysbytai diogel yn hanfodol er mwyn atal afiechydon a heintiau rhag lledaenu ac i warchod diogelwch staff a chleifion[373]. Archwiliwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, pa un ai a oedd gan wardiau lefel ddigonol o lendid ar adeg yr archwiliad, a chanfuwyd bod:

- 88.4% (38) o'r wardiau wedi'u hasesu i fod mewncyflwr glendid 'digonol', 'da' neu 'dda iawn'.
- 11.6% (5) o'r wardiau wedi'u hasesu i fod mewn cyflwr glendid 'annigonol'.

34.6. Sŵn

Mae sŵn yn ffactor amgylcheddol sy'n peri straen ac mae ganddo'r potensial i achosi niwed seicolegol a ffisiolegol. Yn holiaduron i gleifion yn y gorffennol, canfuwyd mai 'drysau yn agor a chau' a signal 'rhybudd mynediad' y ward yw'r synau 'sy'n peri'r gofid mwyaf' mewn ysbytai iechyd meddwl. Mae ffynonellau eraill o sŵn yn cynnwys ffonau, trolis bwyd, larymau galw a larymau digwyddiad. Yn ôl y canllawiau, dylid monitro ffynonellau sŵn a'u lleihau i'r lefel isaf bosibl gyda'r nos.

Dylai dyluniadau ysbytai diogel sicrhau bod ardaloedd cleifion wedi'u lleoli oddi wrth ffynonellau sŵn allanol, megis sŵn traffig y ffordd ac y dylai ystafelloedd mewnol lle mae mwy o sŵn yn naturiol, megis ystafelloedd dydd ac ystafelloedd bwyta, beidio â chael eu lleoli wrth ymyl ystafelloedd gwely neu ystafelloedd tawel[374,375,376,377,378].

Archwiliwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, pan ymgymerwyd â'r holl archwiliadau yn ystod y dydd, pa un ai a oedd gan wardiau lefel 'annymunol' o sŵn ar adeg yr archwiliad, a chanfuwyd bod:

- 79.1% (34) o'r wardiau heb lefel 'annymunol' o sŵn ar adeg yr archwiliad.
- 20.9% (9) o'r wardiau gyda lefel 'annymunol' o sŵn ar adeg yr archwiliad.

34.7. Teledu Cylch Cyfyng

Teledu Cylch Cyfyng (CCTV), yw goruchwyliaeth fideo heb fod yn gyhoeddus gan gamerâu, sy'n cael ei harddangos ar nifer brin o sgriniau. Yn ôl canllawiau, gall camerâu CCTV fod yn fesur effeithiol o ran diogelwch gan y gall wella arsylwi, rhoi mwy o ryddid i gleifion a rhwystro ymddygiad gwrthgymdeithasol.

Ni ddylai'r defnydd o CCTV byth ddisodli niferoedd digonol o staff, arsylwadau rhwng staff a chleifion ac ymgysylltiad cleifion a dylid ei ddefnyddio gan roi ystyriaeth ddyledus i ddiogelu data, hawliau dynol a phreifatrwydd. Nid yw astudiaethau wedi dangos unrhyw dystiolaeth i awgrymu y bydd CCTV yn lleihau trais[379,380,381,382,383,384].

Archwiliwyd yr Adolygiad Cenedlaethol hwn pa un ai a oedd y CCTV yn bresennol ar y wardiau/ysbytai a chanfuwyd:

- Roedd gan 46.5% (20) o wardiau CCTV yn ardaloedd cyffredin dan do.
- Roedd 32.6% (14) o'r wardiau yn cynnwys CCTV yn ardaloedd allanol yn unig, megis mynedfa'r ysbyty.
- Roedd 20.9% (9) ward heb unrhyw CCTV yn ardaloedd mewnol nac allanol.

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod y defnydd o CCTV a'r ddealltwriaeth am ei fuddion a'i risgiau yn anghyson ar draws ysbytai diogel.

34.8. Cofnodion Iechyd Electronig

Mae Cofnodion Iechyd Electronig yn gofnod digidol o ymyraethau gofal iechyd y claf. Yn ôl astudiaethau, mae defnyddio Cofnodion Iechyd Electronig yn gwella ansawdd y gofal ar gyfer cleifion iechyd meddwl drwy; atal cofnodion rhag cael eu colli, gwella hygyrchedd y cofnodion i staff o bell, gwella gwaith aml-ddisgyblaethol, gwella'r modd y rheolir meddyginiaethau, lleihau camgymeriadau meddygol a meddyginiaethau a grymuso cleifion drwy ymgysylltu'n fwy gyda'u gofal[385,386,387,388,389,390]. Yn ôl astudiaethau, mae'r wybodaeth sy'n cael ei chadw mewn Cofnodion Iechyd Electronig, mewn cymhariaeth â chofnodion papur, '40% yn fwy cyflawn' a '20% yn gyflymach' i staff ddod o hyd iddynt[391].

Canfuwyd yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn bod y rhan fwyaf o'r wardiau yn defnyddio cyfuniad o Gofnodion Iechyd Electronig a chofnodion ar bapur. Nodwyd o blith y ddau ysbyty yn GIG Cymru, roedd gan un system hybrid wedi dyddio yn cyfuno cofnodion electronig a phapur ac nid oedd gan y llall system Cofnodion Iechyd Electronig ar waith o gwbl.

35. Y GLASOED — TROSOLWG 143
36. Y GLASOED — CEFNDIR 143
37. Y GLASOED — GOFAL DRWY NIFEROEDD 144

Rhan E

Y Glasoed

35. Y Glasoed — Trosolwg

Mae'r Cenhedloedd Unedig yn diffinio plentyn yn unigolyn hyd at 18 oed[392], a'r glasoed rhwng 15 a 19 mlwydd oed[393]. Gan fod yr holl blant yn 15 oed neu'n hŷn ar adeg yr archwiliad, mae'r term 'y glasoed' wedi'i ddefnyddio yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn. Mae Rhan E yr Adolygiad Cenedlaethol hwn yn canolbwyntio ar y gofal a ddarperir i'r glasoed, er bod nifer o'r astudiaethau a'r canfyddiadau sydd wedi'u nodi yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn yn ymwneud ag unigolion o bob oedran.

Gwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed (CAMHS) yw'r gwasanaethau iechyd sy'n asesu ac yn trin plant sydd ag anawsterau emosiynol, ymddygiadol, deallusol neu iechyd meddwl. Mae ysbytai diogel CAMHS ar y lefel ddiogelwch ganolig ac isel, ond mae'n brin iawn i unigolyn oedran y glasoed gael ei dderbyn i ofal canolig, a does yr un claf GIG Cymru wedi'i dderbyn i gyfleuster o'r fath am o leiaf 18 mis cyn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn. Mae'r rhan fwyaf o gleifion GIG Cymru sydd angen gofal mewn ysbyty CAMHS yn cael eu derbyn i unedau acíwt neu gyffredinol, gyda dim ond oddeutu 10% angen eu derbyn i ysbyty diogel[394].

36. Y Glasoed — Cefndir

Yn ôl astudiaethau mae 22% o ferched a 13% o fechgyn rhwng 16 a 24 oed wedi hunan-adrodd 'o leiaf un' diagnosis iechyd meddwl yn ystod eu hoes[395].

Mae angen i unigolion oedran y glasoed sydd â phroblemau iechyd meddwl gael eu trin yn y 'lle cywir', ar yr 'amser cywir' a 'chyn agosed i'r cartref â phosibl', ac er bydd y rhan fwyaf yn cael eu trin yn y gymuned, bydd bob tro rhai unigolion sydd angen gofal arbenigol mewn ysbyty[396]. Gan y gallant deimlo 'ofn a dan fygythiad' pe byddent yn cael eu trin ochr yn ochr ag oedolion, mae Sefydliad Iechyd y Byd yn argymell ysbytai iechyd meddwl ar wahân ar gyfer CAMHS[397].

Mae ysbytai diogel CAMHS, boed ydynt dan GIG Cymru, GIG Lloegr neu'r sector ysbytai annibynnol, yn cael eu comisiynu yng Nghymru gan Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru. Rhaid i unigolion oedran y glasoed sy'n cael eu derbyn i'r ysbyty iechyd meddwl gael mynediad at ofal priodol mewn amgylchedd sy'n addas i'w hoedran a'u datblygiad[398]. Dylid ystyried eu derbyn i'r ysbyty dim ond pan nad oes modd rheoli'n ddiogel neu briodol y lefel o risg, cymhlethdod a/neu ddifrifoldeb anghenion iechyd meddwl unigolion mewn lleoliad cymunedol[399].

Dylai buddion gofal ysbyty gael eu cymharu â chanlyniadau negyddol eu derbyn i'r ysbyty, megis;

- Gall beri ofn neu gynnwrf a chynnwys gweld lefelau uchel o aflonyddwch, megis hunan-niwed bwriadol.
- Gall amlygiad i aflonyddwch atgyfnerthu ymddygiad negyddol o bosibl.
- Gall gwahanu unigolion yn eu glasoed o'u cartref danseilio gallu eu rhieni i ddarparu cymorth.
- Mae'n cyflwyno risg o sefydliadu rhywun.
- Gallent fod yn methu allan ar gyfleoedd cymdeithasol, addysgol a galwedigaethol.
- Mae peryglon ynghlwm â stigma a labelu.

Am y rhesymau hyn i gyd, os na ellir osgoi derbyniad i'r ysbyty, yna dylid ei ddefnyddio am y cyfnod byrraf posibl[400,401,402,403].

37. Y Glasoed — Gofal drwy Niferoedd

Ar adeg yr archwiliad, roedd 5 o unigolion o oedran y glasoed wedi'u derbyn i ysbyty diogelwch isel, ac o ystyried y niferoedd isel iawn hyn, dylid bod yn ofalus wrth ddehongli unrhyw ddarn o'r wybodaeth ganlynol.

O ystyried y cafeat hwn, bydd yr Adolygiad Cenedlaethol hwn yn canolbwyntio ar roi crynodeb o'r canfyddiadau.

- **Roedd 80%** (4) o'r unigolion yn eu glasoed yn ferched a **20%** (1) yn ddynion.
- **Roedd 60%** (3) o'r unigolion yn eu glasoed yn 17 oed, a **20%** (1) yn 16 oed, a **20%** (1) yn 15 oed.
- **Roedd 100%** o unigolion yn eu glasoed yn wyn.
- **Roedd 80%** (4) o'r unigolion yn eu glasoed yn heterorywiol a **20%** (1) yn hoyw/lesbiad.
- **Roedd gan 60%** (3) o'r unigolion yn eu glasoed anghenion ychwanegol, a **20%** (1) gydag anghenion yn ymwneud â chyfathrebu/gwybyddiaeth, **20%** (1) gydag anghenion yn ymwneud â phroblemau synhwyraidd/clyw a **20%** (1) gyda phroblemau symudedd.
- **Roedd gan 80%** (4) o unigolion yn eu glasoed ddiagnosis seiciatrig, gyda **40%** (2) wedi cael diagnosis sylfaenol o anhwylder emosiynol/yn ymwneud â straen, **20%** (1) gydag anhwylder datblygiadol a **20%** (1) gydag anhwylder seicotig.
- **Roedd 80%** (4) o unigolion yn eu glasoed wedi cael profiad niweidiol yn ystod plentyndod. Yr ystod o brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod oedd rhwng 1 a 4, gyda'r nifer cyfartalog o brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod yn 2.5.
- **Cafodd 60%** (3) o oedolion yn eu glasoed eu derbyn i'r ysbyty diogel o'r cartref a **20%** (2) eu derbyn o ysbyty heb fod yn ddiogel.
- Y rheswm dros y derbyniad i'r ysbyty ar gyfer **60%** (3) o oedolion yn eu glasoed oedd ar gyfer cyfnod o asesu, **20%** (1) gan eu bod yn risg iddyn nhw eu hunain ac i eraill a **20%** (1) gan eu bod yn risg iddyn nhw eu hunain.
- Cyfnod y derbyn i'r ysbyty, ar adeg yr archwiliad, ar gyfer **40%** (2) o'r unigolion yn eu glasoed oedd hyd at 3 mis ac ar gyfer **60%** (3) am gyfnod o rhwng 1 a 2 flynedd.
- **Roedd 60%** (3) o'r unigolion yn eu glasoed yn cymryd rhan mewn therapi unwaith neu ddwywaith yr wythnos ac nid oedd **40%** (2) yn ymgysylltu â therapi seicolegol ar adeg yr archwiliad.
- **Roedd gan 80%** (4) o'r unigolion yn eu glasoed raglen weithgareddau ar waith yr oeddynt yn cymryd rhan ynddi ac roedd **20%** (1) ddim yn cymryd rhan mewn rhaglen weithgareddau.
- Y pwysau a fagwyd rhwng adeg y derbyniad i'r ysbyty a'r archwiliad, ar gyfer y 4 oedolyn yn eu glasoed yr oedd y wybodaeth hon ar gael mewn perthynas â nhw, oedd 5.3kg ar gyfartaledd.

- Mynegai Màs y Corff ar adeg yr archwiliad, ar gyfer y 3 o unigolion yn eu glasoed yr oedd y wybodaeth hon ar gael mewn perthynas â nhw, oedd 38 (gordew) ar gyfartaledd.
- **Roedd 40%** (2) o'r unigolion yn eu glasoed ar arsylwadau cyfnerthedig.
- Y nifer cyfartalog o ddeilliannau ar adeg eu derbyn oedd **4.2**, gydag ystod o 4 i 7. Y deilliannau mwyaf cyffredin oedd 'Lleihau hunan-niwed', 'Grymuso', 'Lleihau symptomau drwy feddyginiaeth' a 'Cymryd rhan mewn ymyraethau seicolegol', gyda **100%** (5) o'r unigolion yn eu glasoed yn destun y deilliannau hyn ar adeg eu derbyn.
- **Cafodd 100%** (5) o unigolion yn eu glasoed eu presgripsiynu â meddyginiaeth seicotropig gydag ystod o rhwng 1 a 3 math o feddyginiaeth seicotropig. Roedd **80%** (4) o'r unigolion yn eu glasoed wedi'u presgripsiynu â gwrth-iselyddion, **80%** (4) wedi'u presgripsiynu â gwrthseicotigau a **60%** (3) wedi'u presgripsiynu â chyffuriau lleihau gorbryder, naill ai ar bresgripsiwn rheolaidd neu yn ôl yr angen.
- **Roedd gan 100%** (5) o'r unigolion yn eu glasoed hanes o ymddygiadau heriol ac roedd **60%** (3) wedi cyflawni ymddygiad heriol yn ystod y 90 diwrnod cyn yr archwiliad. Yr ymddygiad heriol mwyaf cyffredin oedd hunan-niwed gyda **80%** (4) o unigolion yn eu glasoed wedi cyflawni'r ymddygiad hwn yn y gorffennol.
- **Roedd 60%** (3) o'r unigolion yn eu glasoed wedi bod yn destun ymyraethau cyfyngol ac roedd **40%** (2) wedi bod yn destun cyfyngiadau o'r fath yn ystod y 90 diwrnod cyn yr archwiliad. Yr ymyrraeth gyfyngol fwyaf cyffredin oedd tawelu sefyllfa ar lafar gyda **60%** (3) o unigolion yn eu glasoed yn destun yr ymyrraeth hon.
- Ar gyfartaledd, roedd 2 nyrs gofrestredig a 7 staff cymorth fesul sifft dydd ac ar gyfartaledd 1 nyrs gofrestredig ac 8 staff cymorth yn ystod sifft nos.



38. ARGYMHELLIAD 1 CYNNAL FFOCWS AR OFAL DIOGEL 147
38.1. ARGYMHELLIAD 2 OSGOI DERBYNIAD 147
38.2. ARGYMHELLIAD 3 GWELLA CAPASITI A CHYFANIAD Y GIG 148
38.3. ARGYMHELLIAD 4 GWELLA GALLU'R GWASANAETH 149
38.4. ARGYMHELLIAD 5 CEFNOGI STAFF 150
38.5. ARGYMHELLIAD 6 GWELLA'R DAITH GOFAL CLEIFION 150
38.6. ARGYMHELLIAD 7 GWELLA PROFIAD CLEIFION 153
38.7. ARGYMHELLIAD 8 HYRWYDDO IECHYD CORFFOROL DA 154
38.8. ARGYMHELLIAD 9 GWELLA ANSAWDD Y GOFAL 154
38.9. ARGYMHELLIAD 10 GWELLA ANSAWDD Y GOFAL 155

Rhan F

Casgliad ac Argymhellion

38. Argymhelliad 1
Cynnal y Ffocws ar Ofal Diogel

Mae'r Adolygiad Cenedlaethol hwn yn cadarnhau bod y rhan fwyaf o gleifion sy'n cael eu trin mewn ysbytai diogel yn dioddef o anghenion cymhleth, gyda'r rhan fwyaf yn dioddef o seicosis, anhwylder personoliaeth a thrawma ar yr un pryd, a chydag ar gyfartaledd pum deilliant i'w cyflawni ar adeg eu derbyn. I nifer o gleifion, mae'r cymhlethdod hwn yn cynnwys arddangos ymddygiadau heriol yn rheolaidd, sy'n gofyn ymyraethau cyfyngol a/neu arsylwadau cyfnerthedig.

