

Astudiaeth Ansoddol o Gamddefnyddio a Dargyfeirio Meddyginiaeth Presgripsiwn yn Unig a Meddyginiaeth Dros y Cownter

Dr Tom May
Yr Athro Katy Holloway
Dr Marian Buhociu
Megan Huggett
Canolfan Troseddeg
Prifysgol De Cymru
Pontypridd
CF37 1DL

Ffôn: 01443 483586
E-bost: katy.holloway@southwales.ac.uk

Dr Rhian Hills
Uwch Reolwr Polisi - Camddefnyddio Sylweddau,
Llywodraeth Cymru
Merthyr Tudful, CF48 1UZ
Y Deyrnas Unedig
Ffôn: 03000 603300
E-bost: rhian.hills@llyw.cymru

Cyflwynwyd i Lywodraeth Cymru Rhagfyr 2019

Cynnwys

Cydnabyddiaeth	Tudalen 5
1.0 Cyflwyniad	Tudalen 6
1.1 Cefndir	Tudalen 6
1.2 Mynychder NMPDU ymhlith y boblogaeth gyffredinol	Tudalen 7
1.3 Mynychder NMPDU ymhlith pobl sy'n defnyddio opioidau	Tudalen 8
1.4 Niwed ac ymatebion i NMPDU	Tudalen 8
1.5 Trosolwg o'r Adroddiad	Tudalen 9
2.0 Adolygiad o Lenyddiaeth	Tudalen 11
2.1 Dulliau	Tudalen 11
2.2 Codio thematig a chrynodeb o'r prif bwyntiau	Tudalen 13
2.3 Cymhellion – Cymhellion Hamdden	Tudalen 13
2.4 Hunanfeddyginiaethu	Tudalen 13
2.5 Problemau Camddefnyddio Sylweddau neu Seiciatrig cyfredol	Tudalen 14
2.6 Sylw/Graddau	Tudalen 14
2.7 Arferion Presgripsiynu Amhriodol	Tudalen 15
2.8 Diffyg Gofal/Monitro	Tudalen 15
2.9 Siopa am Feddyg/Ffugio Presgripsiynau	Tudalen 15
2.10 Cyfoedion/Teulu	Tudalen 16
2.11 Crynodeb	Tudalen 16
3.0 Dulliau	Tudalen 17
3.1 Nodau ac Amcanion	Tudalen 17
3.2 Cynllun a Strategaeth Ymchwil	Tudalen 19
3.3 Dulliau Ymchwil	Tudalen 19
3.4 Astudiaeth Cyfweliad	Tudalen 19
3.5 Arolwg ar-lein	Tudalen 20
3.6 Materion Moesegol	Tudalen 21
3.7 Dulliau Dadansoddi	Tudalen 21
3.8 Astudiaeth Cyfweliad	Tudalen 21
3.9 Data'r Arolwg	Tudalen 22
3.10 Nodweddion y Sampl	Tudalen 23
3.11 Sampl Cyfweliadau	Tudalen 23
3.12 Sampl yr Arolwg	Tudalen 23

3.13 Crynodeb	Tudalen 28
4.0 Canlyniadau – Astudiaeth Cyfweiliad Ansoddol	Tudalen 29
4.1 Ffynonellau Meddyginiaeth Presgripsiwn ar gyfer Defnydd Anfeddygol	Tudalen 29
4.2 Llwybr Meddygol	Tudalen 29
4.3 Llwybr Cymdeithasol	Tudalen 31
4.4 Patrymau NMPDU	Tudalen 31
4.5 Cymhellion ar gyfer NMPDU	Tudalen 33
4.6 Dulliau Dargyfeirio	Tudalen 36
4.7 Cymhellion dros Ddargyfeirio	Tudalen 38
4.8 Meddyginiaeth dros y Cownter	Tudalen 40
4.9 Crynodeb	Tudalen 43
5.0 Canlyniadau – Arolwg Holiadur Ar-lein	Tudalen 44
5.1 Camddefnyddio OST	Tudalen 44
5.2 Mathau o Gamddefnydd	Tudalen 45
5.3 Rhesymau dros Gamddefnyddio	Tudalen 47
5.4 Risgiau Camddefnyddio	Tudalen 50
5.5 Lleihau Camddefnydd	Tudalen 51
5.6 Crynodeb	Tudalen 52
6.0 Dargyfeirio meddyginiaeth OST	Tudalen 53
6.1 Dulliau Dargyfeirio	Tudalen 54
6.2 Cymhellion ar gyfer Dargyfeirio	Tudalen 57
6.3 Risgiau Dargyfeirio	Tudalen 59
6.4 Lleihau Dargyfeirio	Tudalen 61
6.5 Materion Eraill yn Ymwneud â Chamddefnyddio a Dargyfeirio	Tudalen 65
6.6 Crynodeb	Tudalen 68
7.0 Trafodaeth	Tudalen 69
8.0 Casgliadau ac Argymhellion	Tudalen 74
8.1 Argymhellion	Tudalen 75
8.2 Argymhellion ar gyfer Polisi Clinigol	Tudalen 75
8.3 Lleihau Niwed	Tudalen 76
9.0 Cyfeiriadau	Tudalen 78
10.0 Atodiad	Tudalen 85
10.1 Atodiad A	Tudalen 85

10.2 Defnyddio dan Oruchwyliaeth	Tudalen 85
10.3 Pryd a Sut i Ddefnyddio Defnyddio dan Oruchwyliaeth	Tudalen 85
10.4 Rhoi'r Gorau i Oruchwyllo	Tudalen 88
10.5 Problemau gyda Defnyddio dan Oruchwyliaeth	Tudalen 89
10.6 Cymwyseddau ar gyfer Defnyddio dan Oruchwyliaeth	Tudalen 90
10.7 Atodiad B – Tabl Chwilio Llenyddiaeth Cychwynnol	Tudalen 92

Cydnabyddiaeth

Hoffai Prifysgol De Cymru ddiolch yn fawr iawn i'r holl bobl a roddodd o'u hamser i siarad â ni am eu profiadau personol o gamddefnyddio a dargyfeirio meddyginiaeth presgripsiwn yn unig a meddyginiaeth dros y cownter. Rydym yn gwerthfawrogi bod trafod y materion hyn yn gallu bod yn anodd ac rydym yn ddyledus iddynt am eu gonestrwydd.

Rydym yn ddiolchgar iawn hefyd i'r rheini sydd â'r profiad proffesiynol o gomisiynu, rheoli neu ddarparu triniaeth gyfnewid opioid am roi o'u hamser i gwblhau ein harolwg ar-lein braidd yn hir mewn cymaint o fanylder. Heb fewnbwn y rhai a gyfwelwyd a'r ymatebwyr i'r arolwg, ni fyddem wedi gallu dysgu'r gwersi gwerthfawr a wnaethom.

Estynnir diolch arbennig i Dr Julia Lewis am ei chymorth wrth gynllunio'r arolwg ac i Elwyn Thomas am helpu i ledaenu'r arolwg yn eang ledled Cymru.

1.0 Cyflwyniad

Mae'r adroddiad hwn yn cyflwyno canlyniadau astudiaeth a ymchwiliodd i gamddefnyddio a dargyfeirio meddyginiaeth presgripsiwn yn unig a meddyginiaeth dros y cownter (POM/OTC) ymhlith pobl sy'n defnyddio cyffuriau anghyfreithlon. Cynhaliwyd yr astudiaeth gan dîm o ymchwilyr o Brifysgol De Cymru mewn cydweithrediad â Dr Rhian Hills o Gangen Polisi Camddefnyddio Sylweddau yn Llywodraeth Cymru. Cynhaliwyd yr ymchwil ledled Cymru ac roedd yn seiliedig ar gyfweiliadau ansoddol gyda sampl o bobl a oedd wedi cael profiad byw o gamddefnyddio cyffuriau presgripsiwn, ac roedd hefyd yn cynnwys arolwg holiadur ar-lein a gwblhawyd gan weithwyr proffesiynol sy'n gweithio ym maes camddefnyddio sylweddau.

Prif nod yr astudiaeth oedd nodi achosion, patrymau a chanlyniadau camddefnyddio a dargyfeirio POM/OTC ymhlith pobl â hanes o ddefnyddio cyffuriau'n anghyfreithlon.

At ddiben y ddogfen hon mewn perthynas â defnydd o POM/OTC, rydym wedi defnyddio'r term defnydd anfeddygol o gyffuriau presgripsiwn a'i acronym cysylltiedig (NMPDU) i gyfeirio at gamddefnyddio meddyginiaeth ar bresgripsiwn yn unig. Mae diffiniadau o'r termau allweddol i'w gweld isod ac yn cael eu dilyn gan wybodaeth am fynychder NMPDU ymysg y boblogaeth gyffredinol a phobl sy'n defnyddio cyffuriau.

Dilynir hyn wedyn gan drosolwg cryno o'r niwed posibl sy'n gysylltiedig â'r ymddygiad hwn a'r ymatebion a ddefnyddir yn aml i geisio gwrthwneud hyn. Mae'r astudiaeth yn gorffen gyda chrynodebau pennod cryno i roi trosolwg o strwythur a chynnwys yr adroddiad i ddarllenwyr.

Cefndir

Fel arfer mae'r defnydd anfeddygol o gyffuriau presgripsiwn (NMPDU) yn golygu cymryd meddyginiaeth presgripsiwn yn unig heb bresgripsiwn meddyg, neu mewn ffordd nad yw'n cyd-fynd â chanllawiau presgripsiwn (Bennett, Holloway, a May, 2018; Cicero ac Ellis, 2017; Hulme, Bright, a Nielsen, 2018). Gallai hyn gynnwys cymryd meddyginiaeth ar ddos uwch neu'n amlach, ei ddefnyddio am gyfnod estynedig, newid llwybrau gweinyddu, a/neu ddefnyddio meddyginiaethau eraill neu

sylweddau anghyfreithlon yr un pryd neu'n olynol (Lankenau et al., 2012; Schepis, 2018).

Mae meddyginiaethau lle gwelir NMPDU yn cynnwys opioïdau presgripsiwn (e.e. methadon, buprenorffin, ocsycodon, tramadol) (Allen a Harocopos, 2016; Dertadian, Iversen, Dixon, Sotiropoulos, a Maher, 2017; Inciardi, Surratt, Cicero, a Beard, 2009), bensodiasepinau (e.e. alprazolam, diazepam), (Mateu-Gelabert et al., 2017; Weaver, 2015) a chyffuriau presgripsiwn adfywiol (e.e. amffetaminau, methylffenedid) (McCabe, Veliz, Wilens, a Schulenberg, 2017; Weyandt et al., 2016). Yn aml mae cymhellion dros NMPDU yn ymwneud â hunanfeddyginiaethu (Bennett a Holloway, 2017; Rigg ac Ibanez, 2010), i ymestyn dwyster a hyd sylweddau eraill (Jones, Mogali, a Comer, 2012; Silva, Kecojevic, a Lankenau, 2013) neu i leddfu difrifoldeb symptomau diddyfnu neu effeithiau andwyol sylweddau eraill. (Chen et al., 2011; Mateu-Gelabert et al., 2017)

Mynychder NMPDU ymhlith y boblogaeth gyffredinol

Mae rhywfaint o dystiolaeth i awgrymu bod NMPDU bellach yn fwy na'r defnydd o'r rhan fwyaf o gyffuriau anghyfreithlon mewn rhai gwledydd (UNODC, 2019). Er enghraifft, ymhlith y boblogaeth gyffredinol yn yr Unol Daleithiau, dim ond defnydd anghyfreithlon o ganabis sy'n uwch na defnydd anfeddygol o boenladdwyr a thawelyddion presgripsiwn, gyda 3.3 a 2.0 miliwn o bobl 12 oed neu hŷn yn eu defnyddio'n anfeddygol ar hyn o bryd (SAMHSA, 2017). Yng Nghymru a Lloegr, dywedodd 6.4% o oedolion 16 i 59 oed (tua 2.2 miliwn o bobl) eu bod wedi defnyddio poenladdwyr presgripsiwn nad oeddent wedi'u cael ar bresgripsiwn yn ystod y flwyddyn ddiwethaf (Y Swyddfa Gartref, 2019).

Mae'r tueddiadau hyn yn destun pryder oherwydd y canlyniadau iechyd a chymdeithasol anfwriadol sy'n aml yn gysylltiedig â'r arfer, gan gynnwys goddefiant cyflym, dibyniaeth a gorddos angheuol a heb fod yn angheuol, yn enwedig pan y'u defnyddir ar y cyd â sylweddau eraill (Hulme et al., 2018; Lyndon et al., 2017; Macleod et al., 2019; Mateu-Gelabert et al., 2017; Schepis, 2018). Yn wir, mae cyfraddau marwolaethau sy'n gysylltiedig â meddyginiaeth bresgripsiwn a ddefnyddiwyd naill ai ar ei phen ei hun neu gydag amryw o gyffuriau eraill wedi cynyddu dros y degawd diwethaf yn Awstralia, Canada, yr Unol Daleithiau a'r

Deyrnas Unedig (Bennett et al., 2018; Hulme et al., 2018). Yng Nghymru a Lloegr, cafwyd cynnydd amlwg mewn marwolaethau sy'n gysylltiedig â chyffuriau o ran opioidau presgripsiwn, bensodiasepinau, gwrthiselyddion a gabapentinoidau (ONS, 2019). O ystyried y niwed iechyd a chymdeithasol posibl sy'n gysylltiedig â'r arfer, mae NMPDU bellach yn broblem iechyd cyhoeddus bwysig ledled y byd (ACMD, 2016; EMCDDA, 2018; UNODC, 2019).

Mynychder NMPDU ymhlith pobl sy'n defnyddio opioidau

Mae NMPDU yn arbennig o gyffredin ymhlith pobl sy'n defnyddio opioidau anghyfreithlon (Jones et al., 2012; Lyndon et al., 2017). Er enghraifft, canfu data ar y rhai sy'n derbyn triniaethau arbenigol ym maes cyffuriau yn Ewrop fod 12% o'r rhai y cofnodwyd bod ganddynt broblemau'n ymwneud ag opioidau broblem eilaidd gyda bensodiasepinau hefyd (EMCDDA, 2018)¹. Mae ffigurau uwch ar gyfer defnydd cydredol o bensodiasepinau ymhlith unigolion sy'n derbyn methadon wedi'u canfod mewn mannau eraill, yn amrywio o 39.8% yn yr Unol Daleithiau (Chen et al. (2011) i 70% yn yr Almaen (Specka, Bonnet, Heilmann, Schifano, a Scherbaum, 2011). Yn yr un modd canfuwyd cyfraddau mynychder uchel ymhlith unigolion sy'n derbyn buprenorffin (46%) (Lavie, Fatséas, Denis, ac Auriacombe, 2009), tra bod Darke a chydweithwyr wedi nodi defnydd anfeddygol o bensodiasepinau ochr yn ochr â heroin yn gyson (Darke a Hall, 1995; Darke et al., 2010; Ross a Darke, 2000); mewn un astudiaeth, cofnododd 2 o bob 3 o bobl a oedd yn chwistrellu heroin ddefnydd o bensodiasepin anfeddygol yn ystod y flwyddyn ddiwethaf (Ross a Darke, 2000).

Niwed ac ymatebion i NMPDU

Mae NMPDU yn broblem fawr ymhlith y boblogaeth hon gan fod meddyginiaethau fel bensodiasepinau a gabapentinoids yn gallu dwysáu effeithiau niweidiol opioidau - gan gynnwys iselder resbiradol - gan gynyddu tebygolrwydd gorddos a marwolaeth yn sgil hynny (Jones et al., 2012; Lyndon et al., 2017; Macleod et al., 2019) . Mewn llawer o wledydd Ewropeaidd, mae bensodiasepinau yn gysylltiedig yn aml â marwolaethau gorddos a briodolir i ddefnyddio opioidau (EMCDDA, 2019), tra bod

¹ Ffigur yn seiliedig ar ddata triniaeth o 22 o wledydd yr UE (Awstria, Gwlad Belg, Cyprus, Y Weriniaeth Tsiec, Denmarc, Y Ffindir, Ffrainc, Gwlad Groeg, Iwerddon, Yr Eidal, Lwcsembwrg, Malta, Yr Iseldiroedd, Gwlad Pwyl, Portiwgal, Rwmania, Slofacia, Slofenia, Sbaen, Sweden, Twrci, Y Deyrnas Unedig). Caiff y ffigur ei ystyried yn amcangyfrif rhy isel gan nad yw problemau gyda chyffuriau eilaidd yn cael eu cofnodi na'u hadrodd bob amser (EMCDDA, 2018).

opioidau yn gysylltiedig â 79% o farwolaethau gabapentinoid yng Nghymru a Lloegr rhwng 2004 a 2015 (Lyndon et al., 2017) .

Mae'r niwed sy'n gysylltiedig â NMPDU yn un dylanwad ar reoliadau meddyginiaethau presgripsiwn cyfredol ledled y byd (Harris a Rhodes, 2013; Mateu-Gelabert et al., 2017; McNeil et al., 2015). Cymryd meddyginiaethau therapi cyfnewid opioidau (OST) (methadon, Subutex, Espranor) o dan oruchwyliaeth fferylllydd neu weithiwr gofal iechyd proffesiynol yw'r arfer gorau a argymhellir o hyd ar gyfer lleihau'r defnydd anfeddygol o'r meddyginiaethau hyn (Strang, Hall, Hickman, a Bird, 2010)². Mae rhaglenni monitro cyffuriau presgripsiwn (PDMPs) wedi'u cyflwyno yn yr Unol Daleithiau hefyd i gasglu, dadansoddi a monitro arferion ymarferwyr a chleifion er mwyn canfod achosion amhriodol neu anghyfreithlon o bresgripsiynu meddyginiaethau (Pardo, 2017). Yng Nghymru a Lloegr, mae'r Cyngor Cynghorol ar Gamddefnyddio Cyffuriau (ACMD) (2016) wedi argymhell y dylai practisau meddygol sefydlu systemau casglu data i nodi cleifion sydd, neu yr amheuir eu bod, yn ddibynol ar gyffuriau presgripsiwn, a bu galwadau'n ddiweddar ar feddygon i osgoi cyd-bresgripsiynu bensodiasepinau i gleifion sy'n ddibynol ar opioidau oherwydd y risg uwch o farwolaeth yn sgil gorddos (Macleod et al., 2019).

Trosolwg o'r adroddiad

Yn y bennod gyntaf hon (1.0) rydym wedi darparu gwybodaeth gyffredinol am nodau'r astudiaeth yn ogystal â gwybodaeth gefndir i roi'r ymchwil yn ei chyd-destun.

Yn yr ail bennod sy'n dilyn (2.0), cyflwynwn asesiad tystiolaeth cyflym o'r llenyddiaeth ar gamddefnyddio cyffuriau presgripsiwn i ddangos y sefyllfa gyfredol o ran gwybodaeth am y pwnc.

Mae Pennod 3.0 yn rhoi gwybodaeth am gynllun yr astudiaeth, ei strategaeth a'r dulliau casglu data a ddefnyddiwyd i gasglu data. Mae'r bennod hon yn darparu trosolwg o'r dulliau dadansoddi hefyd yn ogystal â gwybodaeth am nodweddion y samplau a recriwtiwyd.

