



GIG
CYMRU
NHS
WALES

Iechyd Cyhoeddus
Cymru
Public Health
Wales
Ymchwil a Gwerthuso

Iechyd unigolion sydd â phrofiad personol o ddigartrefedd yng Nghymru, yn ystod y pandemig COVID-19

Jiao Song, Chris Moreno-Stokoe, Charlotte NB Grey ac Alisha R Davies



Awgrym ar gyfer Cyfeirio

Song J, Moreno-Stokoe C, Grey CNB, Davies AR. (2021). *Iechyd unigolion sydd â phrofiad personol o ddigartrefedd yng Nghymru, yn ystod y pandemig COVID-19*. Caerdydd: Iechyd Cyhoeddus Cymru.

Awduron

Dr Jiao Song, Chris Moreno-Stokoe, Dr Charlotte N.B. Grey, yr Athro Alisha R. Davies

Cysylltiadau

Is-adran Ymchwil a Gwerthuso, Cyfarwyddiaeth Gwybodaeth ac Ymchwil Data Iechyd y Cyhoedd, Iechyd Cyhoeddus Cymru

Diolchiadau

Yn y gwaith hwn defnyddir data a ddarparwyd gan gleifion ac a gasglwyd gan y Gwasanaeth Iechyd Gwladol (GIG) fel rhan o'u gofal a'u cymorth. Hoffem gydnabod yr holl ddarparwyr data sy'n darparu data dienw ar gyfer ymchwil. Mynegwn ein diolch i'r Banc Data Cyswllt Diogel Gwybodaeth Ddienw (SAIL), Panel Defnyddwyr SAIL a'r Gwasanaethau Digidol i Gleifion a'r Grŵp Sicrwydd y Cyhoedd yn Iechyd a Gofal Digidol Cymru. Hoffem ddiolch i Aled Davies (meddyg teulu, Canolfan Gofal Brys y Rhondda a Thîm Cyffuriau ac Alcohol Cymunedol Bae Abertawe), Janet Keauffling (Nyrs Glinigol Arbenigol Oedolion Digartref ac Agored i Niwed, Partneriaeth Feddygol Abertawe), Shubha Sangal (Meddyg Teulu, Partneriaeth Feddygol Abertawe), Josie Smith (Pennaeth y Rhaglen Camddefnyddio Sylweddau, Iechyd Cyhoeddus Cymru), Ian Thomas (Swyddog Ymchwil, Prifysgol Caerdydd/Ymchwil Data Gweinyddol Cymru) a Louise Woodfine (Prif Arbenigwr Iechyd y Cyhoedd (Polisi) ac Arweinydd Tai, Iechyd Cyhoeddus Cymru), a gynhaliodd adolygiad gan gymheiriaid o'r adroddiad hwn gan wneud sylwadau gwerthfawr ar ddrafft cynharach, yn ogystal â'n cydweithwyr yn Iechyd Cyhoeddus Cymru: Laura Cowley, Oliver Darlington, Karen Hodgson, Ceri Smith, Claudine Anderson, Elizabeth Hughes a Chiara Tuveri.

Ariannwyd gan Iechyd Cyhoeddus Cymru

Mae Iechyd Cyhoeddus Cymru yn sefydliad GIG sy'n darparu cyngor a gwasanaethau iechyd cyhoeddus proffesiynol ac annibynnol i ddiogelu a gwella iechyd a llesiant poblogaeth Cymru. Ariannwyd y gwaith o gynhyrchu'r adroddiad hwn gan Iechyd Cyhoeddus Cymru.

© 2021 Iechyd Cyhoeddus Cymru. Gellir atgynhyrchu'r deunydd a gynhwysir yn y ddogfen hon o dan delerau'r Drwydded Llywodraeth Agored (OGL) www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/version/3/ ar yr amod y caiff ei wneud yn gywir ac na chaiff ei ddefnyddio mewn cyd-destun camarweiniol. Dylid nodi cydnabyddiaeth i'r Sefydliad Iechyd a Iechyd Cyhoeddus Cymru. Mae hawlfraint yn y drefn deipograffyddol, y dyluniad a'r diwyg yn perthyn i Iechyd Cyhoeddus Cymru.

ISBN 978-1-78986-154-501

Is-adran Ymchwil a Gwerthuso
Y Gyfarwyddiaeth Wybodaeth
Iechyd Cyhoeddus Cymru
Rhif 2 Capital Quarter
Stryd Tyndall
Caerdydd
CF10 4BZ

Ffôn: +44 (0)29 2022 7744

E-bost: ICC.Ymchwil@wales.nhs.uk

 @IechydCyhoeddus @PHREWales

 /IechydCyhoeddusCymru

icc.gig.cymru/cyhoeddiadau/

Canfyddiadau Allweddol	2
1. Cefndir	5
2. Dulliau	7
2.1 Cysylltu data	7
2.2 Grwpiau astudio a chymharu	8
2.3 Dulliau mesur canlyniadau	8
3. Canfyddiadau	9
3.1 Nodweddion unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd	9
3.2 Gweithgaredd gofal iechyd yn ystod y pandemig COVID-19	13
3.3 Canlyniadau iechyd yn gysylltiedig â COVID-19 yn ystod y pandemig	16
4. Trafodaeth	18
4.1 Iechyd y rhai â phrofiadau personol o ddigartrefedd	18
4.2 Effeithiau uniongyrchol COVID-19 ar y boblogaeth hon	18
4.3 Effaith anuniongyrchol COVID-19 ar ofal iechyd	19
4.4 Nodi statws tai fel penderfynydd iechyd mewn gwasanaethau gofal iechyd	19
4.5 Cryfderau a chyfyngiadau	20
5. Casgliadau	21
Datganiad moeseg	22
Cyfeiriadau	23
Atodiadau	25

Canfyddiadau Allweddol

Cefndir

- Mae digartrefedd yn cwmpasu sbectrwm o drefniadau tai gwael yn amrywio o dai ansicr (neu ansefydlog), i fyw mewn llety dros dro, i fod yn ddigartref ac ar y stryd (cysgu allan).
- Caiff ein dealltwriaeth o anghenion iechyd poblogaethau digartref ei llywio i raddau helaeth gan astudiaethau ymchwil o'r rhai sy'n ddigartref ac ar y stryd, sy'n fwy gweladwy. Mae'r canfyddiadau'n tynnu sylw at iechyd meddwl gwael, salwch corfforol, dibyniaethau ar sylweddau, disgwyliad oes byrrach, ac afiachedd y gellir ei atal ymysg y boblogaeth fregus hon. Adlewyrchir hyn yn yr angen anghymesur o uchel am wasanaethau gofal iechyd, yn aml ochr yn ochr â rhwystrau i gael mynediad at ofal.
- Dim ond cyfran fach o brofiadau digartrefedd ac anghenion iechyd y mae'r rhai sy'n ddigartref ac ar y stryd yn eu cynrychioli, a hynny ar un adeg benodol, ac nid yw'n adlewyrchu'r ffaith nad yw digartrefedd o bosibl yn sefyllfa sefydlog drwy gydol bywyd unigolyn. Felly mae astudiaethau blaenorol yn debygol o danamcangyfrif effaith profiad personol o ddigartrefedd ar iechyd a llesiant unigolyn, a'i anghenion gofal.
- Yn ein hastudiaeth, drwy'r potensial i gysylltu setiau data iechyd a gofal arferol ar lefel cleifion yng Nghymru, rydym wedi ceisio crynhoi canlyniadau llawn 'profiadau personol o ddigartrefedd' i iechyd unigolyn sy'n ymestyn y tu hwnt i'r digwyddiad(au) digartrefedd eu hunain. Gellir defnyddio'r fethodoleg newydd a ddatblygwyd yn yr astudiaeth hon i ddeall yn well effaith tai ar iechyd ac i'r gwrthwyneb, ac i werthuso effaith dulliau sy'n anelu at gefnogi'r rhai sy'n ddigartref neu sydd mewn perygl o fod yn ddigartref ar iechyd.



Homeless
Health Care
Gofal Iechyd
Digartref

Nodweddion y rhai a gofnodwyd fel pobl ddigartref neu â sefyllfa ansicr o ran tai mewn gwasanaethau gofal iechyd

- Nodwyd bod gan gyfanswm o 15,472 o oedolion (16+ oed) 'brofiad personol o ddigartrefedd' wedi'i gofnodi yn eu cofnodion gofal iechyd sylfaenol a/neu eilaidd rhwng 2014 a 2020 (a ystyriwyd fel carfan electronig (e-garfan)).
- Cofnodwyd statws tai yn fwyaf cyffredin gan wasanaethau camddefnyddio sylweddau, gyda dros hanner (58%, n=8,926) y cleifion wedi'u nodi'n ddigartref o leiaf unwaith yn y gwasanaeth hwn. Drwy gysylltu data, rydym yn gallu creu darlun mwy cywir o iechyd a llesiant unigolyn er bod statws tai yn cael ei gofnodi'n llai cyson mewn setiau data eraill. Mae ein canfyddiadau'n rhoi dealltwriaeth werthfawr o anghenion iechyd yr e-garfan. Fodd bynnag, mae angen bod yn ofalus i beidio â gorgyffredinolï'r canfyddiadau y tu hwnt i'r garfan gan fod gogwydd posibl yn sgil y ffaith na chaiff statws tai ei gofnodi mewn setiau data eraill.
- O blith yr unigolion y nodwyd eu bod yn ddigartref mewn gwasanaethau camddefnyddio sylweddau, mynychodd 78% gyfleuster arall y Gwasanaeth Iechyd Gwladol (GIG) o fewn mis i gael eu nodi'n ddigartref, ond dim ond statws tai 3% ohonynt a gofnodwyd gan wasanaethau eraill y GIG a ddefnyddiwyd yn ystod y cyfnod hwn, er gwaethaf y ffaith bod statws digartrefedd yn effeithio ar driniaeth a gofal effeithiol.
- O blith y boblogaeth â phrofiad personol o ddigartrefedd, roedd 69% yn ddynion ac 86% yn iau na 55 oed.
- Roedd bron i draean (30%) y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd yn rheoli cyflyrau iechyd hirdymor ar yr adeg y cawsant eu nodi'n ddigartref mewn data iechyd arferol.
- Y tri chyflwr iechyd hirdymor mwyaf cyffredin a nodwyd ymhlith unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd oedd dibyniaeth ar alcohol (17%), iselder (15%) a dibyniaeth ar gyffuriau (11%). Er cymhariaeth, o fewn y boblogaeth gyffredinol, y tri chyflwr mwyaf cyffredin oedd gorbwysedd (5%), clefyd cronig yr ysgyfaint (3%) ac arhythmia'r galon (2%).

Gweithgaredd gwasanaeth gofal iechyd eilaidd yn ystod y pandemig COVID-19

- Roedd cyfraddau gweithgaredd gofal wedi'i gynllunio a gofal brys yn uwch ymysg unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd o gymharu â'r boblogaeth gyffredinol cyn ac yn ystod y pandemig, gan dynnu sylw at eu hanghenion iechyd cymhleth a'r heriau sy'n gysylltiedig â chael mynediad at wasanaethau gofal iechyd sylfaenol. Rhwng mis Ionawr a mis Gorffennaf 2020, defnyddiodd bron i hanner (47%) yr unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd o leiaf un gwasanaeth gofal iechyd eilaidd, o'i gymharu ag un o bob pump (22%) o grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol.
- Roedd lefelau uwch o weithgaredd gofal brys ymysg unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd (ffigurau 2020: 264 o dderbyniadau brys ar gyfer pob 1,000 o'r boblogaeth ymhlith y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd, o'i gymharu â 39 fesul 1,000 o'r boblogaeth yn y grŵp cymharu; 562 o ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys fesul 1,000 o'r boblogaeth ymhlith y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd, o'i gymharu ag 83 fesul 1,000 o'r boblogaeth yn y grŵp cymharu).
- Roedd y gostyngiad mewn gofal wedi'i gynllunio yn 2020 o'i gymharu â 2019 yn debyg ar gyfer y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd (35% mewn ymweliadau ag adrannau cleifion allanol a 37% mewn derbyniadau a drefnwyd ymlaen llaw) a'r boblogaeth gyffredinol (38% a 37%, yn y drefn honno), ond roedd y gostyngiad mewn gofal brys yn llawer mwy sylweddol ymysg y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd (25% mewn ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys a 31% mewn derbyniadau i adrannau achosion brys; 18% a 9% yn y drefn honno ymysg y boblogaeth gyffredinol).
- Roedd cost gweithgaredd gofal iechyd y GIG rhwng mis Ionawr a mis Gorffennaf 2020 ymhlith y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd £11 miliwn yn fwy na grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol a gofal brys oedd i'w gyfrif am y rhan helaethaf o'r gwahaniaeth.