1.1. Rhaid i Lywodraeth Cymru, Byrddau Iechyd a Chomisiynwyr barhau i gydnabod natur arbenigol darpariaeth ysbytai diogel drwy ffocws o'r fath â datblygu Strategaeth Gwasanaethau Arbenigol Pum Mlynedd ar gyfer Iechyd Meddwl gan Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru a'r adnewyddiad sydd ar y gweill gan Lywodraeth Cymru ar gyfer y Strategaeth Law yn Llaw at Iechyd Meddwl.

38.1 Argymhelliad 2
Osgoi Derbyniad

Mae cyffredinrwydd digwyddiadau niweidiol yn ystod plentyndod yn amlwg, yn yr un modd ag amlder seicosis ac anhwylderau personoliaeth. Nid oedd asesiad o allu gwasanaethau sylfaenol a chymunedol i fodloni anghenion unigolion sydd â'r problemau hyn o fewn cwmpas yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, ond gall cryfhau eu gallu i wneud hynny ysgafnhau'r galw ar wasanaethau diogel yn y tymor hir.

Cafodd nifer o gleifion eu derbyn i ysbytai diogel o wasanaethau ysbytai acíwt a gall gwella gallu'r gwasanaethau hyn i gadw'n ddiogel y cleifion hynny sy'n cyflwyno risg iddyn nhw eu hunain neu eraill osgoi eu derbyn i lefelau uwch o ddiogelwch. Er bod y nifer o gleifion o gefndiroedd Du ac Amrywiol o ran Ethnigrwydd yn isel, roedd y gyfran o gleifion o'r cefndiroedd ethnig hyn mewn ysbytai diogel ddwywaith yn uwch na'r boblogaeth gyffredinol, a gall hynny ddangos anghydraddoldebau systemig.

2.1. Rhaid i Fyrddau Iechyd ymdrechu i leihau'r nifer o dderbyniadau i ysbytai diogel yn y tymor hir drwy gryfhau gwasanaethau sylfaenol a chymunedol, yn enwedig ym meysydd anhwylderau personoliaeth, cymorth gyda thrawma ac ymyrraeth gynnar gyda seicosis.

2.2. Rhaid i Fyrddau Iechyd ymdrechu i ddatblygu gwytnwch mewn gwasanaethau ysbyty iechyd meddwl acíwt er mwyn gwella eu gallu i ofalu am gleifion sy'n cyflwyno risg iddyn nhw eu hunan neu eraill.

2.3. Rhaid i Lywodraeth Cymru, Byrddau Iechyd a Chomisiynwyr archwilio'r materion o anghydraddoldeb o ran derbyn cleifion o gefndiroedd Du ac Amrywiol o ran Ethnigrwydd i'r ysbyty.

38.2. Argymhelliad 3
Gwella Capasiti a Chyfaniad y GIG

Mae deall y nifer o welyau mewn ysbytai diogel sydd eu hangen i fodloni anghenion y boblogaeth gyfredol yng Nghymru a phoblogaeth Cymru yn y dyfodol yn gymhleth. Mae defnydd parhaus wedi bod o ddarpariaeth ysbytai diogel heb fod yn GIG Cymru i fodloni gofynion lleoliadau dros y deng mlynedd ddiwethaf, yn enwedig ar gyfer cleifion sydd angen eu derbyn i ysbyty diogelwch isel. Dylai unrhyw ystyriaeth o gomisiynu capasiti ychwanegol o ysbytai cyfredol GIG Cymru gael ei rhagweld gan y gofynion i sicrhau bod pob claf cyfredol yn derbyn gofal ar y lefel ddiogelwch briodol.

Er bod rhai gwahaniaethau rhwng diogelwch canolig ac isel, mae nifer o feysydd, megis cyflyrau cleifion, yr amgylchedd, ymyraethau a modelau staffio lle mae'r gwahaniaethau yn fach iawn. Mae modelau gofal newydd yn ymddangos ar gyfer grwpiau penodol, megis cleifion benywaidd, sy'n cyfuno darpariaeth diogelwch canolig ac isel, a'u nod yw gwella canlyniadau a phrofiad cleifion.

Mae seilwaith sefydliadol comisiynu GIG Cymru yn wahanol i ardaloedd eraill y DU gan fod ysbytai diogelwch isel GIG Cymru yn cael eu rheoli gan Fyrddau Iechyd unigol, ac nid ydynt yn rhan o lwybr cyfannol gydag ysbytai diogelwch canolig ac uchel. Mae'r dull tameidiog hwn hefyd yn berthnasol i gomisiynu lleoliadau sy'n allanol i GIG Cymru, sydd wedi'i rannu'n genedlaethol ac yn lleol yn dibynnu ar y lefel ddiogelwch.

Gall cyfuno cyfrifoldebau comisiynu mewn un sefydliad gael gwared ar rwystr sylweddol i'r defnydd effeithiol o adnoddau a gwella, a hwyluso o bosibl, taith y claf drwy ofal diogel.

3.1. Dylai Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru archwilio sut i uchafu capasiti ysbytai diogelwch canolig cyfredol GIG Cymru i leihau'n ddiogel a phriodol lleoliadau allanol.

3.2. Dylai Llywodraeth Cymru a Byrddau Iechyd ystyried sut i ehangu'r ddarpariaeth diogelwch isel yn GIG Cymru, gan gynnwys cyflymu unrhyw achosion busnes presennol.

3.3. Dylai Llywodraeth Cymru, Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru a Byrddau Iechyd ystyried buddion un sefydliad cenedlaethol yn comisiynu pob gwasanaeth diogel.

3.4. Dylai Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru a Byrddau Iechyd ystyried mabwysiadu model diogelwch isel a chanolig cyfunol ar gyfer grwpiau penodol o gleifion, megis cleifion benywaidd.

38.3. Argymhelliad 4
Gwella Gallu'r Gwasanaeth

Cafodd y ddau ysbyty diogelwch canolig yn GIG Cymru eu cynllunio a'u hadeiladu dros bymtheg mlynedd yn ôl. Mae'r ddau angen moderneiddio eu hamgylchedd ac adolygiad o gyfuniad o sgiliau staff, a lefelau staffio er mwyn sicrhau eu bod yn bodloni anghenion y cleifion presennol. Mae diffyg systemau cofnodion gofal iechyd electronig yn y ddau ysbyty, sy'n rhwystro effeithlonrwydd ac effeithiolrwydd.

Mae'n bosibl bod craffter a chymhlethdod cleifion sy'n cael eu derbyn i ysbyty diogel wedi cynyddu dros y degawd diwethaf, yn rhannol oherwydd y gyfran o gleifion sy'n cael eu derbyn o'r carchar, y gostyngiad yn y nifer o welyau iechyd meddwl acíwt a datblygiad gwasanaethau cymunedol. Mae un ym mhob pedwar claf yn cael ei dderbyn i ysbyty diogel ar yr un lefel ddiogelwch â'i leoliad blaenorol. Bydd rhai o'r trosglwyddiadau hyn yn briodol, ond bydd rhai oherwydd nad yw'r ysbytai yn gallu rheoli risg y claf. Gall y trosglwyddiadau hyn effeithio ar gynnydd cleifion ac arwain at brofiad gwael i'r claf.

Mewn cymhariaeth â chleifion gwrywaidd, roedd cyffredinrwydd uwch o drawma, trais a hunan-niwed ymhlith merched ac roeddynt yn fwy tebygol o fod yn destun arsylwadau cyfnerthedig, ymyraethau cyfyngol a throsglwyddiadau i ysbyty diogel â'r un lefel ddiogelwch.

4.1. Dylai Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru a Byrddau Iechyd ymgymryd â rhaglen frys i foderneiddio dau ysbyty diogelwch canolig GIG Cymru. Dylai hyn gynnwys gwella'r ystadau, adolygu'r staff a chyflwyno systemau cofnodion gofal iechyd electronig.

4.2. Rhaid i Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru a Byrddau Iechyd fonitro a lleihau trosglwyddiadau rhwng ysbytai o'r un lefel o ddiogelwch a sicrhau y trosglwyddir at ddibenion dychwelyd i ofal yn unig neu am resymau clinigol eithriadol er mwyn atal tarfu ar daith ofal y claf.

4.3. Dylai Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru ystyried sut i atgyfnerthu gwasanaethau diogel arbenigol i ferched i reoli cleifion hynod graff a chymhleth iawn.

38.4. Argymhelliad 5
Cefnogi Staff

Mae ysbyty diogel yn lle heriol i weithio, gyda'r rhan fwyaf o'r cleifion yn ymddwyn yn ymosodol ar lafar tuag at staff a nifer sylweddol yn ymosodol neu'n ymddwyn yn rhywiol tuag at staff. Caiff yr her hon ei chymhlethu gan nifer uchel o swyddi gwag yn rhai ysbytai. Mae sicrhau bod lefelau digonol o staff yn cael eu rhoi ar y wardiau i gynnig gofal diogel ac effeithiol yn cynnwys sawl ffactor ac yn cael ei effeithio gan gyflwr cleifion a'r gweithgareddau sydd wedi'u trefnu.

Mae'r defnydd o staff asiantaeth, sy'n anghyfarwydd i'r claf, wedi'i bwysleisio yn ffactor sy'n achosi profiad gwael i'r claf. Bydd sefydlu systemau i gofnodi ac adrodd diffygion o ran staffio i uwch reolwyr a chomisiynwyr, a mynd i'r afael â'r diffygion hyn, yn hyrwyddo gofal diogel ac yn gwella'r profiad i gleifion. Nid pob claf oedd â mynediad i'r llu o arbenigwyr sy'n cynrychioli'r tîm aml-ddisgyblaethol llawn, er gallai dewis claf neu ei gyflwr clinigol fod wedi effeithio ar hyn. Mae mynediad at dîm aml-ddisgyblaethol llawn yn gydran hanfodol o ofal effeithiol mewn ysbytai diogel a gall hyd yn oed nifer brin o swyddi gwag darfu ar ofal cleifion.

5.1. Mae angen i Ddarparwyr a Chomisiynwyr gydnabod yr her o weithio mewn ysbyty diogel a sicrhau bod staff yn cael eu cefnogi ac yn cael cynnig goruchwyliaeth reolaidd a chymorth emosiynol pwrpasol.

5.2. Rhaid i Ddarparwyr a Chomisiynwyr gael systemau ar waith i fonitro a mynd i'r afael â diffygion o ran lefelau staffio diogel a mynediad at dîm aml-ddisgyblaethol llawn.

38.5. Argymhelliad 6
Gwella'r Daith Gofal Cleifion

Mae cleifion yn destun ail-asesiadau yn rheolaidd wrth drosglwyddo rhwng ysbytai iechyd meddwl. Mae hyn oherwydd nad yw cofnodion gofal cynhwysfawr cleifion yn cael eu trosglwyddo bob tro wrth eu derbyn i'r ysbyty, neu oherwydd prosesau sefydliadol anhyblyg.

Yn ystod y cyfnod ail-asesu hwn, mae'n bosibl y bydd yr absenoldeb sydd wedi'i ganiatáu yn yr ysbyty blaenorol yn cael ei wahardd, gall y claf fod yn destun asesiadau sydd eisoes wedi'u cwblhau, gall y cynnydd fod wedi'i ohirio ac mae'n bosibl y gall dewisiadau, cryfderau a chanlyniadau mae'r claf wedi'u cyflawni yn y lleoliad blaenorol gael eu hesgeuluso neu heb fod ar gael. Bydd cyflwyno 'pasbort i gleifion' er mwyn cofnodi asesiadau ac ymyraethau, cryfderau a dewisiadau personol, y rheswm gwreiddiol dros dderbyn i'r ysbyty a chynnydd hyd yn hyn, sy'n cael ei gadw gyda'r claf ar draws pob lleoliad diogel yn gwella profiad cleifion, lleihau asesiadau yn cael eu gwneud fwy nag unwaith, hyrwyddo parhad yn y gofal a chael gwared ar rwystrau sy'n atal cynnydd. Dylid ystyried gweithredu systemau i adnabod a chofnodi diwrnodau 'gwerth ychwanegol' i gynnydd y claf.

Gall cydlynydd gofal neu reolwr achosion effeithiol, sy'n gweithio ar y cyd â'r claf ddarparu cymorth cyson a pharhaus i'r cleifion wrth iddynt ddatblygu drwy eu taith ofal bersonol. Dylai sicrhau bod cymorth effeithiol yn y gymuned ar gael cyn gynted ag y mae'r claf yn barod yn glinigol i'w ryddhau. Mae'r Mesur Iechyd Meddwl (Cymru) yn cyflwyno gofyniad i gleifion yn yr ysbyty gael cydlynydd gofal, nad oes un ar gael ym mhob ysbyty, ac i ofal a thriniaeth y claf gael ei hadolygu'n rheolaidd. Mae nifer o gleifion yn destun adolygiadau cynnydd yn flynyddol neu bob dwy flynedd yn unig. Caiff un ym mhob deg claf ei dderbyn i'r ysbyty am bedair neu fwy o flynyddoedd a gall rhai cleifion fod angen cyfnod gofal hirach mewn ysbyty diogel nag eraill, oherwydd ffactorau fel ymateb i driniaeth a phroblemau risg. Bydd derbyn gofal mewn amgylcheddau therapiwtig o ansawdd gan staff tosturiol o ystod o arbenigeddau sy'n cefnogi eu hymgysylltiad â thriniaeth, therapïau a gweithgareddau yn cyflymu cynnydd y claf er mwyn iddo gael ei ryddhau.

Rhaid i ddarparwyr a chomisiynwyr fabwysiadu dull cymuned yn gyntaf o adolygu parhaus a hyrwyddo er mwyn rhyddhau'r claf o'r ysbyty yn ddiogel a phrydlon. Dylid rhyddhau'r claf o'r ysbyty cyn gynted ag y mae cadarnhad clinigol a chyfreithiol o'r angen i wneud hynny ac er mwyn osgoi oedi, dylid cynllunio gofynion llety neu gymorth yn y gymuned cyn y rhagwelir rhyddhau'r claf o'r ysbyty. Adnabu timau gofal y darparwr nifer o gleifion y gellir eu hystyried i'w rhyddhau o'r ysbyty, naill ai ar unwaith neu mewn cyfnod byr o amser. Ymddengys bod modd ystyried trosglwyddo nifer o gleifion i lefel ddiogelwch is.

6.1. Rhaid i Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru a Byrddau Iechyd sicrhau bod pob claf sydd angen gofal yn yr ysbyty yn cael ei dderbyn i'r amgylchedd lleiaf cyfyngol, gyda rheolaeth effeithiol, a'i adolygu'n rheolaidd a phan mae'n ddiogel gwneud hynny, ei ddychwelyd i ofal iechyd neu ei ryddhau.

6.2. Dylai Llywodraeth Cymru gyflwyno safonau sy'n amodi trosglwyddo gwybodaeth cleifion penodol yn brydlon.

6.3. Dylai Llywodraeth Cymru ddatblygu a gweithredu 'pasbort i gleifion' sy'n mynd gyda'r claf ar draws y llwybr diogel. Dylai'r ddogfen hon gynnwys manylion y deilliannau i'w cyflawni sy'n arwain at ryddhau'r claf yn ddiogel a phrydlon.

6.4. Rhaid i Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru a Byrddau Iechyd adolygu pob claf presennol a rhyddhau'r claf i lefel ddiogelwch mwy priodol yn amserol ar gyfer pob claf priodol.

6.5. Rhaid i Fyrddau Iechyd sicrhau bod gan bob claf gydlynydd gofal wedi'i neilltuo iddo a monitro effeithiolrwydd adolygiadau cynnydd a pha mor aml y cânt eu cynnal.

6.6. Dylai Llywodraeth Cymru weithredu systemau i adnabod a chofnodi 'gwerth' ychwanegol dyddiol i gynnydd y claf er mwyn sicrhau bod pob diwrnod yn cyfrif.

6.7. Dylai Comisiynwyr leihau'r nifer o gleifion sy'n cael eu derbyn am gyfnodau estynedig yn yr ysbyty drwy weithredu megis cynnal adolygiadau llawn, cynadleddau achosion, archwiliadau o gleifion 'sy'n sownd', ac adroddiadau tryloyw.

38.6. Argymhelliad 7
Gwella Profiad Cleifion

Mae cleifion yn unigolion sydd â chefndiroedd, cryfderau, anghenion a dyheadau unigryw. Mae gan rai cleifion gymhlethdodau ychwanegol oherwydd rhywedd, trawma, anabledd a bregusrwydd, ac mae'n hanfodol er gofal tosturiol a theilwredig bod staff yn adnabod y rhain ac yn mynd i'r afael â nhw.