² Fodd bynnag, gellir llacio'r angen am ddefnydd o dan oruchwyliaeth, os bydd unigolion sy'n derbyn OST yn dangos cynnydd clinigol, gan gynnwys cydymffurfio â chynlluniau triniaeth a gofal adfer, newidiadau mewn ymddygiad cymryd cyffuriau (e.e. rhoi'r gorau i chwistrellu) ac ymatal (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Gweithgor Arbenigol Annibynnol, 2017).

Pennod 4.0 yw'r gyntaf o'r penodau canlyniadau, sy'n canolbwyntio ar ganfyddiadau o'r cyfweiliadau a gynhaliwyd gyda phobl â phrofiad byw o NMPDU.

Dilynir hyn gan yr ail bennod canlyniadau (pennod 5.0 sy'n cyflwyno canfyddiadau o'r arolwg holiadur ar-lein o weithwyr proffesiynol sydd â phrofiad o gomisiynu, rheoli neu ddarparu OST yng Nghymru).

Pennod 6.0 yw'r bennod drafod lle'r ydym yn myfyrion ar y ddwy set o ganfyddiadau yng ngoleuni'r llenyddiaeth a adolygwyd ym Mhennod 2.0.

Mae'r adroddiad yn diweddu gyda phennod olaf (7.0) lle'r ydym yn crynhoi'r prif bwyntiau ac yn gwneud cyfres o argymhellion ar gyfer polisi (Pennod 8.0), ymarfer ac ymchwil yn y dyfodol.

Ac yna Pennod 9.0 ar gyfer yr holl gyfeiriadau gan gynnwys Pennod 10.0 fel Atodiad A.

2.0 Adolygiad o lenyddiaeth

Yn y bennod hon rydym yn cyflwyno canfyddiadau o adolygiad tystiolaeth cyflym o'r llenyddiaeth ar NMPDU. Ein nod yw rhoi crynodeb i ddarllenwyr o'r sefyllfa bresennol o ran gwybodaeth am NMPDU. Mae'r bennod yn dechrau gyda manylion y dulliau adolygu systematig a ddefnyddiwyd i nodi astudiaethau perthnasol ac yna'n symud ymlaen i drafod y canfyddiadau, sydd wedi'u grwpio mewn themâu allweddol.

Dulliau

Cynhaliwyd yr adolygiad tystiolaeth cyflym i nodi cyhoeddiadau'n ymwneud â chamddefnyddio meddyginiaeth presgripsiwn. I'r perwyl hwn, cynhaliwyd chwiliadau o un gronfa ddata lyfryddol, ASSIA. Y term chwilio a ddefnyddiwyd ar gyfer chwiliadau'r gronfa ddata oedd:

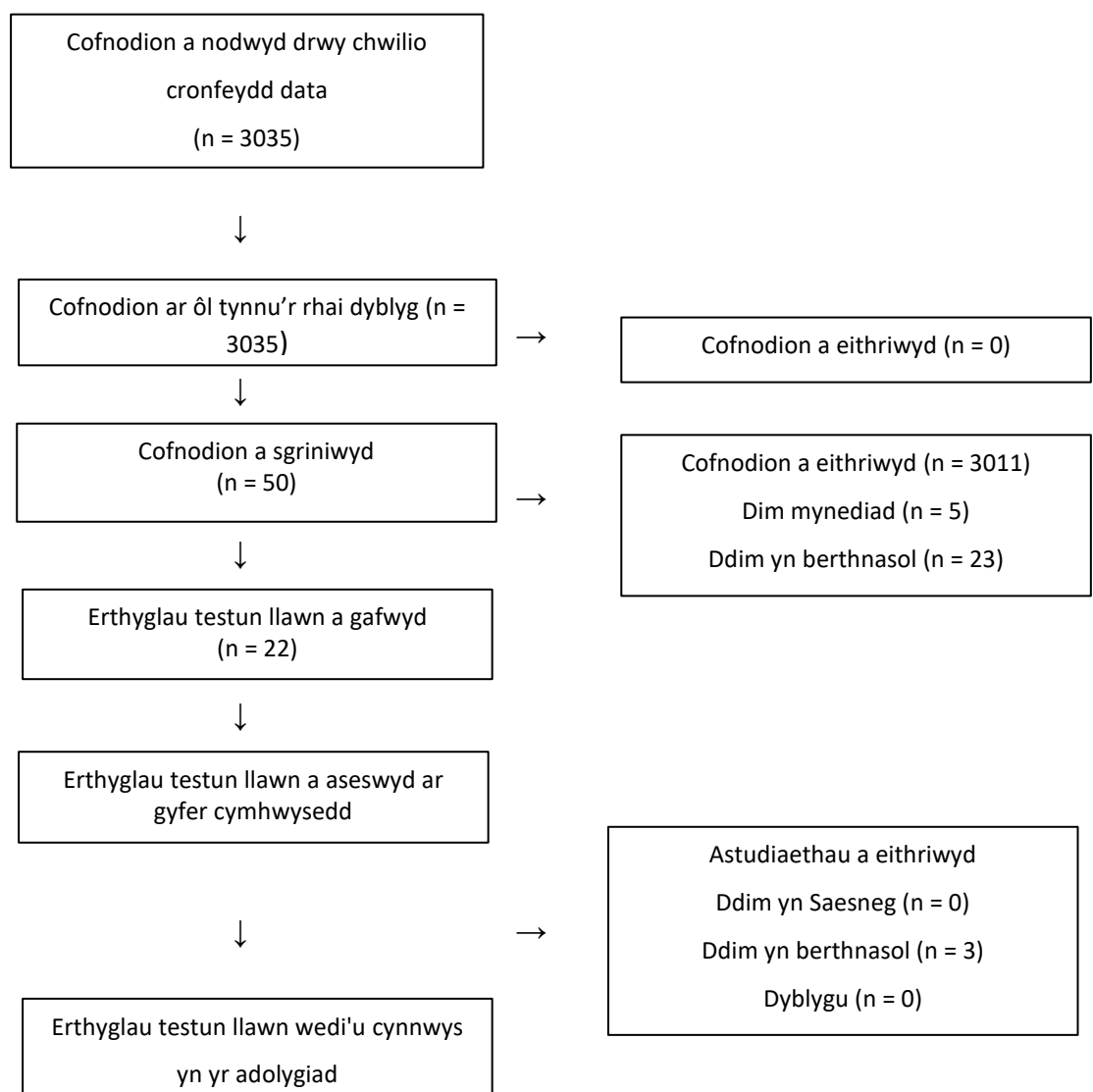
ti (meddyginiaeth presgripsiwn yn unig) A ti (camddefnyddio NEU ddargyfeirio*)

Er mwyn bod yn gymwys i'w dewis, roedd yn rhaid i'r astudiaeth gyflwyno canlyniadau astudiaeth a oedd yn cynnal: (1) ffocws ar feddyginiaeth bresgripsiwn, a (2) canolbwyntio ar gamddefnyddio'r feddyginiaeth bresgripsiwn hon mewn rhyw ffordd.

Cynhyrchodd y chwiliad cychwynnol o'r data gyfanswm o 3036 o astudiaethau. Yn seiliedig ar faint y chwiliad hwn, penderfynwyd y byddai'r sgrinio cychwynnol yn canolbwyntio ar yr 50 astudiaeth fwyaf perthnasol yn ôl teitlau, a fyddai wedyn yn cael ei ategu gan chwiliadau Google Scholar yn defnyddio'r un algorithm chwilio. Adolygwyd teitlau a chrynodebau'r astudiaethau hyn wedyn a chafwyd gafael ar y cyhoeddiadau llawn pan oedd yn ymddangos eu bod yn cyfateb i'n diddordeb ymchwil. Yna darllenwyd y papurau o'r chwiliad cronfa ddata a'r cyfeiriadau o'r papurau cyhoeddedig a chafodd y rhai a oedd yn bodloni ein meini prawf dethol eu cynnwys yn yr adolygiad.

Ar ôl eithrio pum astudiaeth (oherwydd nad oeddynt yn hygyrch) o'r 50 o astudiaethau mwyaf perthnasol, sgriniwyd 45 o astudiaethau yn seiliedig ar eu teitl a'u crynodeb i bennu a ydynt yn cyd-fynd â'r meini prawf ar gyfer cynnwys. Ar y pwynt hwn, cafodd 23 o astudiaethau eu heithrio oherwydd eu perthnasedd neu am nad oeddynt yn cynnwys yr holl feini prawf cynnwys. O hyn, archwiliwyd y cyhoeddiadau oedd yn weddill yn fwy trylwyr wedyn i benderfynu a oeddent yn addas i'w cynnwys. Yna cafodd tair astudiaeth arall eu heithrio oherwydd eu perthnasedd, sy'n golygu y barnwyd bod 19 astudiaeth yn gymwys i fodloni'r meini prawf. Ategwyd y chwiliadau hyn gan bedair astudiaeth berthnasol arall a ganfuwyd yn ystod chwiliadau Google Scholar. Isod, ceir yr eitemau adrodd a ffeirir ar gyfer adolygiadau systematig a siart llif meta-ddadansoddiadau (PRISMA) (Ffig. 1.) yn rhoi manylion y broses chwilio.

Ffigur 2: Siart llif PRISMA o astudiaethau a nodwyd drwy'r chwiliad llenyddiaeth systematig



Codio thematig a chrynodeb o'r prif bwyntiau

Roedd y prif themâu a ddeilliodd o'r chwiliadau'n ymwneud â'r ddwy thema ganlynol: (1) cymhellion a rhesymau dros gamddefnyddio POM, a (2) ffynonellau a dulliau o POM ar gyfer camddefnydd. Bydd y themâu hyn, ynghyd â'u his-themâu perthnasol, yn cael eu trafod yn eu tro isod.

Cymhellion/rhesymau dros gamddefnyddio

Cymhellion hamdden

Cafwyd bod cymhellion hamdden yn gymhelliad cyffredin i NMPDU. Ym mhob astudiaeth sy'n awgrymu hyn, canfuwyd bod NMPDU yn digwydd yn aml mewn ymdrechion i 'gael gwefr drwy gyffuriau', yn aml fel ffordd o gael gwared ar unrhyw ddiflastod y gallai'r unigolyn fod wedi'i deimlo cyn hynny (Alam a Barker, 2014; Carretta et al., 2018; Desantis et al., 2008; Green, 2017; Tete et al., 2005; Quintero, 2009; White et al, 2006). Roedd y rhan fwyaf o bapurau a oedd yn trafod NMPDU hamdden yn cynnwys samplau o fyfyrwyr, fodd bynnag (Desantis et al., 2008). Awgrymodd astudiaeth Quintero (2009) ar NMPDU hamdden ymhlith myfyrwyr coleg, er enghraifft, fod meddyginiaethau presgripsiwn yn cael eu defnyddio fel mater o drefn i brofi pleser a hwyluso gweithgareddau cymdeithasol-hamdden.

Hunanfeddyginiaethu

Mae corff bach o ymchwil wedi cydnabod hefyd sut mae NMPDU yn cael ei ddefnyddio i hunanfeddyginiaethu a lliniaru pryderon meddygol dilyn. (Harris a Rhodes, 2013; Koester, Anderson, a Hoffer, 1999; Mateu-Gelabert et al., 2017; Richert a Johnson, 2015). Er enghraifft, nododd Harris and Rhodes (2013) sut yr aethpwyd ati i bentyrru dosau o fethadon yn strategol i ddiogelu yn erbyn diddyfnu. Felly roedd methadon a ddargyfeiriwyd yn gweithredu fel 'strategaeth lleihau niwed cynhenid' a alluogodd gyfranogwyr i reoli eu defnydd o gyffuriau, osgoi diddyfnu a chryfhau perthynas gymdeithasol â defnyddwyr cyffuriau eraill (mae mwy o wybodaeth am hunanfeddyginiaethu i'w gweld ar dudalen 49).

Yn yr un modd, nododd Mateu-Gelabert et al. (2017) sut roedd y risgiau a oedd yn gysylltiedig â defnydd cydredol o bensodiasepin yn aml yn cael eu rhesymoli a'u gwrthbwysu gan y blaenoriaethau mwy uniongyrchol a brofwyd gan bobl sy'n defnyddio cyffuriau bob dydd. Roedd hyn yn cynnwys gwella effeithiau 'gwefr' yr

unigolyn neu reoli diddyfnu mewn sefyllfaoedd lle nad oedd opioidau ar gael. Yn olaf, archwiliodd Richert a Johnson (2015) y cymhellion ar gyfer y defnydd o fethadon a buprenorffin di-bresgripsiwn ymhlith pobl â dibyniaeth opioid. Canfuwyd bod hunandriniaeth gyda meddyginiaethau OST di-bresgripsiwn yn dechrau o ganlyniad i rwystrau i gael triniaeth OST gyfreithlon, gan gynnwys anawsterau wrth gael gafael ar driniaeth a pharhau gyda'r driniaeth ac amharodrwydd i gymryd rhan mewn OST oherwydd ofn stigma neu gamau disgyblu (er enghraifft, rhyddhau anwirfoddol). Arweiniodd y canfyddiadau at yr awduron yn argymhell ehangu darpariaeth OST i leihau'r galw anghyfreithlon am y sylweddau hyn.

Problemau camddefnyddio sylweddau neu seiciatrig cyfredol:

Ymhlith y papurau a oedd yn edrych ar boblogaethau sy'n debygol o gymryd rhan mewn NMPDU, nodwyd hanes o gamddefnyddio sylweddau neu anhwylderau seiciatrig yn aml (Allen et al., 2014; Carretta et al., 2018). Canfuwyd cysylltiadau rhwng y ddau yn aml mewn perthynas â phresgripsiynau opioid. Er enghraifft, awgrymodd Weigel et al (2007) fod cysylltiad cryf rhwng cyflyrau seiciatrig (yn cynnwys anhwylder iselder mawr), ymgeisiau i gyflawni hunanladdiad a cham-drin rhywiol yn ystod plentyndod a NMPDU. Ymhellach, adroddodd Bastiaens et al (2016) fod 26% o'u sampl o gleifion a oedd yn gaeth i opioidau yn cael gafael ar gabapentin mewn ffordd anghyfreithlon, yn ei orddefnyddio, neu'n ffugio salwch i'w gael.

Sylw/graddau:

Un o'r prif gymhellion a roddwyd ar gyfer NMPDU oedd gwella sylw a'r gallu i ganolbwyntio. Roedd hyn yn arbennig o wir am y rhai mewn sefyllfaoedd sy'n peri straen yn academiaidd (Desantis et al., 2008). Awgrymodd Teter et al (2005) fod myfyrwyr yn defnyddio cyffuriau presgripsiwn "i helpu i ganolbwyntio"; a oedd yn cyfrif am fwyaf y cymhellion a roddwyd yn eu sampl. Ymhellach, canfu Desantis et al (2008) fod 34% o fyfyrwyr yn adrodd am NMPDU o symbylyddion anhwylder diffyg canolbwyntio a gorfywiogrwydd (ADHD). Dywedodd y rhan fwyaf o gyfranogwyr eu bod wedi defnyddio symbylyddion ADHD i'w helpu mewn cyfnodau o straen academiaidd uchel, a'u bod wedi gallu lleihau blinder a chynyddu dealltwriaeth, diddordeb, gwybyddiaeth a chof yr un pryd.

Ffynonellau POM ar gyfer camddefnydd

Arferion presgripsiynu amhriodol

Canfuwyd mai arferion presgripsiynu amhriodol oedd un o brif ffynonellau meddyginiaethau NMPDU (Alam a Barker, 2014; Allen et al., 2014; Green, 2017; Ratycz et al., 2018; Schmidt et al., 2015; Worley, 2014). Canfu Mack et al (2015) fod 30% o bresgripsiynau opioid yn gorgyffwrdd â phresgripsiynau opioid eraill. O fewn y sampl, cafodd cleifion gyfartaledd o 6.3 o bresgripsiynau opioid, gyda hyd yn oed 40% o'r sampl hwn ag o leiaf un dangosydd o gamddefnydd posibl. Roedd yn amlwg hefyd bod diffyg gwybodaeth gan weithwyr gofal iechyd proffesiynol a'r boblogaeth gyffredinol mewn perthynas â meddyginiaeth ar bresgripsiwn, gan gynnwys beth sy'n cael ei ystyried yn arfer presgripsiynu priodol a sut i asesu a rheoli cleifion yn briodol (Green, 2017; Allen et al., 2014; Schmidt et al., 2015; Mayhew, 2010).

Diffyg gofal/monitro:

Yn debyg i'r uchod, awgrymodd astudiaethau fod diffyg monitro a gofal mewn llawer o leoliadau gofal iechyd ar gyfer pobl sy'n gwneud defnydd anfeddygol o gyffuriau presgripsiwn (NMPDU) (Mayauc, 2010). Awgrymir gwelliannau yn y maes hwn gan bron pob un o'r papurau a ddadansoddwyd (Alam a Barker, 2014; Carretta et al., 2018; Mack et al., 2015; Mayhew, 2010; Worley, 2014; Weigel et al., 2007). Felly, argymhellwyd y dylai gofal a monitro gyd-fynd â gwelliannau mewn gwybodaeth am bresgripsiynu. Roedd hyn yn cynnwys asesiadau poen/risg a mesurau dyletswydd gofal priodol (h.y. baneri coch camddefnyddio sylweddau, sylw llawn i ddiagnosis, a chynlluniau monitro wedi'u personoli) (Alam a Barker, 2014; Weigel et al., 2007; Worley, 2014).

Siopa am feddyg/ffugio presgripsiynau:

Roedd siopa am feddyg (cyfranogwyr yn gofyn am feddygon penodol sy'n fwy parod i roi meddyginiaeth iddynt) a ffugio presgripsiynau yn broblem fawr mewn lleoliadau gofal iechyd ac yn ffynhonnell gyson o feddyginiaeth ar gyfer NMPDU (Mayauc, 2010; Schmidt et al., 2015; Weigel et al., 2007; Worley, 2014). Roedd y papurau'n tueddu i ganolbwyntio ar siopa am feddyg a ffugio o safbwynt gofal iechyd, a'r ffyrdd y gallai ymarferwyr newid arferion er mwyn atal defnydd o'r fath rhag digwydd. Maent yn awgrymu bod angen defnyddio mwy o ofal mewn arferion presgripsiynu a mwy o

fonitro er mwyn lleihau neu atal y broblem hon (Mayauc, 2010; Schmidt et al., 2015; Weigel et al., 2007; Worley, 2014).

Cyfoedion/teulu:

Yn olaf, cyfeiriodd llawer o astudiaethau at gyfoedion ac aelodau o'r teulu fel ffynhonnell allweddol o feddyginiaethau ar gyfer defnydd anfeddygol (Desantis et al., 2008; White et al., 2006). Awgrymodd Rhoades et al (2014) fod chwarter y boblogaeth ieuenctid digartref wedi cael cyffuriau presgripsiwn am ddim gan gyfeillion a theuluoedd. Yn yr un modd, nododd Harris and Rhodes (2013) bod rhannu a rhoi methadon i leddfu diddyfniad cyfoedion yn arfer cyffredin ymhlith pobl sy'n defnyddio cyffuriau. Mae'r system o rannu meddyginiaeth presgripsiwn - y cyfeiriwyd ati fel 'economi foesol o rannu' (Bourgois, 1998; Bourgois a Schonberg, 2009) – yn seiliedig yn aml ar gysylltiad anhunanol a phendant rhwng cyfoedion: mae grwpiau cyfoed yn aml yn barod i rannu a chefnogi unrhyw berson arall sy'n cymryd rhan mewn NMPDU, ond mae disgwyl y bydd dwyochredd yn digwydd pe bai'r sawl sy'n rhannu mewn angen unrhyw bryd yn y dyfodol (Bourgois a Schonberg, 2009; Harris a Rhodes, 2013). Yn yr un modd, awgrymodd Alam a Barker (2014) fod 30% o'u sampl a gafodd feddyginiaeth yn gyfreithlon yn ei dargyfeirio i berson arall yn aml.