Canlyniadau iechyd yn gysylltiedig â COVID-19 yn ystod y pandemig

- Roedd un o bob deg ($n=1,717$) o'r e-garfan o unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd, yn ddigartref yn ystod hanner cyntaf 2020 (Ionawr i Orffennaf) yn ystod y pandemig COVID-19.
- Rhwng mis Ionawr a mis Gorffennaf 2020, cafodd 31 o bob 1,000 o unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd brawf positif ar gyfer COVID-19, roedd 9 o bob 1,000 wedi cael eu derbyn i'r ysbyty am resymau'n gysylltiedig â COVID-19 o leiaf unwaith, a bu farw 3 o bob 1,000 gyda COVID-19 wedi'i restru fel un o'r achosion marwolaeth. Roedd y ffigurau ar gyfer grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol yn llawer is: cafodd 22 o bob 1,000 brawf positif ar gyfer COVID-19, roedd 1 o bob 1,000 wedi cael eu derbyn i'r ysbyty am resymau'n gysylltiedig â COVID-19, a bu farw 1 o bob 1,000 gyda COVID-19 wedi'i restru fel un o'r achosion marwolaeth.
- Gall gwahaniaethau yn y canlyniadau yn ystod y pandemig COVID-19 adlewyrchu gwahaniaethau o ran mynediad at brofion, gofal a thriniaeth a'r nifer sy'n manteisio arnynt, cyflyrau iechyd sylfaenol, a ffactorau cymdeithasol a demograffig. Mae'r canfyddiadau hyn yn cyfrannu at y dystiolaeth sy'n dod i'r amlwg ar effaith uniongyrchol ac anuniongyrchol y pandemig COVID-19 ar y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd.

Casgliad

Un o brif gryfderau'r astudiaeth hon yw'r gallu i nodi carfan o bobl â phrofiad personol o ddigartrefedd ledled Cymru gan ddefnyddio data iechyd rheolaidd, a defnyddio'r garfan honno i ddangos anghydraddoldebau iechyd cyn ac yn ystod y pandemig yn y boblogaeth hon o'i chymharu â'r boblogaeth gyffredinol yng Nghymru. Mae'r astudiaeth hon hefyd yn ychwanegu at y dystiolaeth sy'n dod i'r amlwg ar effaith y pandemig COVID-19 ar y rhai sy'n dioddef anfantais gymdeithasol a'r angen i gefnogi pob grŵp yn ystod yr adferiad. Gan ddefnyddio setiau data cysylltiedig, rheolaidd, mae ein canfyddiadau'n dangos bod anghenion gofal iechyd yn fwy ymysg y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd ac yn atgyfnerthu'r angen i:

1. Gwella gofal ataliol a rheoli cyflyrau iechyd hirdymor ymysg unigolion sydd â threfniadau tai ansicr, a lleihau rhwystrau i fynediad at ofal iechyd i'r boblogaeth hon.
2. Gwella'r broses o gofnodi a rhannu gwybodaeth am statws tai rhwng gwasanaethau gofal iechyd i helpu i nodi a mynd i'r afael â heriau ehangach i gefnogi anghenion gofal iechyd unigolyn.



1. Cefndir



Mae digartrefedd yn her iechyd cyhoeddus gymhleth a pharhaus (1,2) ac yn fath eithafol o allgau cymdeithasol (3). Mae digartrefedd yn cwmpasu sbectrwm o drefniadau tai gwael. Mae hyn yn amrywio o 'sefyllfa ansicr (neu ansefydlog) o ran tai' sy'n deillio o ddiffyg trefniadau tai digonol, diogel neu sefydlog; byw mewn llety dros dro, fel 'mynd o sofffa i sofffa' neu gael eu cartrefu mewn llety Gwely a Brecwast; i'r math mwyaf eithafol sef 'digartref ac ar y stryd' neu 'gysgu allan' (4). Yn

draddodiadol mae ymchwil wedi tueddu i ganolbwyntio ar ddigartrefedd mwy gweladwy ar y stryd, sydd ond yn cynrychioli cyfran fach o gyfanswm y profiadau digartrefedd. Yn yr un modd, nid yw digartrefedd yn gyflwr sefydlog ar draws cwrs bywyd unigolyn, yn hytrach gall fod yn ddigwyddiad aciwt sy'n digwydd unwaith yn unig mewn ymateb i newid ym mywyd unigolyn; gall fod yn ddigwyddiad cronig lle mae'r unigolyn yn aros yn y cyflwr digartrefedd hwn dros gyfnod hwy; neu gall ddigwydd dro ar ôl tro lle mae'r unigolyn yn symud i mewn ac allan o ddigartrefedd (4). Felly mae'n bwysig cofnodi'r canlyniadau llawn i iechyd unigolyn sy'n deillio o'i 'brofiadau personol o ddigartrefedd' sy'n ymestyn y tu hwnt i'r digwyddiad(au) digartrefedd gwirioneddol, er mwyn nodi a gweithredu atebion yn well i gynyddu'r gefnogaeth i'r boblogaeth hon.

Nid yw digartrefedd wedi'i wasgaru ar hap ar draws poblogaeth y DU. Yn hytrach mae ffactorau sy'n golygu bod rhai unigolion yn fwy tebygol o fod â threfniadau tai gwael neu ansicr (5). Mae'r ffactorau hyn yn cynnwys tlodi, diffyg rhwydweithiau cymorth cymdeithasol (5), problemau iechyd sy'n bodoli eisoes, diweithdra, oedolion hŷn a phlant ifanc (6), yn ogystal â chael profiadau niweidiol yn ystod plentyndod (4,5). Mae achosion a chanlyniadau digartrefedd yn bodoli fel rhan o systemau cymhleth ac felly mae'n anodd eu datgysylltu (5,7). Mae canlyniadau uniongyrchol tai gwael yn cynnwys amgylcheddau cartref afiach (h.y. tai oer, llaith, llwydni, tocsinau), tai anaddas (e.e., anniogel i blant ac oedolion hŷn), tlodi bwyd a thanwydd, tai gorlawn, plâu, sŵn ac amgylcheddau ble mae pobl yn camddefnyddio sylweddau (6). Mae canlyniadau digartrefedd hefyd yn cynnwys erydiad ffactorau amddiffynnol (7) megis cynnal rhwydweithiau cymorth cymdeithasol, yn ogystal â phroblemau cymdeithasol fel stigma, ac anawsterau wrth gael mynediad at wasanaethau fel tai a gofal iechyd (5,7). Yng nghyd-destun y pandemig COVID-19, canfuwyd bod sicrwydd ynghylch tai a digartrefedd yn hanfodol bwysig i allu unigolyn i leihau ei amlygiad i'r feirws sy'n achosi clefyd y coronafeirws (COVID-19) (drwy hunanynysu a lleihau cyswllt ag eraill) (8,9). O fis Mawrth 2020 ymlaen, gwnaed ymdrechion ataliol ledled y DU fel rhan o'r ymateb gwleidyddol i'r pandemig, i ailgartrefu unigolion digartref a'u hamddiffyn rhag COVID-19 oherwydd eu bod yn fwy agored i gyfraddau trosglwyddo uchel, cyfraddau uchel o gydafiachedd, a risg uwch o farwolaeth (9,10).

Mae canlyniadau iechyd gwael ymysg y boblogaeth hon yn achosi digartrefedd ond maent hefyd yn un o ganlyniadau digartrefedd (4,6,11,12). Yn aml, mae gan y boblogaeth ddigartref iechyd meddwl gwael, salwch corfforol, dibyniaeth ar sylweddau (13-16), disgwyliad oes byrrach (12,17,18), ac afiacheddau ychwanegol y gellir eu atal (19,20). O ganlyniad, mae gan y boblogaeth ddigartref angen anghymesur o uchel am wasanaethau gofal iechyd (21), ond yn aml maent yn ei chael yn anodd cael gafael ar ofal iechyd (2,22), ac mae'r pandemig COVID-19 yn debygol o fod wedi gwaethygu'r problemau hyn (23-25). Yn benodol, mae'r boblogaeth ddigartref yn profi heriau o ran cael mynediad at ofal sylfaenol a allai arwain at salwch hirdymor a gwaethygu salwch (18,26,27). At hynny, mae unigolion sydd â threfniadau tai ansicr yn arbennig o agored i effaith trychinebau, gan gynnwys pandemigau, o ran canlyniadau tymor byr a thymor hwy

(28-30). Mae hyn yn cynnwys cael eu heffeithio'n anghymesur gan faich haint y feirws sy'n achosi COVID-19 (23), oherwydd yr anghydraddoldebau presennol yn eu hiechyd a phenderfynyddion cymdeithasol ehangach iechyd (28). Yng nghyd-destun COVID-19, gall yr effaith niweidiol ar boblogaethau digartref fod yn ganlyniad uniongyrchol sy'n effeithio ar eu hafiachedd a'u marwolaethau (31), yn ogystal â chael effaith anuniongyrchol ar eu penderfynyddion iechyd ehangach (16,32).

Fel y disgrifiwyd yn gynharach, nid yw digartrefedd yn gyflwr sefydlog, ac mae'n cynnwys effaith sefyllfa ansicr o ran tai yn ogystal â bod yn ddigartref ac ar y stryd ar iechyd unigolion yn y tymor byr a'r tymor hwy. Mae diffyg data dibynadwy ar statws tai yn debygol o danamcangyfrif maint digartrefedd neu'r nifer sydd â phrofiad personol o ddigartrefedd, a'u hanghenion iechyd (2,33). Mae'r pryder hwn ynghylch data yn bodoli yn erbyn cefndir o gynnydd yn y gwaith o lunio polisiau'n seiliedig ar dystiolaeth i fynd i'r afael â digartrefedd (34). Yn yr astudiaeth hon, rydym wedi cysylltu setiau data lluosog o gofnodion gofal iechyd y GIG ar gyfer holl boblogaeth Cymru er mwyn creu dealltwriaeth fwy cynhwysfawr o weithgaredd gofal iechyd y rhai sydd â phrofiad personol o ddigartrefedd. Mae'r adroddiad hwn yn darparu sylfaen dystiolaeth empirig i gefnogi llunio polisiau drwy fanylu ar weithgaredd iechyd a gofal iechyd y rhai sydd â phrofiad personol o ddigartrefedd yng Nghymru cyn a thrwy gydol y pandemig COVID-19.

Ein nod yw:

- deall yn well nodweddion demograffig a chyflyrau iechyd hirdymor pobl â phrofiad personol o ddigartrefedd yng Nghymru gyda diffiniad eang i gynnwys y rhai sy'n ddigartref ac ar y stryd a sefyllfa ansicr/ansefydlog o ran tai; ac
- archwilio sut yr effeithiodd y pandemig COVID-19 ar weithgaredd gwasanaethau a chanlyniadau gofal iechyd i'r boblogaeth hon.



2. Dulliau



2.1 Cysylltu data

Defnyddir astudiaethau cysylltu i gynnal astudiaethau carfan a rheoli achosion yn seiliedig ar y boblogaeth (35), i ragfynegi cyffredinrwydd afiechyd (36), i asesu'r defnydd o wasanaethau sgrinio a gofal iechyd (37), ac i gynnal ymchwiliadau cwrs bywyd ac ar draws y cenedlaethau (35). Mae'r astudiaeth hon yn adeiladu ar waith ymchwil diweddar a gynhyrchodd e-garfan o unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd yng Nghymru, drwy gyfuno gwybodaeth ar draws pedair set ddata gofal iechyd arferol (Cronfa Ddata Genedlaethol Cymru ar gyfer Camddefnyddio Sylweddau [data asesu yn unig], Cronfa Ddata Cyfnodau Gofal Cleifion Cymru, Set Ddata Ymarfer Cyffredinol a Set Ddata Adrannau Achosion Brys) er mwyn adnabod unigolion cymwys (19). Fe wnaethom nodi 15,472 o unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd yng Nghymru er 2014, pan ddaeth Deddf Tai (Cymru) 2014 i rym. Yn ein dadansoddiad, fe wnaethom gysylltu'r e-garfan â chofnodion iechyd electronig a gedwir yn y gronfa ddata Cyswllt Diogel Gwybodaeth Ddiennw (SAIL) drwy faes cysylltu diennw sy'n unigryw i bob unigolyn (38,39). Adnodd cenedlaethol yw Banc Data SAIL sy'n galluogi cysylltu data ar lefel unigolyn y diogelir ei breifatrwydd a sicrhau ei fod ar gael ar gyfer ymchwil (38,39).

Cysylltwyd yr e-garfan â'r setiau data canlynol a gesglir yn rheolaidd (40) er mwyn deall yn well anghenion gofal iechyd y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd yng Nghymru a'u canlyniadau o ran COVID-19:

- Cronfa Ddata Cyfnodau Gofal Cleifion Cymru (PEDW)
- Set Ddata Cleifion Allanol (OPDW)
- Set Ddata Adrannau Achosion Brys (EDDS)
- Crynodeb Rhanbarthol Blynnyddol o Farwolaethau (ADDE)
- Canlyniadau Prawf Patholeg COVID-19 (PATD)
- Set ddata Gwasanaeth Demograffig Cymru (WDS)

Nid oedd yr astudiaeth yn cynnwys data gofal sylfaenol ac o'r herwydd gallai danamcangyfrif anghenion gofal iechyd a chyffredinrwydd cyflyrau iechyd sylfaenol ymhlith y boblogaeth a astudiwyd.

2.2 Grwpiau astudio a chymharu

2.2.1 Profiad personol o ddigartrefedd

Rydym yn defnyddio diffiniad sbectrwm eang o 'ddigartrefedd' sy'n cynnwys ystod o sefyllfaoedd lle ceir ansicrwydd ynghylch tai, o dai annigonol i fynd o sofffa i sofffa i gysgu allan (2,13,33,41,42). Nodwyd pob unigolyn 16 oed neu'n hŷn a oedd wedi ymweld â gwasanaethau gofal iechyd yng Nghymru rhwng 1 Ionawr 2014 a 31 Gorffennaf 2020 ac wedi cael eu cofnodi, neu eu 'fflagio', mewn cofnodion iechyd electronig fel 'digartref'. Disgrifir y meini prawf a'r dulliau llawn ar gyfer creu'r e-garfan hon yn y papur gwreiddiol gyda'r nod o adnabod digartrefedd mewn setiau data iechyd a gofal a gesglir yn rheolaidd (19).