Mae rhai cleifion wedi'u presgripsiynu â meddyginiaeth seicotropig ers sawl blwyddyn, gydag un ym mhob tri wedi'u presgripsiynu â'r rhain ers dros bum mlynedd, a nifer wedi'u presgripsiynu â sawl math a rhai wedi'u presgripsiynu â nhw heb gofnod o ddiagnosis o salwch meddwl. Mae meddyginiaeth yn elfen bwysig o drin iechyd meddwl ochr yn ochr â therapi, gweithgareddau ystyrlon a chymorth gan staff tosturiol. Dylai pob meddyginiaeth sydd wedi'i phresgripsiynu fod ar y dos isaf er mwyn lleddfu'r symptomau dan sylw, dylid ei hadolygu'n barhaus, rhoi'r gorau i'w chymryd os nad yw'n effeithiol a monitro am sgil-effeithiau posibl. Dylai'r tîm aml-ddisgyblaethol gynnwys fferyllydd iechyd meddwl arbenigol. Gall cefnogi cleifion digymell i gymryd rhan mewn therapïau a gweithgareddau fod yn anodd ac ni ddylid effeithio ar hyn gan swyddi gwag staff. Wrth i gleifion gymryd rhan mewn gweithgareddau, mae hyn yn gwella eu presenoldeb mewn sesiynau therapi ac fel arall. Mae mynediad i erddi mewnol neu'r gymuned yn bwysig i brofiad a deilliannau cleifion, ac ni ddylid atal y rhain oherwydd argaeledd staff.

Does gan gleifion fawr o ddewis gyda phwy maent yn rhannu eu hamgylchedd gofal, a gall ysbytai diogel fod yn llefydd swnllyd, peryglus a heriol i gleifion wella o'u salwch meddwl. Roedd hanner yr holl gleifion wedi bod yn ymosodol ar lafar i gleifion eraill, roedd eraill wedi cyflawni ymddygiad sy'n peri gofid neu sy'n peri trafferth, roedd traean wedi bod yn ymosodol tuag at gleifion eraill, roedd un ym mhob pump wedi cyflawni ymddygiad rhywiol yn erbyn cleifion eraill ac un ym mhob pump wedi cymryd sylweddau anghyfreithlon. Dylid gwarchod preifatrwydd ac urddas cleifion, dylid hyrwyddo annibyniaeth a dylid gwneud popeth o fewn gallu i gynnal awyrgylch tawel, therapiwtig a diogel ar y ward, gan gynnwys gwahanu cleifion sy'n peri trafferth os yw hynny'n angenrheidiol. Mae cwynion cleifion yn ddangosydd pwysig o brofiad gwael ac ansawdd y gofal a dylid eu cofnodi a gweithredu arnynt.

7.1. Rhaid i ddarparwyr sicrhau bod hyfforddiant staff, prosesau sefydliadol, a'r amgylchedd gofal yn gwarchod ac yn hyrwyddo urddas a diogelwch cleifion trawsryweddol.

7.2. Rhaid i Ddarparwyr sicrhau bod pob aelod o staff wedi'i hyfforddi i gydnabod a chefnogi cleifion sydd â thrawma.

7.3. Rhaid i Ddarparwyr sicrhau bod yr amgylchedd gofal, y deunyddiau gwybodaeth a dyfeisiau cyfathrebu yn addas ar gyfer cleifion sydd ag anghenion cyfathrebu, gwybyddol, synhwyrol, a chorfforol neu symudedd ychwanegol.

7.4. Rhaid i Ddarparwyr sicrhau bod pob meddyginiaeth yn cael ei phresgripsiynu ar y dos isaf er mwyn lleddfu symptomau, ei bod yn cael ei hadolygu'n rheolaidd ac y rhoddir y gorau i'w defnyddio pan nad yw'n effeithiol. Dylid monitro sgil-effeithiau.

7.5. Dylai Darparwyr ymgymryd ag adolygiad systematig o feddyginiaeth, pan mae cleifion wedi'u presgripsiynu â meddyginiaeth seicotropig ers dros bum mlynedd.

7.6. Dylai darparwyr sicrhau bod y tîm aml-ddisgyblaethol sydd ar gael i gleifion yn cynnwys fferyllwyr iechyd meddwl arbenigol.

7.7. Rhaid i Ddarparwyr a Chomisiynwyr ymdrechu i sicrhau nad yw argaeledd staff yn effeithio ar fynediad cleifion at therapi a rhaglenni gweithgareddau, mannau awyr agored ac absenoldeb i'r gymuned.

7.8. Dylai Llywodraeth Cymru osod dyddiad cau lle bydd ystafelloedd cleifion mewn ysbytai diogel yn cynnwys en suite.

7.9. Dylai Llywodraeth Cymru, os oes angen ar ôl ymgynghoriad â'r claf a'r teulu, ystyried safonau ar gyfer defnyddio CCTV mewn ysbytai diogel.

7.10. Rhaid i ddarparwyr sicrhau bod yr amgylchedd gofal, yn ogystal ag argaeledd staff, yn gwarchod diogelwch cleifion, gan gynnwys ardaloedd ar wahân priodol ac ardaloedd tawel ac atal bwlio a chamddefnyddio sylweddau anghyfreithlon.

7.11. Rhaid i ddarparwyr sicrhau, gan roi sylw dyledus i risg a diogelwch, bod yr amgylchedd gofal yn hyrwyddo annibyniaeth, profiad cadarnhaol i gleifion ac yn gwarchod preifatrwydd cleifion, megis lleihau sŵn, gerddi diogel agored a mynediad uniongyrchol at ddiodydd poeth ac oer.

38.7. Argymhelliad 8
Gwella Profiad Cleifion

Noder: Mae pob argymhelliad arall hefyd yn berthnasol i ysbytai diogel sy'n gofalu am oedolion ifanc.

Roedd gan oedolion yn eu glasoed yn derbyn gofal mewn ysbytai diogel gymhlethdod cyffelyb i oedolion, a nifer ohonynt gyda chefndir o drawma, ymddygiadau heriol, a nifer o ddeilliannau i'w cyflawni. Yn wahanol i oedolion, y diagnosis mwyaf cyffredin oedd anhwylderau emosiynol neu ddatblygiadol. Roedd pob unigolyn yn y glasoed wedi'i bresgripsiynu â meddyginiaeth seicotropig ac yn fwy tueddol o gymryd rhan mewn gweithgareddau na rhaglenni therapi.

Cafodd nifer o unigolion yn y glasoed eu derbyn yn uniongyrchol o'r gymuned felly gall y trosglwyddiad o'r cartref i'r ysbyty diogel beri dryswch a gofid, hyd yn oed yn fwy nag yn achos oedolion. Roedd oedolion ifanc yn dueddol o gael eu derbyn i'r ysbyty am gyfnodau byrrach ond rhaid cydnabod yr effaith enfawr o aros yn yr ysbyty am flwyddyn neu fwy ar fywyd unigolyn ifanc.

8.1. Rhaid i Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru sicrhau bod pob oedolyn ifanc sydd angen gofal yn yr ysbyty wedi'i dderbyn i'r amgylchedd lleiaf cyfyngol, ac yn cael ei adolygu'n rheolaidd, a phan mae'n ddiogel gwneud hynny, ei ryddhau neu ei ddychwelyd i ofal iechyd.

8.2. Rhaid i Fyrddau Iechyd ymdrechu i leihau'r nifer o oedolion ifanc sy'n cael eu derbyn i ysbytai diogel drwy gryfhau gwasanaethau cymunedol, yn enwedig ym meysydd diffyg rheolaeth o emosiynau a chymorth trawma.

38.8. Argymhelliad 9
Hyrwyddo Iechyd Corfforol Da

Rhaid i ofal iechyd corfforol fod yn gyfartal ag iechyd meddwl mewn ysbytai diogel. Roedd mynediad at ofal iechyd sylfaenol yn hanfodol, gyda saith ym mhob deg angen deintydd, pedwar ym mhob deg angen meddyg teulu, pedwar ym mhob deg angen optegydd a dau ym mhob deg angen podiatrydd ac nid oedd yn bosibl i nifer o gleifion fynychu'r apwyntiadau hyn am resymau cyfreithiol, risg, staffio neu drafnidiaeth. Roedd dau ym mhob deg o gleifion angen ambiwlans brys neu fynd i'r adran achosion brys. Roedd y rhan fwyaf yn magu pwysau ar ôl eu derbyn i'r ysbyty, ac yn ordew. Wedi dweud hyn, dim ond un ym mhob deg oedd â mynediad at ddietegydd. Rhoddodd chwarter yr ysmygwyr y gorau i ysmygu ar ôl eu derbyn i'r ysbyty ond parhaodd y rhan fwyaf i ysmygu.

Roedd gan bob ysmygwr fynediad at adnoddau disodli nicotin ond nid oedd gan bawb fynediad at gymorth rhoi'r gorau i ysmygu.

Roedd gan y rhan fwyaf o'r cleifion fynediad at nyrs iechyd corfforol, ond nid oedd gan bedwar ym mhob deg yr opsiwn hwn. Bydd cyffredinrwydd trawma, cyfraddau presgripsiwn uchel o feddyginiaeth seicotropig a defnydd o gyffuriau anghyfreithlon yn effeithio ar iechyd corfforol hefyd.

9.1. Rhaid i Ddarparwyr sicrhau nad yw mynediad at ofal iechyd sylfaenol wedi'i rwystro oherwydd argaeledd staff neu drafnidiaeth.

9.2. Rhaid i Ddarparwyr sicrhau bod cleifion, yn enwedig y rheini sydd mewn risg o fagu pwysau, yn cael eu cefnogi drwy ymyraethau rheoli pwysau, gan gynnwys mynediad at ddietegydd.

9.3. Dylai Darparwyr a Chomisiynwyr sicrhau bod ysbytai diogel yn cael eu hyrwyddo yn amgylcheddau iechyd corfforol cadarnhaol gyda gwiriadau iechyd rheolaidd, ymgyrchoedd bwyta'n iach, cymorth i roi'r gorau i ysmygu a mynediad rheolaidd at arbenigwr iechyd corfforol.

38.9. Argymhelliad 10
Gwella Ansawdd y Gofal

Weithiau, mae'n hanfodol defnyddio ymyraethau cyfyngol er mwyn atal niwed a gwarchod diogelwch y claf, cleifion eraill, ymwelwyr a staff. Dylai unrhyw ymyraethau cyfyngol eraill gynnwys y radd leiaf o rym, am gyn lleied o amser â phosibl a chan ystyried hunan-barch, urddas, preifatrwydd, gwerthoedd diwylliannol ac anghenion unigol y claf.

Mae ysbytai diogel yn amodol ar sawl cynllun goruchwylio, ac er bod y rhain yn rhoi sicrwydd i'r claf a'r comisiynydd, mae angen iddynt gyd-fynd â'i gilydd er mwyn osgoi eu hailadrodd ac er mwyn sicrhau cyfranoledd. Mae tryloywder yr adroddiadau yn bwysig ar gyfer yr hyder sydd gan y cyhoedd a'r claf yn systemau gofal effeithiol, yn enwedig ym meysydd sydd o fudd i'r cyhoedd megis anghydraddoldebau, ymyraethau cyfyngol ac am ba mor hir caiff cleifion eu derbyn i'r ysbyty.

10.1. Dylai arweinwyr cynlluniau goruchwylio sicrhau ansawdd ar gyfer ysbytai diogel weithio mewn partneriaeth i osgoi ailadrodd ac i sicrhau goruchwyliaeth effeithiol.

10.2. Dylai Darparwyr fabwysiadu Fframwaith ar gyfer Lleihau Arferion Cyfyngol gan Lywodraeth Cymru.

10.3. Dylai Llywodraeth Cymru ystyried cyflwyno safonau ar gyfer adroddiadau tryloyw ym meysydd penodol, megis gwybodaeth ynghylch anghydraddoldebau ac ataliaeth.

39. METHODOLEG 157
39.1. TÎM YR ARCHWILIAD 157
39.2. CWESTIYNAU'R ARCHWILIAD 157
39.3. HOLIADUR CLEIFION 158
39.4. GRŴP CYFEIRIO ARBENIGOL 159
39.5. MAES TECHNEGOL 160

Rhan G

Atodiad a Chyfeiriadau'r Fethodoleg

39. Methodoleg

Mae'r Rhan hon o'r Adolygiad Cenedlaethol yn crynhoi'r methodolegau sydd wedi'u defnyddio i fod yn sail i Adrannau blaenorol.

39.1. Tîm yr Archwiliad

Cafodd yr archwiliadau a gasglodd wybodaeth ynghylch cleifion penodol ar gyfer yr Adolygiad Cenedlaethol hwn eu hymgymryd gan glinigwyr medrus a phrofiadol o Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol – Gwasanaeth Sicrwydd a Gwella Ansawdd. Roedd y tîm yn cynnwys gweithwyr cymdeithasol, nyrsys cofrestredig a therapyddion galwedigaethol cofrestredig. Cynhaliwyd yr archwiliadau rhwng 9am a 6pm ar y safle rhwng mis Awst 2020 a mis Tachwedd 2020. Parhaodd ymholiadau ac eglurhadau hyd at fis Mehefin 2021. Nid oedd modd gweld 32 o gleifion oherwydd cyfyngiadau Covid 19 neu oherwydd bod brigiadau o achosion o Covid 19 wedi atal y tîm archwilio rhag mynd ar safle'r ysbyty. Gwnaethpwyd sawl ymgais.

39.2. Cwestiynau'r Archwiliad

Roedd dwy ran i archwiliad yr Adolygiad Cenedlaethol:

1. **Yr Holiadur Amgylchedd y Darparwr**
2. **Yr Adolygiad o Gleifion Unigol**

Rhoddir crynodeb o bob rhan isod

1. **Crynodeb o gwestiynau Holiadur Amgylchedd y Darparwr:**

- Cyflwr atgyweirio cyffredinol y wardiau.
- Glendid cyffredinol y wardiau.
- Sŵn cefndirol ar y wardiau.
- Mynediad ar gyfer cleifion (diodydd, teleffoni, mannau awyr agored, cegin i gleifion).

2. **Yr Adolygiad o Gleifion Unigol**

- Bwrdd Iechyd sy'n Comisiynu.
- Ethnigrwydd, hunaniaeth o ran rhywedd, rhyw, cyfeiriadedd rhywiol, statws priodasol, crefydd, oedran.
- Math o leoliad gofal (uchel, canolig neu isel).
- Darparwr preifat neu GIG.
- Enw'r ysbyty.
- Hyd yr arhosiad.
- Diagnosis.
- Wedi'i dderbyn o.
- Rheswm dros dderbyn i'r ysbyty.
- Deilliannau'r derbyniad i'r ysbyty.
- Unrhyw anghenion gofal ychwanegol.

- Cyfraniad y claf, y teulu a'r cydlynydd gofal at y gofal.
- Argaeledd cynlluniau gofal.
- Lefelau gofal: yn gyffredinol a gweithgareddau.
- Arsylwadau cyfnerthedig a chyda'r nos.
- Ymddygiadau heriol.
- Ymyraethau cyfyngol.
- Cefndir a nifer o Brofiadau Niweidiol yn ystod Plentyndod.
- Cynllun meddyginiaeth.
- Pwysau a Mynegai Màs y Corff.
- Cyswllt ag aelodau o staff clinigol.
- Gweithgareddau (pa weithgareddau ac amlder y presenoldeb).
- Therapïau (pa therapïau ac amlder y presenoldeb).
- Presenoldeb gofal iechyd sylfaenol a gofal iechyd eilaidd.
- Presenoldeb ambiwlans a phresenoldeb yn yr adran achosion brys.
- Math ac amlder yr absenoldeb o'r ysbyty.
- Tarfu ar absenoldeb oherwydd Covid 19.
- Mynediad cyfyngedig at eitemau.
- Cwynion.
- Statws ysmygu.
- Gwybodaeth rhyddhau o'r ysbyty.

39.3. Holiadur Cleifion

Rhannwyd yr holiadur bodlonrwydd cleifion ar naw safle, y cwbl yng Nghymru a chyfuniad o ysbytai yn y GIG/sector annibynnol a diogelwch canolig ac isel. Roedd 134 o gleifion yng Nghymru wedi'u derbyn i'r 9 ysbyty hyn ar yr adeg y cafodd yr holiadur ei rannu ym mis Hydref 2020. Rhoddwyd 1 mis i gleifion ei lenwi a chasglwyd yr holiaduron fis Rhagfyr 2020.

38.8% o'r cleifion a gymerodd ran a dychwelwyd 52 o holiaduron. Dywedwyd bod rhai staff neu eiriolwyr wedi cefnogi'r cleifion i lenwi'r holiadur, ac felly mae'n bosibl bod tuedd cadarnhaol a thuedd dymunoldeb cymdeithasol. Yn ystod mis Tachwedd 2020, roedd pandemig Covid 19 yn cyfyngu ar ymweliadau ar y safle gan deulu ac yn cyfyngu mynediad rhai cleifion i'r gymuned a gall hyn fod wedi effeithio ar y canlyniadau. Y 9 maes yn yr holiadur bodlonrwydd cleifion oedd:

- Cysur ac ymdeimlad cartrefol yr amgylchedd.
- Gwybodaeth.
- Cyswllt gyda theulu/ffrindiau/gofalwr a hwyluso'r cyswllt.
- Iechyd corfforol.
- Anghenion ysbrydol.
- Cyfraniad at ofal.
- Cefnogaeth staff ac Agwedd staff.
- Cymorth ar yr adeg derbyn i'r ysbyty.
- Teimlo'n ddiogel.

Rhoddwyd lle i gleifion ysgrifennu o dan bob cwestiwn yn gofyn am awgrymiadau i wella a rhoddwyd digonedd o le i gleifion ysgrifennu ar ddiwedd yr holiadur yn gofyn am unrhyw safbwyntiau ynghylch eu profiad yn yr ysbyty.