Crynodeb

Mae deall y defnydd a'r cymhellion dros NMPDU cydredol yn gam pwysig wrth greu atebion ymarferol i leihau niwed. Ac eto, er bod yr astudiaethau hyn wedi arwain at nifer o ganfyddiadau pwysig, mae mwy i'w ddysgu o hyd ar y pwnc hwn (Mateu-Gelabert et al., 2017). Mae gwaith ymchwil blaenorol wedi canolbwyntio ar y defnydd anfeddygol o feddyginiaethau unigol fel methadon (Harris a Rhodes, 2013) a bensodiasepinau (Mateu-Gelabert et al., 2017) ar y cyd ag opioidau, sy'n golygu nad yw'r gwahanol swyddogaethau a chymhellion ar gyfer defnydd anfeddygol o feddyginiaethau eraill yn cael eu deall cystal. Yn ogystal, mae llawer o'r gwaith ymchwil cyfredol ar NMPDU a'i berthynas â defnydd o opioidau wedi'i gynnal yn yr Unol Daleithiau (Koester et al., 1999; Mateu-Gelabert et al., 2017; Rigg ac Ibanez, 2010), gwlad lle mae rheoliadau a rheolaethau presgripsiynu lleol wedi cyfrannu at dueddiadau defnyddio cyffuriau presgripsiwn unigryw ymhlith ei phoblogaeth (Bennett et al., 2018). Yn unol â hynny, mae angen cynhyrchu gwaith ymchwil mwy

cyffredinol ar gymhellion i NMPDU ymhlith pobl sy'n defnyddio opioidau yn y DU, yn enwedig mewn lleoliadau carchar lle mae'n cael ei ystyried yn bryder mawr (Bi-Mohammed, Wright, Hearty, King, a Gavin, 2017).

I gloi, nod yr astudiaeth hon oedd ymchwilio'n ansoddol i'r cymhellion ar gyfer NMPDU, gan gynnwys ei botensial i leihau niwed a'i botensial therapiwtig, ymhlith pobl sy'n defnyddio opioidau yng Nghymru, y DU. Trwy ddeall y cymhellion gellir gwella triniaeth a darpariaeth gwasanaeth, gan gynnwys gwella mynediad i wasanaethau ac annog ymgysylltiad, a sefydlu ymyriadau lleihau niwed ar gyfer y boblogaeth hon.

3.0 Dulliau

Yn y bennod hon rydym yn disgrifio'r dulliau a ddefnyddiwyd i gynnal yr ymchwil. Dechreuwn gyda throsolwg o nodau ac amcanion yr astudiaeth yn ogystal â manylion y trefniadau ariannu a'r amserlenni dan sylw. Mae'r adran nesaf yn canolbwyntio ar gynllun yr ymchwil a'r strategaeth sy'n sail i'r ymchwil. Dilynir hyn gan ddisgrifiad o'r dewis o ddulliau casglu data a manylion am sut y cafodd y data ei gasglu a'i ddadansoddi'n ymarferol.

Yn y paragraff nesaf, cyflwynir manylion y prosesau cymeradwyo moesegol a gynhaliwyd ynghyd â chrynodeb byr o sut y glynwyd at yr egwyddorion moesegol allweddol. Mae'r bennod yn diweddu gydag adran lle cyflwynir nodweddion y ddwy sampl. Nod cyffredinol y bennod yw rhoi gwerthfawrogiad clir i ddarllenwyr o sut y cynhaliwyd yr ymchwil, pam y mabwysiadwyd y dull a ddewiswyd a'r math o bobl a gymerodd ran.

Nodau ac amcanion

Comisiynwyd yr ymchwil yn gynnar yn 2017 a'i hariannu gan Lywodraeth Cymru gyda chymorth ariannol ychwanegol gan Brifysgol De Cymru³. I ddechrau, y brîff oedd cynnal ymchwil ansoddol ar gamddefnyddio a dargyfeirio triniaeth gyfnewid

³ Cafwyd oedi sylweddol gyda dechrau'r ymchwil oherwydd yr angen i gael cymeradwyaeth foesegol y GIG i gynnwys cleifion y GIG. Cymerodd y broses o gael y gymeradwyaeth hon dros flwyddyn i'w thrafod. Golygodd yr oedi hwn, ynghyd â chyfnod pum mis o absenoldeb mamolaeth y rheolwr prosiect, na ddechreuodd y gwaith ymchwil yn llawn tan ymhell i 2018.

opioidau (OST), a nodwyd mewn adroddiad gan y Cyngor Ymgynghorol ar Gamddefnyddio Cyffuriau ar farwolaethau cysylltiedig â chyffuriau ac yng Nghynllun Cyflawni ar gyfer Camddefnyddio Sylweddau Llywodraeth Cymru 2016-18 fel maes i ymchwilio ymhellach iddo. Ychydig fisoedd yn ddiweddarach, cyhoeddodd Llywodraeth Cymru swm pellach o arian i ymestyn yr ymchwil i gynnwys camddefnyddio meddyginiaethau presgripsiwn yn unig a meddyginiaethau dros y cownter, a nodwyd hefyd yng Nghynllun Cyflawni 2016-18.

Roedd nodau gwreiddiol yr ymchwil yn weddol eang. Er eglurder, aeth y tîm ymchwil ati, ar y cyd â Llywodraeth Cymru, i gulhau'r nodau cyffredinol i'r amcanion allweddol canlynol:

- Ymchwilio i gymhellion camddefnyddio POM/OTC
- Archwilio patrymau camddefnyddio POM/OTC
- Ystyried canlyniadau camddefnyddio POM/OTC
- Ymchwilio i gymhellion dros ddargyfeirio POM (gan gynnwys OST)
- Archwilio patrymau dargyfeirio POM (gan gynnwys OST)
- Ystyried canlyniadau dargyfeirio POM (gan gynnwys OST)
- Cyflwyno adroddiad i Lywodraeth Cymru yn crynhoi canfyddiadau'r ymchwil

Fel y nodwyd yn y cyflwyniad, cytunwyd yn gynnar yn ystod cyfnod yr astudiaeth y byddai'r ymchwil yn cynnwys dwy sampl: (1) pobl â phrofiad byw o gamddefnyddio POM/OTC, a (2) pobl sy'n ymwneud â chomisiynu, rheoli neu ddarparu gwasanaethau camddefnyddio sylweddau. Cytunwyd hefyd y byddai'r samplau'n amrywio o ran ffocws yr ymchwil. Ar gyfer y rhai â phrofiad byw o gamddefnyddio POM/OTC, byddai'r ymchwil yn ymchwilio i gamddefnyddio amrywiaeth o feddyginiaethau presgripsiwn yn unig a meddyginiaethau dros y cownter, yn cynnwys triniaeth gyfnewid opioidau (OST). Fodd bynnag, i'r rhai sy'n gweithio fel gweithwyr proffesiynol yn y maes, byddai'r ymchwil yn canolbwyntio ar un math arbennig o feddyginiaeth presgripsiwn yn unig, sef, OST.

Ysgogwyd yr angen i ganolbwyntio'r ymchwil yn y ffordd hon gan gyfyngiadau ariannol yn bennaf. Roedd y cyllid ar gyfer y prosiect yn gyfyngedig ac mae cynnal, trawsgrifio a dadansoddi data cyfweiliadau yn gostus yn aml. Mewn ymgynghoriad â Llywodraeth Cymru, rydym felly wedi blaenoriaethu cynnal cyfweiliadau gyda phobl

oedd â phrofiad byw o'r gwahanol fathau o gamddefnyddio cyffuriau ac wedi dewis arolwg holiadur ar-lein rhatach, ond defnyddiol, er mwyn ymchwilio i farn a phrofiadau gweithwyr proffesiynol sy'n gweithio yn y maes. Er mwyn ceisio sicrhau cymaint o ymatebion â phosibl, cadwyd yr arolwg mor fyr â phosibl, a oedd yn golygu bod angen canolbwyntio ar un math o feddyginiaeth yn unig (OST) yn hytrach nag archwilio sawl math. O ganlyniad, mae ychydig o anghydbwysedd yn y ffaith bod gennym fwy o ddata (o ddau safbwynt gwahanol) ar gamddefnyddio a dargyfeirio OST nag ar POM/OTC.

Cynllun a strategaeth yr ymchwil

Seiliwyd yr astudiaeth ar gynllun trawsadrannol lle cafodd cyfranogwyr eu cyfweld neu eu harolygu ar bwynt mewn amser am eu profiad a'u dealltwriaeth o faterion yn ymwneud â chamddefnyddio POM/OTC/OST a dargyfeirio POM/OST. Roedd y strategaeth a fabwysiadwyd yn ansoddol i raddau helaeth er bod rhywfaint o ddata meintiol yn cael ei gasglu hefyd (e.e. manylion demograffig, nifer yr achosion o driniaeth, patrymau defnyddio cyffuriau, rôl broffesiynol, ac ati.). Roedd y ffocws ar gasglu data ansoddol wedi ein galluogi i gasglu gwybodaeth fanwl am brofiad a dealltwriaeth ein cyfranogwyr o'r materion allweddol (Bryman 2016).

Dulliau ymchwil

Fel y nodir uchod, roedd y dulliau o gasglu data yn amrywio yn ôl sampl. Cyfwelwyd y rhai â phrofiad byw am eu profiadau tra gofynnwyd i'r rhai oedd yn gweithio yn y maes i gwblhau arolwg ar-lein. Mae manylion pellach am bob dull wedi'u hamlinellu isod.

Astudiaeth cyfweliad

Cynhaliwyd cyfweliadau lled-strwythuredig â phobl a oedd â phrofiad byw o'r materion mewn sefydliadau triniaeth cyffuriau statudol a thrydydd sector sy'n gweithredu mewn pum tref a dinas ledled Cymru, gan gynnwys dau garchar yng Nghymru. Roedd y defnydd o gyfweliadau lled-strwythuredig yn galluogi i ddata manwl gael ei gasglu ar brofiadau personol o NMPDU o safbwynt defnyddwyr gwasanaethau (Bryman, 2016).

Defnyddiwyd samplu cyfleustra i recriwtio cyfranogwyr cymwys. Yn ymarferol, roedd hyn yn cynnwys cyfuniad o ddulliau gan gynnwys: hysbysebu'r ymchwil drwy bosteri

a thaflenni pwrpasol mewn lleoliadau asiantaeth a charchardai; defnyddio rhanddeiliaid allweddol sy'n gweithio yn y maes i hyrwyddo'r ymchwil i gyfranogwyr cymwys ar ein rhan; ac aelodau o'r tîm ymchwil yn hyrwyddo'r ymchwil ar lafar i ddarpar gyfweledigion mewn lleoliadau gweinyddu OST. Seiliwyd cymhwysedd yn bennaf ar a oedd y person yn ddefnyddiwr cyffuriau anghyfreithlon ar hyn o bryd (neu'n flaenorol) gyda phrofiad diweddar o NMPDU.

Cynhaliwyd cyfweiliadau mewn ystafelloedd yn y cyfleuster trin neu garchar gan ddefnyddio rhestr gyfweld a baratowyd ymlaen llaw a oedd yn gofyn cwestiynau am hanes defnydd cyffuriau'r cyfranogwr a phrofiadau o ddefnyddio meddyginiaethau presgripsiwn. Roedd natur lled-strwythuredig y cyfweiliad yn caniatáu i drefn y cwestiynau ar y rhestr amrywio yn dibynnu ar y flaenoriaeth a roddwyd i bob pwnc gan y cyfranogwr (Barbour, 2007). Daeth y casglu data i ben ar ôl cyrraedd dirlawnder damcaniaethol o ran themâu, mewn geiriau eraill, lle roedd achosion o ddata yn ymddangos yn gyson ac yn arwain at y casgliad na fyddai unrhyw ddata pellach yn datblygu priodweddau, categorïau neu ganfyddiadau newydd (Strauss, 1999).

Arolwg ar-lein

Defnyddiwyd arolwg holiadur ar-lein i gasglu data gan weithwyr proffesiynol sydd â phrofiad o gomisiynu, rheoli neu ddarparu OST yng Nghymru. Fel y nodir uchod, gwnaed y penderfyniad i ddefnyddio holiadur ar-lein am resymau ariannol. Er y byddai wedi bod yn well gennym ymchwilio a thrafod y materion yn eithaf trylwyr gyda rhanddeiliaid allweddol, nid oedd gennym ddigon o arian i gefnogi'r dull o gynnal, trawsgrifio a dadansoddi unrhyw gyfweiliadau mwy ansoddol. Felly, gwnaethom ddewis defnyddio holiaduron, ond sicrhau ein bod yn cynnwys detholiad da o gwestiynau penagored a fyddai'n cynhyrchu data ansoddol.

Rhannwyd dolen i'r arolwg drwy e-bost a thrwy'r cyfryngau cymdeithasol (h.y. Twitter) gan ddefnyddio ein rhwydweithiau o gysylltiadau yn y maes. Felly roedd y dull samplu'n gyfuniad o ddulliau cyfleustra a phelen eira. Seiliwyd cymhwysedd yn bennaf ar a oedd yr unigolyn yn gweithio yn y maes ac a oedd ganddo brofiad o gomisiynu, rheoli neu ddarparu OST yng Nghymru.

Materion moesegol

Cafwyd cymeradwyaeth foesegol gan y tri sefydliad canlynol:

- (1) Pwyllgor Moeseg Ymchwil y Gyfadran Busnes a Chymdeithas ym Mhrifysgol De Cymru,
- (2) Gwasanaeth Carchardai a Phrawf ei Mawrhydi (HMPPS), a
- (3) Pwyllgorau Ymchwil a Datblygu'r GIG y Byrddau Iechyd sy'n cymryd rhan yng Nghymru (yn dilyn cymeradwyaeth Pwyllgor Moeseg Ymchwil canolog y GIG).

Roedd cymryd rhan yn yr ymchwil yn wirfoddol a rhoddwyd manylion am natur a phwrpas yr ymchwil a beth fyddai eu cyfraniad yn ei olygu i bawb a gymerodd ran ar lafar a/neu yn ysgrifenedig. Dywedwyd wrth y cyfweledigion y byddai eu hymatebion yn cael eu cadw'n gyfrinachol, oni bai eu bod yn mynegi bwriad i niweidio eu hunain a/neu rywun arall. Hysbyswyd ymatebwyr yr arolwg fod yr arolwg yn ddienw ac na ellid cysylltu eu hymatebion â nhw. Er hynny, fe'u cynghorwyd i osgoi crybwyll unrhyw enwau neu wybodaeth a allai olygu y gellid adnabod rhywun yn eu hymatebion i'r holiadur.

Er y gofynnwyd i'r holl gyfweledigion lofnodi ffurflen gydsynio i nodi eu bod yn cytuno i gymryd rhan, hysbyswyd ymatebwyr yr arolwg ar ddechrau'r arolwg bod cwblhau'r arolwg yn awgrymu eu bod wedi cydsynio i gymryd rhan. Cynghorwyd cyfweledigion y gallent roi'r gorau i'r cyfweiliad ar unrhyw adeg a thynnu'n ôl o'r astudiaeth ar unrhyw adeg hyd at y pwynt o ddechrau'r dadansoddiad data. Dywedwyd wrthynt y gallent adael yr arolwg ar unrhyw bwynt tan iddynt glicio ar GORFFEN ar y diwedd. Bryd hynny, byddai eu hymatebion i'r arolwg yn cael eu cyflwyno ac, o gofio natur ddienw'r arolwg, ni fyddai'n bosibl tynnu eu data yn ôl mwyach.

Dulliau dadansoddi

Astudiaeth cyfweiliad

Gyda chaniatâd cyfranogwyr, recordiwyd y cyfweiliadau'n ddigidol a'u trawsgrifio'n ddiogel wedyn gan Avonlea Services Ltd. Cafodd y recordiadau sain eu dileu ar ôl i'r broses hon gael ei chwblhau. Argraffwyd trawsgrifiadau ysgrifenedig ar gyfer pob aelod o'r tîm ymchwil a llwythwyd fersiynau electronig i feddalwedd NVivo fersiwn 12 er mwyn gallu dadansoddi data yn gyfrifiadurol. I ddechrau, cafodd y copïau caled eu

darllen yn annibynnol gan y pedwar ymchwilydd, a amlygodd ac a drafododd godau agored a oedd yn dod i'r amlwg a allai fod o arwyddocâd i amcanion yr ymchwil. Datblygwyd fframwaith codio rhagarweiniol wedyn a defnyddiwyd hwn i arwain codio'r trawsgrifiadau electronig yn NVivo.

Yn ystod ail gam y gwaith dadansoddi data, defnyddiodd un aelod o'r tîm ymchwil (TM) y fframwaith rhagarweiniol i gofnodi'r trawsgrifiadau yn electronig. Sicrhawyd ansawdd y broses godio gan ddau aelod arall o'r tîm (KH a MB). Trafodwyd unrhyw themâu newydd a ddeilliodd o'r ail gam o ddadansoddi data ymhlith y pedwar aelod o'r tîm a chafodd codau newydd eu datblygu a'u defnyddio ar ôl hynny. Helpodd y broses hon i sicrhau nad dim ond dehongliad personol un aelod o'r tîm oedd y themâu terfynol, ond rhai a ddeilliodd o'r data. Felly, cynhyrchwyd y themâu heb ddamcaniaeth flaenorol (er i ni gael ein harwain gan ymchwil flaenorol) ac yn hytrach dibynnwyd ar ddatblygiad damcaniaethol theori o'r data empirig i gefnogi casgliadau, yng nghyd-destun dull seiliedig ar ddamcaniaeth (Glaser a Strauss, 1967).

Data'r arolwg

Cynlluniwyd yr arolwg yn Online Surveys⁴, sy'n cydymffurfio â'r GDPR, ac ar ddiwedd yr astudiaeth cafodd y data ei allforio'n uniongyrchol i becyn ystadegol ar gyfer y Gwyddorau Cymdeithasol (SPSS) i'w ddadansoddi. Dadansoddwyd y data meintiol gan ddefnyddio cyfrifiadau mynychder syml a chroesdablu lle roedd hynny'n briodol. Dadansoddwyd y data ansoddol trwy ddiolli'r ymatebion ar gyfer pob cwestiwn yn nhrefn yr wyddor (i ddechrau'r broses godio) a'u darllen yn ofalus cyn cwblhau'r codau.

Cafodd syniadau a chysyniadau tebyg eu codio wedyn mewn newidynnau meintiol newydd. Roedd y dull hwn a oedd yn cymryd eithaf tipyn o amser yn gymorth i'r ymchwilyddwyr bwysu a mesur barn gyffredinol ar faterion penodol ond yn bwysicach na hynny i gategoreiddio'r ymatebion ac i nodi enghreifftiau gwahanol a oedd yn addas i'w trafod. Cafodd dyfyniadau gair am air eu tynnu wedyn o'r newidynnau gwreiddiol a'u defnyddio i ddarlunio pwyntiau allweddol yn nhestun yr adroddiad.