2.2.2 Grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol: heb ei gyfateb

Er mwyn galluogi cymariaethau â'r boblogaeth gyffredinol yng Nghymru, fe wnaethom greu grŵp cymharu'r boblogaeth heb ei gyfateb a oedd yn cynnwys $n=15,472$ o unigolion a ddewiswyd ar hap o gronfa ddata Gwasanaeth Demograffig Cymru (WDS). Set ddata sy'n cynnwys data demograffig sy'n deillio o gofrestru gydag ymarferydd cyffredinol yng Nghymru yw'r WDS, ac fe'i defnyddir fel y gofrestr poblogaeth o fewn cronfa ddata SAIL. Roedd unigolion cymwys yn fyw, yn 16 oed neu'n hŷn yn 2014, yn preswyllo yng Nghymru yn ystod 2020 a heb eu cofnodi fel pobl ddigartref ers 1 Ionawr 2014 pan ddechreuodd y cyfnod yr astudiaeth.

2.2.3 Is-grŵp y rhai a oedd yn ddigartref yn ystod y pandemig COVID-19

Er mwyn archwilio canlyniadau iechyd yn gysylltiedig â COVID-19 yn y grŵp 'digartref yn ystod y pandemig', cafodd is-grŵp o unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd ($n=1,717$) a gafodd eu nodi fel digartref yn ystod y pandemig COVID-19 (rhwng 1 Ionawr a 31 Gorffennaf 2020 yn gynwysedig), ei greu.

2.3 Dulliau mesur canlyniadau

2.3.1 Cyflyrau iechyd sy'n bodoli eisoes: Cyflyrau iechyd hirdymor

Er mwyn meithrin dealltwriaeth o gyflyrau iechyd hirdymor, neu gymariaethau, cafodd unrhyw ddiagnosis a gofnodwyd gan wasanaethau cleifion mewnol a chleifion allanol eu categoreiddio gan ddefnyddio mynegai cydafiachedd Elixhauser. Dull o fesur cydafiachedd (43) yw'r mynegai hwn, sy'n seiliedig ar godau diagnosis ICD-10 (44) a gofnodir mewn gwasanaethau cleifion mewnol a chleifion allanol. Cyflwynir categorïau a chodau ICD-10 priodol yn Atodiad 1. Cafodd nifer yr unigolion â 0, 1, neu 2+ o'r cyflyrau hirdymor Elixhauser hyn eu cyfrif er mwyn cofnodi baich cyflyrau hirdymor lluosog. Nid oedd archwilio cyflyrau hirdymor mewn gofal sylfaenol o fewn cwmplas y dadansoddiad hwn. Mae dadansoddiad ar gyfer afiachedd lluosog wedi'i gynllunio ar gyfer y dyfodol, gan gyfuno cofnodion iechyd electronig sylfaenol ac eilaidd.

Er mwyn darparu dealltwriaeth o iechyd unigolyn ar yr adeg y caiff ei gofnodi'n ddigartref, nodwyd yr holl gyflyrau iechyd hirdymor mewn gofal eilaidd o fewn y ddwy flynedd cyn y cofnod cyntaf o ddigartrefedd mewn unrhyw set ddata gofal sylfaenol, gofal eilaidd neu gamddefnyddio sylweddau. Yn ystod y cyfnod o ddwy flynedd, gallai'r unigolyn fod yn profi digartrefedd a/neu ansicrwydd ynghylch tai sydd wedyn yn arwain at ddigartrefedd. Yn y grŵp cymharu, cymhwyswyd cyfnod penodol o ddwy flynedd rhwng mis Ionawr 2017 a mis Ionawr 2019.

2.3.2 Gweithgaredd a chostau gofal iechyd: newidiadau rhwng 2019 a 2020

Er mwyn asesu effaith y pandemig COVID-19 ar weithgaredd gofal iechyd ymhlith y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd o gymharu â'r boblogaeth gyffredinol, fe wnaethom archwilio gweithgaredd gofal iechyd ar draws gwasanaethau gofal iechyd eilaidd ar gyfer gofal wedi'i gynllunio (ymweliadau ag adrannau cleifion allanol a derbyniadau a drefnwyd ymlaen llaw) a gofal brys (ymweliadau ag adrannau achosion brys a derbyniadau i adrannau achosion brys). Cymharwyd gweithgaredd gwasanaeth gofal iechyd yn ystod y pandemig (Ionawr i Orffennaf¹ 2020) â'r un cyfnod yn 2019. Y cyfraddau gweithgaredd a ddangosir yw'r cyfraddau wedi'u safoni yn ôl oedran a rhyw gan ddefnyddio amcangyfrifon poblogaeth o ganol 2019 ar gyfer Cymru (45). Cyfrifwyd amcangyfrif o gostau gofal ar gyfer y GIG o weithgaredd y gwasanaeth gofal iechyd gan ddefnyddio'r gost uned gyfartalog briodol o'r Casgliad Costau Cenedlaethol ar gyfer y GIG (46).

¹ Ar gyfer y defnydd o ofal iechyd, fe wnaethom gyfyngu'r cyfnod dilynol i fis Gorffennaf er mwyn sicrhau bod y data'n cwmpasu'r mis calendr llawn.

3. Canfyddiadau

3.1 Nodweddion unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd

Negeseuon allweddol:

- Yn gyfan gwbl, nodwyd bod gan 15,472 o unigolion brofiad personol o ddigartrefedd rhwng 2014 a 2020.
- Y man lle y cafwyd y cofnodion mwyaf cynhwysfawr o statws tai oedd gwasanaethau camddefnyddio sylweddau, sydd wedi cael cynnig cymhelliad i gofnodi statws tai er 2009. Drwy gysylltu data, rydym yn gallu creu darlun mwy cywir o iechyd a llesiant unigolyn er bod statws tai yn cael ei gofnodi'n llai cyson mewn setiau data eraill.
- O blith y boblogaeth â phrofiad personol o ddigartrefedd, ymwelodd 78% ag un o wasanaethau eraill y GIG o fewn mis i gael eu nodi'n ddigartref, ond dim ond statws tai 3% a gofnodwyd yng ngwasanaethau eraill y GIG. Er y gall y newid hwn adlewyrchu newid mewn amgylchiadau unigol, mae hyn hefyd yn tynnu sylw at amgylchiadau posibl heb eu cydnabod a fyddai'n hanfodol i'w deall er mwyn cefnogi anghenion gofal yr unigolion hyn yn well.
- O blith y boblogaeth â phrofiad personol o ddigartrefedd, roedd 69% yn ddynion ac 86% yn iau na 55 oed.
- Roedd gan bron i draean o'r rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd hanes o gyflyrau iechyd hirdymor blaenorol cyn cael eu nodi'n ddigartref. Y tri chyflwr iechyd hirdymor mwyaf cyffredin a nodwyd ymhlith y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd oedd: dibyniaeth ar alcohol (17%), iselder (15%) a dibyniaeth ar gyffuriau (11%). Er cymhariaeth, o fewn y boblogaeth gyffredinol, y tri chyflwr mwyaf cyffredin oedd: gorbwysedd (5%), clefyd cronig yr ysgyfaint (3%) ac arhythmia'r galon (2%).



3.1.1 Cofnodi digartrefedd mewn gwasanaethau gofal iechyd

Nodwyd bod gan gyfanswm o 15,472 o bobl brofiad personol o ddigartrefedd yng Nghymru rhwng Ionawr 2014 a Gorffennaf 2020. O blith y rheini, nodwyd bod 89% (n=13,800) yn ddigartref mewn un gwasanaeth gofal iechyd yn unig (Tabl 1).

Cofnodwyd statws tai yn fwyaf cyffredin gan wasanaethau camddefnyddio sylweddau, gyda 58% (8,926/15,472) o gleifion yn cael eu nodi'n ddigartref o leiaf unwaith yn y gwasanaeth hwn. O'r cleifion hyn, roedd 78% (6,918/8,926) wedi defnyddio un o wasanaethau eraill y GIG o fewn +/-1 mis, ond dim ond 3% o'r rheini (172/6,918) a gofnodwyd yn ddigartref yn y gwasanaethau eraill (gan gynnwys gofal sylfaenol ac eilaidd a gwasanaethau camddefnyddio sylweddau) a ddefnyddiwyd yn ystod y cyfnod hwn. Er y gall y gwahaniaeth hwn adlewyrchu newid yn amgylchiadau'r unigolyn (e.e. nid oedd yr unigolyn yn ddigartref mwyach, neu roedd ei statws digartrefedd yn hysbys ond heb ei gofnodi, neu nid oedd ei statws digartrefedd yn hysbys), mae hefyd yn tynnu sylw at y ffaith nad oes gan bob gwasanaeth fynediad at wybodaeth, fel statws tai, a allai helpu i gefnogi'r gofal a ddarperir i'r unigolyn hwnnw.

Er 2009, gorfodwyd gwasanaethau camddefnyddio sylweddau sy'n derbyn cyllid camddefnyddio sylweddau gan Lywodraeth Cymru i gofnodi statws tai dro ar ôl tro (47), sy'n golygu bod cofnodion digartrefedd yn debygol o fod yn llawer mwy cynhwysfawr yn y set ddata hon o'i gymharu â gwasanaethau iechyd eraill lle mae statws tai yn cael ei gofnodi'n wirfoddol yn unig.

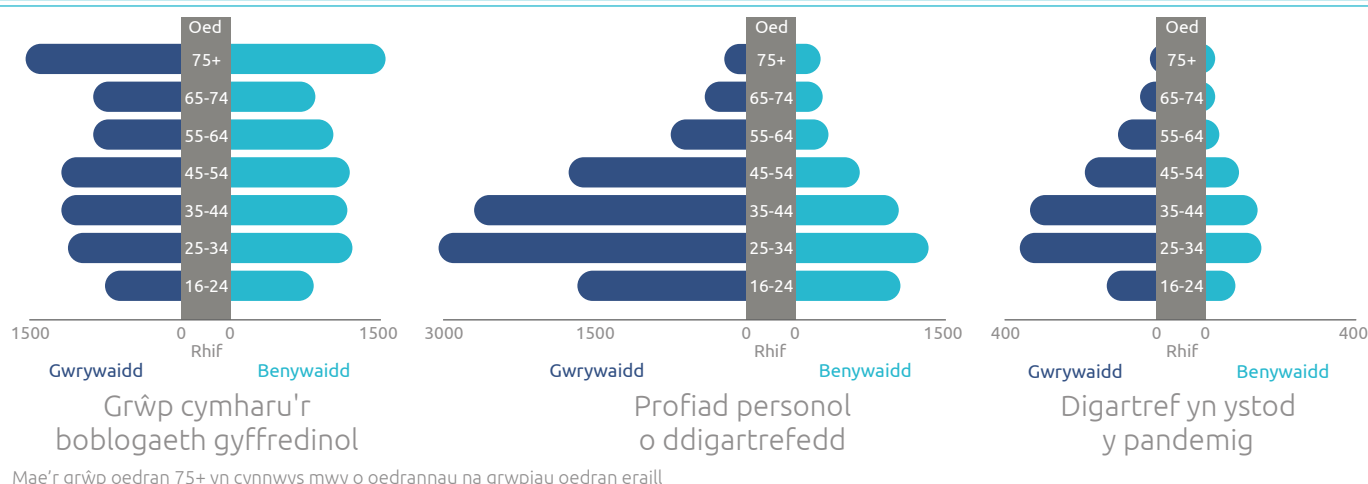
Tabl 1. Nifer yr unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd wedi'i gofnodi mewn gwasanaethau gofal iechyd

Gwasanaeth gofal iechyd	Nifer yr unigolion
Adrannau achosion brys	1425
Adrannau achosion brys a Chleifion mewnol	58
Adrannau achosion brys a Gwasanaethau camddefnyddio sylweddau	93
Ymarfer cyffredinol	2998
Ymarfer cyffredinol ac Adrannau achosion brys	23
Ymarfer cyffredinol ac Adrannau achosion brys a Chleifion mewnol	6
Pob un o'r pedwar gwasanaeth	15
Ymarfer cyffredinol, Adrannau achosion brys a Gwasanaethau camddefnyddio sylweddau	21
Ymarfer cyffredinol ac Adrannau cleifion mewnol	227
Ymarfer cyffredinol a Gwasanaethau camddefnyddio sylweddau	909
Adrannau cleifion mewnol	1809
Adrannau cleifion mewnol ac Achosion brys a Gwasanaethau camddefnyddio sylweddau	16
Adrannau cleifion mewnol a Gwasanaethau camddefnyddio sylweddau	304
Gwasanaethau camddefnyddio sylweddau	7568
Cyfanswm	15472

3.1.2 Nodweddion demograffig

Gellir gweld cyfansoddiad demograffig unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd a grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol isod, yn Ffigur 1. Roedd cyfran uwch o'r unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd yn ddynion (69%), ac yn y grwpiau oedran iau rhwng 16 a 34 oed (46%) a 35 i 54 oed (41%) (Atodiad 2).