39.4. Grŵp Cyfeirio Arbenigol

Sefydlwyd y Grŵp Cyfeirio Arbenigol er mwyn:

- Llywio'r dull gweithredu ar gyfer yr Adolygiad Cenedlaethol.
- Darparu cyngor arbenigol ar faterion allweddol.
- Amlygu arferion perthnasol.
- Darparu adborth gan gymheiriaid cyn cyhoeddi .

Cyfarfu'r grŵp 3 gwaith ac er bod mwy wedi'u gwahodd i gymryd rhan, mynychodd y canlynol o leiaf un cyfarfod:

- Dr Ruth Bagshaw, Prifysgol Metropolitan Caerdydd.
- Mr Andrew Pryse, Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru.
- Mr Mark Warren, Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro.
- Dr Alberto Salmoiraghi, Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr.
- Mr Iorwerth Harding, Bwrdd Iechyd Addysgu Powys.
- Mr Philip Lewis, Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf Morgannwg.
- Mr Phil Chick, Uned Gyflawni GIG Cymru.
- Mr Paul Hanna, Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr.
- Ms Lesley Singleton, Rhwydwaith Iechyd Meddwl GIG Cymru.
- Mr Dave Semmens, Uned Gyflawni GIG Cymru.
- Mr Alun Thomas, Prif Weithredwr Adferiad Recovery.
- Ms Jennifer French, Coleg Nyrsio Brenhinol.

Cadeirydd y grŵp oedd Mr Shane Mills ac yn bresennol oedd Mr Joseph Davies a Mr Adrian Clarke. Anfonwyd yr Adolygiad Cenedlaethol i'r grŵp cyn ei gyhoeddi er mwyn drafftio sylwadau a barn.

39.5. Maes Technegol

Yn rhai Adrannau o'r Adolygiad Cenedlaethol hwn, cynhaliwyd dadansoddiadau o atchweliad logistaidd er mwyn rhagweld y presenoldeb mewn sesiynau therapi a'r presenoldeb mewn gweithgareddau. Cynhwyswyd newidynnau penodol yn y dadansoddiadau hyn yn seiliedig ar adolygiad o'r llenyddiaeth a gwiriadau tybiaethau atchweliad logistaidd cyn dadansoddi. Gweler isod crynodeb byr o'r fethodoleg ac ystadegau o'r ddau ddadansoddiad atchweliad logistaidd:

Presenoldeb mewn Sesiynau Therapi

Er mwyn ymchwilio i ba ffactorau sy'n rhagweld y presenoldeb mewn sesiynau therapi, cynhaliwyd dadansoddiad a oedd yn cynnwys y pedwar ffactor rhagfynegi canlynol; (1) pa un ai a oedd cleifion yn mynychu gweithgareddau, (2) amlder yr achosion o ymddygiad sy'n peri trafferth neu ofid gan gleifion, (3) y nifer o feddyginiaeth gwrth-iselyddion a oedd wedi'i phresgripsiynu iddynt, a (4) pha un ai a oedd deilliant y driniaeth, sef cyflawni canlyniadau cadarnhaol drwy therapïau seicolegol penodol, wedi'i fodloni ar adeg yr archwiliad. Rhagwelodd y model yn sylweddol bresenoldeb o 12% mewn sesiynau therapi (P = <.001, Nagelkerke R2 = .119). Gweler isod y cymarebau Ods ar gyfer y ffactorau isod:

- A wnaeth y claf fynychu gweithgareddau — OR = 2.147.
- Amlder yr ymddygiad sy'n peri trafferth neu ofid — OR = .786.
- Y nifer o wrth-iselyddion ar bresgripsiwn i gleifion — OR = 1.857.
- Cyflawni canlyniadau cadarnhaol drwy therapïau seicolegol penodol — OR = 1.754.

Presenoldeb mewn Gweithgareddau

Er mwyn archwilio pa ffactorau sy'n rhagweld presenoldeb mewn gweithgareddau, cynhaliwyd dadansoddiad a oedd yn cynnwys y pum ffactor rhagfynegi canlynol; (1) pa un ai a oedd cleifion yn mynychu sesiynau therapi, (2) pa un ai a oedd cleifion wedi cydymffurfio'n llwyr â'u meddyginiaeth gwrthseicotig ar bresgripsiwn dros y 2 flynedd ddiwethaf, (3) y math o ddarparwr lle'r oeddynt yn derbyn triniaeth, (4) pa un ai a yw canlyniad y deilliant, sef grymuso drwy obaith, ystyriaeth gadarnhaol ac ymyriadau seicogymdeithasol, wedi'i fodloni ar adeg yr archwiliad a, (5) pa un ai a oedd y deilliant o liniaru neu leihau'r risg o niwed i'r claf ei hun yn sgil bregusrwydd oherwydd gwybyddiaeth ddiffygiol wedi'i fodloni ar adeg yr archwiliad. Rhagwelodd y model yn sylweddol bresenoldeb o 17% mewn gweithgareddau (P = <.001, Nagelkerke R2 = .171). Gweler isod y cymarebau Ods ar gyfer y ffactorau isod:

- A wnaeth y claf fynychu gweithgareddau — OR = 1.944.
- Cydymffurfiaeth â meddyginiaeth wrth-seicotig — OR = 1.199.
- Math o ddarparwr — OR = .425.
- Grymuso — OR = 2.987.
- Lleihad mewn risg o niwed i'r claf ei hun, oherwydd bregusrwydd — OR = 2.175.



Cyfeiriadau

1. Llywodraeth Cymru (2019). Cynllun Cyflawni Law yn Llaw at Iechyd Meddwl 2019-2022 https://gov.wales/sites/default/files/publications/2020-10/review-of-the-together-for-mental-health-delivery-plan-20192022-in-response-to-Covid 19_0.pdf
2. Llywodraeth Cymru (2012). Law yn Llaw at Iechyd Meddwl Strategaeth Iechyd Meddwl a Llesiant yng Nghymru.
3. Triggle, N. (2019, Mai 22). BBC News Health-Whorlton Hall: Hospital 'Abused' Vulnerable Adults. BBC News Online. https://www.bbc.co.uk/news/health-48367071
4. Flynn, M. (2012). A Serious Case Review. South Gloucestershire Safeguarding Adults Board, Winterbourne View Hospital. https://hosted.southglos.gov.uk/wv/report.pdf
5. Llywodraeth Cymru (2019). Cynllun Cyflawni Law yn Llaw at Iechyd Meddwl 2019-2022. https://gov.wales/sites/default/files/publications/2020-10/review-of-the-together-for-mental-health-delivery-plan-20192022-in-response-to-Covid 19_0.pdf
6. Mills. S., French. M., a Clarke. A. (2020). Gwella Gofal, Gwella Bywydau. Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol. https://gov.wales/sites/default/files/publications/2020-02/national-care-review-of-learning-disabilities-hospital-inpatient-provision_1.pdf
7. Panel Comisiynu Ar y Cyd ar gyfer Iechyd Meddwl. (2013). Guidance for commissioners of forensic mental health services. https://mentalhealthpartnerships.com/resource/guidance-for-commissioners-of-forensic-mental-health-services/
8. Ogloff, J. R., Talevski, D., Lemphers, A., Wood, M., a Simmons, M. (2015). Co-occurring mental illness, substance use disorders, and antisocial personality disorder among clients of forensic mental health services. Psychiatric Rehabilitation Journal, 38(1), 16.
9. Nedopil, N., Taylor, P., a Gunn, J. (2015). Forensic psychiatry in Europe: The perspective of the Ghent Group. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 19(2), 80-83.https://doi.org/10.3109/13651501.2014.967700
10. Galappathie, N., Khan, S., a Hussain, A. (2017). Civil and Forensic Patients in Secure Psychiatric Settings: A Comparison. Bjpsych Bulletin, 41(3), 156-159. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1192/pb.bp.115.052910
11. Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol. (2021). Mental health 2021 benchmarking analysis for NHS Wales. Rhwydwaith Meincnodi'r GIG. https://nccu.nhs.wales/qais/events/mhbc2021d/mh-benchmarking-conference-2021-slide-deck/
12. National Health Service Confederation. (2012). Defining mental health services: Promoting Effective Commissioning and Supporting QIPP. https://www.nhsconfed.org/~/media/Confederation/Files/Publications/Documents/Defining_mental_health_services.pdf
13. Durcan, G., Hoare, T., a Cumming, I. (2011). Pathways to unlocking secure mental health care. Centre for Mental Health. https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/Pathways_to_unlocking_secure_mental_health_care.pdf
14. Y Swyddfa Gartref a'r Adran Iechyd a Nawdd Cymdeithasol. (1975). Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders [yr Adroddiad Butler]. Cmnd 6244. Llundain: Llyfrfa Ei Mawrhydi.

15. Yr Adran Iechyd. (1994). Report of the Working Group on High Security and Related Psychiatric Provision [Yr Adroddiad Reed]. Llundain: Yr Adran Iechyd.
16. Natarajan, M., Srinivas, J., Briscoe, G., a Forsyth, S. (2012). Community Forensic Psychiatry and the Forensic Mental Health Liaison Model. Advances In Psychiatric Treatment, 18(6), 408-415. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1192/apt.bp.109.006940
17. National Health Service England. (2017). Draft Adult Low Secure Service Specification. https://www.engage.england.nhs.uk/consultation/serv-specs-adult-med-low-secure-mh-services/supporting_documents/draftadultlowsecspecforconsultation.pdf
18. Hare-Duke, L., Furtado, V., Guo, B., a Völlm, B. (2018). Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK. Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 53(3), 313-321. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1007/s00127-017-1473-y
19. Centre for Mental Health. (2011). Pathways to unlocking secure mental health care. https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/Pathways_to_unlocking_secure_mental_health_care.pdf
20. Panel Comisiynu Ar y Cyd ar gyfer Iechyd Meddwl. (2013). Guidance for commissioners of forensic mental health services. https://mentalhealthpartnerships.com/resource/guidance-for-commissioners-of-forensic-mental-health-services/
21. National Health Service England. (2017). Draft Adult Low Secure Service Specification. https://www.engage.england.nhs.uk/consultation/serv-specs-adult-med-low-secure-mh-services/supporting_documents/draftadultlowsecspecforconsultation.pdf
22. Y Weinyddiaeth Gyfiawnder. (2020). Mental disordered offenders: the restricted patient system. https://www.gov.uk/government/publications/mentally-disordered-offenders-the-restricted-patient-system
23. National Health Service England. (2017). Draft Adult Low Secure Service Specification. https://www.engage.england.nhs.uk/consultation/serv-specs-adult-med-low-secure-mh-services/supporting_documents/draftadultlowsecspecforconsultation.pdf
24. Tilt, R., Perry, B., Martin, C., Tilt, R., Perry, B., Martin, C., et al. (2000). Report of the Review of Security at the High Security Hospitals. Llundain: Yr Adran Iechyd.
25. Exworthy, T., a Gunn, J. (2003). Taking another tilt at high secure hospitals: The Tilt Report and its consequences for secure psychiatric services. British Journal of Psychiatry, 182(6), 469-471. doi:10.1192/bjp.182.6.469
26. Dale, C., a Storey, L. (2004). High, medium, and low security care: Does the type of care make any difference to the role of the forensic mental health nurse. NT Research, 9(3), 168-184. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1177/136140960400900303
27. Jobbins, C., Abbott, B., Brammer, L.., Doyle, M., McCann, G., a McLean, R. (2007). Best Practice Guidance Specification for Adult Medium-Secure Services. Yr Adran Iechyd. http://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2007-0001/DEP2007-0001.pdf
28. Mesur Iechyd Meddwl (Cymru) 2010. Ar gael o: https://www.legislation.gov.uk/mwa/2010/7/pdfs/mwa_20100007_en.pdf
29. Kennedy, H. (2002). Therapeutic Uses of Security: Mapping Forensic Mental Health Services By Stratifying Risk. Advances in Psychiatric Treatment, 8(6), 433-443. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1192/apt.8.6.433

30. Kennedy, H. (2002). Therapeutic Uses of Security: Mapping Forensic Mental Health Services By Stratifying Risk. Advances in Psychiatric Treatment, 8(6), 433-443. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1192/apt.8.6.433
31. Jobbins, C., Abbott, B., Brammer, L.., Doyle, M., McCann, G., a McLean, R. (2007). Best Practice Guidance Specification for Adult Medium-Secure Services. Yr Adran Iechyd. http://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2007-0001/DEP2007-0001.pdf
32. Crichton, J. (2009). Defining High, Medium, and Low Security in Forensic Mental Healthcare: The Development of the Matrix of Security in Scotland. Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20(3), 333-353. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1080/14789940802542808
33. Llywodraeth Cymru. (2018). Cymru Iachach: ein Cynllun Iechyd a Gofal Cymdeithasol.
34. Cymdeithas Feddygol Prydain. (2019). Independent Sector Provision in the NHS. https://www.bma.org.uk/media/1984/bma-privatisation-of-the-nhs-in-england-jan-2019.pdf
35. National Health Service England. (2017). Draft Adult Low Secure Service Specification. Ar gael o: https://www.engage.england.nhs.uk/consultation/serv-specs-adult-med-low-secure-mh-services/supporting_documents/draftadultlowsecspecforconsultation.pdf
36. Nuffield Trust. (Mehefin, 2021). Hospital bed occupancy. Ar gael o: https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/hospital-bed-occupancy#background
37. Swyddfa Archwilio Cymru. (2005). Gwasanaethau iechyd meddwl i oedolion yng Nghymru: Adolygiad sylfaenol o'r gwasanaethau. Comisiwn Archwilio yng Nghymru. http://www.wales.nhs.uk/documents/adult_mental_health_services_baseline_review.pdf
38. Hafal. (N.D). Adolygiad Llywodraeth y Cynulliad yn nodi'r prif amcanion ar gyfer y Gwasanaethau Iechyd Meddwl Diogel. Ar gael o: https://www.hafal.org/2009/05/assembly-government-review-identifies-key-objectives-for-secure-mental-health-services/
39. Llywodraeth Cymru. (2020). Law yn Llaw at Iechyd Meddwl: Cynllun Cyflawni 2019-22. (Adroddiad: WG38630). Ar gael o: https://gov.wales/sites/default/files/publications/2020-01/together-for-mental-health-delivery-plan-2019-to-2022.pdf
40. Centre for Mental Health. (2013). Briefing Note: Secure Care Services.
41. Dix, R. (2005). Psychiatric Intensive Care and Low Secure Units Past, Present and Future — Introducing the Journal of Psychiatric Intensive Care. Journal of Psychiatric Intensive Care, 1(1), 1-2.
42. NHS England. (2021). Working Together at Scale: guidance on provider collaboratives.
43. Independent Review into the Delivery of Forensic Mental Health Services. (2021). https://www.gov.scot/publications/independent-forensic-mental-health-review-final-report/
44. Gwasanaeth Iechyd Cyhoeddus Cenedlaethol Cymru. (2006). Needs Assessment On Medium Secure Units For Mentally Disordered Offenders. https://www2.nphs.wales.nhs.uk/VulnerableAdultsDocs.nsf/($All)/436C57E37F2904308025727900475EED/$File/medium%20secure%20final.pdf?OpenElement
45. Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol. (2021). Nawfed Datganiad Sefyllfa Blynyddol Gwasanaeth Gwella Sicrwydd Ansawdd GIG Cymru 2020-2021. Ar gael o: https://nccu.nhs.wales/qais/position-statements/position-statement-20-21/ps-documents/qais-annual-position-statement-2020-21/

46. Centre for Mental Health. (2013). Briefing Note: Secure Care Services.
47. Walker, J., Craissati, J., Batson, S., Amos, T., a Knowles, P. (2012). How to get better value for money from psychiatric care units. Health Service Journal. https://www.hsj.co.uk/commissioning/how-to-get-better-value-for-money-from-psychiatric-care-units/5041168.article
48. Llywodraeth Cymru. (2021). StatsCymru: Gwariant y GIG yn ôl categori cyllideb a blwyddyn. Ar gael o: https://gov.wales/sites/default/files/publications/2020-01/together-for-mental-health-delivery-plan-2019-to-2022.pdf
49. Llywodraeth Cymru. (2021). Cyllidebau Rhaglenni Gwariant y GIG: Ebrill 2019 i Fawrth 2020. https://gov.wales/nhs-expenditure-programme-budgets-april-2019-march-2020
50. Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol. (2021). Mental health 2021 benchmarking analysis for NHS Wales. Rhwydywaith Meincnodi'r GIG. Ar gael o: https://nccu.nhs.wales/qais/events/mhbc2021d/mh-benchmarking-conference-2021-slide-deck/
51. NHS Digital. (2021). Mental health services monthly statistics — restrictive interventions. https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/mental-health-data-hub/mental-health-services-monthly-statistics-restrictive-interventions
52. Comisiwn Cydraddoldeb a Hawliau Dynol. (2021). Protected characteristics. https://www.equalityhumanrights.com/en/equality-act/protected-characteristics
53. Sefydliad Iechyd y Byd. (2002). Gender and Mental Health. https://www.who.int/gender/other_health/genderMH.pdf
54. Archer, M., Lau, Y., a Sethi, F. (2016). Women in acute psychiatric units, their characteristics and needs: a review. Bjpsych Bulletin, 40(5), 266-272. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1192/pb.bp.115.051573
55. Mezey, G., Hassell, Y., a Bartlett, A. (2005). Safety of women in mixed-sex and single-sex medium secure units: staff and patient perceptions. The British Journal of Psychiatry, 187(6), 579-582.
56. Sefydliad Iechyd y Byd. (2017). Gender and Health. https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1
57. Owodunni, K., Bhagrath, N., a Chatterjee, A. (Mehefin, 2017). Managing transgender patients within a single gender psychiatric intensive care unit. Cynhadledd Ryngwladol Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, Caeredin.
58. Swyddfa Cydraddoldebau'r Llywodraeth. (2018). Trans People in The UK. Swyddfa Cydraddoldebau'r Llywodraeth.
59. McKeown, M., a Stowell-Smith, M. (2001). Big, black and dangerous? The vexed question of race in UK forensic care. Forensic Mental Health: Working with Offenders with Mental Illness. Llundain: Routledge.
60. GOV.UK. (2021). Detentions Under the Mental Health Act. https://www.ethnicity-facts-figures.service.gov.uk/health/mental-health/detentions-under-the-mental-health-act/latest
61. Y Swyddfa Ystadegau Gwladol. (2012). Cyfrifiad 2011 Ystadegau Allweddol Cymru, Mawrth 2011.