⁴ <https://www.onlinesurveys.ac.uk/>

Nodweddion y sampl

Yn yr adran hon rydym yn darparu gwybodaeth am nodweddion y bobl a gymerodd ran yn yr astudiaeth. Dechreuwn gyda chrynodeb o sampl y cyfweiliad a diweddu gyda disgrifiad manylach o'r ymatebwyr i'r arolwg⁵. Ein nod yma yw dangos bod ein samplau'n gredadwy a'n bod wedi recriwtio'r math iawn o bobl gyda'r math iawn o brofiad (proffesiynol a/neu bersonol) i'n helpu ni i ateb ein cwestiynau ymchwil.

Sampl cyfweiliadau

Cynhaliwyd cyfweiliadau gyda 60 o bobl yn ystod yr astudiaeth. Recriwtiwyd y rhan fwyaf o'r cyfweledigion drwy HMPPS gan gynnwys 29 o garcharorion a naw o droseddwr o dan oruchwyliaeth cyfiawnder troseddol yn y gymuned. Recriwtiwyd gweddill y cyfweledigion drwy ddarparwyr triniaeth cyffuriau trydydd sector (n = 11) a gwasanaethau statudol y GIG (n = 11). Mae nifer y cleifion yn y GIG sydd wedi'u cynnwys yn y sampl yn siomedig, yn enwedig o ystyried y broses hirfaith o sicrhau cymeradwyaeth foesegol y Gwasanaeth Iechyd Gwladol (GIG). Y brif broblem a wynebwyd oedd amharodrwydd cyffredinol staff mewn gwasanaethau statudol i ganiatáu amser a lle inni recriwtio cyfweledigion yn uniongyrchol.

Fel y rhan fwyaf o bobl sy'n derbyn triniaeth camddefnyddio sylweddau yng Nghymru, roedd y rhan fwyaf o'r cyfweledigion yn ddynion (90%), gwyn (90%) ac yng nghanol eu 30au (Iechyd Cyhoeddus Cymru, 2017). Roedd gan bob un ohonynt hanes o ddefnyddio cyffuriau'n anghyfreithlon ac roedd y rhan fwyaf ohonynt yn defnyddio heroin a/neu gyffuriau anghyfreithlon eraill ar hyn o bryd. Adroddodd y rhan fwyaf o'r cyfweledigion hanes o ddefnydd anfeddygol o gyffuriau presgripsiwn ac roedd llawer yn disgrifio defnydd anfeddygol cyfredol o feddyginiaethau presgripsiwn. Y cyffuriau presgripsiwn a ddefnyddid amlaf oedd mirtazapine, gabapentin a pregabalin a diazepam.

Sampl yr arolwg

Menywod oedd mwyafrif ymatebwyr yr arolwg (69%) ac roedd y rhan fwyaf ohonynt yn Wyn Prydeinig (92%) (gweler Tabl 1). Disgrifiodd ychydig dros hanner eu

⁵ Roedd yr arolwg yn gallu gofyn amrywiaeth eang o gwestiynau am ymatebwyr yr arolwg ond roedd yn rhaid i'r cyfweiliadau ganolbwyntio mwy ar y materion allweddol er mwyn cynyddu effeithlonrwydd i'r eithaf a chael y gwerth gorau am arian.

cenedligrwydd fel Cymreig (53%) tra bod ychydig dros draean yn disgrifio eu hunain fel Prydeinwyr (36%).

Tabl 1 Nodweddion demograffig sampl yr arolwg

Nodwedd	N	%
Rhyw		
Gwrywaidd	22	31
Benywaidd	49	69
Grŵp ethnig		
Gwyn Prydeinig	67	92
Arall	6	8
Cenedligrwydd		
Cymreig	39	53
Prydeinig	26	36
Saesnig	6	8
Arall	2	3

Roedd ymatebwyr yr arolwg yn amrywio o ran y rolau proffesiynol yr oeddent yn eu cyflawni mewn perthynas ag OST (gweler Tabl 2). Roedd y gyfran fwyaf yn weithwyr cyffuriau (37%) yna rheolwyr (22%), fferyllwyr (11%) a nyrsys (11%). Fodd bynnag, roedd y sampl hefyd yn cynnwys comisiynwyr (5%), gweithwyr cymdeithasol (4%) a seiciatryddion ymgynghorol (3%). Roedd amrywiaeth y rolau a gyflawnwyd gan ymatebwyr yn ein galluogi i ystyried y problemau o amrywiaeth o safbwyntiau ac yna'n ein galluogi i lunio darlun mwy cyflawn o gamddefnyddio a dargyfeirio OST yng Nghymru.

Tabl 2 Rôl broffesiynol sylfaenol sampl yr arolwg

Nodweddiadol	Gogledd	%
Comisiynydd	4	5
Seiciatrydd ymgynghorol	2	3
Gweithiwr cyffuriau [1]	27	37
Rheolwr	16	22
Nyrs - presgripsiynu	2	3
Nyrs - arall	6	8
Fferylllydd/Technegydd fferyllfa	8	11
Gweithiwr cymdeithasol	3	4
Arall [2]	6	8
Cyfanswm	74	100

Nodiadau: [1] yn cynnwys: gweithwyr cyffuriau, gweithwyr allgymorth, gweithwyr adsefydlu cymunedol, gweithwyr adfer, gweithwyr adfer cymheiriaid, gweithiwr cymorth gofal iechyd camddefnyddio sylweddau. [2] yn cynnwys: rolau heb eu pennu megis 'trydydd sector', darparwyr 'cyrsgau rhoi'r gorau i gyffuriau'.

O ystyried y gymysgedd o rolau a gyflawnwyd gan ymatebwyr, nid yw'n syndod ychwaith bod yna amrywiaeth hefyd o ran y math o sefydliad yr oedd ymatebwyr yr arolwg yn gweithio iddo (gweler Tabl 3). Roedd mwy na hanner (57%) yn gweithio yn y trydydd sector ar gyfer sefydliadau gwirfoddol, tra bod un o bob pump yn cael eu cyflogi gan y GIG ac un o bob deg gan Wasanaeth Carchardai EM. Roedd y gweddill yn cael eu cyflogi gan naill ai awdurdod lleol (gan gynnwys Byrddau Cynllunio Ardal), gwasanaethau cymdeithasol neu fferyllfeydd.

Tabl 3 Math o sefydliad

Nodwedd	N	%
GIG	15	20
Carchar	7	10
Prawf	0	0
Cwmni Adsefydlu Cymunedol	2	3
Trydydd sector	42	57
Fferyllfa	2	3
Gwasanaethau Cymdeithasol	4	5
Bwrdd Cynllunio Ardal/Awdurdod Lleol	5	7
Arall		
Cyfanswm	74	100

Nodiadau: Rhai achosion coll. Ymatebion lluosog yn bosibl.

Er i ymatebwyr gael eu recriwtio o bob un o'r saith ardal Bwrdd Iechyd yng Nghymru, nid oedd yr ardaloedd Byrddau Iechyd wedi'u cynrychioli'n gyfartal yn yr ymchwil. Rhaid bod yn ofalus felly wrth allosod y canfyddiadau ar draws pob ardal yng Nghymru. Roedd y cyfrannau mwyaf o ymatebwyr wedi'u lleoli ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan (38%) a Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro (27%). Roedd y gyfran leiaf o ymatebwyr wedi'u lleoli ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda (1%). Gellir esbonio'r gwahaniaeth hwn yn rhannol gan y ffaith na lwyddon ni i gael cymeradwyaeth Ymchwil a Datblygu gan y GIG mewn rhai ardaloedd, er cael cymeradwyaeth gan Bwyllgor Moeseg Ymchwil y GIG. Llesteiriodd hyn y gwaith o ledaenu'r arolwg yn ehangach i staff nad oeddent yn gweithio i'r GIG yn yr ardaloedd hynny.

Tabl 4 Ardal(oedd) Byrddau Iechyd lle roedd ymatebwyr yr arolwg yn gweithio

Nodwedd	N	%
Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg	5	7
Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan	28	38
Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr	10	14
Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro	20	27
Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf [1]	12	16
Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda	1	1
Bwrdd Iechyd Addysgu Lleol Powys	6	8
Arall [2]	2	3
Cyfanswm	74	100

Nodiadau: Roedd ymatebion lluosog yn bosibl gan fod rhai ymatebwyr yn gweithio mewn mwy nag un ardal bwrdd iechyd. Rhai achosion coll. [1] Ar 1 Ebrill 2019 newidiodd Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf ei enw i Fwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf Morgannwg wrth iddo gymryd y cyfrifoldeb am ddarparu gwasanaethau gofal iechyd i'r bobl yn ardal Bwrdeistref Sirol Pen-y-bont ar Ogwr. [2] Ni ddarparwyd unrhyw fanylion pellach ar gyfer y ddau ymateb 'arall' hyn.

Roedd ymatebwyr yr arolwg wedi bod yn eu rolau proffesiynol am ychydig dros wyth mlynedd⁶ ar gyfartaledd, yn amrywio o 6 mis i 24 o flynyddoedd. Roedd y rhan fwyaf o'r ymatebwyr wedi profi o leiaf blwyddyn yn y rôl tra bod gan draean o leiaf 10 mlynedd o brofiad. Felly, gellir ystyried y sampl yn un credadwy gyda chryn brofiad i'w ddefnyddio wrth lenwi holiadur yr arolwg.

Tabl 5 Hyd yr amser yn y rôl broffesiynol

Nodwedd	N	%
<1 flwyddyn	4	6
1-4 blynedd	20	29
5-9 mlynedd	19	28
10-19 mlynedd	18	24
20 + o flynyddoedd	7	10
Cyfanswm	74	100

Nodiadau: Rhai achosion coll.

Ar ddechrau'r arolwg hysbyswyd ymatebwyr bod yr ymchwil yn targedu pobl sy'n gweithio ym maes camddefnyddio sylweddau yng Nghymru. Fe'u cynghorwyd hefyd bod yr ymchwil yn chwilio am brofiadau cynifer o bobl â phosibl o ran defnyddio,

⁶ N = 68, ystod 0.5-24 oed, gwyrriad safonol o 6.4 mlynedd.

camddefnyddio a dargyfeirio OST. Roedd y rhan fwyaf o ymatebwyr yn ymwneud â darparu cymorth proffesiynol i bobl sy'n derbyn OST (70%) ac roedd tua thraean (34%) o'r ymatebwyr yn ymwneud yn uniongyrchol â'r penderfyniad i bresgripsiynu OST i gleifion. Fodd bynnag, nid oedd rhai ymatebwyr yn ymwneud yn uniongyrchol â naill ai presgripsiynu na chefnogi cleifion (e.e. roeddynt yn gomisiynwyr neu'n rheolwyr) ond, serch hynny, roedd ganddynt farn ar faterion yn ymwneud ag OST yr oeddent yn barod i'w rhannu.

Roedd mwyafrif yr ymatebwyr (n = 33, 45%) a oedd yn darparu cymorth i gleifion OST yn disgrifio eu hunain fel rhyw fath o weithiwr cymorth (e.e. gweithiwr achos, gweithiwr allweddol, gweithiwr cymorth, gweithiwr adfer, gweithiwr gyda chyfoedion, gweithiwr cyfiawnder troseddol, gweithiwr lleihau niwed). Roedd rolau cymorth eraill yn cynnwys: nyrsys, presgripsiynwyr, rheolwyr, goruchwylwyr, fferyllwyr a gweithwyr cymdeithasol. Yn ddiddorol, pan ofynnwyd iddynt beth oedd maint eu llwyth achosion, darparwyd amrywiaeth eang o atebion. Ymhlith y rhai gyda llwyth achosion a roddodd ateb clir, roedd y maint yn amrywio o 1 i "350+" gyda'r rhan fwyaf yn clystyru o gwmpas y lefel 30-50. Roedd atebion llai clir yn cynnwys sylwadau fel: "Rwy'n gweithio mewn lleoliad galw heibio haen 2 felly mae'n amrywio", "Nid oes gan weithwyr XXX lwyth achosion. Mae gennym lawer (degau) o aelodau'n derbyn OST."

Tabl 6 Rôl mewn perthynas ag OST

Nodwedd	N	%
Presgripsiynu a chefnogi	24	32
Cefnogi yn unig	28	38
Arall [1]	22	30
Presgripsiynu	25	34
Cefnogi	52	70
Arall	21	28
Cyfanswm	74	100

Nodiadau: Rhai achosion coll. [1] gan gynnwys un rheolwr a oedd yn ymwneud â presgripsiynu OST ond ddim yn cefnogi cleifion sy'n derbyn OST.

Crynodeb

I gloi, rydym wedi darparu trosolwg o'r dulliau a ddefnyddiwyd i ateb y cwestiynau ymchwil allweddol. Er mwyn eglurder, disgrifiwyd y ddau brif ddull (cyfweiliadau a holiaduron) ar wahân a rhoddwyd manylion ynghylch sut y dadansoddwyd y data a gynhyrchwyd gan y naill ddull a'r llall. Yna gwnaethom orffen drwy gyflwyno gwybodaeth am nodweddion y ddwy sampl o gyfranogwyr a gynhyrchwyd gan y ddau ddull. Yn rhan nesaf yr adroddiad cyflwynwn y canlyniadau. Yn gyntaf, rydym yn cyflwyno canfyddiadau o'r cyfweiliadau a gynhaliwyd gyda 60 o bobl a oedd â phrofiad byw diweddar o gamddefnyddio a dargyfeirio POM/OTC/OST. Ar ôl hyn, rydym yn canolbwyntio ar yr arolwg holiadur ar-lein ac yn crynhoi'r data a ddarparwyd gan y 74 o weithwyr proffesiynol sy'n ymwneud â chomisiynu, rheoli a darparu OST yng Nghymru.

4.0 Canlyniadau – astudiaeth cyfweiliad ansoddol

Yn y bennod hon cyflwynwn ganlyniadau ein dadansoddiad o'r 60 cyfweiliad a gynhaliwyd gyda phobl â phrofiad byw o NMPDU. Roedd y cyfweiliadau'n ymdrin ag amrywiaeth o faterion gan gynnwys: ffynonellau meddyginiaeth presgripsiwn, patrymau NMPDU, cymhellion ar gyfer NMPDU, a dulliau (a chymhellion ar gyfer) dargyfeirio cyffuriau presgripsiwn. Felly mae'r canlyniadau wedi'u trefnu fel a ganlyn: ffynonellau meddyginiaeth presgripsiwn ar gyfer defnydd anfeddygol, patrymau NMPDU, cymhellion ar gyfer NMPDU, dulliau o ddargyfeirio cyffuriau presgripsiwn, a chymhellion i ddargyfeirio cyffuriau presgripsiwn. Mae'r bennod yn diweddu gydag adran fer sy'n archwilio'r camddefnydd o feddyginiaeth dros y cownter (OTC). Mae'r anghydbwysedd yn y dull o gyflwyno data ar feddyginiaethau presgripsiwn o gymharu ag OTC yn adlewyrchu'r ffaith mai ychydig o gyfweledigion oedd yn camddefnyddio OTC ac felly ychydig o ddata oedd ar gael i'w dadansoddi a'i drafod.

Ffynonellau meddyginiaeth presgripsiwn ar gyfer defnydd anfeddygol

Datgelodd ein data ddwy ffynhonnell wahanol a ddefnyddid yn gyffredin i gael meddyginiaeth presgripsiwn yn unig at ddefnydd anfeddygol. Roedd y rhain yn cynnwys (1) y llwybr meddygol, a (2) y llwybr cymdeithasol. Caiff y rhain eu trafod yn eu tro isod, gan gyfeirio at ddyfyniadau perthnasol.

Llwybr meddygol

Y llwybr cyntaf lle roedd cyfranogwyr yn cael meddyginiaeth ar gyfer defnydd anfeddygol oedd y llwybr meddygol. Roedd hyn yn golygu bod cyfranogwyr yn cael meddyginiaeth yn anghyfreithlon o'r system feddygol. O fewn y ffynhonnell hon, roedd modd nodi tair techneg gyffredin ar gyfer cael meddyginiaeth.

Y gyntaf oedd **ffugio symptomau neu esgus bod yn sâl**. Roedd hyn yn cynnwys cyflwyno anaf/salwch wedi'i ddyfeisio neu ei orliwio i weithiwr meddygol proffesiynol, neu symptomau a ddysgwyd gan eraill. Hon oedd y dechneg fwyaf cyffredin o bell ffordd o fewn y llwybr hwn. Mae'r enghreifftiau canlynol yn dangos sut roedd cyfranogwyr yn gallu ffugio rhai anafiadau neu gyfleu symptomau a gasglwyd gan eraill i feddygon, er mwyn ceisio cael meddyginiaeth:

“Ie, gallwn i fynd i'r swyddfa iechyd yfory a dweud, dwi'n teimlo ychydig yn isel neu gall rhywun ddweud wrtha i beth yw eu symptomau, ac yna dweud, dwi'n dweud mod i'n teimlo bach yn isel, ychydig yn bryderus, ychydig yn hyn a'r llall, a bydden nhw'n rhoi'r feddyginiaeth i fi (Carchar 7)”

“Ie, rwy'n gallu gweld rhai pobl yn gwneud hynny ond weithiau gall gofal iechyd sylweddoli beth sy'n digwydd, mae'n dibynnu ar yr hyn rydych chi'n ei grybwyll yn yr apwyntiadau. Felly maen nhw'n sylweddoli wrth i chi ddefnyddio rhai geiriau allweddol fel 'rwy'n dioddef gyda hyn a hyn a hyn, mae gen i boen yn fan hyn, a fan hyn, a fan hyn. Oes unrhyw siawns y gallwch chi fy rhoi i ar rywbeth fel hyn?' Byddan nhw yn llygad eu lle, bydd fel baner goch neu larwm yn eu meddwl nhw, felly bydan nhw'n eich rhoi chi ar ben arall y sbectrwm na allwch chi ei gamddefnyddio. Ie. (Carchar 4)”

Yr ail ddull oedd **gofyn i feddygon penodol** yr oedd y cyfranogwyr yn gwybod y byddent yn fwy parod i bresgripsiynu meddyginiaeth iddynt. Gelwir hyn yn 'siopa am feddyg'. Nododd y cyfranogwyr sut y byddent yn chwilio am feddygon yr oeddent naill ai wedi sefydlu perthynas â nhw yn flaenorol (ac y gwyddent eu bod yn rhoi meddyginiaeth felly) neu y gwyddent y byddent yn fwy trugarog yn eu hasesiad o symptomau:

“Ie, byddai rhai meddygon yn cwestiynu mwy nag eraill, ond roeddwn i'n gwybod pa feddygon allwn i ofyn iddyn nhw, roedd gen i berthynas well gyda nhw. (Carchar 8)”

“Y rhai roeddwn i'n gwybod y gallwn i fynd atyn nhw, ac, fe fydden nhw'n dweud, iawn, beth sy'n bod gyda chi? Blah, Blah, bla, dyma chi (carchar 8)”

Y dechneg olaf – er yn bell o fod yn gyffredin – oedd **dibyniaeth ar feddygon llygredig neu ddiegwyddor**. Roedd hyn yn cynnwys meddygon oedd yn gwybod bod claf yn esgus, neu feddygon a fyddai'n darparu padiau presgripsiwn i'r cyfranogwr gael unrhyw feddyginiaeth roedden nhw am ei chael:

“Rwy'n adnabod pobl mewn dinasoedd mawr, fel Caerdydd ac Abertawe, rwy'n adnabod meddygon a fydd yn rhoi pad presgripsiwn i chi. Gallwch chi ysgrifennu eich presgripsiwn eich hun. ... Rydw i wedi gweld meddyg mewn tŷ deliwr, yr un fath â fi, oherwydd ei fod ar heroin hefyd (Carchar 9)”

Llwybr cymdeithasol

Roedd yr ail lwybr – a elwir yn llwybr cymdeithasol – yn golygu cael meddyginiaeth trwy gyfeillion, teulu a phobl eraill sy'n defnyddio cyffuriau. Canfuwyd mai hon oedd y dechneg fwyaf cyffredin lle roedd cyfranogwyr yn cael meddyginiaeth at ddefnydd anfeddygol. Yn wir, cafwyd nifer o sylwadau gan gyfranogwyr am ba mor hawdd oedd hi i gael meddyginiaeth drwy'r rhwydweithiau cymdeithasol hyn. Roedd hyn oherwydd bod llawer o'r cyfranogwyr yn teimlo ei bod hi'n anfoesol gadael rhywun heb help llaw mewn sefyllfaoedd lle'r oedd angen meddyginiaeth arnynt (er enghraifft, diddyfnu). Felly roedd yn gymharol syml cael unrhyw feddyginiaeth, ar unrhyw adeg, gan ffrindiau a phobl eraill sy'n defnyddio cyffuriau. Felly roedd cyd-gymheiriaid yn llunio rhwydwaith o ofal a chymorth y gellid ei ddefnyddio ar adegau o angen:

“(Rydym ni'n gofalu am ein gilydd. Rydym ni'n ceisio gwneud hynny. Os ydyn nhw'n gwybod fy mod i'n wael, fyddan nhw ddim yn fy ngadael i allan' (Carchar 10).”