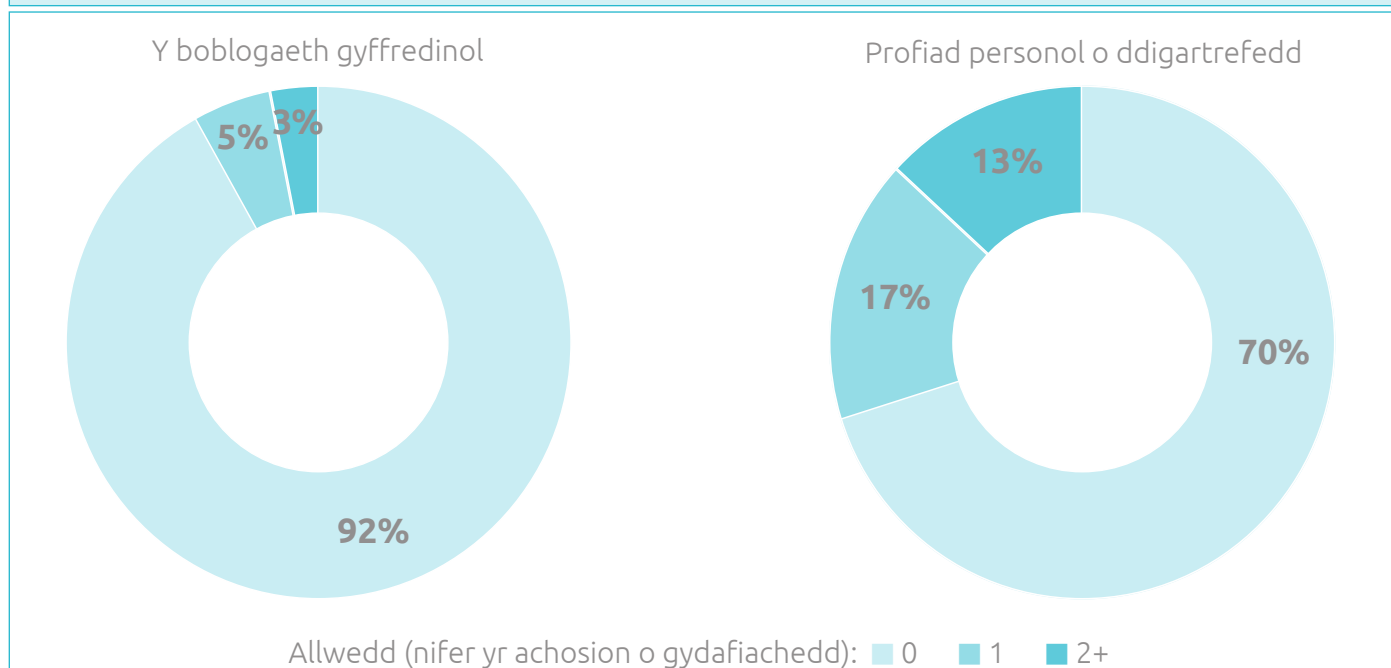
Ffigur 1. Pyramidiau poblogaeth ar gyfer yr e-garfan o unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd, y grŵp 'digartref yn ystod y pandemig', a grŵp cymharu'r boblogaeth



3.1.3 Cyflyrau iechyd hirdymor wedi'u nodi mewn gofal eilaidd

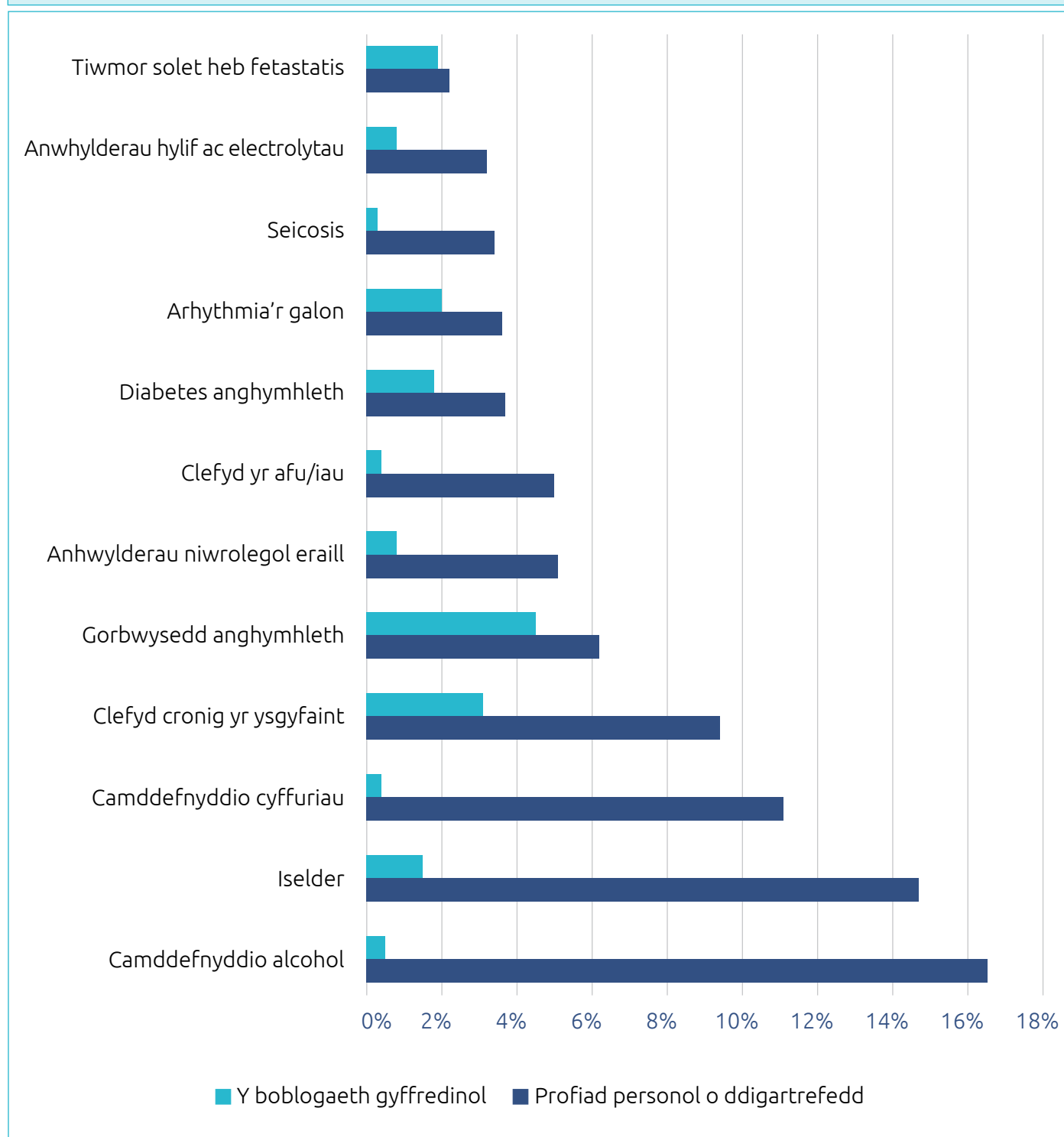
Yn gyffredinol, roedd gan 30% o unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd eisoes gyflyrau hirdymor (wedi'u mesur gan fynegai cydafiachedd Elixhauser) o fewn y ddwy flynedd cyn cael eu nodi'n ddigartref, o'i gymharu â dim ond 8% o grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol. Roedd cyfran uwch o'r rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd hefyd yn rheoli cyflyrau lluosog (Ffigur 2).

Ffigur 2. Cyfran (a) grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol a (b) y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd, a oedd â chyflyrau iechyd hirdymor lluosog



Y tri chyflwr iechyd hirdymor mwyaf cyffredin a nodwyd mewn gofal eilaidd ymhlith unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd oedd: dibyniaeth ar alcohol (17%), iselder (15%) a dibyniaeth ar gyffuriau (11%). Er cymhariaeth, o fewn y boblogaeth gyffredinol, y tri chyflwr mwyaf cyffredin oedd: gorbwysedd (5%), clefyd cronig yr ysgyfaint (3%) ac arhythmia'r galon (2%) (gweler y crynodeb yn Ffigur 3, ac am restr lawn gweler Atodiad 3). Oherwydd y gyfran uchel o'r rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd a nodwyd mewn gwasanaethau camddefnyddio sylweddau, fe wnaethom ddadansoddiad sensitifrwydd i archwilio'r cyflyrau iechyd hirdymor ar gyfer y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd a nodwyd mewn gwasanaethau eraill. Canfuwyd canlyniadau tebyg: dibyniaeth ar alcohol (16%), iselder (17%) a dibyniaeth ar gyffuriau (9%) oedd y tri chyflwr iechyd hirdymor mwyaf cyffredin.

Ffigur 3. Cyfran yr unigolion sydd wedi cael diagnosis o gyflyrau iechyd hirdymor mewn gofal eilaidd ymhlith y boblogaeth yn gyffredinol a'r rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd



3.2 Gweithgaredd gofal iechyd yn ystod y pandemig COVID-19

Negeseuon allweddol:

- Roedd cyfraddau gweithgaredd gofal wedi'i gynllunio a gofal brys yn uwch ymysg unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd o gymharu â'r boblogaeth gyffredinol cyn ac yn ystod y pandemig, gan dynnu sylw at eu hanghenion iechyd cymhleth a'r heriau sy'n gysylltiedig â chael mynediad at wasanaethau gofal iechyd sylfaenol. Rhwng mis Ionawr a mis Gorffennaf 2020, roedd bron i hanner (47%) yr unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd wedi defnyddio o leiaf un o'r gwasanaeth gofal iechyd eilaidd, o'i gymharu ag un rhan o bump (22%) o grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol.
- Roedd lefelau uwch o weithgaredd gofal brys ymysg unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd (ffigurau 2020: 264 o dderbyniadau brys ar gyfer pob 1,000 o'r boblogaeth ymhlith y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd, o'i gymharu â 39 fesul 1,000 o'r boblogaeth yn y grŵp cymharu; 562 o ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys fesul 1,000 o'r boblogaeth ymhlith y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd, o'i gymharu ag 83 fesul 1,000 o'r boblogaeth yn y grŵp cymharu).
- Roedd y gostyngiad mewn gofal wedi'i gynllunio yn 2020 o'i gymharu â 2019 yn debyg ymysg y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd (35% mewn ymweliadau gan gleifion allanol a 37% mewn derbyniadau a drefnwyd ymlaen llaw) a'r boblogaeth gyffredinol (38% a 37%, yn y drefn honno), ond roedd y gostyngiad mewn gofal brys yn llawer mwy sylweddol ymysg y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd (gostyngiad o 25% mewn ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys a gostyngiad o 31% mewn derbyniadau brys; 18% a 9%, yn y drefn honno, yn y boblogaeth gyffredinol).
- Roedd cost gweithgaredd gofal iechyd y GIG rhwng mis Ionawr a mis Gorffennaf 2020 ymhlith y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd £11 miliwn yn fwy na grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol a gofal brys oedd i'w gyfrif am y rhan helaethaf o'r gwahaniaeth.

Ar gyfer unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd a'r rhai yn grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol, fe wnaethom archwilio newidiadau mewn gweithgaredd gofal iechyd wedi'i gynllunio (ymweliadau ag adrannau cleifion allanol a derbyniadau a drefnwyd ymlaen llaw) a gofal brys (ymweliadau ag adrannau achosion brys a derbyniadau i adrannau achosion brys) rhwng mis Ionawr a mis Gorffennaf 2020, a chymharu hyn â gweithgaredd gofal iechyd yn ystod yr un cyfnod yn 2019. Nodwyd bod cyfanswm o 1,717 o unigolion yn ddigartref rhwng mis Ionawr a mis Gorffennaf 2020 yng Nghymru. Fe wnaethom hefyd archwilio eu gweithgaredd gofal iechyd yn 2020.



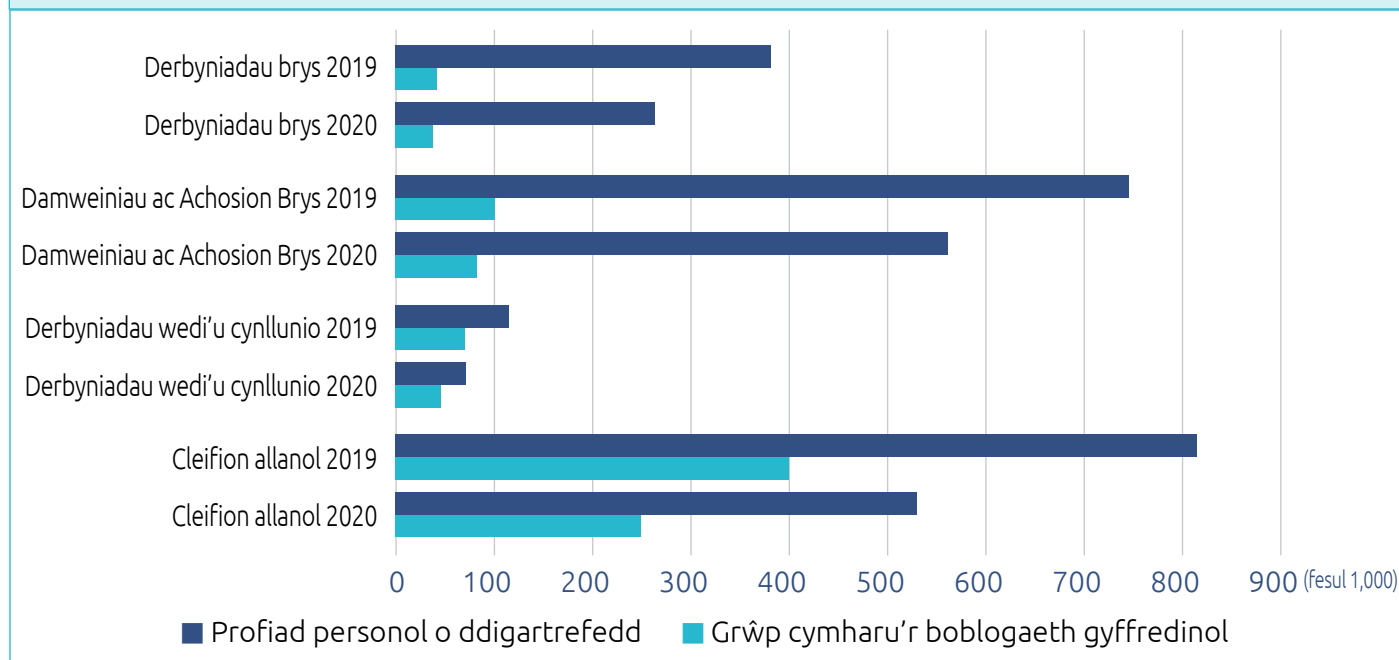
3.2.1 Newidiadau mewn gweithgaredd gofal iechyd eilaidd

At ei gilydd, roedd gan unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd gyfraddau gweithgaredd uwch na grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol cyn ac yn ystod y pandemig, sy'n amlygu eu hanghenion iechyd cymhleth (Ffigurau 4 a 5). Rhwng mis Ionawr a mis Gorffennaf 2020, roedd bron i hanner (47%, 7,336/15,475) yr unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd wedi defnyddio o leiaf un gwasanaeth gofal iechyd, o'i gymharu ag un rhan o bump (22%, 3,337/15,475) o grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol.