62. Llywodraeth Cymru. (2012). Ffocws Ystadegol ar Grefydd yng Nghymru, 2011: crynodeb gweithredol. https://gov.wales/sites/default/files/statistics-and-research/2018-12/151027-statistical-focus-religion-2011-census-executive-summary-en.pdf
63. Llywodraeth Cymru. (2019). Ystadegau — Cyfeiriadedd Rhywiol: 2019. https://gov.wales/sexual-orientation-2019
64. Ashworth, A. (N.D). Sexual orientation: a guide for the NHS. Swydd Nottingham: Stonewall. 1-44.
65. Y Swyddfa Ystadegau Gwladol (2020). Population Estimates By Marital Status And Living Arrangements, England And Wales Population Estimates By Marital Status And Living Arrangements, England And Wales: 2019. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/bulletins/populationestimatesbymaritalstatusandlivingarrangements/2019
66. Iechyd Cyhoeddus Cymru. (N.D). Gofal Iechyd Hygyrch i Bobl sydd wedi Colli eu Synhwyrau yng Nghymru. https://phw.nhs.wales/services-and-teams/equality-and-human-rights-information-resource/all-wales-standards-for-accessible-communication-and-information-for-people-with-sensory-loss/accessible-healthcare-for-people-with-sensory-loss-in-wales/#:~:text=One%20in%20five%20people%20in,in%20the%20next%2025%20years
67. Comisiwn Cydraddoldeb a Hawliau Dynol. (N.D). Housing and Disabled People: Wales Statistics. https://www.equalityhumanrights.com/en/housing-and-disabled-people-wales-statistics#:~:text=More%20than%20a%20quarter%20of,11.7%25%20since%202013%20to%202014
68. Fazel, S., Wolf, A., Fimińska, Z., a Larsson, H. (2016). Mortality, Rehospitalisation and Violent Crime in Forensic Psychiatric Patients Discharged from Hospital: Rates and Risk Factors. PLOS ONE, 11(5), e0155906. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1371/journal.pone.0155906
69. Young Minds. (2018). Addressing adversity: Prioritising adversity and trauna-informed care for children and young people in England. https://www.youngminds.org.uk/media/cmtffcce/ym-addressing-adversity-book-web-2.pdf
70. Kessler, R., McLaughlin, K., Green, J., Gruber, M., Sampson, N., a Zaslavsky, A. et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. British Journal Of Psychiatry, 197(5), 378-385. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1192/bjp.bp.110.080499
71. Tsuyuki, K., Al-Alusi, N., Campbell, J., Murry, D., Cimino, A., Servin, A., a Stockman, J. (2019). Adverse childhood experiences (ACEs) are associated with forced and very early sexual initiation among Black women accessing publicly funded STD clinics in Baltimore, MD. PLOS ONE, 14(5), e0216279. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1371/journal.pone.0216279
72. Edwards, V., Dube, S., Felitti, V., ac Anda, R. (2007). It's OK to ask about past abuse. American Psychologist, 62(4), 327-328. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1037/0003-066x62.4.327

73. Ford, K., Butler, N., Hughes, K., Quigg, Z., a Bellis, M .A. (2016). Adverse Childhood Experiences (ACEs) in Hertfordshire, Luton and Northamptonshire. Lerpwl: Centre for Public Health. http://www.cph.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Adverse-Childhood-Experiences-in-Hertfordshire-Luton-and-Northamptonshire-FINAL_compressed.pdf
74. Hillis, S., Anda, R., Dube, S., Felitti, V., Marchbanks, P., a Marks, J. (2004). The Association Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Pregnancy, Long-Term Psychosocial Consequences, and Fetal Death. Pediatrics, 113(2), 320-327. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1542/peds.113.2.320.
75. Loudermilk, E., Loudermilk, K., Obenauer, J., a Quinn, M. A. (2018). Impact of adverse childhood experiences (ACEs) on adult alcohol consumption behaviours. Child Abuse and Neglect, 86(Mai), 368–374. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.006
76. Bellis, M. (2016). Profiadau Niweidiol mewn Plentyndod Profiadau Niweidiol Mewn Plentyndod a'u heffaith ar (Rhifyn mis Ionawr). https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4719.1122
77. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2004). the short term physical and psychological management and prevention of selfharm in primary and secondary care: National Clinical Guidelines 16. NICE, Llundain. 16-98.
78. Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., ac Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. American Journal of Psychiatry, 162(2), 297-303.
79. McLaughlin, C. (2007). Suicide-related behaviour: Understanding, caring and therapeutic responses. John Wiley & Sons.
80. Maddock, G. R., Carter, G. L., Murrell, E. R., Lewin, T. J., a Conrad, A. M. (2010). Distinguishing suicidal from non-suicidal deliberate self-harm events in women with Borderline Personality Disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 44(6), 574-582.
81. Bellis, M. (2016). Profiadau Niweidiol mewn Plentyndod Profiadau Niweidiol Mewn Plentyndod a'u heffaith ar (Rhifyn mis Ionawr). https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4719.1122
82. Stinson, J. D., Quinn, M. A., Menditto, A. A., a LeMay, C. C. (2021). Adverse Childhood Experiences and the Onset of Aggression and Criminality in a Forensic Inpatient Sample. International Journal of Forensic Mental Health, 1-12.
83. Boyd-Caine, T. (2012). Protecting the public?: detention and release of mentally disordered offenders. Routledge.
84. Panel Comisiynu Ar y Cyd ar gyfer Iechyd Meddwl. (2013). Guidance for commissioners of forensic mental health services. Llundain: JCPMH.
85. Thomas, S., Leese, M., Dolan, M., Harty, M. A., Shaw, J., Middleton, H., ... ac Appleby, L. (2004). The individual needs of patients in high secure psychiatric hospitals in England. Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 15(2), 222-243. http://dx.doi.org/10.1080/14789940410001702283
86. Bartlett, A., Somers, N., Fiander, M., a Harty, M. A. (2014). Pathways of care of women in secure hospitals: which women go where and why. The British Journal of Psychiatry, 205(4), 298-306. https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/BFA62246540F68851A5531429C87AEE3/S0007125000277878a.pdf/pathways_of_care_of_women_in_secure_hospitals_which_women_go_where_and_why.pdf

87. Centre for Mental Health. (2011) Pathways To Unlocking Secure Mental Health Care.
88. Bartlett, A., Somers, N., Fiander, M., a Harty, M. A. (2014). Pathways of care of women in secure hospitals: which women go where and why. The British Journal of Psychiatry, 205(4), 298-306. https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/BFA62246540F68851A5531429C87AEE3/S0007125000277878a.pdf/pathways_of_care_of_women_in_secure_hospitals_which_women_go_where_and_why.pdf
89. St Andrew's Healthcare. (N.D). Women's Mental Health — blended secure service. https://www.stah.org/our-services/womens-blended/
90. NHS England. (N.D). Mental Health Secure Care Programme. https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/secure-care/
91. Nottinghamshire Healthcare. (N.D). Women's Blended Service. https://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/impact-womens-blended-service
92. Llywodraeth Cymru. (2012). Cod Ymarfer i Rannau 2 a 3 o Fesur Iechyd Meddwl (Cymru) 2010. Caerdydd: Llywodraeth Cymru.
93. Coffey, M., Hannigan, B., Barlow, S., Cartwright, M., Cohen, R., a Faulkner, A. et al. (2019). Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: a cross national comparative mixed methods study. BMC Psychiatry, 19(1). Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1186/s12888-019-2094-7
94. Hare-Duke, L., Furtado, V., Guo, B., a Völlm, B. (2018). Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK. Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 53(3), 313-321. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1007/s00127-017-1473-y
95. Centre for Mental Health. (2011). Pathways to unlocking secure mental health care. Ar gael o https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/Pathways_to_unlocking_secure_mental_health_care.pdf
96. NHS England. (N.D). Rapid Improvement Guide to: Red and Green Bed Days. https://www.england.nhs.uk/south/wp-content/uploads/sites/6/2016/12/rig-red-green-bed-days.pdf
97. Sharma, A., Dunn, W., O'Toole, C., a Kennedy, H. G. (2015). The virtual institution: cross-sectional length of stay in general adult and forensic psychiatry beds. International journal of mental health systems, 9(1), 1-12. https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-015-0017-7
98. Edworthy, R., Sampson, S., a Völlm, B. (2016). Inpatient forensic-psychiatric care: legal frameworks and service provision in three European countries. International journal of law and psychiatry, 47, 18-27. http://www.antoniocasella.eu/archipsy/Edworthy_2016.pdf
99. Holley, J., Weaver, T., a Völlm, B. (2020). The experience of long stay in high and medium secure psychiatric hospitals in England: qualitative study of the patient perspective. International Journal Of Mental Health Systems, 14(1). Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1186/s13033-020-00358-7
100. Rutherford, M., a Duggan, S. (2008). Forensic mental health services: facts and figures on current provision. The British Journal Of Forensic Practice, 10(4), 4-10. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1108/14636646200800020

101. Hare-Duke, L., Furtado, V., Guo, B., a Völlm, B. (2018). Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK. Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 53(3), 313-321. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1007/s00127-017-1473-y
102. Edwards, J., Steed, P., a Murray, K. (2002). Clinical and forensic outcome 2 years and 5 years after admission to a medium secure unit. The Journal Of Forensic Psychiatry, 13(1), 68-87. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1080/09585180210123294
103. O'Neill, C., Heffernan, P., Goggins, R., Corcoran, C., Linehan, S., a Duffy, D. et al. (2003). Long-stay forensic psychiatric inpatients in the Republic of Ireland: aggregated needs assessment. Irish Journal Of Psychological Medicine, 20(4), 119-125. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1017/s0790966700007916
104. Trebilcock, J., a Weaver, T. (2012). Changing legal characteristics of dangerous and severe personality disorder (DSPD) patients and prisoners. The Journal Of Forensic Psychiatry & Psychology, 23(2), 237-243. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1080/14789949.2012.668212
105. Dickens, G., Sugarman, P., Picchioni, M., a Long, C. (2010). HoNOS-Secure: tracking risk and recovery for men in secure care. The British Journal Of Forensic Practice, 12(4), 36-46. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.5042/bjfp.2010.0613
106. Girardi, A., Snyman, P., Natarajan, M., a Griffiths, C. (2018). Older adults in secure mental health care: health, social wellbeing and security needs measured with HoNOS-secure across different age groups. The Journal Of Forensic Psychiatry & Psychology, 29(5), 824-843. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1080/14789949.2018.1459787
107. Long, C., Dolley, O., a Hollin, C. (2011). Women in medium secure care: tracking treatment progress for changes in risk profiles and treatment engagement. Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing, 18(5), 425-431. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1111/j.1365-2850.2010.01678.x
108. Longdon, L., Edworthy, R., Resnick, J., Byrne, A., Clarke, M., Cheung, N., a Khalifa, N. (2018). Patient characteristics and outcome measurement in a low secure forensic hospital. Criminal Behaviour and Mental Health, 28(3), 255-269. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1002/cbm.2062
109. Huband, N., Furtado, V., Schel, S., Eckert, M., Cheung, N., Bulten, E., a Völlm, B. (2018). Characteristics and Needs of Long-Stay Forensic Psychiatric Inpatients: A Rapid Review of the Literature. International Journal of Forensic Mental Health, 17(1), 45-60. https://doi.org/10.1080/14999013.2017.1405124
110. Völlm, B. A., Edworthy, R., Huband, N., Talbot, E., Majid, S., Holley, J., a Duggan, C. (2018). Characteristics and pathways of long-stay patients in high and medium secure settings in England; a secondary publication from a large mixed-methods study. Frontiers in Psychiatry, 9, 140. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00140/full
111. Andiné, P., a Bergman, H. (2019). Focus on Brain Health to Improve Care, Treatment, and Rehabilitation in Forensic Psychiatry. Frontiers in Psychiatry, 10. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.3389/fpsyt.2019.00840

112. Davoren, M., Abidin, Z., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A., Wright, B., a Kennedy, H. (2013). Prospective study of factors influencing conditional discharge from a forensic hospital: the DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery structured professional judgement instruments and risk. BMC Psychiatry, 13(1). Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1186/1471-244x-13-185
113. Doyle, M., Logan, C., Ludlow, A., a Holloway, J. (2011). Milestones to recovery: Preliminary validation of a framework to promote recovery and map progress through the medium secure inpatient pathway. Criminal Behaviour and Mental Health, 22(1), 53-64. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1002/cbm.818
114. Collins, M., a Davies, S. (2005). The Security Needs Assessment Profile: A Multidimensional Approach to Measuring Security Needs. International Journal of Forensic Mental Health, 4(1), 39-52. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1080/14999013.2005.10471211
115. Kennedy, H. (2002). Therapeutic uses of security: mapping forensic mental health services by stratifying risk. Advances in Psychiatric Treatment, 8(6), 433-443. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1192/apt.8.6.433
116. Mitchell, A., a Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. Advances in Psychiatric Treatment, 13(6), 423-434. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1192/apt.bp.106.003202
117. Berman, A., Gajecki, M., Morien, P., a Priestley, P. (2019). Measuring Psychological Change and Predicting Recidivism Following the Swedish One-to-One Program. Frontiers in Psychiatry, 10. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.3389/fpsyt.2019.00811
118. Corrigan, P. W., Larson, J. E., a Kuwabara, S. A. (2010). Social psychology of the stigma of mental illness: Public and self-stigma models.
119. Livingston, J., a Boyd, J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine, 71(12), 2150-2161. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030
120. West, M., Vayshenker, B., Rotter, M., ac Yanos, P. (2015). The influence of mental illness and criminality self-stigmas and racial self-concept on outcomes in a forensic psychiatric sample. Psychiatric Rehabilitation Journal, 38(2), 150-157. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1037/prj0000133
121. Livingston, J., Rossiter, K., a Verdun-Jones, S. (2011). 'Forensic' labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. Psychiatry Research, 188(1), 115-122. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1016/j.psychres.2011.01.018
122. West, M., Vayshenker, B., Rotter, M., ac Yanos, P. (2015). The influence of mental illness and criminality self-stigmas and racial self-concept on outcomes in a forensic psychiatric sample. Psychiatric Rehabilitation Journal, 38(2), 150-157. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1037/prj0000133
123. Y Swyddfa Gartref a'r Adran Iechyd a Nawdd Cymdeithasol. (1975). Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders [yr Adroddiad Butler]. Cmnd 6244. Llundain: Llyfrfa Ei Mawrhydi.