“Os na alla i gysgu , bydda i'n mynd ar y ffôn ac yn dweud, gwrandewch fechgyn, oes gennych chi unrhyw dabledi sbâr i'w gwerthu? Ydych chi eisiau gwerthu Valium i mi? Ydych chi eisiau gwerthu rhai i mi? (Cymuned 12)”

Yn ddiddorol, prin y crybwyllwyd y rhyngrwyd fel ffynhonnell, o bosibl oherwydd nad oedd gan gyfranogwyr yr adnoddau na'r amser i gyrchu neu chwilio am feddyginiaeth ar-lein. Ar ben hynny, roedd gallu cyfranogwyr i gael meddyginiaeth gan ffrind neu aelod o'r teulu yn rhwydd yn fwy cyfleus yn aml, ac yn gynt hyd yn oed. Yn yr enghraifft hon, dim ond oherwydd y cyfyngwyd ar fynediad i gyflenwad cyfreithlon y cafwyd meddyginiaeth o'r rhyngrwyd:

*“Roedd gen i bresgripsiwn ar y dechrau ond oherwydd fy mod wedi camfanteisio ar ymddiriedaeth y meddyg, fe wrthododd. **Felly, dechreuais eu prynu nhw oddi ar y rhyngrwyd** ac yna eu prynu nhw oddi ar y strydoedd. Gwaethygodd pethau o hynny. (Carchar 5)”*

Patrymau NMPDU

Ar ôl cael y feddyginiaeth, roedd gennym ddiddordeb mewn ymchwilio i'r amryfal ffyrdd y gallai meddyginiaeth fod yn ddefnydd anfeddygol. Roedd hyn yn cynnwys sut y câi ei defnyddio mewn ffordd heblaw gyda chyfarwyddyd gan weithiwr gofal iechyd proffesiynol. Yma, nodwyd pedwar math cyffredin o ddefnydd.

Roedd **y cyntaf yn ymwneud â faint o feddyginiaeth a ddefnyddir**. Roedd y math hwn o ddefnydd anfeddygol yn golygu cymryd mwy na'r dos a argymhellir. Yn yr enghraifft isod, mae'r cyfranogwr wedi cael gwerth pythefnos o diazepam. Yn hytrach na chadw at y dogn ar y presgripsiwn, mae wedi dewis cymryd llawer mwy na'r dogn a argymhellir ar ôl derbyn y feddyginiaeth:

A ... Rhoddodd 84 diazepam i mi. Mae fod i bara pythefnos.

C lawn. ... Pa mor hir wnaethon nhw bara?

*A Tua tri diwrnod. **Fe wnes i eu bwyta i gyd! Fe wnes i fwyta 15 cyn gynted ag y cerddais i allan o'r fferyllfa!** (Cymuned 2)*

Roedd yr ail fath o ddefnydd anfeddygol **yn ymwneud â sut yr oedd y feddyginiaeth yn cael ei chymryd mewn gwirionedd**. Roedd yn gyffredin i gyfranogwyr falu'r sylwedd yn fân a naill ai sniffian neu chwistrellu'r sylwedd i gael effaith yn gynt. Roedd yr arfer hwn yn arbennig o gyffredin ymhlith y rhai oedd yn defnyddio opïoidau presgripsiwn yn anfeddygol, fel y gwelir yn yr enghraifft hon:

*... "Yr Espranors ie, oherwydd eu bod nhw'n gyflym, yn toddi ar y tafod. Ydyn, maen nhw'n cael eu gwerthu hefyd, a'u sniffian. ... mae llawer o bobl sydd â subbies ... ie, **maen nhw'n ei falu'n fân, yr un fath â chymryd llinell o coke, ei falu'n fân gyda'r dabled, yn ei dorri gyda'r cerdyn a'i sniffian fel llinell**" (Cymuned 11)*

Roedd rhai cyfranogwyr yn **cyfuno eu meddyginiaeth â sylweddau eraill hefyd**. Gwnaed hyn am un neu ddau reswm. Yn gyntaf, er mwyn **gwella effeithiau sylwedd anghyfreithlon**, efallai os nad oedd ei ansawdd yn ddigon da i gael digon o wefr. Er enghraifft, cyfeiriodd rhai cyfweledigion at achosion achlysurol o heroin o ansawdd gwael a fyddai naill ai'n ymestyn symptomau diddyfnu neu'n cynyddu'r risg y byddent yn digwydd. Yn aml roedd llonyddwyr a thawelyddion yn cael eu defnyddio i wneud effeithiau heroin yn fwy grymus yn y senarios hyn. Nid oedd yn anghyffredin, er enghraifft, i ddefnyddio bensodiasepinau law yn llaw â heroin o ansawdd mewn sefyllfaoedd o'r fath er mwyn gwella ei effaith a lleihau symptomau diddyfnu gydol y dydd:

"Yn Llundain fyddwn i ddim wedi gwneud mwy na 0.2 ... yna pan ddes i yma doedd e ddim digon da. Ro'n i'n gorfod bwyta Valium hefyd." (Cymuned 2)

Nododd nifer fach o gyfranogwyr sut y byddent yn cyfuno rhai meddyginiaethau i wella eu heffeithiau. Roedd pregablin a gabapentin yn cael eu defnyddio'n aml law yn llaw â meddyginiaethau OST, yn enwedig mewn lleoliadau carchar, i gyflawni effaith seicoweithredol:

C A wnaethoch chi ei gymysgu [espranor] gydag unrhyw gyffuriau eraill?

A Gabbies, do, gabapentin.

C Pa effaith mae hynny'n ei chael, cymysgu'r ddau?

*A Mae'n rhoi mwy i chi ... **dyw e ddim yn rhoi gwefr i chi, dim ond mwy o egni.*** (Carchar 10)

Roedd y dull terfynol yn ymwneud ag a **oedd y dogn gwirioneddol o feddyginiaeth a gafwyd yn gyfreithlon yn rhy isel.** Yn y senarios hyn canfuwyd bod y cyfranogwyr yn defnyddio sylwedd anghyfreithlon 'ar ben' y llall. Er enghraifft, mae dosio methadon yn dechrau gyda dos dyddiol cychwynnol o 10-30mg fel arfer, cyn titradu ar ddogn sefydlogi optimwm (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017). O ganlyniad, mae posibilrwydd o dan-ddosio cychwynnol a allai gymell symptomau diddyfnu (Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino, a Lemma, 2003). Yn ystod y cyfnodau hyn, deallwyd bod defnyddio ar ben y dos wedi'i ysgogi'n bennaf gan yr angen i ategu dosau annigonol o OST.

“Maen nhw'n gweithio i fyny at beth bynnag rydych chi'n teimlo y mae angen i chi fod arno. Felly, yn y dechrau roedd yn 30 ac yna fe gynyddodd yn araf. Doedd e ddim yn fy nghynnal i o gwbl, felly roedd rhaid i fi gael yr heroin ar ei ben, achos ro'n i'n gaeth iawn, felly doedd 30ml o fethadon ddim yn hanner digon. Pan gyrhaeddodd swm, 90ml, fel y dywedais i, oedd yr uchaf yr oeddwn arno, felly roedd hynny'n gyfforddus i mi ar y pryd. Ond tan i mi gyrraedd y pwynt hwnnw roedd yn fater o orfod cymryd yr heroin hefyd.” (Cymuned 3)

Cymhellion ar gyfer NMPDU

Roedd trydedd ran ein dadansoddiad yn ymwneud â'r cymhellion ar gyfer NMPDU. Yma, daeth dau gymhelliant/cyfiawnhad cyffredinol i'r amlwg a all ein helpu i ddeall pam mae pobl yn defnyddio meddyginiaeth presgripsiwn yn anfeddygol.

Roedd y cyntaf o'r rhain yn ymwneud â **chymhellion hamdden**. Fodd bynnag, roedd nifer yr adroddiadau gan gyfranogwyr oedd yn nodi eu bod wedi defnyddio meddyginiaethau presgripsiwn at y dibenion hyn yn gyfyngedig. Yn wir, roedd yn anghyffredin i unigolion nodi mai eu prif gymhelliant oedd 'cael gwefr' o unrhyw feddyginiaeth bresgripsiwn. Serch hynny, nododd nifer fach o garcharorion a holwyd eu bod yn eu defnyddio at ddibenion hamdden, yn aml fel ffordd o ddianc oddi wrth realiti neu ladd amser yn y carchar.

“Rwy'n prynu meddyginiaeth bresgripsiwn bob hyn a hyn, dwi ddim yn ei chamddefnyddio, dim ond bob hyn a hyn, rwy'n teimlo fy mod i eisïau cael diwrnod i ffwrdd o realiti mewn gwirionedd. Felly, byddaf yn prynu rhywbeth fel pregabalin neu gabapentin, neu'r un dwi newydd ei ddarganfod sef carbamazepine, mae hwnnw'n rhoi diwrnod a hanner allan o realiti i fi.” (Carchar 4)

Fodd bynnag, ar y cyfan, prin oedd y dystiolaeth bod ein sampl yn camddefnyddio at ddibenion hamdden. Yn hytrach, roedd cyfranogwyr yn **llawer mwy tebygol o adrodd am ddefnydd anfeddygol at ddibenion therapiwtig**. Yn aml, roedd hyn am un o ddau reswm: (1) i leddfu anaf neu salwch dilys, neu (2) i liniaru symptomau diddyfnu, (os na allent gael eu prif gyffur anghyfreithlon, fel heroin, er enghraifft).

Wrth edrych ar y cymhellion hyn yn fanylach, canfuom eu bod yn gysylltiedig yn aml â thrafferthion cael meddyginiaethau gan weithwyr proffesiynol gofal iechyd. Er enghraifft, dywedodd nifer o gyfranogwyr ei bod wedi dod yn fwyfwy anodd cael rhai meddyginiaethau dros y flwyddyn ddiwethaf am resymau meddygol dilys - yn arbennig pregabalin, gabapentin a diazepam. Roedd mynediad cyfyngedig i'r meddyginiaethau hyn – mewn lleoliadau cymunedol a charchardai – yn aml yn golygu bod rhai cyfweledigion yn ceisio cael meddyginiaeth presgripsiwn drwy lwybrau amgen. (*‘Doeddwn i ddim yn gallu cael Valium gan feddyg, felly roeddwn i'n prynu'r MSJs (Diazepam) '(Cymuned 1)*). Eglurodd un a holwyd sut roedd anaf difrifol i'r gwddf yn achosi poen parhaus iddo sydd angen triniaeth feddygol. Ar ôl i bresgripsiwn gabapentin gael ei derfynu gan feddyg newydd oherwydd ei statws fel 'defnyddiwr cyffuriau', dewisodd hunanfeddyginiaethu gyda gabapentin a gafodd o'r farchnad ddu:

“Doedd gen i ddim dewis mewn gwirionedd. Fe ges i nhw ar bresgripsiwn [Gabapentin], yna fe wnaethon nhw fy nghymryd i oddi

arnyn nhw, felly beth oedden nhw am i mi ei wneud? Dim ond gorwedd yno mewn poen? " (Carchar 1)

Eglurodd un arall sut yr oedd ei bresgripsiwn pregablin ar gyfer problem yn ymwneud â gorbryder wedi cael ei leihau a'i derfynu yn y pen draw ar ôl mynd i'r carchar. Yn absenoldeb meddyginiaeth, dewisodd hunanfeddyginiaethu gyda dewisiadau eraill. Roedd hyn yn cynnwys tawelyddion stryd ('MSJs') a Xanax stryd a gafwyd gan bobl eraill sy'n defnyddio cyffuriau:

"Roedd yn iawn, ar bresgripsiwn. Roedd yn delio gyda'm holl broblemau gorbryder, yr holl broblemau rwy'n eu dioddef nawr, roedd yn delio gyda'r cyfan. Fe ddes i yma gyda'r addewid y byddwn i ar feddyginiaeth a gynhelir ac o fewn chwe wythnos ro'n i'n cael trafferth. Roedd y dos wedi'i haneru'r eisoes ac o dipyn i beth maen nhw wedi'i gymryd oddi arnaf fi. Mae'n gyfarwydddeb gan y carchar, nid gan lechyd Gwladol, mae'n garchar, ac mae'n broblem fawr. Oherwydd beth mae hynny wedi'i wneud yw fy ngorfodi i hunanfeddyginiaethu, a defnyddio'r holl gelwyddau a'r holl bethau eraill sy'n achosi problemau mawr yn y system." (Carchar 2)

Diogelu eu hunain rhag diddyfnu opioid oedd prif flaenoriaeth y rhan fwyaf o'r cyfranogwyr. Canfuwyd bod hyn yn gymhellant pellach i wneud defnydd anfeddygol o gyffuriau presgripsiwn ymhlith y grŵp hwn. Er mwyn lleihau'r tebygolrwydd o ddiddynfnu, yn aml roedd cyfweledigion yn caffael ac yn pentyrru dosau gormodol o fethadon – naill ai o'u cyflenwad cludo gartref eu hunain neu gymheiriad ar gyfer y penwythnos.

Rargol fawr, maen nhw ar bresgripsiynau anferth, ddyn. Pam ydych chi eisiau unrhyw beth arall heblaw hynny? Maen nhw ar bresgripsiynau anferth, ac rwy'n gwybod i sicrwydd nad ydyn nhw'n cymryd y cyfan ohono fwy na thebygebyg" (Cymuned 7).

Yna gellid defnyddio hyn fel 'rhwyd diogelwch' pe bai diddyfnu'n digwydd (Harris a Rhodes, 2012, t. 46) Nododd y cyfranogwr fod methadon wedi'i ddargyfeirio yn ddewis arall defnyddiol os nad oedd heroin ar gael:

"Maen nhw'n ei brynu fel rhywbeth wrth gefn, felly fe allan nhw ei gymryd ar y dyddiau pan fyddan nhw'n meddwl na allan nhw gael unrhyw beth, neu os ydyn nhw'n sâl y bore hwnnw ac nid yw'r deliwr

ar gael tan Duw â wŷr pryd, dau o'r gloch, am ryw reswm neu'i gilydd, yna maen nhw'n gallu ei gymryd ac maen nhw'n gwybod y byddan nhw'n iawn nes byddan nhw'n ei gael.” (Cymuned 7)

Yn yr un modd, cyfeiriodd un a holwyd at sefyllfa lle'r oedd salwch yn ei hatal rhag gadael ei thŷ i gael heroin gan ei deliwr arferol. Bu ei chyflenwad o fethadon wrth gefn o gymorth iddi reoli ei symptomau diddyfnu nes ei bod wedi gwella o'i salwch a'i bod yn gallu cael heroin anghyfreithlon eto:

“Ie, mae ar gyfer diwrnodau glawog, rwy'n gweld hynny gyda phobl, maen nhw'n ei gael ar gyfer diwrnodau glawog. Os nad ydyn nhw'n gallu gweithio, neu os nad ydyn nhw'n teimlo'n dda. Rydyn ni'n mynd drwy gyfnodau lle dydyn ni ddim yn teimlo'n dda mewn gwirionedd, ddim yn teimlo mor dda ag arfer, wyddoch chi beth dwi'n ei olygu?” (Cymuned 8)

Dulliau dargyfeirio

Y drydedd thema a ddeilliodd o'r dadansoddiad oedd 'dargyfeirio'. Roedd llawer o'n cyfweledigion naill ai wedi dargyfeirio eu meddyginiaeth eu hunain i bobl eraill neu wedi derbyn meddyginiaeth gan eraill. Yma, defnyddiwyd amrywiaeth o dechnegau i gael cyflenwadau o feddyginiaeth yn barod i'w dargyfeirio. Canfu ein dadansoddiad fod rhai pobl yn cael cymryd eu meddyginiaeth (gan gynnwys OST) heb oruchwyliaeth a'u bod yn cael mynd â chyflenwadau adref i'w cymryd pan fo angen (e.e. ar benwythnosau). Soniwyd yn aml am ddargyfeirio'r cyflenwadau cludo gartref hyn. Nid OST yn unig a ddargyfeiriwyd fel hyn ond meddyginiaethau eraill hefyd (e.e. gabapentin):

“Dwi'n nabod rhywun yn y fan yma sydd ar gabapentin ac roedd rhaid iddo fe eu casglu nhw unwaith yr wythnos. Felly cafodd lwyth yr wythnos gyntaf a'u rhoi yn ei gwpwrdd a pheidio â'u defnyddio, cafodd lwyth yr ail wythnos ac yna dechreuodd werthu llwyth yr wythnos gyntaf”. ... (Carchar 4)

C Ond yn gyflym, methadon, sut fydddech chi'n dargyfeirio hynny.
A Oddi yma, maen nhw'n rhoi eich dos penwythnos i chi, rydych chi'n mynd ag ef adref... (Cymuned 13)

Mewn llawer o achosion, caiff pobl eu goruchwyllo pan roddir eu meddyginiaeth iddynt. Mae hyn yn arfer cyffredin mewn perthynas ag OST. Fodd bynnag, dywedodd y rhai a gyfwelwyd gennym fod arferion goruchwyllo gwael yn golygu eu

bod yn gallu mynd â chyflenwadau y gellid eu dargyfeirio oddi yno. Yn wir, clywsom lawer gwaith na fyddai rhai nyrsys (yn enwedig yn un o'r carchardai) yn goruchwyllo'r broses yn iawn (e.e. fe fydden nhw'n troi eu cefnau neu'n peidio â gofyn am gael gweld eu dwylo neu eu ceg). Yr oedd yn hysbys yn gyffredinol pwy oedd y nyrsys hyn a phryd yr oeddent ar ddyletswydd, roedd dargyfeirio'n fwy tebygol o ddigwydd:

“Dydyn nhw ddim yn gwirio'n iawn. ... Bob dydd, os ydych chi am gadw eich meddyginiaeth, fe allwch chi eu cadw. Mae'r cyfan yn dibynnu ar ba nyrsys y gallwch wneud hynny gyda nhw a pha nyrsys na allwch chi wneud hynny gyda nhw.” (Carchar 11)

“Nawr ac yn y man. Ddim bob dydd ond os oeddech chi'n mynd 14 gwaith yr wythnos, bore a phrynhawn, efallai naw gwaith byddan nhw'n gofyn i chi agor eich ceg yn gyflym, sy'n iawn.” (Carchar 12)

... “Dim ond un neu ddwy o nyrsys sy'n eich gwyllo chi'n ei wneud mewn gwirionedd, yn gwneud i chi yfed cwpanaid o ddŵr” ... (Carchar 13)

Sylwodd un a holwyd fod y nyrsys mwy profiadol yn llai trwyadl, efallai oherwydd eu bod yn gwybod y byddai dargyfeirio'n digwydd waeth a oedden nhw'n gwirio ai peidio. Roedd yr unigolyn hwn yn dyfalu y gallai nyrsys o'r fath fod yn ceisio gwneud y peth iawn drwy adael iddyn nhw fynd ag ef gyda nhw, efallai i'w gymryd ar adeg wahanol o'r dydd (e.e. pan nad ydyn nhw ar fin mynd i'r gampfa) neu i gyfnewid am feddyginiaeth arall nad oeddynt yn ei chael gan feddyg ar y pryd.