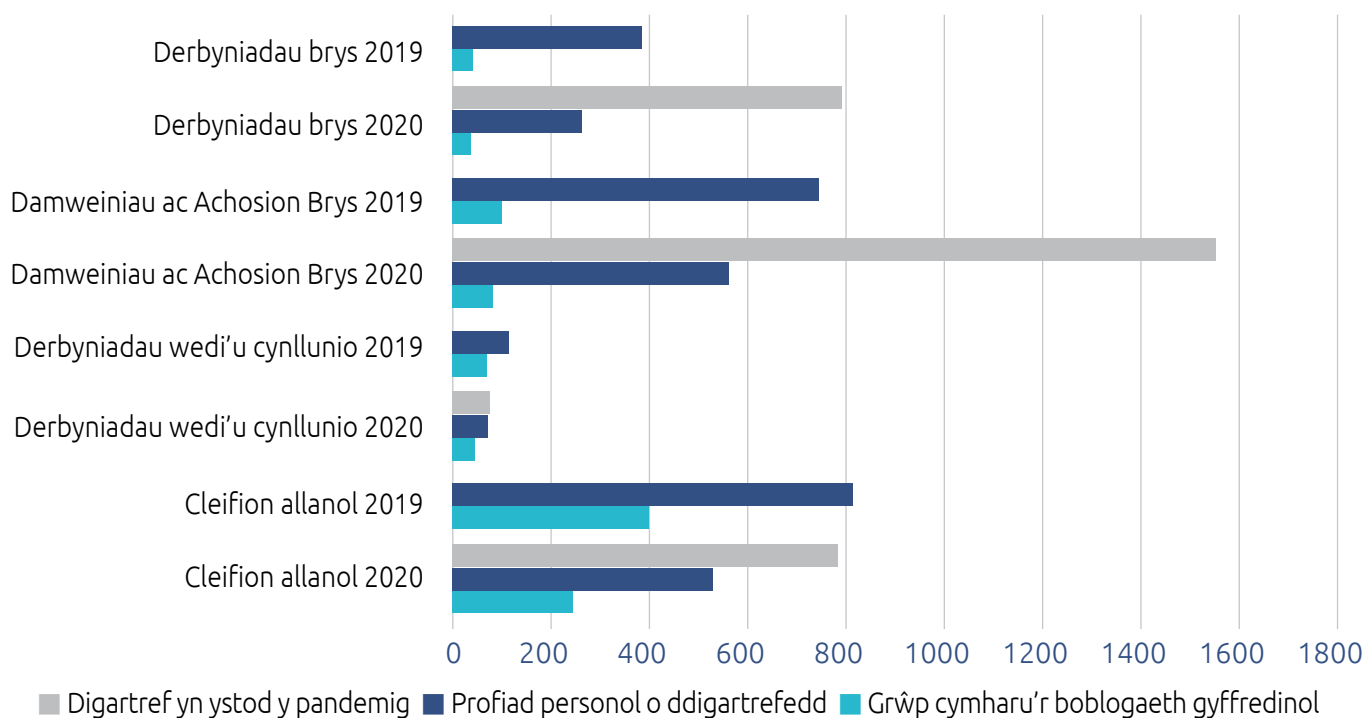
Roedd mwy o weithgaredd gofal brys ymysg unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd. Roedd 264 o dderbyniadau brys fesul 1,000 o'r boblogaeth ymhlith y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd, o'i gymharu â 39 fesul 1,000 o'r boblogaeth yn y grŵp cymharu, a 562 o ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys fesul 1,000 o'r boblogaeth ymhlith y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd, o'i gymharu ag 83 fesul 1,000 o'r boblogaeth yn y grŵp cymharu. I'r rhai a oedd yn ddigartref yn ystod y pandemig, o'i gymharu â'r rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd, roedd y ddibyniaeth ar ofal brys hyd yn oed yn uwch: roedd 1,552 o ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys fesul 1,000 o'r boblogaeth (o'i gymharu â 562) a 792 o dderbyniadau brys fesul 1,000 o'r boblogaeth (o'i gymharu â 264), gweler Ffigur 5 ac Atodiad 4.

Lleihaodd gweithgaredd gofal iechyd ar draws yr holl wasanaethau yn 2020 o'i gymharu â'r un cyfnod yn 2019, ar gyfer y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd a grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol (Atodiad 4). Roedd gostyngiadau tebyg mewn gweithgaredd gofal iechyd wedi'i gynllunio i'w gweld yn y ddau grŵp (roedd gostyngiadau mewn ymweliadau ag adrannau cleifion allanol a derbyniadau a drefnwyd ymlaen llaw yn amrywio rhwng 35% a 38%). Mae gofal brys yn dangos darlun gwahanol gyda gostyngiad o 31% mewn derbyniadau brys i unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd, a dim ond gostyngiad o 9% yn grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol. Gwelsom duedd debyg ar gyfer ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys, gyda gostyngiad mwy ymhlith y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd o gymharu â'r grŵp y boblogaeth gyffredinol (25% o'i gymharu â 18%, Atodiad 4 yn y drefn honno).

Ffigur 4. Cyfraddau gweithgaredd gofal iechyd wedi'u safoni yn ôl oedran a rhyw fesul 1,000 o'r boblogaeth yn yr e-garfan â phrofiad personol o ddigartrefedd a grŵp cymharu'r boblogaeth, Ionawr i Orffennaf 2020 o'i gymharu â Ionawr i Orffennaf 2019



Ffigur 5. Cyfraddau gweithgaredd gofal iechyd wedi'u safoni yn ôl oedran a rhyw fesul 1,000 o'r boblogaeth yn yr e-garfan â phrofiad personol o ddigartrefedd, y rhai sy'n ddigartref yn ystod y pandemig, a grŵp cymharu'r boblogaeth, Ionawr i Orffennaf 2020 o'i gymharu â Ionawr i Orffennaf 2019



Er mwyn deall y gwahaniaeth mewn costau gofal i'r GIG mewn perthynas â gweithgaredd gwasanaeth gofal iechyd ymhlith unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd a'r rhai yn grŵp cymharu'r boblogaeth, cyfrifwyd y costau adeg darparu gofal ar gyfer cleifion mewnol, cleifion allanol a gofal brys a ddigwyddodd rhwng mis Ionawr a mis Gorffennaf 2020 (46). Costiodd £11 miliwn yn fwy i'r GIG ofalu am y grŵp â phrofiad personol o ddigartrefedd, yn bennaf oherwydd y gweithgaredd o fewn gofal brys (Tabl 2).

Tabl 2. Cost gweithgaredd gofal iechyd yn ystod 2020 (Ionawr i Orffennaf) ymhlith unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd a grŵp cymharu'r boblogaeth (bras heb ei addasu)

		Unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd	Grŵp cymharu'r boblogaeth
Adrannau achosion brys	Ymweliadau	8548	1281
(Cost fesul uned = £186)	Cost	£1,589,928.00	£238,266.00
Derbyniadau brys	Derbyniadau	3340	600
(Cost fesul uned = £3,514)	Cost	£11,736,760.00	£2,108,400.00
Cyfanswm cost gofal brys		£13,326,688.00	£2,346,666.00
Derbyniadau dewisol	Derbyniadau	699	692
(Cost fesul uned = £4,612)	Cost	£3,223,788.00	£3,191,504.00
Gwasanaethau cleifion	Ymweliadau	7035	3849
(Cost fesul uned = £134)	Cost	£942,690.00	£515,766.00
Cyfanswm cost gofal wedi'i gynllunio		£4,166,478.00	£3,707,270.00
Cyfanswm		£17,493,166	£6,053,936

3.3 Canlyniadau iechyd yn gysylltiedig â COVID-19 yn ystod y pandemig

Negeseuon allweddol:

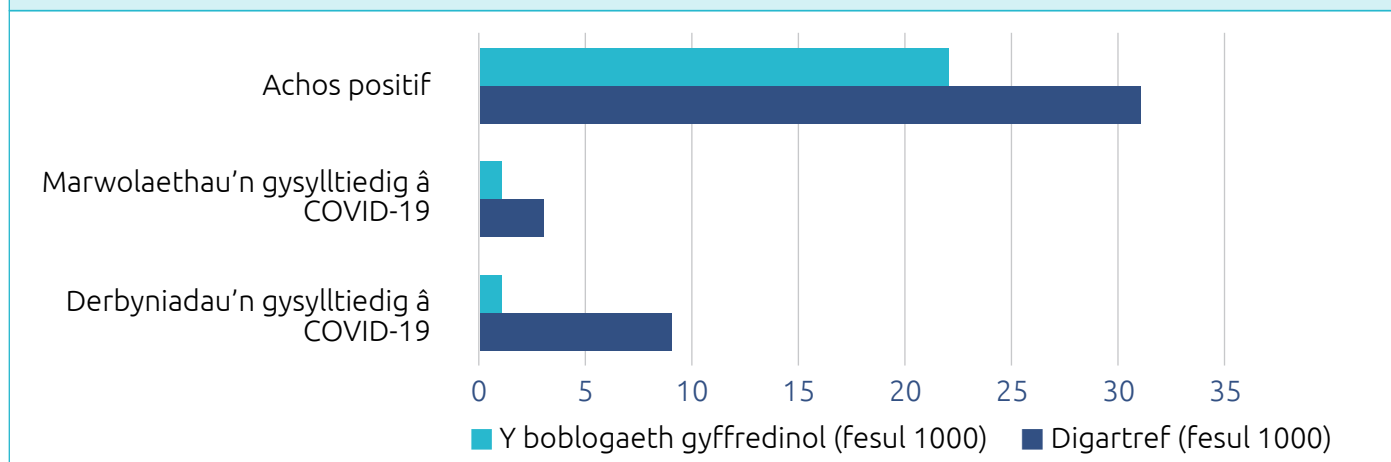
- Roedd unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd yn fwy agored i ddioddef canlyniadau iechyd niweidiol yn sgil COVID-19.
- Yn yr e-garfan, roedd un o bob deg (n=1,717) yn ddigartref yn ystod y pandemig rhwng Ionawr a Gorffennaf 2020.
- Roedd canlyniadau iechyd niweidiol yn gysylltiedig â COVID-19 gan gynnwys derbyniadau i'r ysbyty a marwolaethau ymhlith y rhai a oedd yn ddigartref yn ystod y pandemig yn fwy cyffredin o'i gymharu â'r boblogaeth yn gyffredinol. O blith y n=1,717 o unigolion a oedd yn ddigartref yn ystod y pandemig, cafodd 54 (31 o bob 1,000) ganlyniad prawf positif ar gyfer y feirws, roedd 16 (9 o bob 1,000) wedi cael eu derbyn i'r ysbyty am resymau'n gysylltiedig â COVID-19, a bu farw 5 (3 o bob 1,000) gyda COVID-19 wedi'i restru fel un o'r achosion marwolaeth. Yn grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol (n=15,472), cafodd 340 (22 o bob 1,000) ganlyniad prawf positif ar gyfer y feirws, roedd 11 (1 o bob 1,000) wedi cael eu derbyn i'r ysbyty am resymau'n gysylltiedig â COVID-19, a bu farw 9 (1 o bob 1,000) gyda COVID-19 wedi'i restru fel un o'r achosion marwolaeth.

Er mwyn archwilio canlyniadau iechyd yn gysylltiedig â COVID-19 mewn is-set o'r rhai y nodwyd eu bod yn ddigartref yn ystod y pandemig, fe wnaethom ddefnyddio set ddata canlyniad profion patholeg COVID-19 (48) i gael canlyniadau profion Adwaith Cadwynol Polymerasau (PCR) COVID-19 (fel canlyniadau positif/negatif dwyrannol ar gyfer presenoldeb feirws Coronafeirws Syndrom Anadlol Acíwt Difrifol 2 (SARS-CoV-2) - sy'n achosi'r clefyd COVID-19). Fe wnaethom hefyd archwilio digwyddiadau gofal eilaidd yn gysylltiedig â COVID-19 (derbyniadau cleifion mewnol a/neu ddigwyddiadau cleifion allanol) a marwolaethau (lle y rhestrwyd COVID-19 fel un o'r achosion marwolaeth) (49).