124. Vollm, B., a Clarke, M. (Mai, 2018). Secure hospital care: information for carers. Prifysgol Nottingham.
125. Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol. (2021). Mental health 2021 benchmarking analysis for NHS Wales. Rhwydwaith Meincnodi'r GIG. https://nccu.nhs.wales/qais/events/mhbc2021d/mh-benchmarking-conference-2021-slide-deck/
126. Bartlett, P., a Sandland, R. (2007). Mental Health Law: Policy & Practice (4ydd rhifyn). Oxford University Press.
127. Tilt. R., Perry, B., Martin, C., McGuire, N., Preston, M. (2000). Report of the Review of Security at the High Security Hospitals. Llundain: Yr Adran Iechyd.
128. Völlm, B. A., Edworthy, R., Huband, N., Talbot, E., Majid, S., Holley, J., a Duggan, C. (2018). Characteristics and pathways of long-stay patients in high and medium secure settings in England; a secondary publication from a large mixed-methods study. Frontiers in Psychiatry, 9, 140. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.3389/fpsyt.2018.00140
129. Huband, N., Furtado, V., Schel, S., Eckert, M., Cheung, N., Bulten, E., a Völlm, B. (2018). Characteristics and needs of long-stay forensic psychiatric inpatients: a rapid review of the literature. International Journal of Forensic Mental Health, 17(1), 45-60.
130. Kasmi, Y., Duggan, C., a Völlm, B. (2020). A comparison of long-term medium secure patients within NHS and private and charitable sector units in England. Criminal Behaviour and Mental Health, 30(1), 38-49. https://doi.org/10.1002/cbm.2141
131. Völlm, B. A., Edworthy, R., Huband, N., Talbot, E., Majid, S., Holley, J., a Duggan, C. (2018). Characteristics and pathways of long-stay patients in high and medium secure settings in England; a secondary publication from a large mixed-methods study. Frontiers in Psychiatry, 9, 140. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.3389/fpsyt.2018.00140
132. Holley, J., Weaver, T., a Völlm, B. (2020). The experience of long stay in high and medium secure psychiatric hospitals in England: qualitative study of the patient perspective. International journal of mental health systems, 14(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s13033-020-00358-7
133. Davies, S. (2004). Secure psychiatric services. From Toxic Institutions to Therapeutic Environments. Residential Settings in Mental Health Services (argraffiad cyntaf). Coleg Brenhinol y Seiciatryddion Llundain, Llundain, 233-43.
134. Holley, J., Weaver, T., a Völlm, B. (2020). The experience of long stay in high and medium secure psychiatric hospitals in England: qualitative study of the patient perspective. International journal of mental health systems, 14(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s13033-020-00358-7
135. Centre for Mental Health. (2013). Briefing Note: Secure Care Services.
136. Transforming Care. (2017). Model service specifications: supporting implementation of the service model. NHS England.
137. Lindsey P. L. (2009). Psychotropic medication use among older adults: what all nurses need to know. Journal of Gerontological Nursing, 35(9), 28–38. https://doi.org/10.3928/00989134-20090731-01

138. Farrell, C., a Brink, J. (2020). The Prevalence and Factors Associated With Antipsychotic Polypharmacy in a Forensic Psychiatric Sample. Front. Psychiatry 11:263. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.3389/fpsyt.2020.00263
139. Correll, C. U., Frederickson, A. M., Kane, J. M., a Manu, P. (2007). Does antipsychotic polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome?. Schizophrenia research, 89(1-3), 91-100.
140. Armstrong, K. S., a Temmingh, H. (2017). Prevalence of and factors associated with antipsychotic polypharmacy in patients with serious mental illness: Findings from a cross-sectional study in an upper-middle-income country. Brazilian Journal of Psychiatry, 39, 293-301.
141. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management: National Clinical Guideline 178. NICE, Llundain. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-recommendations
142. Y Gymdeithas Fferyllol Frenhinol. (2018). Utilising pharmacists to improve the care for people with mental health problems. Lloegr. https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Policy/RPS%20England%20mental%20health%20policy%202018.pdf
143. Muir-Cochrane, E. (2020). A wicked problem: Chemical restraint: towards a definition. International Journal Of Mental Health Nursing, 29(6), 1272-1274. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1111/inm.12780
144. Hayhurst, K. P., Drake, R. J., Massie, J. A., Dunn, G., Barnes, T. R. E., Jones, P. B., a Lewis, S. W. (2014). Improved quality of life over one year is associated with improved adherence in patients with schizophrenia. European Psychiatry, 29(3), 191-196.
145. de Kuijper, G., a Hoekstra, P. (2017). Physicians' reasons not to discontinue long-term used off-label antipsychotic drugs in people with intellectual disability. Journal Of Intellectual Disability Research, 61(10), 899-908. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1111/jir.12385
146. Leucht, S., Leucht, C., Huhn, M., Chaimani, A., Mavridis, D., Helfer, B., Samara, M., Rabaioli, M., Bächer, S., Cipriani, A., Geddes, J. R., Salanti, G., a Davis, J. M. (2017). Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: Systematic review, Bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. American Journal of Psychiatry, 174(10), 927–942. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16121358
147. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management clinical guidelines [CG178]. Ar gael o https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-Recommendations#first-episode-psychosis-2
148. Huhn, M., Nikolakopoulou, A., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Samara, M., a Peter, N. et al. (2020). Comparative Efficacy and Tolerability of 32 Oral Antipsychotics for the Acute Treatment of Adults With Multi-Episode Schizophrenia: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. FOCUS, 18(4), 443-455. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1176/appi.focus.18306
149. Renkel, S., a Rasmussen, K. (2006). Antipsychotic medication and length of stay at a psychiatric maximum-security unit in Norway (1987–2000). Nordic Journal Of Psychiatry, 60(2), 132-136. doi: 10.1080/08039480600583662

150. Taylor, D. M., Barnes, R. E., ac Young, A. H. (2018). The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry (rhifyn 13). Wiley Blackwell.
151. Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., a Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. International journal of epidemiology, 43(2), 476-493. https://academic.oup.com/ije/article-pdf/43/2/476/14150223/dyu038.pdf
152. Davies, J. (2022). Weight gain in secure psychiatric services (Unpublished doctoral dissertation). Prifysgol Metropolitan Caerdydd, Caerdydd.
153. Haw, C., Kelbrick, M., a Stubbs, J. (2012). A survey of antidepressant prescribing at a secure psychiatric hospital. Journal of Psychiatric Intensive Care, 8(1), 3-9. doi:10.1017/S174264641100029X
154. Cartwright, C., et al. (2016). Long-term antidepressant use: patient perspectives of benefits and adverse effects. Patient preference and adherence, 10, 1401–1407. https://doi.org/10.2147/PPA.S110632
155. Cartwright, C., et al. (2016). Long-term antidepressant use: patient perspectives of benefits and adverse effects. Patient preference and adherence, 10, 1401–1407. https://doi.org/10.2147/PPA.S110632
156. Cartwright, C., et al. (2016). Long-term antidepressant use: patient perspectives of benefits and adverse effects. Patient preference and adherence, 10, 1401–1407. https://doi.org/10.2147/PPA.S110632
157. Kamphuis, J., Karsten, J., de Weerd, A., a Lancel, M. (2013). Sleep disturbances in a clinical forensic psychiatric population. Sleep Medicine, 14(11), 1164-1169. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945713001093?casa_token=asVE_-wlTSIAAAAA:8raDmHeXc54EfsVUvSNpTk8UqXy_rL7BYFjf2KNHCeCH-BIsrPjogM4wBE9ZlDK8vIoJpNtuIQ
158. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (N.D). Hypnotics and anxiolytics. https://bnf.nice.org.uk/treatment-summary/hypnotics-and-anxiolytics.html
159. Merck., Sharp., a Dohme (1997). From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. Llundain: Y Gymdeithas Fferyllol Frenhinol.
160. Fazel, S., Zetterqvist, J., Larsson, H., Långström, N., a Lichtenstein, P. (2014). Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. The Lancet, 384(9949), 1206-1214. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1016/s0140-6736(14)60379-2
161. Young, J. L., Zonana, H. V., a Shepler, L. (1986). Medication noncompliance in schizophrenia: codification and update. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 14(2), 105-122.
162. Chapman, H. (2018) Nursing theories 4: adherence and concordance. Nursing Times. 114(2), 50.
163. Haddad, P., Brain, C., a Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. Patient Related Outcome Measures, 43. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.2147/prom.s42735
164. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2009). Medicines Adherence: Involving Patients In Decisions About Prescribed Medicines And Supporting Adherence: National Clinical Guideline 76. NICE, Llundain.

165. Chyka, P. A. (2000). How many deaths occur annually from adverse drug reactions in the United States?. The American journal of medicine, 109(2), 122-130.
166. Taylor, D. M., Barnes, R. E., ac Young, A. H. (2018). The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry (argraffiad 13). Wiley Blackwell.
167. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management: National Clinical Guideline 178. NICE, Llundain. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-recommendations
168. Bartlett, A., a Hassell, Y. (2001). Do women need special secure services?. Advances in Psychiatric Treatment, 7(4), 302-309.
169. Coleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol. (2018). Getting my life back: Occupational therapy promoting mental health and wellbeing in Wales. Llundain. Coleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol.
170. Exworthy, T., a Gunn, J. (2003). Taking another tilt at high secure hospitals: The Tilt Report and its consequences for secure psychiatric services. The British Journal of Psychiatry, 182(6), 469-471.
171. Long, C., Dolley, O., a Hollin, C. (2012). Engagement in psychosocial treatment: Its relationship to outcome and care pathway progress for women in medium-secure settings. Criminal Behaviour and Mental Health, 22(5), 336-349. https://doi.org/10.1002/cbm.1824
172. Simms-Sawyers, C., Miles, H., a Harvey, J. (2020). An exploration of perceived coercion into psychological assessment and treatment within a low secure forensic mental health service. Psychiatry, Psychology and Law, 27(4), 578-600. https://doi.org/10.1080/13218719.2020.1734981
173. Holley, J., Weaver, T., a Völlm, B. (2020). The experience of long stay in high and medium secure psychiatric hospitals in England: qualitative study of the patient perspective. International Journal of Mental Health Systems, 14(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s13033-020-00358-7
174. Long, C. G., a Dolley, O. (2012). Factors predictive of length of stay for women in medium secure settings. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19(10), 870-874.. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01866.x
175. Bartlett, A., a Hassell, Y. (2001). Do women need special secure services?. Advances in Psychiatric Treatment, 7(4), 302-309.
176. Yr Adran Iechyd. (2011). Enviromental design guide: adult medium secure services. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215623/dh_126177.pdf
177. Goodman, W., Geiger, A., a Wolf, J. (2016). Leisure activities are linked to mental health benefits by providing time structure: comparing employed, unemployed and homemakers. Journal Of Epidemiology And Community Health, 71(1), 4-11. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1136/jech-2016-207260
178. Aimola, L., Jasim, S., Tripathi, N., Bassett, P., Quirk, A., a Worrall, A. et al. (2018). Impact of a peer-review network on the quality of inpatient low secure mental health services: cluster randomised control trial. BMC Health Services Research, 18(1). Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1186/s12913-018-3797-z

179. Cronin-Davis, J. (2017). Forensic mental health: creating occupational opportunities. Yn: C Long, J Cronin-Davis, D Cotterill, goln. Occupational therapy evidence in practice for mental health. 2il argraffiad. Rhydychen: Wiley Blackwell.
180. Drennan, G., Wooldridge, J., Aiyegbusi, A., Alred, D., Ayres, J., Barker, R., et al. (2014). Making recovery a reality in forensic settings. (ImROC Briefing 10). Llundain: Centre for Mental Health; Mental Health Network; NHS Confederation. Ar gael yn: http://www.nhsconfed.org/~/media/Confederation/Files/Publications/Documents/making-recoveryreality-forensic-settings.pdf
181. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2019). Service user experience in adult mental health services: Quality standard 14. NICE, Llundain. https://www.nice.org.uk/guidance/qs14/chapter/quality-statement-8-inpatient-meaningful-activities#rationale-8
182. Coleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol. (2017). Occupational therapists' use of occupation-focused practice in secure hospitals practice guideline (2il argraffiad).
183. Coleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol. (2017). Occupational therapists' use of occupation-focused practice in secure hospitals practice guideline (2il argraffiad).
184. Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, Cymdeithas Seicolegol Prydain, a Choleg Brenhinol y Therapyddion Lleferydd ac Iaith. (2007). Challenging behaviour — a unified approach.
185. Koritsas., S. ac Iacono, T. (2012). Challenging behaviour and associated risk factors: an overview (part I). Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 6(4), 199-214.
186. Challenging Behaviour Foundation. (2021). Understanding challenging behaviour and getting advice and support. https://www.challengingbehaviour.org.uk/wp-content/uploads/2021/02/1-What-is-CB.pdf
187. Challenging Behaviour Foundation. (2021). Understanding challenging behaviour and getting advice and support. https://www.challengingbehaviour.org.uk/wp-content/uploads/2021/02/1-What-is-CB.pdf
188. Urheim, R., a VandenBos, G. R. (2006). Aggressive behaviour in a high security ward: Analysis of patterns and changes over a ten-year period. International Journal of Forensic Mental Health, 5(1), 97-104.
189. Daffern, M., Ogloff, J., a Howells, K. (2003). Aggression in an Australian forensic psychiatric hospital. The British Journal of Forensic Practice. https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14636646200300024/full/html?skipTracking=true
190. Kapoor, R., Wasser, T. D., Funaro, M. C., a Norko, M. A. (2020). Hospital treatment of persons found not guilty by reason of insanity. Behavioural Sciences & the Law, 38(5), 426-440. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1002/bsl.2484
191. Pulsford, D., Crumpton, A., Baker, A., Wilkins, T., Wright, K., a Duxbury, J. (2013). Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20(4), 296-304.
192. Jalil, R., Huber, J. W., Sixsmith, J., a Dickens, G. L. (2020). The role of interpersonal style in aggression and its containment in a forensic mental health setting: A correlational and pseudoprospective study of patients and nursing staff. International Journal of Mental Health Nursing, 29(3), 427-439. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1111/inm.12677

193. Gunenc, C., O'Shea, L., a Dickens, G. (2015). Prevalence and predictors of verbal aggression in a secure mental health service: Use of the HCR-20. International Journal Of Mental Health Nursing, 24(4), 314-323. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1111/inm.12130
194. Neumann, M., a Klatt, T. (2021). Identifying predictors of inpatient verbal aggression in a forensic psychiatric setting using a tree-based modeling approach. Journal of Interpersonal Violence. https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/08862605211021972
195. Newman, C., Roche, M., ac Elliott, D. (2021). Exposure to workplace trauma for forensic mental health nurses: a scoping review. International Journal of Nursing Studies. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748921000298?casa_token=HiRt25y8cwcAAAAA:EJyDJXqbhueUbzZblxXpcG_gtBVTon5f59CORc3A2gLXWRKbJWUBN1fAnWTAt1dCjxbXOJfM
196. Gakhal, B., ac Oddie, S. (2014). Bullying behaviours among mentally disordered offenders in a medium secure unit. Journal of Forensic Practice.
197. Love, C. C., a Hunter, M. (1999). The Atascadero State Hospital experience: engaging patients in violence prevention. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 37(9), 32-36.
198. Cunha, M., a Silva, N. (2015). Hospital noise and patients' wellbeing. Procedia-Social and Behavioural Sciences, 171, 246-251.
199. Broderick, C., Azizian, A., Kornbluh, R., a Warburton, K. (2015). Prevalence of physical violence in a forensic psychiatric hospital system during 2011–2013: Patient assaults, staff assaults, and repeatedly violent patients. CNS spectrums, 20(3), 319-330. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25937161/
200. Sefydliad Iechyd y Byd. (2017). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/en
201. Muir-Cochrane, E., O'Kane, D., ac Oster, C. (2018). Fear and blame in mental health nurses' accounts of restrictive practices: Implications for the elimination of seclusion and restraint. International Journal of Mental Health Nursing, 27(5), 1511-1521.
202. Broderick, C., Azizian, A., Kornbluh, R., a Warburton, K. (2015). Prevalence of physical violence in a forensic psychiatric hospital system during 2011–2013: Patient assaults, staff assaults, and repeatedly violent patients. CNS spectrums, 20(3), 319-330. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25937161/
203. Comisiwn Ansawdd Gofal. (2018). Sexual Safety on Mental Health Wards. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20180911c_sexualsafetymh_report.pdf
204. Comisiwn Ansawdd Gofal. (2018). Sexual Safety on Mental Health Wards. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20180911c_sexualsafetymh_report.pdf
205. Wilkie, T., Penney, S. R., Fernane, S., a Simpson, A. I. (2014). Characteristics and motivations of absconders from forensic mental health services: a case-control study. BMC psychiatry, 14(1), 1-13. https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1471-244X-14-91.pdf
206. Campagnolo, D., Furimsky, I., a Chaimowitz, G. (2019). Absconsion from forensic psychiatric institutions: a review of the literature. International Journal of Risk and Recovery, 2(2), 36-50. Adnabyddwr Gwrthrychu Digidol: 10.15173/ijrr.v2i2.3920

207. Deahl, M. (1991). Cannabis and memory loss. British Journal of Addiction, 86, 249–252
208. Sandford, T. (1995). Drug use is increasing. Nursing Standard, 9(38), 16.
209. Fallon, P., Bluglass, R., Daniels, G., ac Edwards, B. (1999). Report of the Committee of Inquiry Into the Personality Disorder Unit, Ashworth Special Hospital Cyfrol 1. Llundain: Llyfrfa Ei Mawrhydi.
210. Dolan, M., a Kirwan, H. (2001). Survey of staff perceptions of illicit drug use among patients in a medium secure unit. Psychiatric Bulletin, 25(1), 14-17. doi:10.1192/pb.25.1.14
211. Gough, K. (2005). Guidelines for managing self-harm in a forensic setting. The British Journal of Forensic Practice.
212. Burrow, S. (1994). Nursing management of self-mutilation. British Journal of Nursing, 3(8), 382-386.
213. Huband, N., a Tantam, D. (2009). Understanding repeated self-injury: A multidisciplinary approach. Macmillan International Higher Education.
214. Gakhal, B., ac Oddie, S. (2014). Bullying behaviours among mentally disordered offenders in a medium secure unit. Journal of Forensic Practice, 16(2), 156-165.
215. Cooper, H. C., Terry, R., a Gudjonsson, G. (2011). Bullying behaviour among mentally disordered patients in a medium secure hospital environment and the relationship between bullying attitudes and violent cognitive style. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 22(1), 126-137. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1080/14789949.2010.518246
216. Murphy, D., a McMorrow, K. (2015). View of autism spectrum conditions held by staff working within a high secure psychiatric hospital. Journal of Forensic Practice. https://doi.org/10.1108/JFP-01-2015-0005
217. Høyer, G. (2012). The use of restraints in psychiatric institutions. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/CPT-2012-28-eng.pdf
218. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community setting: National Clinical Guideline 10. NICE, Llundain.
219. Paterson, B. (2003). Restraint-related deaths in health and social care in the UK: learning the lessons. Mental Health Practice, 6(9), 10-18.
220. Llywodraeth Cymru. (2021). Fframwaith ar gyfer Lleihau Arferion Cyfyngol.
221. Sethi, F., Parkes, J., Baskind, E., Paterson, B., ac O'Brien, A. (2018). Restraint in mental health settings: is it time to declare a position?. The British Journal of Psychiatry, 212(3), 137-141. doi:10.1192/bjp.2017.31
222. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community setting: National Clinical Guideline 10. NICE, Llundain.
223. Hallett, N., a Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. International Journal of Nursing Studies, 75, 10-20.