“Na, mae yna anghysondebau, fe fydd ynabob amser, bydd? Ond ni fyddai'n syndod i mi os yw'r rhai mwy profiadol yn meddwl, os ydyn nhw am ei gael yn ôl, maen nhw'n mynd i'w gael yn ôl. Mae'n debyg mai dyna sy'n digwydd, y nyrsys hen ffasiwn, nid oes unrhyw bwynt hyd yn oed, oherwydd os yw am ei gael yn ôl, mae'n mynd i'w gael yn ôl. Dyna'r gwir amdani. Neu, os yw'r nyrs yn dal y person, mae yna stŵr oherwydd ei fod heb gymryd eii feddyginiaethau, yna mae'n achosi mwy o broblemau. Efallai ei bod hi'n ymwybodol bod ganddo broblemau iechyd meddwl a'i bod yn ceisio gwneud y peth iawn.” (Carchar 2)

Er bod goruchwyliaeth wael yn gyfle da ar gyfer dargyfeirio, disgrifiwyd dulliau amgen a mwy arloesol gan y rhai a gymerodd ran hefyd. Dywedodd sawl cyfranogwr sut roedd meddyginiaethau OST a meddyginiaethau presgripsiwn eraill yn cael eu dal yn ôl yn y bochau weithiau (yn achos toddiannau ceg) neu gegau (yn achos

tabledi) neu eu lyncu a'u chwydu'n ddiweddarach. Mae'r 'spitbacks' anhylan hyn (Fountain et al., 2000) yn cael eu gwerthu neu eu rhannu wedyn gyda phobl eraill sy'n defnyddio cyffuriau:

"Mae pobl yn ei gadw. Maen nhw'n cerdded i ffwrdd, yn llythrennol, gydag ef yn eu ceg. ... Os bydd llywodraethwr yn eu dilyn, os oes rhaid iddyn nhw, byddan nhw'n ei lyncu. Naw gwaith mas o ddeg byddan nhw'n cyrraedd y gell agosaf y gallan nhw, ei boeri i mewn i gwpan neu rywbeth. Mae'n ofnadwy rwy'n gwybod, dyna beth maen nhw'n ei wneud." (Cymuned 2)

*C Felly, gyda'r co-codamol a'r DHCs, ydyn nhw'n cael llwythi ohonyn nhw ar bresgripsiwn ac yn gallu mynd â nhw i'w celloedd?
A Na, na, maen nhw'n cael dos, maen nhw'n ei gadw, ei guddio, ac wedyn yn ei beswch yn ôl i fynd neu fel yna. (6)*

"Y niwed posibl y gallai hyn ei achosi i'r unigolyn a fyddai'n mynd ymlaen i'w ddefnyddio. Roedd rhai'n cydnabod y niwed y gallai hyn ei achosi. Sut all pobl wneud hynny, mas o gegau pobl, oherwydd Hep C ac ati." (Carchar 2)

Cydnabuwyd y niwed posibl y gallai hyn ei achosi i'r unigolyn a fyddai'n mynd ymlaen i ddefnyddio (sut all pobl wneud hynny, mas o gegau pobl, oherwydd Hep C ac ati. (10)), ond fe'i diystyrwyd yn aml:

... "Os yw pobl yn ddrwg, byddan nhw'n gwneud unrhyw beth o gwbl. Dydyn nhw'n poeni dim." (Carchar 1)

Cymhellion dros ddargyfeirio

Yn olaf, gofynnwyd i'r rhai a oedd yn ymwneud â dargyfeirio meddyginiaeth pam eu bod yn gwneud hyn. Adroddwyd yn gyffredin am y cymhelliad o helpu eraill ac roedd hyn yn golygu rhannu cyflenwadau yn hytrach na'u gwerthu fel arfer. Er enghraifft, roedd rhannu dosau o fethadon cludo gartref yn dacteg gymharol gyffredin i leihau symptom diddyfnu cyd-gyfoedion. Yn yr enghraifft isod, nododd un a holwyd sut y byddai'n cymryd y dogn lleiaf o'i gyflenwad cludo gartref i leddfu ei symptomau diddyfnu dros benwythnos. Roedd yn rhannu'r feddyginiaeth dros ben â'i bartner i leddfu ei symptomau diddyfnu hi dros yr un cyfnod:

“Gallwch fynd ag ef adref ar y penwythnosau a rhai nosweithiau, os nad ydych chi'n defnyddio, rydych chi ar 80ml o meth, rydych chi'n cymryd 80ml o meth ar ddydd Gwener ac maen nhw'n dweud y bydd yn para i chi am 24 awr ond mae'n para am fwy o amser. Dwi'n meddwl ei fod yn para 36 awr. Felly, fe allwn i gymryd meth dydd Gwener a dwi'n mynd i fod yn iawn tan ddydd Sul felly fydda i ddim yn gorfod defnyddio fy nghyflenwad dydd Sadwrn felly dwi'n rhoi hwnnw iddi. Ni fydd hi'n cymryd y cyfan ar unwaith. Fydd hi'n ei rannu yn dri a thri neu 4x20ml ac ychwanegu ato.” (Cymuned 11).

Yn aml roedd cyfweledigion yn dibynnu ar ei gilydd mewn ffordd debyg i gyflenwi meddyginiaeth ar gyfer eu rhesymau gofal iechyd. Roedd y cysylltiadau hyn yn arbennig o effeithiol mewn lleoliadau carchar lle roedd hi'n anodd cael meddyginiaeth presgripsiwn gan weithwyr gofal iechyd proffesiynol yn aml. Soniodd un cyfranogwr sut y byddai'n rhannu ei feddyginiaeth gyda'i gymydog er mwyn helpu i leddfu ei broblemau meddygol:

“Mae fy nghymydog yn ei wneud e oherwydd bod ganddo broblemau cysgu hefyd, mae ar dabledi cysgu ond dydyn nhw ddim mor effeithiol â'm rhai i... Dwi ddim yn eu gwerthu iddo, byddaf yn dweud, dyma ti, cymera hwnna, oherwydd fy mod i'n eu cael bob wythnos a galla i anghofio eu cymryd nhw weithiau....” (Carchar 4)

Yr hyn oedd yn allweddol i'r cysylltiadau hyn oedd ymdeimlad o gydrwymedigaeth. Roedd y cyfranogwyr yn agored i helpu rhywun, ond fel arfer dim ond ar y sail bod y person hwnnw'n eu helpu nhw hefyd. Felly roedd cynnal enw da am fod yn hael yn ddull effeithiol o atal diddyfnu yn y dyfodol, gan fod cyfranogwyr yn barod i gynorthwyo rhywun a fyddai'n ad-dalu'r gymwynas yn y dyfodol pan fyddai angen (“pe bawn i ar bresgripsiwn Valium neu unrhyw beth felly, byddwn yn eu rhoi i bobl am eu bod nhw'n rhoi i mi”, (carchar 5)). Un dull penodol oedd ‘fronting’ (h.y. rhoi meddyginiaeth i rywun arall fel benthyciad) neu drosglwyddo meddyginiaeth dros ben a gafwyd o gasgliadau wythnosol i rywun arall mewn angen. Roedd y dull hwn yn cynnig yswiriant yn erbyn symptomau diddyfnu yn y dyfodol, gan ei fod yn ei gwneud yn bosibl i'r gymwynas rannu gael ei had-dalu ar ddiwedd yr wythnos pan nad oedd ganddyn nhw feddyginiaeth ar ôl:

“Yn enwedig pan oeddwn i'n defnyddio mwy nag y dylwn i, ro'n i'n ceisio gwneud yn siŵr bod gen i ddigon ar gyfer diwedd yr wythnos. Y ffordd orau o wneud hynny oedd rhoi benthyc peth i rywun, felly ar ddiwedd yr wythnos gallan nhw fenthyc peth i mi, felly rhoi peth yn ôl

i mi ac yna roeddwn i'n gwybod y byddai gen i ddigon ar ddiwedd yr wythnos.” (Carchar 6)

Mae'r enghreifftiau uchod yn dangos sut mae rhwydweithiau cymdeithasol yn gwneud cyfraniad pwysig at *leihau niwed* mewn cyd-destun o fynediad cyfyngedig i feddyginiaethau presgripsiwn amrywiol. Fodd bynnag, roedd rheidrwydd ymarferol hefyd i rannu meddyginiaeth bresgripsiwn; mewn lleoliadau carchar roedd meddyginiaethau yn nwyddau gwerthfawr y gellid eu cyfnewid er mwyn cael pethau eraill. Felly, roedd rhannu a masnachu rhai meddyginiaethau'n cyflawni swyddogaeth bwysig o ran cael nwyddau angenrheidiol i'w defnyddio bob dydd. Yn aml roedd hyn yn cynnwys bwyd, vapes, deunyddiau ymolchi neu bethau moethus eraill y mae angen adnoddau ariannol i'w prynu (*"Fe fyddwn i'n ei fasnachu am bethau eraill ro'n i eu hangen, neu os oedd angen bag o siwgr neu rywbeth tebyg o'r ffreutur. O, dere â bag o goffi a bag o siwgr i mi, ac fe wna i roi rhywbeth i ti i dy atal rhag bod yn sâl "(Cymuned 12))*). Ysgogwyd y fasnach hon yn bennaf gan adnoddau economaidd cyfyngedig y rhai o fewn y system garchardai:

"Ie. Dim ond oherwydd nad ydyn ni'n cael digon o arian yma. Os nad oes gennych chi deulu tu fas i edrych ar eich ôl chi ac ati, dyna'r unig ffordd y gallwch chi gael pethau. Gel cawod, past dannedd, dim ond stwff hanfodol sydd ei angen arnoch chi, fel arall allwch chi ddim ei fforddio. Mae gennych chi ddewis, gallwch naill ai defnyddio'r ffôn, neu allu brwsio eich dannedd neu rywbeth, neu gael cawod.” (Carchar 1)

"Ie, [masnachu] sy'n digwydd bob amser... efallai y bydd rhywun eisiau rhywbeth o'r ffreutur, efallai y bydd rhywun am gael pecyn o vapes, efallai y bydd rhai pobl eisiau Spice ... rivotril, gabbies, pregabs, subbies, beth bynnag.” (Carchar 14)

Meddyginiaeth dros y cownter

Yn ogystal â chwestiynau am feddyginiaethau presgripsiwn, gofynnwyd i gyfweledigion hefyd a oeddent wedi camddefnyddio meddyginiaeth dros y cownter yn y gorffennol (OTC). Ar y cyfan, cyfyngedig oedd y camddefnydd o OTC. Nododd ein data ddau brif reswm dros hyn. Y cyntaf oedd cryfder meddyginiaethau OTC. Dywedodd y rhan fwyaf o'r cyfranogwyr pe bai'r angen i ddefnyddio meddyginiaeth OTC byth yn digwydd (yn ystod sefyllfaoedd diddyfnu, er enghraifft), roedd meddyginiaethau presgripsiwn cryfach ar gael yn rhwydd a fyddai'n cael mwy o

effaith. Er enghraifft, dywedodd dau gyfranogwr nad meddyginiaethau OTC oedd y 'peth priodol' ac na fyddent yn cael fawr o effaith seicoweithredol. Felly byddai pobl yn ceisio cael dewisiadau cryfach:

C Ydych chi erioed wedi gwneud unrhyw beth fel na?

A Na, dim codin.

C Dim co-codamol?

A Beth yw'r pwynt? Allan yna, gallwch gael heroin ac ati.

C Felly pam fydddech chi'n trafferthu...?

A [Ymatebwr yn cadarnhau]

(Carchar 15)

A Dyw e ddim yn werth chweil, dyw e ddim yn gwneud unrhyw beth, does dim byd digon cryf a fyddai'n gwneud.

C Ddim yn werth beth?

A Fyddech chi ddim yn gallu cael digon o wefr gydag unrhyw beth y gallwch ei brynu dros y cownter.

C Felly mae'n wastraff arian?

A Ie, hollol, dyw e byth yn digwydd.

C Co-codamol?

A Na, ddim digon cryf.

C Ddim yn ddigon cryf.

(Cymuned 14)

Yr ail reswm, a'r rheswm mwy cyffredin am ddiystyru meddyginiaethau OTC oedd y niwed posibl y gallent ei achosi. Dywedodd llawer o'r cyfranogwyr eu bod yn poeni am niwed parhaol (yn enwedig mewn perthynas â'r arennau) yn sgil camddefnyddio meddyginiaethau sy'n cynnwys paracetamol, yn enwedig dosau mawr a oedd yn angenrheidiol yn aml er mwyn cael unrhyw effaith therapiwtig. O'r herwydd, i raddau helaeth roedd cyfranogwyr yn osgoi unrhyw gamddefnydd o feddyginiaethau dros y cownter yn cynnwys paracetamol, gan ddewis dod o hyd i feddyginiaethau presgripsiwn amgen o'r farchnad anghyfreithlon yn lle hynny:

"Mae co-codamol ac unrhyw fath o boenladdwr cryf y gallen nhw ei brynu yn cael ei baru gyda paracetamol bob amser, felly bydddech chi'n cymryd dos gormodol o paracetamol. O ran faint o co-codamol y byddai'n rhaid i chi ei gymryd i gael unrhyw fath o effaith ohono, mae'n debyg y bydddech chi'n lladd eich hun gyda'r paracetamol, felly dyw e ddim yn digwydd." (03)

"Rwy'n credu mai'r niwed mwyaf y mae'n mynd i'w achosi i chi yw'r paracetamol. Nid yw paracetamol ac arennau'n cytuno â'i gilydd, yn enwedig ar ôl tua 1000mg." (Cymuned 15)

“Mae'r paracetamol yn 500 ac rydych chi'n cael 10ml o codeine. Os oes gennych chi 'habit' o 10 bag y dydd, mae angen 240 o codeine arnoch chi, ac rydych chi'n meddwl, yna mae hynny ychydig dros 10,000ml o paracetamol. Fyddai hynny ddim yn gweithio. Allech chi ddim gwneud hynny. Byddech yn gorddosio eich hun ac yn niweidio eich corff.” (Cymuned 11)

Fodd bynnag, nododd nifer fach o gyfranogwyr eu bod yn camddefnyddio meddyginiaethau OTC weithiau. Roedd y defnydd hwn yn gyfyngedig i gyfnodau pan nad oedd eu meddyginiaeth presgripsiwn sylfaenol ar gael, fodd bynnag. Er enghraifft, pe bai gan gyfranogwr ddewis rhwng meddyginiaeth OTC a meddyginiaeth presgripsiwn cryfach, roedd yn ffafrio meddyginiaeth presgripsiwn oherwydd ei bod yn gryfach:

- A *Dwi'n gallu cael y dihydrocodeine bob dydd, drwy'r dydd fel mae'n digwydd. Ond unwaith eto, mae'n rhaid i mi dalu amdany'n nhw, a'r hyn y mae'n costio i mi dalu am hynny, gallaf gael yr un peth drwy gymryd Subutex, felly dim ond os nad oes Subutex ar gael y byddaf i'n cael hynny.*
- C *Felly mae gennych ddewis, a byddwch yn mynd am eich dewis cyntaf.*
- A *Byddaf (Carchar 3)*

Hyd yn oed wrth ddefnyddio meddyginiaethau OTC, roedd cyfranogwyr yn wylidwrus ynghylch unrhyw niwed posibl. Yn aml mae cyfranogwyr yn tynnu paracetamol allan o dabledi co-codamol cyn eu defnyddio fel tacteg i leihau niwed:

- Oherwydd y paracetamol. Fe fydden i'n gwneud 20 dihydrocodeine. Gallwch ddraenio'r paracetamol ohono.*
- C *Ydych chi'n gwneud hynny?*
- A *Dwi wedi gwneud, ond os ydych chi'n gwneud gormod o hynny, mae'n rhoi poen bol i chi. (Carchar 3)*

Oherwydd y niwed canfyddedig sy'n gysylltiedig â defnyddio gormod o paracetamol, profiadau cyfyngedig oedd gan y rhan fwyaf o gyfranogwyr o gamddefnyddio OTC. O'r herwydd, prin yw'r data o'n cyfweiliadau mewn perthynas â'r pwnc hwn. Roedd y rhan fwyaf o'r cyfranogwyr yn diystyru'r syniad o gamddefnyddio OTC, gan ddewis defnyddio meddyginiaethau presgripsiwn a oedd ar gael yn hawdd ac oedd yn gryfach ac yn llai niweidiol yn eu barn nhw. Lle'r oedd defnydd yn digwydd, dim ond

fel dewis olaf yr oedd hyn, neu fel rhywbeth i gymryd lle meddyginiaethau presgripsiwn na ellid cael gafael arnynt. Hyd yn oed wedyn, canfuwyd bod cyfranogwyr yn wyliadwrus ynghylch unrhyw effeithiau niweidiol, ac yn dibynnu ar ddulliau i leihau unrhyw niwed posibl.

Crynodeb

Datgelodd ein data sut roedd cymhellion ar gyfer NMPDU yn cael eu hysgogi gan gymhellion therapiwtig yn aml yn hytrach na chymhellion hamdden. Er enghraifft, roedd NMPDU yn digwydd yn aml mewn ymateb i bryder meddygol dilys yn absenoldeb gofal neu sylw meddygol. Roedd hyn yn cynnwys defnyddio rhai meddyginiaethau i leddfu anaf neu salwch dilys, neu i liniaru symptomau diddyfnu, (os nad oedd cyfranogwyr yn gallu cael eu prif gyffur anghyfreithlon, fel heroin, er enghraifft).