Nodwyd bod cyfanswm o 1,717 o unigolion yn ddigartref rhwng mis Ionawr a mis Gorffennaf 2020 yng Nghymru. Roedd y mwyafrif ohonynt yn ddynion (70%, 1,188/1,717) ac mewn grwpiau oedran iau, 16 i 34 oed (42%, 721/1,717) a 35 i 54 oed (43%, 744/1,717) oed. Cafodd 61% (1,053/1,717) eu cofnodi fel pobl ddigartref gan wasanaethau camddefnyddio sylweddau. O blith y 1,717 o unigolion, cafodd 22 o bob 1,000 ganlyniad positif ar gyfer prawf COVID-19, roedd 9 o bob 1,000 wedi cael eu derbyn i'r ysbyty am resymau'n gysylltiedig â COVID-19, a bu farw 3 o bob 1,000 gyda COVID-19 wedi'i restru fel un o'r achosion marwolaeth (Ffigur 6 ac Atodiad 5).

O fewn grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol (n=15,472), cafodd 22 o bob 1,000 ganlyniad prawf positif ar gyfer COVID-19, cafodd 1 o bob 1,000 eu derbyn i'r ysbyty am resymau'n gysylltiedig â COVID-19, a bu farw 1 o bob 1,000 gyda COVID-19 wedi'i restru fel un o'r achosion marwolaeth (Ffigur 6 ac Atodiad 5). Roedd cyfrannau'r unigolion digartref a'r boblogaeth gyffredinol a gafodd ganlyniad prawf positif yn debyg. Fodd bynnag, mae ein canlyniadau'n awgrymu bod unigolion digartref mewn mwy o berygl o gael eu derbyn i'r ysbyty a marw am resymau'n gysylltiedig â COVID-19 o gymharu â grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol.

Ffigur 6. Niferoedd fesul 1,000 sy'n cael canlyniad prawf positif ar gyfer y feirws sy'n achosi COVID-19, marwolaethau a derbyniadau i'r ysbyty sy'n gysylltiedig â COVID-19 ymysg unigolion a oedd yn ddigartref yn ystod y pandemig a'r rhai yng ngrŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol (gweler Atodiad 5)



² Nid yw'r cyfraddau wedi'u safoni oherwydd rheolaeth ar ddatgelu.

4. Trafodaeth



4.1 Iechyd y rhai â phrofiadau personol o ddigartrefedd

Yn yr e-garfan hon o 15,472 o unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd, gwelsom fod eu hiechyd corfforol a meddyliol yn wael ar y cyfan, ac roedd gan bron i draean gyflyrau iechyd hirdymor cyn cael eu nodi fel pobl ddigartref mewn data gofal iechyd.

Yn unol â thystiolaeth flaenorol, fe wnaethom hefyd ddangos bod unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd yn dioddef mwy o gyflyrau iechyd hirdymor o gymharu â grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol (er eu bod yn iau), gyda chyfrannau uwch yn dioddef o ddibyniaeth ar gyffuriau ac alcohol (50) ac anhwylderau iechyd meddwl cyffredin, h.y. iselder (16). Y ffactorau sy'n cyfrannu at iechyd gwael yw trefniadau bywyd cymhleth (4), anawsterau ac amharodrwydd i fanteisio ar ofal iechyd (11,26,27), yn ogystal â ffactorau sy'n eu gwneud yn agored i niwed, anghydraddoldebau a phenderfynyddion iechyd ehangach (28).

4.2 Effeithiau uniongyrchol COVID-19 ar y boblogaeth hon

Mae tystiolaeth sy'n dod i'r amlwg yn awgrymu bod y pandemig COVID-19 yn cael effaith anghymesur ar y boblogaeth ddigartref sydd eisoes dan anfantais (28,29) ac mae anghydraddoldebau sylfaenol o ran penderfynyddion cymdeithasol iechyd a chyfraddau uwch o glefydau cronig yn cyfrannu at hyn (28).

Gan ganolbwyntio ar y rhai y gwyddys eu bod yn ddigartref yn ystod y pandemig, ni chanfuom unrhyw wahaniaeth sylweddol yng nghyfran y boblogaeth ddigartref neu'r boblogaeth gyffredinol a gafodd ganlyniad prawf positif ar gyfer COVID-19 ond mae'n anodd dehongli hyn. Roedd hyn yn adlewyrchu data profion COVID-19 a gynhaliwyd cyn ehangu rhaglenni gwylidwriaeth iechyd tracio ac olrhain i gynnwys profion yn y gymuned. Tan fis Mehefin 2020, roedd y strategaeth brofi yn canolbwyntio ar ysbysai, cartrefi gofal a gweithwyr hanfodol symptomatig (48), felly bydd ein canfyddiadau yn cael eu cyfuno ag ymddygiad sy'n golygu bod angen gofal iechyd ar bobl, difrifoldeb y symptomau a mynediad at brofion.

Fodd bynnag, gwelsom fod unigolion a oedd yn ddigartref yn ystod y pandemig yn wynebu mwy o risg o gael eu derbyn i'r ysbyty gyda COVID-19 (9 fesul 1,000 o'i gymharu ag 1 fesul 1,000 ymysg y boblogaeth gyffredinol) ac o farw o COVID-19 (3 fesul 1,000 o'i gymharu ag 1 fesul 1,000 yn y boblogaeth gyffredinol). Ategir y canfyddiad hwn gan dystiolaeth o astudiaethau eraill, sy'n adrodd bod y boblogaeth hon yn fwy agored i gyfraddau trosglwyddo uchel mewn llety amlfeddiannaeth, lle mae mesurau rheoli ac atal heintiau yn heriol (9), a lle ceir mwy o berygl o gael canlyniadau iechyd niweidiol yn sgil COVID-19 (31). Gall gwahaniaethau yn y canlyniadau yn ystod y pandemig COVID-19 hefyd adlewyrchu gwahaniaethau o ran mynediad at brofion a'r nifer sy'n manteisio arnynt, gofal a thriniaeth, cyflyrau iechyd sylfaenol, ffactorau cymdeithasol a demograffig. Wrth edrych i'r dyfodol, mae canlyniadau gwleidyddol ac economaidd tymor byr a thymor hir y feirws yn debygol o gael effaith anghymesur bellach ar iechyd y rhai sydd eisoes yn agored i niwed (28), gan gynnwys drwy gyfrannu at ansicrwydd o ran eu sefyllfa tai a bygythiadau digartrefedd newydd (30). Mae angen ymchwil pellach i ddarparu tystiolaeth gadarn o effaith uniongyrchol ac anuniongyrchol y pandemig ar iechyd a llesiant y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd.

4.3 Effaith anuniongyrchol COVID-19 ar ofal iechyd

Heblaw am yr effaith uniongyrchol ar iechyd yn sgil rhwystrau i gael mynediad at wasanaethau gofal iechyd a achosir gan y pandemig, mae'n bwysig ystyried effeithiau tymor byr, megis dirywiad mewn llesiant ac iechyd meddwl y digartref (16,32), yn ogystal ag effeithiau hirdymor, megis diweithdra, ehangu'r anghydraddoldebau presennol, a digartrefedd pellach (28,51). Yn ogystal â'r ffactorau hyn, mae'n ymddangos bod ein data'n dangos bod y cyfyngiadau ymddygiadol a chymdeithasol a osodwyd, ofn cyffredinol ynghylch y feirws, ynghyd â llai o apwyntiadau gofal iechyd a llai o fynediad at ofal iechyd wedi gwaethygu'r anghydraddoldeb yn y ddarpariaeth gofal iechyd i unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd.

Dangosodd ymchwil flaenorol i effaith anuniongyrchol COVID-19 fod y defnydd o wasanaeth gofal iechyd wedi'i gynllunio wedi gostwng tua thraean yn ystod y pandemig ac y gallai hyn fod wedi cael effaith wahanol ar y rhai sydd fwyaf agored i niwed (25). Yma, rydym yn dangos bod cyfraddau llawer uwch o ofal brys a gwasanaethau cleifion mewnol ymysg unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd na'r boblogaeth gyffredinol, cyn ac yn ystod y pandemig. Er bod gweithgaredd gofal iechyd wedi lleihau ar draws yr holl wasanaethau yn ystod y pandemig, roedd y lleihad yn llai ymysg y grŵp â phrofiad personol o ddigartrefedd. Yn ogystal â mwy o anghenion gofal iechyd, roedd darparu gwasanaethau gofal iechyd eilaidd a brys wedi costio o leiaf £11 miliwn yn fwy yng Nghymru yn 2020 o'i gymharu â grŵp rheoli'r boblogaeth gyffredinol (lonawr i Orffennaf). Er nad yw'r defnydd uwch o ofal iechyd cyffredinol gan unigolion a oedd yn ddigartref yn ystod 2020 yn syndod o ystyried bod angen iddynt gael mynediad at wasanaethau gofal iechyd er mwyn cael eu cynnwys yn y dadansoddiad hwn, mae patrwm y defnydd yn awgrymu bod mwy fyth o ddibyniaeth ar ofal eilaidd a brys tra mae pobl yn ddigartref. Gall y rhesymau gynnwys problemau systemig sy'n cynnwys mynediad gwael at ofal heblaw gofal brys a methiant i atal anafiadau a salwch yn y grŵp hwn (52), ac mae'r gwahaniaethau a welwyd yn y data yn cyfiawnhau ymchwil bellach er mwyn deall yr achosion sylfaenol cyn ac yn ystod y pandemig.

Mae'r canfyddiadau hyn yn amlygu'r angen i ganolbwyntio'n barhaus ar ddatblygu gofal ataliol a rheoli cyflyrau iechyd hirdymor ymysg unigolion sydd â threfniadau tai ansicr, ac i leihau rhwystrau i fynediad at ofal iechyd i'r boblogaeth hon (2,22). Mae angen buddsoddiad pellach mewn dulliau sy'n seiliedig ar dystiolaeth o fynd i'r afael â'r hyn sy'n achosi anghydraddoldebau wrth gael mynediad at ofal iechyd a gwerthusiadau cadarn ohonynt (53). Mae yna nifer o feysydd a nodwyd lle y gallai camau gweithredu fynd i'r afael â'r mater hwn: deall blaenoriaethau unigolion digartref o ran eu hanghenion sylfaenol, mynd i'r afael â'r stigma a'r rhwystrau biwrocraidaidd i gael mynediad at gymorth (er enghraifft oriau agor anhyblyg a gweithdrefnau cofrestru mewn gwasanaethau gofal iechyd (20), a chreu amgylcheddau ac arferion sy'n meithrin ymddiriedaeth ymhlith y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd (1)).

4.4 Nodi statws tai fel penderfynydd iechyd mewn gwasanaethau gofal iechyd

Er mwyn creu yr e-garfan, fe wnaethom ddefnyddio diffiniad eang o ddigartrefedd a oedd yn cwmpasu amrywiaeth ehangach o unigolion na'r hyn a wneir drwy ddefnyddio diffiniadau mwy caeth fel cysgu allan (12). Mae hyn yn cynnwys unigolion ar hyd y sbectwm digartrefedd, yn amrywio o'r rhai â threfniadau tai ansicr, i'r 'digartref cudd', h.y. y rhai sy'n mynd o sofffa i sofffa ac yn byw mewn llety dros dro, ac ar y pen eithaf y rhai sydd wedi'u hallgáu yn gymdeithasol neu'n cysgu allan. Er y gallai'r diffiniad hwn fod yn llai penodol i'r rhai sy'n ddigartref ac ar y stryd, mae'n cofnodi'n well faint y boblogaeth ac effaith profiad personol o ddigartrefedd ar iechyd a llesiant. Mae archwilio anghenion gofal iechyd gan ddefnyddio'r e-garfan hon sydd wedi'i diffinio'n eang yn ein galluogi i gael gwell dealltwriaeth o salwch fel rhagflaenydd a chanlyniad digartrefedd, yn ogystal â gwell dealltwriaeth o iechyd yn ystod y digwyddiad tai aciwt.

Mae gan drefniadau tai ansicr oblygiadau pellgyrhaeddol i iechyd rhywun ac i benderfynyddion ehangach iechyd (8,54). O'r herwydd, mae'r wybodaeth hon yn hynod werthfawr a pherthnasol i ymarferwyr sy'n darparu asesiad mwy cynhwysfawr o anghenion unigolyn, gan ystyried triniaeth a chefnogaeth briodol, a chyfeirio unigolion at awdurdodau perthnasol i gael help lle bo angen. Er enghraifft, mae gwasanaethau camddefnyddio sylweddau yng Nghymru fel arfer yn casglu cofnodion cyflawn ar anghenion tai (55), a byddai rhannu'r wybodaeth hon yn caniatáu i wasanaethau gofal iechyd eraill nodi llawer o unigolion agored i niwed mewn ffordd ddibynadwy.

4.5 Cryfderau a chyfyngiadau

Defnyddiodd yr astudiaeth hon y cysylltiad data ar draws setiau data iechyd arferol sydd ar gael yng Nghymru i ddarparu dealltwriaeth o'r berthynas gymhleth rhwng sefyllfaoedd tai ansefydlog ac iechyd, na fyddai fel arall yn bosibl drwy un set ddata (35,56,57). Roedd statws tai yn cael ei gofnodi fel mater o drefn gan wasanaethau camddefnyddio sylweddau, ond prin oedd y cofnodion hynny mewn setiau data eraill. Drwy gysylltu data, gallwn greu darlun mwy manwl gywir o anghenion tai unigolyn, ar draws gwasanaethau iechyd lle nad oedd trefniadau tai ansicr wedi'u cofnodi'n dda.