224. Yr Adran Iechyd. (2014). Positive and Proactive Care: Reducing the Need for Restrictive Interventions.
225. Yr Adran Iechyd, a'r Adran Addysg a Sgiliau. (2002). Guidance for Restrictive Physical Interventions. Llundain: HMSO
226. BILD Factsheet. (2009). Time Out and Seclusion. BILD_fact_sheet_timeout_and_seclusion.pdf
227. Yr Adran Iechyd. (2014). Positive and Proactive Care: Reducing the Need for Restrictive Interventions.
228. Llywodraeth Cymru. (2016). Deddf Iechyd Meddwl 1983. Cod Ymddygiad Cymru, 2(13), 29.
229. Haugom, E., Ruud, T., a Hynnekleiv, T. (2019). Ethical challenges of seclusion in psychiatric inpatient wards: a qualitative study of the experiences of Norwegian mental health professionals. BMC Health Services Research, 19(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4727-4
230. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community setting: National Clinical Guideline NG10. NICE, Llundain.
231. Comisiwn Ansawdd Gofal. (2020). Out of sight? Who cares?: A review of restraint, seclusion and segregation for autistic people, and people with a learning disability and/or mental health condition.
232. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2005). Violence: the short-term management of disturbed and violent behaviour in inpatient psychiatric settings and emergency departments: National Clinical Guideline 25. NICE, Llundain.
233. Joint Formulary Committee (2017) British National Formulary 72. Llundain: Pharmaceutical Press.
234. NHS Scotland. (2002). Engaging People Observation Of People With Acute Mental Health Problems: A Good Practice Statement.
235. Llywodraeth Cymru. (2016). Deddf Iechyd Meddwl 1983. Cod Ymddygiad Cymru, 2(13), 29.
236. Barnicot, K., Insua-Summerhayes, B., Plummer, E., Hart, A., Barker, C., a Priebe, S. (2017). Staff and patient experiences of decision-making about continuous observation in psychiatric hospitals. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52(4), 473–483. https://doi.org/10.1007/s00127-017-1338-4
237. Prifysgol Manceinion. (2011). The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness.
238. NHS Scotland. (2002). Engaging People Observation Of People With Acute Mental Health Problems: A Good Practice Statement.
239. Health Improvement Scotland. (2019). From Observation to Intervention.
240. Cox, A., Hayter, M., a Ruane, J. (2010). Alternative approaches to 'enhanced observations' in acute inpatient mental health care: a review of the literature. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17(2), 162-171. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01507.x
241. NHS Scotland. (2002). Engaging People Observation Of People With Acute Mental Health Problems: A Good Practice Statement.

242. GIG Cymru. (2016). Deddf Lefelau Staff Nyrsio (Cymru) 2016: canllawiau statudol. https://gov.wales/sites/default/files/publications/2019-04/nurse-staffing-levels-wales-act-2016.pdf
243. NHS England. (N.D). Patient safety. https://www.england.nhs.uk/patient-safety/
244. D'Lima, D., Crawford, M. J., Darzi, A., ac Archer, S. (2017). Patient safety and quality of care in mental health: a world of its own?. BJPsych Bulletin, 41(5), 241-244
245. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2011). Service user experience in adult mental health services. https://www.nice.org.uk/guidance/qs14/chapter/quality-statement-8-inpatient-meaningful-activities
246. Beer, D., Spiller, M. J., Pickard, M., Gravestock, S., Mcgovern, P., Leese, M., a Bouras, N. (2005). Low secure units: Factors predicting delayed discharge. Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 16(4), 621-637. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1080/14789940500159475
247. Laursen, T. M., Nordentoft, M., a Mortensen, P. B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. Annual Review of Clinical Psychology, 10, 425-448.
248. Miller, C., a Bauer, M. S. (2014). Excess mortality in bipolar disorders. Current Psychiatry Reports, 16(11), 499.
249. Owen, R., Hughes, P., Baker, C., a Chesterman, L. (2008). Addressing substance misuse in a medium secure unit. Drugs and Alcohol Today.
250. Subashini, R., Deepa, M., Padmavati, R., Thara, R., a Mohan, V. (2011). Prevalence of diabetes, obesity, and metabolic syndrome in subjects with and without schizophrenia (CURES-104). Journal of Postgraduate Medicine, 57(4), 272–277. https://doi.org/10.4103/0022-3859.90075
251. Tay, Y. H., Nurjono, M., a Lee, J. (2013). Increased Framingham 10-year CVD risk in Chinese patients with schizophrenia. Schizophrenia Research, 147(1), 187–192. https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.03.023
252. Day, M., a Johnson, M. (2017). Working together to address obesity in adult mental health secure units: A systematic review of the evidence and a summary of the implications for practice. Public Health England.
253. Shin, J. K., Barron, C. T., Chiu, Y. L., Hyun Jang, S., Touhid, S., a Bang, H. (2012). Weight changes and characteristics of patients associated with weight gain during inpatient psychiatric treatment. Issues in Mental Health Nursing, 33(8), 505–512. https://doi.org/10.3109/01612840.2012.683931
254. Wetterling, T. (2006). Bodyweight Gain with Atypical Antipsychotics. Drug Safety, 24(1), 59–74. https://doi.org/10.2165/00002018-200124010-00005
255. Davies, J. (2022). Weight gain in secure psychiatric settings (Unpublished doctoral dissertation. Prifysgol Metropolitan Caerdydd, Caerdydd.
256. Public Health England. (2013). Obesity and disability: Adults. Llundain: DU.
257. Gatineau, M., a Dent, M. (2011) Obesity and mental health. National Obesity Observatory.
258. Samele, C., Seymour, L., a Morris, B. (2006). A formal investigation into health inequalities experienced by people with learning difficulties and people with mental health problems. Area Studies Report London: Disability Rights Commission.

259. Cymdeithas Feddygol Prydain. (2014). Recognising the importance of physical health in mental health an intellectual disability: Achieving parity of outcomes.
260. NHS. (N.D). Obesity. https://www.nhs.uk/conditions/obesity/
261. Bellis, M. (2016). Profiadau Niweidiol mewn Plentyndod Profiadau Niweidiol Mewn Plentyndod a'u heffaith ar (Rhifyn mis Ionawr). https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4719.1122
262. GIG Cymru. (2021). Cymru Ddi-fwg. https://gov.wales/sites/default/files/consultations/2021-10/our-long-term-tobacco-control-strategy-for-wales.pdf
263. Fention, K., a Day, M. (2015). Reducing smoking in secure mental health units. https://ukhsa.blog.gov.uk/2015/06/04/reducing-smoking-in-secure-mental-health-units/
264. Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol. (N.D). Resources for secure environments. https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/toolkits/resources-for-secure-environments.aspx
265. Sefydliad Iechyd y Byd. (2012). Quality Rights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: Sefydliad Iechyd y Byd.
266. NHS. (N.D). General practitioner. https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors/general-practitioner-gp/general-practice-gp
267. NHS. (N.D). Dentist. https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/dental-team/roles-dental-team/dentist
268. Torales, J., Barrios, I., a González, I. (2017). Oral and dental health issues in people with mental disorders. Medwave, 17(08). Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.5867/medwave.2017.08.7045
269. Kenny, A., Dickson-Swift, V., Gussy, M., Kidd, S., Cox, D., Masood, M., a Doroud, N. (2020). Oral health interventions for people living with mental disorders: protocol for a realist systematic review. International Journal of Mental Health Systems, 14(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s13033-020-00357-8
270. NHS. (N.D). Foot problems and the podiatrist. https://www.nhs.uk/live-well/healthy-body/foot-problems-and-the-podiatrist/
271. Crews, C. K., Vu, K. O., Davidson, A. J., Crane, L. A., Mehler, P. S., a Steiner, J. F. (2004). Podiatric problems are associated with worse health status in persons with severe mental illness. General hospital psychiatry, 26(3), 226-232.
272. NHS. (N.D). Optician. https://www.nhs.uk/nhs-services/opticians/visiting-an-optician/
273. Schoenbaum, M., Sutherland, J. M., Chappel, A., Azrin, S., Goldstein, A. B., Rupp, A., a Heinssen, R. K. (2017). Twelve-month health care use and mortality in commercially insured young people with incident psychosis in the United States. Schizophrenia Bulletin, 43(6), 1262-1272.
274. Lally, J., Wong, Y. L., Shetty, H., Patel, A., Srivastava, V., Broadbent, M. T., a Gaughran, F. (2015). Acute hospital service utilization by inpatients in psychiatric hospitals. General Hospital Psychiatry, 37(6), 577-580.
275. S, Mills., R, Bagshaw., ac A, Watt. (2020) Tu Hwnt i'r Alwad. Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol.
276. https://gov.wales/sites/default/files/publications/2020-12/beyond-the-call.pdf

277. Sklenarova, H., Neutze, J., Kretschmer, T., a Nitschke, J. (2020). Granting Leave to Patients in Bavarian Forensic-Psychiatric Hospitals: A Survey to Describe the Current Process and Develop Guidelines. Frontiers in Psychiatry, 11, 287. https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2020.00287
278. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2021). Transition between community or care home and inpatient mental health settings: National Clinical Guideline 55. NICE, Llundain.
279. Woods, L. (2020). What is a forensic mental health nurse? https://www.nurses.co.uk/blog/what-is-a-forensic-mental-health-nurse/
280. Greenwood, A., a Braham, L. (2018). Violence and aggression towards staff in secure settings. The Journal of Forensic Practice, 20(2), 122-133.
281. Foye, U., Dalton-Locke, C., Harju-Seppänen, J., Lane, R., Beames, L., Vera San Juan, N., ... a Simpson, A. (2021). How has Covid 19 affected mental health nurses and the delivery of mental health nursing care in the UK? Results of a mixed-methods study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 28(2), 126-137.
282. Cymdeithas Feddygol Prydain. (2019). Measuring progress: Commitments to support and expand the mental health workforce in England.
283. Muir-Cochrane, E., a James, R. (2020). Safe and secure? The complexities of caring in hospitals. Journal of Clinical Nursing. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1111/jocn.15343. PMID: 32447784.
284. Y Sefydliad Iechyd. (N.D). RoMHS (Retention of Mental Health Staff). Prifysgol Sheffield. https://www.health.org.uk/funding-and-partnerships/programmes/romhs-retention-of-mental-health-staff
285. Redknap, R., Twigg, D., Rock, D., a Towell, A. (2015). Nursing practice environment: A strategy for mental health nurse retention?. International Journal of Mental Health Nursing, 24(3), 262-271. https://doi.org/10.1111/inm.12126
286. Quanbeck, C. D., McDermott, B. E., Lam, J., Eisenstark, H., Sokolov, G., a Scott, C. L. (2007). Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. Psychiatric Services, 58(4), 521-528.
287. Adams, R., Ryan, T., a Wood, E. (2021). Understanding the factors that affect retention within the mental health nursing workforce: a systematic review and thematic synthesis. International Journal of Mental Health Nursing, 30(6), 1476-1497.
288. Slade, M., Rosen, A., a Shankar, R. (1995). Multidisciplinary Mental Health Teams. International Journal Of Social Psychiatry, 41(3), 180-189.
289. Study Group on the Development of the Psychiatric Services. (1984). The psychiatric services — planning for the future: Report of a study group on the development of the psychiatric services. http://hdl.handle.net/10147/45556
290. Royal College of Physicians. (2009). Good Medical Practice (3ydd argraffiad). Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, Llundain.
291. Liberati, E. G., Gorli, M., a Scaratti, G. (2016). Invisible walls within multidisciplinary teams: disciplinary boundaries and their effects on integrated care. Social Science & Medicine, 150, 31-39.

292. Haines, A., Perkins, E., Evans, E. A., a McCabe, R. (2018). Multidisciplinary team functioning and decision making within forensic mental health. Mental Health Review Journal. https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2018-0001
293. Burke, D., Herrman, H., Evans, M., Cockram, A., a Trauer, T. (2000). Educational aims and objectives for working in multidisciplinary teams. Australasian Psychiatry, 8(4), 336-339.
294. Yr Adran Iechyd. (2007). Creating capable teams approach (CCTA): Best practice guidance to support the implementation of new ways of working (NWW) and new roles. Llundain.
295. Davies, S. (2004). Secure psychiatric services. From Toxic Institutions to Therapeutic Environments. Residential Settings in Mental Health Services (argraffiad cyntaf). Coleg Brenhinol y Seiciatryddion Llundain, Llundain, 233-43.
296. NHS England. (N.D). So you want to be a forensic psychiatrist? Health Education England. https://www.westmidlandsdeanery.nhs.uk/postgraduate-schools/psychiatry/forensic-psychiatry/so-you-want-to-be-a-forensic-psychiatrist
297. Gudjonsson, G. H., ac Young, S. (2007). The role and scope of forensic clinical psychology in secure unit provisions: A proposed service model for psychological therapies. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 18(4), 534-556.
298. NHS. (N.D). Assistant clinical psychologist. https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/psychological-therapies/roles/assistant-clinical-psychologist
299. Coleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol. (2017). Occupational therapists' use of occupation-focused practice in secure hospitals: Practice guideline (2il argraffiad).
300. Health Service Executive. (N.D). Forensic occupational therapy. https://www.hse.ie/eng/national-forensic-mental-health-service-portrane/nfmhs-services/forensic-occupational-therapy/
301. Coleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol. (2021). Becoming an occupational therapy support worker. https://www.rcot.co.uk/about-occupational-therapy/become-an-occupational-therapist/become-ot-support-worker
302. Yr Adran Iechyd. (2016). Forensic Mental Health Social Work: Capabilities Framework. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/569389/Forensic_SW_Capabilities.pdf
303. Coleg Brenhinol y Therapyddion Lleferydd ac Iaith. (N.D). Mental health (adults) — overview. https://www.rcslt.org/speech-and-language-therapy/clinical-information/mental-health-adults/#:~:text=Speech%20and%20language%20therapists%20(SLTs,speech%2C%20language%20or%20communication%20skills
304. Cymdeithas Ddeieteg Prydain. (2022). What do mental health dieticians do? https://www.bda.uk.com/specialist-groups-and-branches/mental-health-specialist-group/what-do-mental-health-dietitians-do.html
305. Laursen, T. M., Nordentoft, M., a Mortensen, P. B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. Annual Review of Clinical Psychology, 10, 425-448.
306. Miller, C., a Bauer, M. S., (2014). Excess mortality in bipolar disorders. Current Psychiatry Reports, 16(11), 499.

307. The Kings Fund. (2016). Bringing together physical and mental health.
308. Gowda, M., Gajera, G., Srinivasa, P., ac Ameen, S. (2019). Discharge planning and Mental Healthcare Act 2017. Indian Journal of Psychiatry, 61(4), 706. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_72_19
309. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2016). Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings: National Clinical Guideline 53. NICE, Llundain. https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/evidence/full-guideline-pdf-2606951917
310. Priebe, S., a Miglietta, E. (2019). Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. World Psychiatry, 18(1), 30–31. https://doi.org/10.1002/wps.20586
311. Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L., a Schröder, A. (2016). The Concept of Patient Participation in Forensic Psychiatric Care. Journal Of Forensic Nursing, 12(2), 57-63. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1097/jfn.0000000000000107
312. Mottershead, T., Khalifa, N., a Völlm, B. (2019). A mixed-methods examination of patient feedback within forensic and non-forensic mental healthcare services. The Journal Of Forensic Psychiatry & Psychology, 31(1), 106-122. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1080/14789949.2019.1680726
313. Morris, K., Cox, D. L., a Ward, K. (2016). Exploring stories of occupational engagement in a regional secure unit. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 27(5), 684-697. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1080/14789949.2016.1187759
314. Hafal. (N.D). Adolygiad Llywodraeth y Cynulliad yn nodi'r prif amcanion ar gyfer y Gwasanaethau Iechyd Meddwl Diogel. Ar gael o: https://www.hafal.org/2009/05/assembly-government-review-identifies-key-objectives-for-secure-mental-health-services/
315. Kelly, B. D. (2014). Dignity, human rights and the limits of mental health legislation. Irish Journal of Psychological Medicine, 31(2), 75-81. https://doi.org/10.1017/ipm.2014.22
316. Raphalalani, S., Becker, P. J., Böhmer, M. W., a Krüger, C. (2021). The role of Mental Health Care Act status in dignity-related complaints by psychiatric inpatients: A cross-sectional analytical study. The South African Journal of Psychiatry: SAJP: the Journal of the Society of Psychiatrists of South Africa, 27. https://doi.org/10.4102/ sajpsychiatry.v27i0.1602
317. Veness, B. G., Tibble, H., Grenyer, B. F., Morris, J. M., Spittal, M. J., Nash, L., a Bismark, M. M. (2019). Complaint risk among mental health practitioners compared with physical health practitioners: a retrospective cohort study of complaints to health regulators in Australia. BMJ open, 9(12), e030525. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1136/bmjopen-2019-030525
318. Pitarka-Carcani, I., Szmukler, G., a Henderson, C. (2000). Complaints about care in a mental health trust. Psychiatric Bulletin, 24(10), 372-376.
319. Ruggeri, M., Lasalvia, A., Bisoffi, G., Thornicroft, G., Vàzquez-Barquero, J. L., Becker, T., a EPSILON Study Group. (2003). Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON Study. Schizophrenia Bulletin, 29(2), 229-245.