Canfuwyd felly bod anawsterau o ran cael gafael ar feddyginiaeth o ffynhonnell gyfreithlon – h.y. gweithiwr gofal iechyd proffesiynol – yn ffactor allweddol yn NMPDU; roedd mynediad cyfyngedig i feddyginiaethau, dosio annigonol, a rhwystrau i gael gafael ar driniaeth – mewn lleoliadau cymunedol a charchardai – yn golygu'n aml bod rhai cyfweledigion yn gofyn am feddyginiaeth bresgripsiwn drwy lwybrau amgen, neu'n defnyddio dulliau arloesol (a niweidiol yn aml) i ddargyfeirio meddyginiaeth i eraill mewn angen. Yn wir, galluogwyd NMPDU yn aml yn y sefyllfaoedd hyn drwy ddibyniaeth ar gyfoedion a phobl eraill sy'n defnyddio cyffuriau: yn absenoldeb meddyginiaeth a gafwyd yn gyfreithlon, daeth rhannu a dosbarthu meddyginiaethau ymhlith cyfoedion i'r amlwg fel math arall o gymorth a ddefnyddiwyd i leihau niwed. Yn ddiddorol, ychydig o gyfweledigion a ddywedodd eu bod yn camddefnyddio meddyginiaeth OTC. Y farn gyffredinol oedd bod y perygl o niwed yn fwy o lawer nag unrhyw fudd posibl a fyddai'n dod yn sgil meddyginiaeth OTC.

5.0 Canlyniadau - arolwg holiadur ar-lein

Yn yr adran hon cyflwynwn ganlyniadau ein dadansoddiad o'r 74 o ymatebion i'r arolwg. Mae'r canlyniadau wedi'u gwahanu i ddwy adran gyffredinol. Mae'r gyntaf yn archwilio 'camddefnydd' o OST, a ddiffiniwyd gennym yn yr arolwg fel "defnydd anghywir neu amhriodol gan glaf o'i OST presgripsiwn ei hun (e.e. peidio â dilyn cyfarwyddiadau, defnyddio dull gwahanol o weinyddu nag a gynghorwyd, cymysgu â sylweddau eraill, ac ati.)". Mae'r ail adran yn canolbwyntio ar 'ddargyfeirio' OST, sy'n cyfeirio at drosglwyddo (naill ai drwy roi, masnachu neu werthu) meddyginiaeth OST i bobl eraill.

1. Camddefnyddio OST

I fesur mynychder canfyddedig camddefnydd o OST, gofynnwyd i ymatebwyr ddweud wrthym, hyd eithaf eu gwybodaeth, a oeddent yn credu bod y rhan fwyaf, rhai neu ddim o'r cleifion a oedd yn derbyn OST drwy eu sefydliad yn camddefnyddio eu OST. Roedd y mwyafrif (90%) o'r ymatebwyr yn meddwl bod o leiaf rhai cleifion yn eu sefydliad yn camddefnyddio eu meddyginiaeth. Roedd tua un rhan o ddeg (12%) meddwl bod y **rhan fwyaf** o gleifion yn camddefnyddio eu OST tra bod mwy na thri chwarter (78%) yn meddwl bod **rhai** ohonynt yn gwneud hynny. Dim ond nifer fechan o ymatebwyr a gredai nad oedd cleifion yn eu sefydliad yn camddefnyddio eu meddyginiaeth OST.

Tabl 7 Nifer yr achosion o gamddefnyddio OST

Nodwedd	Nifer	%
Ydyn, y rhan fwyaf ohonynt	9	12%
Ydyn, rhai ohonynt	58	78%
Na, dim un ohonynt	7	10%
Cyfanswm	74	100

Nodiadau: Camddefnyddio = defnydd anghywir neu amhriodol o'u OST presgripsiwn eu hunain (e.e. peidio â dilyn cyfarwyddiadau, defnyddio dull gwahanol o weinyddu nag a gynghorwyd, cymysgu â sylweddau eraill, ac ati.).

Pan ofynnwyd pa mor aml y credent fod cleifion yn camddefnyddio eu OST, roedd y sampl wedi ei rannu'n weddol gyfartal. Roedd ychydig dros hanner yr ymatebwyr (57%) yn meddwl bod camddefnydd yn digwydd 'weithiau' tra bod ychydig o dan

hanner (43%) yn meddwl bod camddefnydd yn digwydd yn amlach (naill ai'n aml 40% neu bob amser 3%).

Tabl 8 Mynychder camddefnyddio OST

Nodwedd	Nifer	%
Weithiau	38	57%
Yn aml	27	40%
Bob amser	2	3%
Cyfanswm	67	100

Nodiadau: Ymhlith y rhai a gredai fod camddefnydd yn digwydd ymhlith cleifion o fewn eu sefydliad. Camddefnyddio = defnydd anghywir neu amhriodol o'u OST presgripsiwn eu hunain (e.e. peidio â dilyn cyfarwyddiadau, defnyddio dull gwahanol o weinyddu nag a gynghorwyd, cymysgu â sylweddau eraill, ac ati.).

Mathau o gamddefnydd

Gofynnwyd i'r ymatebwyr hynny a nododd fod cleifion yn eu sefydliad yn camddefnyddio OST ddisgrifio'r mathau o gamddefnydd y credant sy'n digwydd. Cynghorwyd ymatebwyr y byddai cwestiynau ar wahân ar 'ddargyfeirio' ac y dylent ganolbwyntio ar fathau o 'gamddefnyddio'. Serch hynny, roedd bron i hanner y rhai a ddarparodd ddisgrifiadau'n cynnwys dargyfeirio er budd ariannol fel math o gamddefnydd. Weithiau roedd hyn law yn llaw â mathau eraill o gamddefnydd ond ar adegau eraill dyma'r unig fath o gamddefnydd a nodwyd. Cyflwynir trafodaeth lawn am ddargyfeirio a materion cysylltiedig yn ddiweddarach yn yr adroddiad.

Ar wahân i ddargyfeirio, y math mwyaf cyffredin o gamddefnydd oedd defnyddio cyffuriau eraill (cyfreithlon neu anghyfreithlon) 'ar ben' OST presgripsiwn, a grybwyllwyd gan fwy na hanner y rhai a atebodd. Disgrifiwyd defnyddio ar ben mewn termau syml gan lawer o ymatebwyr (e.e. 'defnydd ar ben', 'defnyddio sylweddau eraill', 'defnyddio ar ben'). Fodd bynnag, roedd rhai yn fwy eglur ac yn disgrifio'r mathau o gyffuriau yr oeddent yn credu oedd yn cael eu defnyddio ar ben OST. Mewn rhai achosion, cafodd y math o gyffur ei gyffredinoli (e.e. 'defnyddio cyffuriau anghyfreithlon ar ben meddyginiaeth bresgripsiwn') tra mewn achosion eraill soniwyd am y math penodol o gyffur:

“Mae rhai yn parhau i ddefnyddio heroin, cyffuriau lleddfu poen seiliedig ar opiadau ynghyd â'u OST”

“Parhau i ddefnyddio opiadau a pheidio â dweud wrth staff”

“Camddefnyddio ynghyd â meddyginiaethau presgripsiwn eraill fel pregabalin a gabapentin”

“Rwy’n gweld llawer o gleifion sydd wedi cael presgripsiwn methadon ond sy’n dal i chwistrellu heroin hefyd”

Roedd cymryd gwahanol ddogneau o OST nag oedd ar y presgripsiwn yn fath arall o gamddefnyddio a gofnodwyd yn gyffredin. I lawer roedd y math hwn o gamddefnyddio’n gysylltiedig â thanddefnydd, lle'r oedd cleifion yn cymryd llai na'r hyn oedd ar y presgripsiwn. Deallwyd bod ymddygiad o'r fath yn galluogi cleifion i arbed eu cyflenwadau o OST i'w defnyddio'n ddiweddarach. Weithiau disgrifiwyd hyn fel dull o greu cyflenwadau ar gyfer dargyfeirio (e.e. ‘Dargyfeirio. Os ydych yn cael cyffuriau i'w cludo gartref, peidio â defnyddio'r dos dyddiol llawn’). Ar adegau eraill, fodd bynnag, disgrifiwyd defnyddio dosau is naill ai fel ffordd o hwyluso'r defnydd o gyffuriau anghyfreithlon na ellid eu defnyddio'n ddiogel ar ben dosau llawn (e.e. ‘cymryd ychydig ohono fel y gallant ddefnyddio heroin ar ben hynny’) neu i greu cronfa wrth gefn i'w defnyddio pan fo cyflenwad yn brin:

“Bydd pobl yn gadael eu OST o'r neilltu ar ddyddiau pan fydd ganddyn nhw heroin felly mae ganddyn nhw beth wrth gefn pan fo'r cyflenwad yn fwy problemus”

“Pentyrru rhag ofn y bydd argyfwng”

I eraill, disgrifiwyd camddefnydd o ran dosio yn nhermau gorddefnydd neu ddefnydd o ddos mwy nag a argymhellir. Roedd y gweithgaredd hwn yn gysylltiedig yn aml â defnydd heb oruchwyliaeth o gyflenwadau i'w cludo gartref, a oedd yn rhoi cyfle i gleifion ddefnyddio mwy nag a argymhellwyd gan y presgripsiynwr. Roedd rhai yn credu bod hyn yn cynnwys cleifion yn cymryd yr holl OST a roddwyd iddynt yn gynharach na'r disgwyl:

“Os oes trefniadau i gasglu’n amlach e.e. ddwywaith yr wythnos, fe allan nhw gymryd eu dosau yn gynnar.”

“Dosio dwbl drwy fynd â dosau gyda nhw”

“Rydw i wedi cael rhai cleifion yn cymryd eu holl methadon penwythnos ar y dydd Gwener ac wedyn yn cael eu derbyn i'r ysbyty.”

“Defnyddio dosau penwythnos yn gynnar”

I eraill, fodd bynnag, deallwyd bod cleifion yn arbed eu cyflenwad (cludo gartref neu ddargyfeirio) er mwyn ei gymryd yn ddiweddarach. Disgrifiodd un ymatebwr y gallai OST wedi'i bentyrru fod yn rhan o sbri o gymryd 'coctel' o wahanol gyffuriau:

“Bydd rhai cleientiaid yn stocio eu OST ac yn cael sbri yn ei ddefnyddio i gael coctel o gyffuriau”

Math arall o gamddefnyddio a nodwyd, a oedd yn llai cyffredin, oedd defnyddio dull gwahanol o weinyddu nag a argymhellwyd. Fel arfer roedd hyn yn cynnwys naill ai chwistrellu neu sniffian buprenorffin yn hytrach na'i lyncu (e.e. 'malu'r buprenorffin yn fân i sniffian', 'chwistrellu eu subutex'). Dim ond un ymatebwr a gyfeiriodd at gamddefnydd o ran defnydd at ddiben ac eithrio'r hyn a fwriadwyd ac ni ddarparwyd unrhyw fanylion penodol am beth oedd y diben arall hwn.

Rhesymau dros gamddefnyddio

Pan ofynnwyd iddynt beth oeddent yn ei feddwl oedd y rhesymau dros gamddefnyddio, daeth rhai themâu diddorol i'r amlwg, rhai yn amlach nag eraill. Diddordeb arbennig y themâu hyn oedd y gred gyffredinol bod camddefnydd (a oedd yn ymwneud yn bennaf â thanddefnydd) yn cael ei ysgogi gan yr angen i gynhyrchu arian (e.e. 'arian', 'ariannol', 'gwerthu er elw', 'i wneud arian'). Eglurodd sawl ymatebydd fod angen arian er mwyn prynu cyffuriau eraill a ffefrir:

“Rwy'n credu mai'r prif reswm yw eu bod nhw'n gallu gwerthu er mwyn cael heroin, sef y cyffur y maen nhw'n ei ffafrio.”

“Elw ariannol. I dalu am eu defnydd o heroin.”

“I brynu sylweddau anghyfreithlon, neu i wneud arian er budd personol.”

Er bod llawer yn cydnabod y cymhellion ariannol sy'n gysylltiedig â thanddefnydd o OST, roedd rhai yn deall ei fod hefyd yn ffordd ddefnyddiol o gynhyrchu cronfeydd wrth gefn ar gyfer defnydd diweddarach. Ystyriwyd bod crynhoi 'stoc diogelwch' yn ffordd bwysig o ddiogelu yn erbyn symptomau diddyfnu pe bai mynediad i OST neu gyffuriau anghyfreithlon eraill yn cael ei gyfyngu yn y dyfodol. Roedd rhai ymatebwyr yn cydnabod bod cleifion yn poeni am golli apwyntiadau a methu casglu eu

presgripsiwn am wahanol resymau. Roedd eraill o'r farn bod cleifion yn ofni cael eu rhyddhau'n gynnar o driniaeth a bod angen cyflenwadau arnynt i baratoi ar gyfer digwyddiadau o'r fath. Felly, roeddent yn defnyddio llai na'r presgripsiwn er mwyn creu cronfeydd wrth gefn i'w defnyddio yn y dyfodol.

“Rwy'n credu bod rhai'n poeni y gallen nhw golli apwyntiad felly yn pentyrru i bob pwrpas.”

“Cynllunio ar gyfer y dyfodol - cynllun wrth gefn rhag ofn na allan nhw fynd i'r fferyllfa”

“...credu eu bod wedi colli casgliad, felly bydd eu presgripsiwn yn cael ei atal”

Esboniodd un ymatebwr fod pentyrru meddyginiaeth yn darparu dull wrth gefn i'r rhai a oedd yn cymryd rhan yn eu rhaglenni triniaeth hunanreoledd eu hunain. Byddai'r broses hon yn eu galluogi i leihau a chynyddu eu dogn ar sail angen:

“Lleihau eich hun gan fod opsiynau triniaeth cyfredol yn cyfyngu ar eich lleihad ac nid yw'n caniatáu i chi fynd yn ôl i fyny os teimlwch fod angen i chi wneud heb asesiad arall a dewisiadau cymorth ychwanegol.”

Yn aml esboniwyd camddefnydd o ran defnyddio 'ar ben' yn nhermau ceisio pleser a'r angen i gael effaith wahanol neu well na mae eu presgripsiwn yn ei chynnig. Roedd hyn yn cael ei fynegi'n aml yn nhermau cleifion a oedd eisiau 'gwefr', 'hit' neu 'buzz' gwell. Eglurodd un ymatebydd hyn yn fanylach gan ddweud bod 'heroin yn cael effaith well ac mae'n teimlo ei fod eisiau cael effaith well weithiau'. Priodolodd un arall yr angen i ddefnyddio cyffur arall ar ben i nodweddion OST, a oedd yn gwneud i gleifion 'deimlo'n sâl' weithiau os oeddent yn ei gymryd i gyd ar unwaith.

Roedd esboniad cyffredin arall am gamddefnydd yn gysylltiedig ag effeithiolrwydd, neu yn hytrach aneffeithiolrwydd, triniaeth OST. I'r rhan fwyaf, roedd hyn yn ymwneud â dosau oedd yn rhy isel ac felly'n annigonol i osgoi symptomau diddyfnu (e.e. 'mae'r dos yn rhy isel i'w hatal nhw', 'ddim ar ddos priodol', presgripsiwn ddim digon uchel', 'ddim yn atal yr ysfa'.) Fodd bynnag, i rai ymatebwyr, nid oedd y broblem yn ymwneud cymaint â dosau annigonol ond yn ymwneud mwy â'r ddarpariaeth gyfyngedig o gymorth seicogymdeithasol holistaidd ochr yn ochr â meddyginiaeth bresgripsiwn. Yn wir, mae'r Canllawiau Clinigol (2017) yn nodi y dylai *“Treatment for drug misuse should always involve a psychological component to*

help support an individual's recovery" (t. 47) ac "An integrated approach using psychological skills and interventions along with prescribing allows care to be managed in a way that incentivises recovery, harnesses motivation, and supports harm reduction and relapse prevention" (t. 57). Roedd un ymatebydd yn cytuno'n bendant â'r argymhellion hyn:

"Mae OST yn un opsiwn triniaeth i fynd i'r afael â dibyniaeth ar opiadau ac nid yw ynddo'i hun yn mynd i'r afael â'r heriau ymddygiad cymdeithasol a greddfod sy'n gysylltiedig â chamddefnyddio sylweddau yn gyffredinol."

Tynnodd ymatebwyr eraill sylw at bwysigrwydd darparu cwnsela hefyd a'r angen i fynd i'r afael ag achosion sylfaenol dibyniaeth:

"Oherwydd nad yw'r ymddygiad caethiwus sylfaenol wedi cael ei drin yn ddigonol"

"Rwy'n gwybod y gall pobl barhau i ddefnyddio ar ben/gwerthu eu OST. Mae hyn yn digwydd yn bennaf gan nad ydyn nhw'n cael y cymorth priodol i stopio e.e. - cymorth seicolegol. Mae gormod o ffocws ar feddyginiaeth ar gyfer triniaeth ac nid oes digon ar yr ochr gwnsela fel bod pobl yn dod i ddeall pam eu bod yn defnyddio/neu sut i osgoi llithro'n ôl i'w harferion drwg. Rwy'n dweud hyn o brofiad personol."

"Diffyg cymorth iechyd meddwl/cwnsela"

Yn ddiddorol, nid oedd camddefnyddio o ganlyniad i fethiant triniaeth yn ganlyniad i ddarpariaeth ansafonol ganfyddedig bob amser. Mewn rhai achosion, credid bod triniaeth yn methu gan nad oedd cleifion yn barod neu nad oedd ganddynt ddigon o gymhelliant i roi'r gorau i ddefnyddio cyffuriau eraill (e.e. 'ddim yn barod i roi'r gorau i ddefnyddio opiadau', 'ddim yn barod i wneud y newid', 'ddim yn barod i wneud newidiadau'.)

Cymhellion llai cyffredin ar gyfer camddefnyddio oedd rhai a oedd yn gysylltiedig â bywydau llawn straen y cleifion a oedd yn derbyn OST. Cyfeiriodd rhai ymatebwyr at 'straen bywyd bob dydd' a 'ffordd o fyw anhrefnus' cleifion OST. Soniodd un ymatebydd am rôl 'diflastod' o ran cymell camddefnyddio sylweddau ar ben OST. Roedd cysylltiad agos rhwng ffordd o fyw cleifion a rôl pwysau gan gyfoedion a bwlio wrth annog camddefnydd. Nododd nifer o ymatebwyr fod camddefnyddio yn gysylltiedig â'r 'cylchoedd cymdeithasol' y mae cleifion yn byw ynddynt a dylanwad

'cyfoedion sy'n camddefnyddio cyffuriau a phwysau o fewn eu grŵp cymdeithasol'. Mewn rhai achosion roedd y pwysau hwn yn amlwg yn gysylltiedig â dargyfeirio (gweler yn ddiweddarach yn yr adroddiad am ragor o fanylion) ond roedd yn amlwg bod pwysau cymdeithasol yn cael ei ystyried yn ffactor sy'n annog defnydd parhaus o sylweddau eraill ar ben OST hefyd.