Gan fod nodi digartrefedd yn dibynnu ar ymarferwyr a chodyddion i gofnodi ystod o brofiadau digartref yng nghofnod gofal digidol claf, yn enwedig mewn gwasanaethau camddefnyddio sylweddau, mae ein dadansoddiad yn debygol o danamcangyfrif statws tai ansicr a digartrefedd yng Nghymru, ac effaith hynny yn y byrdymor a'r hirdymor (2,59). Mae hyn yn arbennig o wir oherwydd efallai na fydd rhai mathau o ddigartrefedd fel mynd o sofffa i sofffa neu lety dros dro yn amlwg ar unwaith nac yn cael eu crybwyll wrth ymarferwyr (2). Yn ogystal, ni chafodd unigolion na wnaethant ddefnyddio gwasanaethau gofal iechyd, er enghraifft oherwydd eu bod wedi colli ymddiriedaeth ynddynt (1), eu cofnodi yn yr astudiaeth hon. Mae gwaith ymchwil blaenorol wedi amlinellu rhai o'r materion a'r heriau hyn wrth nodi statws digartrefedd yn gywir (2,19,58), defnyddio methodoleg cysylltu data (12,19), dehongli'r defnydd o ofal iechyd a chanlyniadau gofal iechyd (19,58), yn ogystal â throsi'r data hyn yn bolisiau go iawn (58).

O ran mesur canlyniadau iechyd, mae ein dadansoddiad yn debygol o danamcangyfrif iechyd gwael gan ei fod wedi'i gyfyngu i wasanaethau cleifion mewnol a chleifion allanol yn ystod ffenestr dwy flynedd cyn yr hysbysiad cyntaf o ddigartrefedd a gofnodwyd mewn data gofal iechyd.



5. Casgliadau



Mae'r adroddiad hwn yn darparu sylfaen dystiolaeth empirig i gefnogi llunio polisiau ar gyfer gofal iechyd i'r digartref yn sgil y pandemig COVID-19.

Mae ein canfyddiadau yn tynnu sylw at yr anghenion iechyd cymhleth, a'r lefelau uwch o weithgaredd gofal iechyd dilynol ymhlith unigolion â phrofiad personol o ddigartrefedd yng Nghymru, o'i gymharu â'r boblogaeth yn gyffredinol. Mae hefyd yn dangos lefelau iechyd gwael ymhlith y rhai sy'n ddigartref ar hyn o bryd a'r rhai sydd wedi cael profiad o ddigartrefedd yn y gorffennol.

Mae'r canfyddiadau hyn yn cefnogi mewnwlediadau o'n gwaith ymchwil cynharach, a glywodd gan unigolion digartref eu hunain ynghylch sut y gall achosion a phrofiadau o ddigartrefedd effeithio ymhellach ar iechyd corfforol a meddyliol dros gwrs eu bywyd (4). Mae'r astudiaeth hon hefyd yn ychwanegu at y dystiolaeth sy'n dod i'r amlwg ar effaith y pandemig COVID-19 ar y rhai sy'n dioddef anfantais gymdeithasol (28,30) a'r angen i gefnogi pob grŵp yn ystod yr adferiad.

Mae'r dulliau a ddefnyddir yn yr adroddiad hwn yn dangos potensial data cysylltiedig i nodi a chefnogi'n well y rhai y mae eu sefyllfa o ran tai yn ansicr neu'r rhai sy'n ddigartref. **Drwy wella'r broses o gofnodi a rhannu gwybodaeth am statws tai rhwng gwasanaethau gofal iechyd a sectorau eraill, mae potensial i nodi a mynd i'r afael â heriau ehangach i gefnogi anghenion gofal iechyd unigolyn.** Yn ogystal, mae'r cysylltiadau rhwng tai ac iechyd yn gymhleth. Nid yw pob unigolyn sydd â phrofiad personol o ddigartrefedd yn cael canlyniadau iechyd gwael, ac nid yw cyfnodau o ddigartrefedd yn arwain at ganlyniadau iechyd gwael i bawb. **Gellir defnyddio'r fethodoleg newydd a ddatblygwyd yn yr astudiaeth hon i ddeall yn well effaith tai ar iechyd ac i'r gwrthwyneb, ac i werthuso effaith dulliau sy'n anelu at gefnogi'r rhai sy'n ddigartref neu sydd mewn perygl o fod yn ddigartref ar iechyd.** Mae'r heriau hyn o bwysigrwydd cynyddol ar y pwynt hwn yn y pandemig COVID-19, lle y darparwyd cymorth ychwanegol i atal pobl rhag mynd yn ddigartref, ond bydd yr angen i lywio a thargedu cefnogaeth yn y dyfodol yn bwysig er mwyn lleihau niwed anuniongyrchol yn sgil COVID-19.

Gan ddefnyddio setiau data cysylltiedig, arferol, mae ein canfyddiadau'n dangos bod anghenion gofal iechyd yn fwy ymysg y rhai â phrofiad personol o ddigartrefedd ac yn atgyfnerthu'r angen i:

1. Gwellu gofal ataliol a rheoli cyflyrau iechyd hirdymor ymysg unigolion sydd â threfniadau tai ansicr, a lleihau rhwystrau i fynediad at ofal iechyd i'r boblogaeth hon.
2. Gwellu'r broses o gofnodi a rhannu gwybodaeth am statws tai rhwng gwasanaethau gofal iechyd i helpu i nodi a mynd i'r afael â heriau ehangach i gefnogi anghenion gofal iechyd unigolyn.

Datganiad moeseg

Mae'r astudiaeth hon yn seiliedig ar gofnodion iechyd electronig dienw a gesglir yn rheolaidd. Mae'r holl ddata dienw a gesglir yn rheolaidd a gedwir yng Nghronfa Ddata SAIL wedi'u heithrio o reolau cydsyniad oherwydd natur ddienw'r gronfa ddata (o dan adran 251, y Pwyllgor Moeseg Ymchwil Cenedlaethol (NREC)). Rydym wedi gwneud cais i'r Panel Adolygu Llywodraethu Gwybodaeth (IGRP) annibynnol ac wedi cael caniatâd ganddo i gynnal yr astudiaeth hon (prosiect rhif 0968).

Mae'r IGRP yn cynnwys aelodau annibynnol o'r NREC a Chymdeithas Feddygol Prydain (BMA), yn ogystal ag aelodau lleyg. Mae'r broses adolygu wedi gwirio bod yr astudiaeth yn ddefnyddiol, nad yw'n werthusiad o wasanaeth, ac na fydd yn torri safonau anonymeddio.



- Mabhala MA, Yohannes A, Griffith M. Social conditions of becoming homelessness: Qualitative analysis of life stories of homeless peoples. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):150.
- Dorney-Smith S, Schneller K, Aboim S. Meeting the healthcare needs of people experiencing homelessness. *Nursing Standard*. 2018; 34(1): 27–34.
- Benjaminsen L, Knutagård M. Homeless research and policy development: Examples from the Nordic countries. *Eur J Homelessness*. 2016;10(3):45–66.
- Grey CNB, Woodfine L. *Lleisiau'r rhai sydd â phrofiadau personol o ddigartrefedd a niwed yng Nghymru: Llywio gwaith atal ac ymateb*. Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Cyhoeddus Cymru; 2019.
- Scutella R, Tseng YP, Wooden M. Journeys home: Tracking the most vulnerable. *Longit Life Course Stud*. 2017;8(3):302–18.
- Watson I, MacKenzie F, Woodfine L, Azam S. *Gwneud Gwahaniaeth. Tai ac iechyd: Yr achos dros fuddsoddi*. Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Cyhoeddus Cymru; 2019.
- Halpern, D. *Using evidence to end homelessness* (Teixeira L. a Cartwright J., Gol.). Bryste: Gwasg Prifysgol Bryste; 2020.
- Woodfine L, Green L, Evans L, Parry-Williams L, Heathcote-Elliott C, Grey CNB, Irving-Clarke Y, Kennedy M, May C, Azam S, a Bellis MA (2021). *Does unman yn debyg i gartref? Ymchwilio i effaith iechyd a llesiant COVID-19 ar dai ac ansicrwydd ynghylch tai*. Prif Adroddiad. Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Cyhoeddus Cymru; 2021.
- Lewer D, Braithwaite I, Bullock M, Eyre MT, White PJ, Aldridge RW, et al. COVID-19 among people experiencing homelessness in England: A modelling study. *Lancet Respir Med*. 2020;8(12):1181–91.
- Kirby T. Efforts escalate to protect homeless people from COVID-19 in UK. *Lancet Respir Med*. 2020;8(5):447–9.
- Leng G. The impact of homelessness on health: A guide for Local Authorities. 2017. Ar gael o: https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/22.7 HEALTH AND HOMELESSNESS_v08_WEB_0.PDF [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
- Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2017;391(10117):241–50.
- Adebawale V. There is no excuse for homelessness in Britain in 2018 - homelessness is a neon sign that something is fundamentally wrong. *BMJ*. 2018;360:1–2.
- McDonagh T. *Tackling homelessness and exclusion: Understanding complex lives*. Caerefrog: Sefydliad Joseph Rowntree; 2011.
- Shelton K, Taylor P, Bonner A, van den Bree M. Risk factors for homelessness: Evidence from a population-based study. *Psychiatr Serv*. 2009;60(4):465–72.
- Bloomer E, Allen J, Donkin A, Findlay G, Gamsu M. *The impact of the economic downturn and policy changes on health inequalities in London*. UCL Institute of Health Equity; 2012.
- Georgeson B. Statistical Bulletin. Deaths of homeless people in England and Wales: 2013 to 2017. 2018. Ar gael o: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsofhomelesspeopleinenglandandwales/2013to2017> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
- Hewitt N. Homeless and inclusion health standards for commissioners and service providers. 2018. Ar gael o: www.pathway.org.uk [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
- Song J, Grey CNB, Davies AR. Creating an e-cohort of individuals with lived experience of homelessness and subsequent mortality in Wales, UK. *J Public Health*. 2021. Ar gael o: <https://academic.oup.com/jpubhealth/advance-article/doi/10.1093/pubmed/fdab180/6297493> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
- Omerov P, Craftman ÅG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Heal Soc Care Community*. 2020;28(1):1–11.
- Story A. Slopes and cliffs in health inequalities: Comparative morbidity of housed and homeless people. *Lancet*. 2013;382:S93.
- Public Health England. *Homelessness: Applying All Our Health*. 2016. Ar gael o: <https://www.gov.uk/government/publications/homelessness-applying-all-our-health/homelessness-applying-all-our-health> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
- Baggett TP, Gaeta JM. COVID-19 and homelessness: When crises intersect. *Lancet Public Heal*. 2021;6(4):e193–4.
- Hamilton I. Covid-19 - are we rationing who we care about? *BMJ Opin*. 2020;Mawrth 16. Ar gael o: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/16/ian-hamilton-covid-19-are-we-rationing-who-we-care-about/> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
- Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, Scott AM, Clark J, To EJ, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: A systematic review. *BMJ Open*. 2021;11(3):11–7.
- Swyddfa'r Prif Ddadaansoddwr. *Healthcare for single homeless people*. Llundain: Yr Adran Iechyd; 2010. Ar gael o: https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Support_materials/Other_reports_and_guidance/Healthcare_for_single_homeless_people.pdf [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
- Bradley J, Hobbs R. *Hospital discharge protocol for homeless people in Wales*. 2014.
- Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74:964–968.
- Tsai J, Wilson M. COVID-19: A potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Heal*. 2020;(April):e186–7.