320. Priebe, S., a Miglietta, E. (2019). Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. World Psychiatry, 18(1), 30–31. https://doi.org/10.1002/wps.20586
321. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2021). Transition between community or care home and inpatient mental health settings: National Clinical Guideline 55. NICE, Llundain.
322. Comisiwn Ansawdd Gofal. (2020). Monitoring the use of the Mental Health Act. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20201127_mhareport1920_report.pdf
323. NHS England. (2018). Carer support and involvement in secure mental health services: A Toolkit. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/05/secure-carers-toolkit-v2.pdf
324. Giacco, D., Dirik, A., Kaselionyte, J., a Priebe, S. (2017). How to make carer involvement in mental health inpatient units happen: a focus group study with patients, carers and clinicians. BMC psychiatry, 17(1), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1259-5
325. Yr Adran Iechyd. (1993). Design guide medium secure psychiatric units. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/148484/Design_Guide_-_Medium_secure_psychiatric_units.pdf
326. Yr Adran Iechyd. (2007). Best Practice Guidance Specification for adult medium-secure services. Health Offender Partnerships.
327. Yr Adran Iechyd. (2011). Environmental Design Guide for Adult Medium Secure Services.
328. O'Driscoll, M. P., ac Evans, R. (1988). Organizational factors and perceptions of climate in three psychiatric units. Human Relations, 41(5), 371-388.
329. Tyson, G. A., Lambert, G., a Beattie, L. (2002). The impact of ward design on the behaviour, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses. International Journal Of Mental Health Nursing, 11(2), 94-102.
330. Harris, P. B., McBride, G., Ross, C., a Curtis, L. (2002). A place to heal: environmental sources of satisfaction among hospital patients 1. Journal of Applied Social Psychology, 32(6), 1276-1299.
331. Karlin, B. E., a Zeiss, R. A. (2006). Best practices: environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. Psychiatric Services, 57(10), 1376-1378. https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.10.1376
332. Yr Adran Iechyd. (2010). High secure building design guide-overarching principles for Ashworth, Broadmoor, Rampton Hospital.
333. Gesler, W., a Curtis, S. (2017). Application of concepts of therapeutic landscapes to the design of hospitals in the UK: the example of a mental health facility in London. In Therapeutic Landscapes, 149-163. Routledge.
334. Pressly, P. K., a Heesacker, M. (2001). The physical environment and counseling: A review of theory and research. Journal of Counseling & Development, 79(2), 148-160.
335. Dijkstra, K., Pieterse, M. E., a Pruyn, A. T. H. (2008). Individual differences in reactions towards color in simulated healthcare environments: The role of stimulus screening ability. Journal of Environmental Psychology, 28(3), 268-277.

336. Toet, A., van Welie, M., a Houtkamp, J. (2009). Is a dark virtual environment scary?. CyberPsychology & Behaviour, 12(4), 363-371.
337. National Collaborating Centre for Mental Health, y DU. (2015). Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings. Cymdeithas Seicolegol Prydain.
338. Dijkstra, K., Pieterse, M., a Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. Journal of Advanced Nursing, 56(2), 166-181. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x
339. Karlin, B., a Zeiss, R. (2006). Best Practices: Environmental and Therapeutic Issues in Psychiatric Hospital Design: Toward Best Practices. Psychiatric Services, 57(10), 1376-1378. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1176/ps.2006.57.10.1376
340. Seppänen, A., Törmänen, I., Shaw, C., a Kennedy, H. (2018). Modern forensic psychiatric hospital design: clinical, legal and structural aspects. International Journal of Mental Health Systems, 12(1). Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1186/s13033-018-0238-7
341. Ulrich, R. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. Science, 224(4647), 420-421. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1126/science.6143402
342. Horsburgh, C. (1995). Healing by Design. New England Journal Of Medicine, 333(11), 735-740. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1056/nejm199509143331117
343. Jobbins, C., Abbott, B., Brammer, L.., Doyle, M., McCann, G., a McLean, R. (2007). Best practice guidance specification for adult medium-secure services. Yr Adran Iechyd. http://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2007-0001/DEP2007-0001.pdf
344. Comisiwn Ansawdd Gofal. (2020). Brief guide: Call systems in mental health inpatient services for patients/service users and visitors.
345. Day, M., a Johnson, M. (2017). Working together to address obesity in adult mental health secure units: a systematic review of evidence and a summary of implications for practice. Llundain: Public Health England.
346. Garner, B. (2019). The challenges of delivering capital projects within live mental health environments. https://procurepartnerships.co.uk/the-challenges-of-delivering-capital-projects-within-live-mental-health-environments/
347. Oostermeijer, S., Brasier, C., Harvey, C., Hamilton, B., Roper, C., Martel, A., a Brophy, L. (2021). Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities: a rapid systematic review. BMJ open, 11(7), e046647.. doi:10.1136/bmjopen-2020-046647
348. Public Policy Committee. (1990). The seclusion of psychiatric patients. Psychiatric Bulletin, 14, 754–6
349. Coleg Brenhinol y Seiciatryddion. (2021). Quality Networks and Accreditation. College Centre for Quality Improvement. https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/ccqi/quality-networks-accreditation

350. Yr Adran Iechyd. (2008). Cod Ymarfer: Deddf Iechyd Meddwl 1983. Y Llyfrfa.
351. Newton-Howes, G. (2013). Use of seclusion for managing behavioural disturbance in patients. Advances In Psychiatric Treatment, 19(6), 422-428.
352. Yr Adran Iechyd. (2008). Cod Ymarfer: Deddf Iechyd Meddwl 1983. Y Llyfrfa.
353. Bowers, L., Cullen, A., Achilla, E., Baker, J., Khondoker, M., Koeser, L., a Tulloch, A. (2017). Seclusion and Psychiatric Intensive Care Evaluation Study (SPICES): combined qualitative and quantitative approaches to the uses and outcomes of coercive practices in mental health services. Health Services and Delivery Research, 1-142.
354. Pettit, S. A., Bowers, L., Tulloch, A., Cullen, A. E., Moylan, L. B., Sethi, F., ... a Stewart, D. (2017). Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. Journal of Advanced Nursing, 73(4), 966-976. doi: 10.1111/jan.13197
355. Coleg Brenhinol y Seiciatryddion. (2019). Standards for Forensic Mental Health Services: Low and Medium Secure Care (3ydd argraffiad).
356. Yr Adran Iechyd a Gofal Cymdeithasol. (2015). Cod Ymarfer: Deddf Iechyd Meddwl 1983. https://www.gov.uk/government/publications/code-of-practice-mental-health-act-1983
357. Llywodraeth Cymru. (2016). Nodiadau Adeiladau Iechyd Cymru Unedau Iechyd Meddwl Acíwt Oedolion. Partneriaeth Cydwasanaethau GIG Cymru. Caerdydd.
358. Comisiwn Ansawdd Gofal. (2018) The state of case in mental health services 2014 to 2017. https://www.cqc.org.uk/publications/major-report/state-care-mental-health-services-2014-2017
359. Ely, J., (2020). Mental Health Units: single rooms to replace 'outdated' dormitories. RCNi. https://rcni.com/
360. Coleg Brenhinol y Seiciatryddion. (2020). Standards for inpatient mental health rehabilitation services (4th ed.). Quality Network for Forensic Mental Health Services. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/rehabilitation-wards-aims-rehab/aims-rehab-4th-edition-inpatient-standards-publishable-document.pdf?sfvrsn=da6249fc_2
361. Comisiwn Ansawdd Gofal. (2015). Brief guide for inspection teams. Ligature Points.
362. Hunt, I. M., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., a Kapur, N. (2012). National confidential inquiry into suicide and homicide. Ligature points and ligature types used by psychiatric inpatients who die by hanging: a national study. Crisis, 33(2), 87-94.
363. Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru. (2021). Adolygiad Cenedlaethol o Covid 19.
364. Lee, S. J., Collister, L., Stafrace, S., Crowther, E., Kroschel, J., a Kulkarni, J. (2014). Promoting recovery via an integrated model of care to deliver a bed-based, mental health prevention and recovery centre. Australasian Psychiatry, 22(5), 481-488. Adnabyddwr Gwrthrychau Di gidol:10.1177/1039856214545979
365. Paluska, S. A., a Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health. Sports Medicine, 29(3), 167-180.https://doi.org/10.2165/00007256-200029030-00003

366. Coleg Brenhinol y Seiciatryddion. (2020). Standards for inpatient mental health rehabilitation services (4ydd argraffiad). Quality Network for Forensic Mental Health Services. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/rehabilitation-wards-aims-rehab/aims-rehab-4th-edition-inpatient-standards-publishable-document.pdf?sfvrsn=da6249fc_2
367. Farmer, N., Touchton-Leonard, K., a Ross, A. (2017). Psychosocial Benefits of Cooking Interventions: A Systematic Review. Health Education & Behaviour, 45(2), 167-180. doi: 10.1177/1090198117736352
368. Kinnafick, F. E., Papathomas, A., a Regoczi, D. (2018). Promoting exercise behaviour in a secure mental health setting: Healthcare assistant perspectives. International Journal of Mental Health Nursing, 27(6), 1776-1783.
369. Davies, J., Seage, H., Watt, A., Hewlett, P., a Bagshaw, R. (2017). Investigating psychological factors in the relationship between antipsychotic drugs and obesity in a secure service in-patient population. Quality Network for Forensic Mental Health Services Newsletter, MSU/LSU Rhifyn 36, Rhagfyr 2017. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-newsletters-qnfmhs/forensic-newsletter-issue-36.pdf?sfvrsn=d2b790ce_2
370. Rogers, E., Papathomas, A., a Kinnafick, F. E. (2021). Inpatient perspectives on physical activity in a secure mental health setting. Psychology of Sport and Exercise, 52, 101827.
371. Yr Adran Iechyd. (2013). Nodyn Adeiladau 03-01: Unedau Iechyd Meddwl Acíwt Oedolion.
372. Standards for Forensic Mental Health Services (2019) Low and Medium Secure Care (3ydd argraffiad).
373. McLean, L., a Forrester, L. (2020) Covid 19, infection prevention and control within acute inpatient health facilities, and Covid 19: a new challenge requiring a new approach. Journal of Psychiatric Intensive Care, 16(2).
374. Camuccio, C., Sanavia, M., Cutrone, F., Marella, I., Gregio, M., a Cabbia, C. et al. (2019). Noise Levels in an Acute Psychiatric Unit: An Exploratory Observational Study. Issues In Mental Health Nursing, 40(6), 493-502. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1080/01612840.2018.1557301
375. Fhyri, A., a Klæboe, R. (2009). Road traffic noise, sensitivity, annoyance and self-reported health—A structural equation model exercise, Environment International, 35, 91–97.
376. Grebennikov, L., a Wiggins, M. (2006). Psychological effects of classroom Noise on early childhood teachers, The Australian Educational Researcher, 33, 35-53
377. Evans. G.W., Allen, K., Tafalla, R., ac O'Meara, T. (1996). Multiple stressors: Performance, psychophysiological and affective responses. Journal of Environmental Psychology, 16, 147– 154.
378. Yr Adran Iechyd. (2007). Best Practice Guidance Specification for adult medium-secure services. Health Offender Partnerships.
379. Desai, S. (2009). The new stars of CCTV: what is the purpose of monitoring patients in communal areas of psychiatric hospital wards, bedrooms and seclusion rooms?. Diversity in Health and Care, 6(1), 45-53.

380. Yr Adran Iechyd. (2007). Best Practice Guidance Specification for adult medium-secure services. Health Offender Partnerships.
381. Sefydliad Gofal Cymdeithasol er Rhagoriaeth. (2014). Electronic surveillance in health and social care settings: a brief review.
382. Care Inspectorate Scotland. (2018). Guidance for care providers in Scotland using CCTV (closed circuit television) in their service.
383. Llywodraeth Cymru. (2016). Deddf Iechyd Meddwl 1983. Cod Ymddygiad Cymru, 2(13), 29.
384. Llyfrgell Tŷ'r Cyffredin. (2018). CCTV for communal areas of care homes. https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cdp-2018-0189/
385. Jones, I. R., Ahmed, N., Catty, J., McLaren, S., Rose, D., Wykes, T., a Burns, T. (2009). Illness careers and continuity of care in mental health services: a qualitative study of service users and carers. Social science & medicine, 69(4), 632-639.
386. Burns, T., Catty, J., White, S., Clement, S., Ellis, G., Jones, I. R., ... a Wykes, T. (2009). Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon. Psychological medicine, 39(2), 313-323.
387. Tsai, J., a Bond, G. (2008). A comparison of electronic records to paper records in mental health centers. International Journal for Quality in Health Care, 20(2), 136-143. Adnabyddwr Gwrthrychau Digidol: 10.1093/intqhc/mzm064.
388. Hillestad, R., Bigelow, J., Bower, A., Girosi, F., Meili, R., Scoville, R., a Taylor, R. (2005). Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. Health Affairs, 24(5), 1103-1117.
389. Wang, S. J., Middleton, B., Prosser, L. A., Bardon, C. G., Spurr, C. D., Carchidi, P. J., ... a Bates, D. W. (2003). A cost-benefit analysis of electronic medical records in primary care. The American Journal of Medicine, 114(5), 397-403.
390. Yr Adran Iechyd. (2008). Health Informatics Review Report. Llundain: Y Llyfrfa.
391. Takian, A., Sheikh, A., a Barber, N. (2012). We are bitter, but we are better off: case study of the implementation of an electronic health record system into a mental health hospital in England. BMC Health Services Research, 12(1), 1-13. https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-484.
392. Y Cenhedloedd Unedig. (2011). Expert Group Meeting on Adolescents, Youth and Development New York. 21-22 Gorffennaf 2011 Adroddiad y Cyfarfod ar gael drwy https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/ expert/17/EGM%20on%20Adolescents_Youth%20and%20Development_Report.pdf
393. Y Cenhedloedd Unedig. (2011). Expert Group Meeting on Adolescents, Youth and Development New York. 21-22 Gorffennaf 2011 Adroddiad y Cyfarfod ar gael drwy https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/ expert/17/EGM%20on%20Adolescents_Youth%20and%20Development_Report.pdf
394. Mills, S. (2021). Adolygiad Gwasanaeth, Gwasanaeth Cleifion Mewnol Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed GIG Cymru. Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol.
395. Hamblin, E. (2016). Manifestations and responses Gender and children and young people's emotional. National Children's Bureau.
396. Future in Mind. (2015). Promoting, protecting and improving our children and young people's mental health and wellbeing. NHS England.

397. Sefydliad Iechyd y Byd. (2005). Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans.
398. Yr Adran Iechyd. (2004). The mental health and psychological well-being of children and young people.
399. Somerset Partnership NHS. (Gorffennaf 2010). Information for professionals — access pathway for specialist CAMHS.
400. Dalton, R., Muller, B., a Forman, M.A. (1989). The psychiatric hospitalization of children: An overview. Child Psychiatry and Human Development, 19(4), 231- 44.
401. Gowers, S., a Cotgrove, A. (2003). The future of in-patient child and adolescent mental health services. British Journal of Psychiatry, 183, 479-48.
402. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. (2005). Depression in Children and Young People: National Clinical Guideline 28. NICE, Llundain.
403. Education Policy Institute. (2017). Inpatient Provision for Children and Young People with Mental Health Problems.

Yr Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol sy'n berchen ar yr adroddiad hwn; ni ddylid ei gopïo yn llawn neu'n rhannol heb ganiatâd yr awduron.

Am ragor o wybodaeth ynghylch gwaith yr Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol neu Wasanaeth Gwella Sicrwydd Ansawdd GIG Cymru neu unrhyw fanylion eraill yn yr Adolygiad Cenedlaethol hwn, cysylltwch â:

Shane Mills
Cyfarwyddwr Ansawdd ac Iechyd Meddwl
Uned Gomisiynu Cydweithredol Cenedlaethol
Uned 1
Llys Charnwood
Parc Nantgarw
Caerdydd
CF15 7QZ

Ffôn: 01443 744928
E-bost: GIG.NCCU@wales.nhs.uk