30. Marshall L. *Emerging evidence on health inequalities and COVID-19*. Y Sefydliad Iechyd. 2020;1–10. Ar gael o: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/blogs/emerging-evidence-on-health-inequalities-and-covid-19-may-2020> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
31. Perri M, Dosani N, Hwang SW. COVID-19 and people experiencing homelessness: Challenges and mitigation strategies. *CMAJ*. 2020;192(26):E716–9.
32. Clair A. Housing: An under-explored influence on children's well-being and becoming. *Child Ind Res*. 2019;12:609–26.
33. Amore K, Baker M, Howden-Chapman P. The ETHOS definition and classification of homelessness: An analysis. *Eur J Homelessness*. 2011;5(2):19–37. Ar gael o: <http://www.feantsaresearch.org/IMG/pdf/article-1-3.pdf> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
34. Fitzpatrick S, Bramley G. *The ruling parties' record on homelessness and complex needs (May 2015 to pre-COVID 2020)*. 2021. Ar gael o: https://sticerd.lse.ac.uk/CASE/_NEW/PUBLICATIONS/abstract/?index=7810 [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
35. Jutte DP, Roos LL, Brownell MD. Administrative record linkage as a tool for public health research. *Annu Rev Public Health*. 2011;32:91–108.
36. Rosella LC, Manuel DG, Burchill C, Stukel TA. A population-based risk algorithm for the development of diabetes: Development and validation of the diabetes population risk tool (DPoRT). *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(7):613–20.
37. Brownell M, Santos R, Kozyrskyj A, Roos N, Au W, Dik N, et al. Next steps in the provincial evaluation of the BabyFirst program: Measuring early impacts on outcomes associated with child maltreatment. Winnipeg, Manitoba Centre for Health Policy; 2007.
38. Ford DV, Jones KH, Verplancke JP, Lyons RA, John G, Brown G, et al. The SAIL Databank: Building a national architecture for e-health research and evaluation. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:1–12.
39. Lyons RA, Jones KH, John G, Brooks CJ, Verplancke JP, Ford D V, et al. The SAIL databank: Linking multiple health and social care datasets. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2009;9(1):1–8.
40. SAIL Databank. HEALTH - (36). *Asset Manager*. 2021 Ar gael o: <https://data.ukserp.ac.uk/Organisation/Category?no-deld=1&orgId=0> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
41. Mccoy S, Hug B. *Danger zones and stepping stones: Young people's experiences of hidden homelessness*. Depaul UK; 2016.
42. Casey S. Snakes and ladders: Women's pathways into and out of homelessness. *Compet Visions Ref Proc Natl Soc Policy Conf* 2001. 2002;(1995):75–90.
43. Gasparini A. *Comorbidity scores - Elixhauser comorbidity score*. The Comprehensive R Archive Network; 2020. Ar gael o: <https://cran.r-project.org/web/packages/comorbidity/vignettes/comorbidityscores.html> [Accessed July 2021]
44. Sefydliad Iechyd y Byd. *ICD-10 Version:2010*. 2010. Ar gael o: <https://icd.who.int/browse10/2010/en> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
45. Y Swyddfa Ystadegau Gwladol. *Population estimates for the UK, England and Wales, Scotland and Northern Ireland: Mid-2019*. 2020. Ar gael o: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/bulletins/annualmidyearpopulationestimates/mid2019estimates> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
46. NHS England. *National cost collection for the NHS*. 2020. Ar gael o: <https://www.england.nhs.uk/national-cost-collection/> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
47. Bennett T, Holloway K, Maguire M. Evaluation of the implementation of the substance misuse strategy for Wales. Llywodraeth Cymru; 2013. Ar gael o: <https://gov.wales/sites/default/files/statistics-and-research/2019-08/130610-evaluation-implementation-substance-misuse-strategy-en.pdf> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
48. Llywodraeth Cymru. *Profi Orlhain Diogelu*. 2020. Ar gael o: <https://llyw.cymru/profi-olrhain-diogelu.html> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
49. Sefydliad Iechyd y Byd. *COVID-19 coding in ICD-10*. 2020. Ar gael o: <https://www.who.int/classifications/icd/COVID-19-coding-icd10.pdf?ua=1> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
50. Waugh A, Clarke A, Knowles J, Rowley D. *Health and homelessness in Scotland*. 2018;163. Ar gael o: <https://www.gov.scot/Publications/2018/06/7974/0> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
51. Marshall L. *Emerging evidence on health inequalities and COVID-19*. Y Sefydliad Iechyd. 2020. Ar gael o: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/blogs/emerging-evidence-on-health-inequalities-and-covid-19-may-2020> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
52. Kushel MB, Perry S, Bangsberg D, Clark R, Moss AR. Emergency department use among the homeless and marginally housed: Results from a community-based study. *Am J Public Health*. 2002;92(5):778–84.
53. Clifford B, Wilson A, Harris P. Homelessness, health and the policy process: A literature review. *Health Policy* (New York). 2019;123(11):1125–32.
54. Rolfe S, Garnham L, Godwin J, Anderson I, Seaman P, Donaldson C. Housing as a social determinant of health and wellbeing: Developing an empirically-informed realist theoretical framework. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1–19.
55. Cynulliad Cenedlaethol Cymru. *Deddf Tai (Cymru)*. 2014. Ar gael o: <https://www.legislation.gov.uk/anaw/2014/7/contents/enacted/welsh> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
56. Harron K, Dibben C, Boyd J, Hjern A, Azimae M, Barreto ML, et al. Challenges in administrative data linkage for research. *Big Data Soc*. 2017;4(2):1–12.
57. Thomas I, Mackie P. *Exploratory analysis of education outcomes of children and young people living in homeless households*. 2020. Ar gael o: <https://gov.wales/sites/default/files/pdf-versions/2021/1/3/1610565006/exploratory-analysis-education-outcomes-children-and-young-people-living-homeless-households.pdf> [Darllenwyd ym mis Gorffennaf 2021]
58. Biederman D, Modarai F, Gamble J, Sloane R, Brown A, Wilson S, et al. Identifying patients experiencing homelessness in an electronic health record and assessing qualification for medical respite: A five-year retrospective review. *J Health Care Poor Underserved*. 2019;30(1):297–309.
59. Fitzpatrick S, Mackie P, Wood J. *Homelessness prevention in the UK policy briefing*. 2019;(July):1–6.

Atodiad 1: Categoriâu iechyd a chodau ICD-10 priodol

Dosbarthiad Iechyd ICD10	Codau ICD 10
Anaemia yn sgil colli gwaed	D50.0
Anaemia yn sgil diffyg haearn	D50.8, D50.9, D51.x - D53.x
Anhwylderau cylchrediad yr ysgyfaint	I26.x, I27.x, I28.0, I28.8, I28.9
Anhwylderau fasgwlaidd ymylol	I70.x, I71.x, I73.1, I73.8, I73.9, I77.1, I79.0, I79.2, K55.1, K55.8, K55.9, Z95.8, Z95.9
Anhwylderau hylif ac electrolytau	E22.2, E86.x, E87.x
Anhwylderau niwrolegol eraill	G10.x - G13.x, G20.x - G22.x, G25.4, G25.5, G31.2, G31.8, G31.9, G32.x, G35.x - G37.x, G40.x, G41.x, G93.1, G93.4, R47.0, R56.x
Arthritis gwynegol/clefydau fasgwlaidd collagen	L94.0, L94.1, L94.3, M05.x, M06.x, M08.x, M12.0, M12.3, M30.x, M31.0 - M31.3, M32.x - M35.x, M45.x, M46.1, M46.8, M46.9
Arhythmia'r galon	I44.1 - I44.3, I45.6, I45.9, I47.x - I49.x, R00.0, R00.1, R00.8, T82.1, Z45.0, Z95.0
Camddefnyddio alcohol/dibyniaeth ar alcohol	F10, E52, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0, K70.3, K70.9, T51.x, Z50.2, Z71.4, Z72.1
Camddefnyddio cyffuriau/dibyniaeth ar gyffuriau	F11.x - F16.x, F18.x, F19.x, Z71.5, Z72.2
Canser metastatig	C77.x - C80.x
Ceulopathi	D65 - D68.x, D69.1, D69.3 - D69.6
Clefyd cronig yr ysgyfaint	I27.8, I27.9, J40.x - J47.x, J60.x - J67.x, J68.4, J70.1, J70.3
Clefyd falfaidd	A52.0, I05.x - I08.x, I09.1, I09.8, I34.x - I39.x, Q23.0 - Q23.3, Z95.2 - Z95.4
Clefyd wlser peptig, ac eithrio gwaedu	K25.7, K25.9, K26.7, K26.9, K27.7, K27.9, K28.7, K28.9
Clefyd yr afu/iau	B18.x, I85.x, I86.4, I98.2, K70.x, K71.1, K71.3 - K71.5, K71.7, K72.x - K74.x, K76.0, K76.2 - K76.9, Z94.4
Colli pwysau	E40.x - E46.x, R63.4, R64
Diabetes (cyfun anghymhleth a chymhleth)	E10.0, E10.1, E10.9, E11.0, E11.1, E11.9, E12.0, E12.1, E12.9, E13.0, E13.1, E13.9, E14.0, E14.1, E14.9, E10.2 - E10.8, E11.2 - E11.8, E12.2 - E12.8, E13.2 - E13.8, E14.2 - E14.8
Diffyg gorlenwad y galon	I09.9, I11.0, I13.0, I13.2, I25.5, I42.0, I42.5 - I42.9, I43.x, I50.x, P29.0
Gorbwysedd (cyfun anghymhleth a chymhleth)	I10.x, I11.x - I13.x, I15.x, I11.x - I13.x, I15.x
Gordewdra	E66.x
Iselder	F20.4, F31.3 - F31.5, F32.x, F33.x, F34.1, F41.2, F43.2
Isthyroidedd	E00.x - E03.x, E89.0
Lymffoma	C81.x - C85.x, C88.x, C96.x, C90.0, C90.2
Methiant arenol	I12.0, I13.1, N18.x, N19.x, N25.0, Z49.0 - Z49.2, Z94.0, Z99.2
Parlys	G04.1, G11.4, G80.1, G80.2, G81.x, G82.x, G83.0 - G83.4, G83.9
Seicosis	F20.x, F22.x - F25.x, F28.x, F29.x, F30.2, F31.2, F31.5
Tiwmor solet heb fetastasis	C00.x - C26.x, C30.x - C34.x, C37.x - C41.x, C43.x, C45.x - C58.x, C60.x - C76.x, C97.x

Atodiad 2: Nodweddion demograffig y grwpiau astudio a chymharu

		Profiad personol (n= 15,472)		Grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol (n= 15,472)	
Benywaidd	16-24	1044	6.7%	830	5.4%
	25-34	1322	8.5%	1217	7.9%
	35-44	1027	6.6%	1162	7.5%
	45-54	639	4.1%	1186	7.7%
	55-64	328	2.1%	1020	6.6%
	65-74	259	1.7%	843	5.4%
	75+	244	1.6%	1539	9.9%
Gwrywaidd	16-24	1680	10.9%	760	4.9%
	25-34	3061	19.8%	1122	7.3%
	35-44	2712	17.5%	1193	7.7%
	45-54	1770	11.4%	1193	7.7%
	55-64	752	4.9%	981	6.3%
	65-74	416	2.7%	877	5.7%
	75+	218	1.4%	1549	10.0%

Atodiad 3: Nifer yr achosion o gyflyrau iechyd hirdymor yn y grwpiau astudio a chymharu

Cyflwr iechyd hirdymor	Profiad personol o ddigartrefedd (n= 15,472)		Grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol (n= 15,472)	
	Cyfrif bras	%	Cyfrif bras	%
Anaemia yn sgil colli gwaed	7	0.0%	0	0.0%
Anaemia yn sgil diffyg haearn	206	1.3%	102	0.7%
Anhwylderau cylchrediad yr ysgyfaint	97	0.6%	30	0.2%
Anhwylderau hylif ac electrolytau	500	3.2%	126	0.8%
Anhwylderau niwrolegol eraill	787	5.1%	123	0.8%
Arhythmia'r galon	552	3.6%	315	2.0%
Arthritis gwynegol	202	1.3%	148	1.0%
Canser metastatig	94	0.6%	96	0.6%
Ceulopathi	90	0.6%	30	0.2%
Clefyd cronig yr ysgyfaint	1456	9.4%	485	3.1%
Clefyd falfaidd	204	1.3%	123	0.8%
Clefyd fasgwlaidd ymylol	137	0.9%	73	0.5%
Clefyd wlser peptig	71	0.5%	19	0.1%
Clefyd yr afu/iau	774	5.0%	61	0.4%
Colli pwysau	215	1.4%	60	0.4%
Diabetes anghymhleth	573	3.7%	283	1.8%
Diabetes cymhleth	114	0.7%	43	0.3%
Dibyniaeth ar alcohol	2551	16.5%	84	0.5%
Dibyniaeth ar gyffuriau	1710	11.1%	66	0.4%
Diffyg gorlenwad y galon	227	1.5%	133	0.9%
Gorbwysedd anghymhleth	964	6.2%	690	4.5%
Gorbwysedd cymhleth	12	0.1%	18	0.1%
Gordewdra	184	1.2%	73	0.5%
Iselder	2275	14.7%	233	1.5%
Isthyroidedd	204	1.3%	151	1.0%
Lymffoma	67	0.4%	57	0.4%
Methiant arenol	175	1.1%	113	0.7%
Seicosis	532	3.4%	42	0.3%
Tiwmor solet heb fetastasis	335	2.2%	299	1.9%

Atodiad 4: Y defnydd o ofal iechyd fesul 100,000 o'r boblogaeth yn y grwpiau astudio a chymharu, wedi'u safoni yn ôl oedran, lonawr i Orffennaf 2020 o'i gymharu â lonawr i Orffennaf 2019

		2019	2020	2020 yn erbyn 2019
Claf allanol	Poblogaeth gyffredinol	400.4	248.8	-37.9%
	Profiad personol	815.3	530.1	-35.0%
	Digartref		781.0	
Adran Damweiniau ac Achosion Brys	Poblogaeth gyffredinol	101.2	82.8	-18.2%
	Profiad personol	746.4	562.2	-24.7%
	Digartref		1551.8	
Derbyniadau wedi'u trefnu	Poblogaeth gyffredinol	71.1	44.7	-37.1%
	Profiad personol	114.3	72.0	-37.0%
	Digartref		78.0	
Derbyniadau brys	Poblogaeth gyffredinol	42.5	38.8	-8.7%
	Profiad personol	381.2	263.7	-30.8%
	Digartref		791.9	

Atodiad 5: Canlyniadau iechyd COVID-19 i unigolion a oedd yn ddigartref yn ystod y pandemig a grŵp cymharu'r boblogaeth gyffredinol

	Derbyniadau'n gysylltiedig â COVID-19		Marwolaethau'n gysylltiedig â COVID-19		Achos cadarnhaol	
	Cyfrif bras	fesul 1,000	Cyfrif bras	fesul 1,000	Cyfrif bras	fesul 1,000
Digartref (n=1,171)	16	9	5	3	54	31
Poblogaeth gyffredinol (n= 15,472)	11	1	9	1	340	22



GIG
CYMRU
NHS
WALES

Iechyd Cyhoeddus
Cymru
Public Health
Wales
Ymchwil a Gwerthuso

Is-adran Ymchwil a Gwerthuso
Y Gyfarwyddiaeth Wybodaeth
Iechyd Cyhoeddus Cymru
Rhif 2 Capital Quarter
Stryd Tyndall
Caerdydd
CF10 4BZ

Ffôn: +44 (0)29 2022 7744

E-bost: ICC.Ymchwil@wales.nhs.uk

 @IechydCyhoeddus @PHREWales

 /IechydCyhoeddusCymru

icc.gig.cymru