Risgiau camddefnyddio

Ar ôl archwilio'r cymhellion dros gamddefnyddio, gofynnwyd i ymatebwyr roi sylwadau ar y prif risgiau o gamddefnyddio OST yn eu barn nhw. Yr hyn a oedd yn peri pryder i'r rhan fwyaf o ymatebwyr oedd y perygl o orddosio a marwolaeth a all ddeillio o orgymryd sylweddau sy'n gwanhau'r system resbiradol (e.e. 'gorddos', 'OD', 'marwolaeth', 'DRD', 'gwenwyn cyffuriau', 'gorddos angheuol a heb fod yn angheuol', 'tanadlu', 'digwyddiadau angheuol'). Roedd tanddefnyddio yn cael ei ystyried yn broblem hefyd, yn bennaf oherwydd y gallai torri i lawr arwain at lai o oddefiant, sy'n cynyddu'r risg o orddosio pan gymerir dosau mwy o faint (e.e. 'risg o oddefiant is o beidio cymryd meddyginiaeth fel y nodir ar y presgripsiwn', 'goddefiant yn newid oherwydd camddefnydd (dosau a gollwyd)').

Nodwyd amrywiaeth o effeithiau niweidiol eraill ar iechyd gan gynnwys pryderon eithaf cyffredinol (e.e. 'effaith ar iechyd corfforol', 'effaith ar iechyd') yn ogystal â rhai mwy penodol (e.e. 'niwed i gylchrediad'). Pryder arbennig oedd yr effaith niweidiol ar iechyd sy'n gysylltiedig â chwistrellu mewnwythiennol (e.e. 'clwyfau chwistrellu', 'cynnydd mewn BBVs'). Roedd effeithiau niweidiol cymdeithasol yn cael eu cydnabod fel risgiau posibl hefyd (e.e. 'colli swyddi/teulu', 'cael eich dal') ond y prif bryder a nodwyd gan ymatebwyr oedd y risg o niwed corfforol i'r claf OST. Wedi dweud hynny, roedd ein hymatebwyr i'r arolwg yn cydnabod y risg posibl i drydydd partïon y gellid gwerthu meddyginiaeth wedi'i dargyfeirio iddynt hefyd. Fel y nodwyd eisoes, edrychir yn fanylach ar faterion sy'n ymwneud â dargyfeirio yn ddiweddarach yn yr adroddiad.

Nododd sawl ymatebwr y gall camddefnyddio OST beryglu llwyddiant triniaeth (e.e. 'dileu budd posibl OST', 'ddim yn elwa o driniaeth, methu â gallu sefydlogi a manteisio ar y rhaglen OST', 'peidio â gadael i'w hunain fod ar ddos sefydlogi da'). Y prif berygl o fethu â chydymffurfio oedd na fyddai cleifion yn cael y cymorth priodol

gan weithwyr (sy'n 'teimlo eich bod yn gwastraffu eu hamser') ac yn y pen draw naill ai'n 'gadael' neu'n cael eu rhyddhau o'r driniaeth a 'chael eu tynnu oddi ar [eu] presgripsiwn'⁷. Disgrifiwyd camddefnydd gan un ymatebwr fel rhan o'r ffenomen 'drysau troi' lle mae pobl yn dychwelyd i gael eu trin dro ar ôl tro ar ôl i ymdrechion fethu â chyflawni sefydlogrwydd neu ymatal.

Lleihau camddefnydd

Pan ofynnwyd iddynt pa ddulliau a ddefnyddir ganddynt i leihau'r cyfle i gamddefnyddio, y dull a gofnodwyd amlaf oedd defnyddio cyffuriau dan oruchwyliaeth, sy'n golygu bod cleifion yn cael eu gwyllo wrth iddynt gymryd eu OST. Yn ail agos i'r dull hwn oedd y defnydd o brofion cyffuriau gwirfoddol neu orfodol i wirio bod yr OST wedi cael ei gymryd a/neu nad yw sylweddau eraill yn cael eu defnyddio ar ei ben. Nodwyd y defnydd o 'gontractau ymddygiad', y bygythiad o ryddhau hefyd fel dulliau er mai dim ond ychydig o ymatebwyr a soniodd am y rhain. Yn ddiddorol, nododd un ymatebwr werth triniaeth OST 'â therfyn amser' a 'dyddiadau rhoi'r gorau y cytunwyd arnynt'. Fodd bynnag, nid oedd yn glir sut y byddai mesurau o'r fath yn lleihau camddefnydd.

Ymddangosai fod dulliau llai llym yn fwy poblogaidd gyda chydabyddiaeth glir o'r angen i wella a chynyddu triniaeth er mwyn diwallu anghenion cleifion ac atal yr angen i gamddefnyddio. Roedd hyn yn cynnwys pwysigrwydd: 'presgripsiynu optimwm', 'cynnal adolygiadau rheolaidd', 'apwyntiadau therapiwtig a chlinigol rheolaidd gyda chleientiaid', 'cyfathrebu da â fferyllfeydd', creu cysylltiadau therapiwtig da a rhannu gwybodaeth am gamddefnyddio gyda sefydliadau partner (e.e. rhwng presgripsiynwyr a fferyllwyr).

“Crëwch amgylchedd nad yw'n cosbi fel bod cleifion yn teimlo y gallant fod yn agored ac yn onest a thrafod eu camddefnydd. Drwy wneud hyn, gall y nyrs a enwir a'r claf chwilio am ateb eu hunain. O bryd i'w gilydd, mae angen i ni ddychwelyd pobl i ddosau dan oruchwyliaeth a dim ond os oes rheswm da dros wneud hynny y byddwn yn eu llacio.”

“Perthynas dda gyda chleient. Cyfathrebu da gyda fferyllfeydd. Apwyntiadau clinigol a therapiwtig rheolaidd gyda chleientiaid. Gwybodaeth gyhoeddus ragweithiol/hybu iechyd o fewn y gymuned”

⁷ Trafodir materion yn ymwneud â rhyddhau cleifion yn gynnar o driniaeth yn ddiweddarach yn yr adroddiad.

“Cyn gynted ag y bydd gwybodaeth yn cyrraedd tîm GDAS am rywun sy'n camddefnyddio ei OST o bosibl, mae'n cael ei rhoi i'r tîm clinigol a cheir trafodaeth am y defnyddiwr gwasanaeth ac am y cynllun gweithredu sy'n gallu amrywio o ddychwelyd i ddefnyddio dan oruchwyliaeth i ddod oddi ar y presgripsiwn yn gyflym.”

Crybwyllodd nifer o ymatebwyr bwysigrwydd ymestyn triniaeth i gynnwys darparu gweithgareddau dargyfeiriol i leddfu diflastod gan fod angen darparu triniaeth seicogymdeithasol fel cwnsela i fynd i'r afael ag achosion sylfaenol y broblem. Cydnabuwyd bod yr angen am 'gymorth a dyfalbarhad' yn hollbwysig hefyd.

Er bod llawer yn disgrifio mesurau ar gyfer atal camddefnydd rhag digwydd yn y lle cyntaf, cyfeiriodd rhai at ddulliau penodol o leihau niwed a allai helpu i leihau'r niwed sy'n gysylltiedig â chamddefnyddio OST. Roedd hyn yn cynnwys darparu gwybodaeth am y ffordd orau o ymateb i orddosio yn ogystal â darparu pecynnau naloxone a fyddai'n gwrthdroi gorddos o opioidau. Yn olaf, roedd ateb un ymatebwr yn awgrymu na wnaeth geisio lleihau camddefnydd oherwydd y manteision a ddaw yn ei sgil:

“Yn bersonol, rwy'n credu bod marchnad ddu methadon yn ddefnyddiol ac yn bwysig’.”

Crynodeb

Yn yr adran hon rydym wedi archwilio safbwyntiau proffesiynol ar y camddefnydd o OST. Roedd y rhan fwyaf o'r ymatebwyr yn cydnabod bod camddefnyddio ymhlith cleifion yn eu sefydliad ac roedd llawer yn credu bod hyn yn digwydd yn rheolaidd. Y prif fathau o gamddefnydd a nodwyd oedd defnyddio cyffuriau eraill ar ben OST a chymryd mwy neu lai o OST nag a roddwyd ar bresgripsiwn iddynt. Deallwyd bod defnyddio ar ben yn cael ei ysgogi'n bennaf gan yr angen i ategu dosau annigonol o OST a thriniaeth aneffeithiol neu oherwydd yr angen i brofi pleser a gwahanol fath o wefr neu buzz. Roedd gorddefnydd yn cael ei hwyluso'n aml gan gyflenwadau cludo gartref o OST a deallwyd ei fod yn cael ei gymell yn bennaf gan yr angen i osgoi symptomau diddyfnu. Roedd llawer o'r farn bod tanddefnyddio'n cael ei gymell gan yr angen i wneud arian, er mwyn prynu eu cyffur o ddewis fel arfer. Fodd bynnag, deallwyd hefyd fod tanddefnyddio'n ddefnyddiol gan y byddai'n galluogi cleifion i

gronni cyflenwadau wrth gefn o OST y gellid eu defnyddio yn y dyfodol pan na fyddai'n bosibl cael gafael ar OST neu sylweddau a ffeirir.

Roedd yr effeithiau niweidiol posibl ar iechyd a'r rhai cymdeithasol yn cael eu cydnabod yn eang gyda'r rhan fwyaf yn ofni y byddai cleifion yn gorddosio ac yn marw naill ai o ganlyniad i orddefnydd (gan gynnwys defnyddio ar ben cyffur arall) neu o danddefnydd a'r gostyngiad dilynol mewn goddefiant. Disgrifiodd yr ymatebwyr ddulliau amrywiol ar gyfer lleihau'r risg o gamddefnyddio a'r mwyaf poblogaidd o'r rhain oedd goruchwyllo'r defnydd er bod gwerth profion cyffuriau yn cael ei gydnabod hefyd. Er y nodwyd rhai dulliau eithaf llym (e.e. bygwth rhyddhau), nododd ymatebwyr bwysigrwydd optimeiddio triniaeth o ran dosio a darparu cymorth therapiwtig nad oedd yn cosbi.

6.0 Dargyfeirio meddyginiaeth OST

Yn yr adran hon o'r adroddiad rydym yn troi ein sylw yn awr at fath arbennig o gamddefnyddio OST, sef dargyfeirio. Yn yr adroddiad hwn rydym wedi diffinio dargyfeirio fel rhoi, rhannu, masnachu neu werthu OST i eraill. Nodwyd yn gynharach yn yr adroddiad fod rhai ymatebwyr wedi cyfeirio at ddargyfeirio yn eu hatebion yn ymwneud â chamddefnyddio. Fodd bynnag, er eglurder, rydym wedi cadw ein trafodaeth am y materion hyn tan yn awr.

I fesur mynychder canfyddedig dargyfeirio OST, gofynnem i ymatebwyr ddweud wrthym, hyd eithaf eu gwybodaeth, a oeddent yn credu bod y rhan fwyaf, rhai neu ddim o'r cleifion a oedd yn derbyn OST drwy eu sefydliad yn dargyfeirio eu OST. Roedd mwy na thri chwarter (78%) o ymatebwyr yn meddwl bod eu cleifion yn dargyfeirio eu meddyginiaeth OST. Yn y rhan fwyaf o achosion, teimlwyd bod y dargyfeirio'n digwydd ymhlith 'rhai' cleifion gyda dim ond cyfran fechan yn nodi ei fod yn digwydd ymysg y 'rhan fwyaf' o gleifion. Yn fras, nid oedd chwarter yr ymatebwyr yn meddwl bod cleifion yn eu sefydliad yn dargyfeirio eu meddyginiaeth OST.

Tabl 9 Mynychder dargyfeirio OST

Nodwedd	N	%
Ydyn, y rhan fwyaf ohonynt	2	3
Ydyn, rhai ohonynt	53	75
Na, dim un ohonynt	16	23
Cyfanswm	71	100

Nodiadau: Rhai achosion coll.

Ymhlith y rhai a oedd yn credu bod dargyfeirio OST yn digwydd ymhlith eu cleifion, roedd y rhan fwyaf (76%) yn meddwl bod dargyfeirio'n digwydd 'weithiau' tra bod ychydig o dan chwarter (24%) meddwl ei fod yn digwydd 'yn aml'. Nid oedd yr un ymatebwr yn meddwl bod cleifion yn dargyfeirio eu meddyginiaeth OST drwy'r amser.

Tabl 10 Mynychder dargyfeirio OST

Nodwedd	N	%
Weithiau	42	76
Yn aml	13	24
Bob amser	0	0
Cyfanswm	55	100

Nodiadau: Ymhlith y rhai a gredai fod dargyfeirio'n digwydd ymhlith cleifion yn eu sefydliad (n = 55).

Dulliau dargyfeirio

Gofynnwyd i ymatebwyr a oedd yn credu bod cleifion yn eu sefydliad wedi bod yn dargyfeirio eu meddyginiaeth i ddisgrifio sut, yn ymarferol, yr oeddent yn credu bod cyflenwadau'n cael eu dargyfeirio. Ar y cyfan, deallwyd bod arferion dargyfeirio'n cynnwys cleifion yn cael eu meddyginiaeth gan fferyllfa neu ddarparwr triniaeth bresgripsiwn ac yna'n ei throsglwyddo i eraill drwy ddulliau amrywiol. Nodwyd dau brif ddull o ddargyfeirio. Y dull cyntaf, a'r mwyaf cyffredin a gofnodwyd, oedd dargyfeirio cyflenwadau o feddyginiaeth i'w cludo gartref. Yn dibynnu ar angen clinigol, caniateir i rai cleifion gymryd eu meddyginiaeth heb oruchwyliaeth (ar benwythnosau neu'n wythnosol mewn rhai achosion)⁸. Felly, mae gan gleifion sy'n

⁸ Gweler: Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group (2017) Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. Llundain: Department of Health: "ultimately, the responsibility for the level of supervision for any prescription lies with the prescriber ...".

cael dosau i'w cludo gadref gyflenwadau parod i'w dargyfeirio i eraill os ydynt yn dymuno gwneud hynny⁹.

Credwyd mai'r broses gorfforol o ddargyfeirio cyflenwadau cludo gartref oedd cleifion yn cymryd dosau llai o feddyginiaeth a naill ai'n dargyfeirio'r gweddill neu'n pentyrru'r gweddill sydd dros ben yn barod i'w drosglwyddo i eraill.

“Yn aml gyda dos o feddyginiaeth cludo gartref, maen nhw'n lleihaeu dos eu hunain ac yn cadw'r dos i'w werthu i eraill.”

“Gyda dosau cludo gartref, cymryd llai na'r presgripsiwn bob dydd, yna gwerthu neu roi'r gweddill.”

“Yn aml wrth gael dos o feddyginiaeth cludo gartref, maen nhw'n lleihau eu dos eu hunain ac yn cadw'r dos i'w werthu i eraill.”

Defnyddiwyd yr ail ddull o ddargyfeirio a ddisgrifiwyd gan ymatebwyr gan gleifion OST a oedd yn cael meddyginiaeth ar bresgripsiwn i'w defnyddio ar unwaith. Mewn achosion o'r fath, hwyluswyd dargyfeirio gan arferion goruchwyllo annigonol, naill ai mewn fferyllfeydd neu glinigau dosbarthu.

“Rwy'n credu os nad yw meddyginiaeth yn cael ei goruchwyllo'n iawn, mae'n weddol hawdd, mae hyn yn sicr yn wir ar gyfer OSTs.”

“Diffyg goruchwyliaeth yn y fferyllfa.”

Eglurodd un ymatebwr fod goruchwyliaeth wael yn digwydd weithiau o ganlyniad i gleifion yn manteisio ar weithwyr proffesiynol llai profiadol a oedd wedi dod i ymddiried ynddynt ar ôl datblygu perthynas.

“...goruchwyliaeth wael ar ôl i'r claf feithrin perthynas â'r fferyllfeydd. Fferyllwyr ifanc.”

Dywedwyd bod y dulliau o guddio meddyginiaeth OST yn gorfforol yn amrywio yn ôl y math o feddyginiaeth. Er y deellir ei fod yn llawer symlach i guddio OST ar ffurf tabled (h.y. buprenorffin), serch hynny, credwyd ei bod yn bosibl, ac yn gyffredin, i feddyginiaeth hylifol (h.y. methadon) gael ei chuddio hefyd. 'Disgrifiodd llawer o

⁹ Gall cyflenwadau cludo gartref fod yn broffidiol (gweler yr adran nesaf am fanylion) a deallwyd bod rhai cleifion yn twyllo'r system drwy gyflwyno samplau wrin ffug er mwyn cael y statws angenrheidiol i gael cyflenwadau cludo gartref: 'wrin ffug felly'n cael cyflenwad cludo gartref'.

ymatebwyr yr arfer guddio tabledi ar y llaw (*palming*), sy'n golygu sticio tabledi i gledr eich llaw wrth esgus eu llyncu, (e.e. 'cuddio subutex ar y llaw', 'cuddio Espranor ar y llaw', 'cuddio buprenorffin ar y llaw').

“Cuddio eu buprenorffin ar y llaw - felly dyw'r feddyginiaeth naill ai byth yn mynd i mewn i'r geg, neu os yw mae'n cael ei thynnu o'r geg cyn ei llyncu.”

Disgrifiodd ymatebwyr hefyd sut y byddai rhai cleifion yn poeri tabledi ar ôl esgus eu bod wedi'u llyncu. Yn ymarferol, roedd hyn yn golygu cuddio'r dabled rhywle yn eu ceg gan sicrhau ei bod yn ddigon sych i atal y feddyginiaeth rhag toddi:

“Cuddio'r dabled y tu mewn i ardal y deintgig”

“Sychu eu ceg cyn cael OST yn y fferyllfa.”

Roedd poeri yn cael ei nodi hefyd fel dull o gael cyflenwadau o fethadon hylifol ar gyfer dargyfeirio.

“Esgus llyncu hylif methadon neu dabledi buprenorffin cyn poeri allan”

“Cadw hylifau yn eu ceg a'u poeri i botel y tu allan i'r fferyllfa”

“Dal methadon yn y geg i boeri allan yn fuan ar ôl gadael y fferyllfa.”

Mae'n bwysig nodi mai dim ond os nad yw'r 'goruchwylydd' yn edrych yn iawn ar geg y claf cyn gadael iddo adael y byddai'n bosibl dargyfeirio OST hylif a thabled drwy boeri. Felly gall goruchwyliaeth annigonol hwyluso'r broses o ddargyfeirio. Fodd bynnag, mae hyd yn oed goruchwyliaeth ddigonol, lle mae ceg y claf yn cael ei gwirio'n drylwyr, yn annigonol i atal dargyfeirio'n gyfan gwbl. Yn wir, disgrifiodd llawer o ymatebwyr sut y byddai rhai cleifion yn cyfogi meddyginiaeth OST a lyncwyd i gynhyrchu cyflenwadau ar gyfer dargyfeirio.

“Poeri allan neu gyfogi methadon hylifol.”

“Cyfogi, cuddio ar y llaw.”

“cyfogi methadon i gwpan/hances”

Disgrifiodd y rhan fwyaf o'r ymatebwyr arferion dargyfeiriol a ddigwyddodd ar ôl i'r feddyginiaeth OST gael ei rhoi i'r claf. Fodd bynnag, nododd un ymatebwr y gallai dargyfeirio ddigwydd hefyd pan fyddai'n cael ei ddosbarthu pe bai rhywun nad oedd wedi cael presgripsiwn am y feddyginiaeth yn ei gasglu (e.e. 'efallai y bydd rhywun arall yn casglu'r presgripsiwn')¹⁰. Yn ôl pob tebyg, byddai dargyfeirio gan ddefnyddio'r dull hwn ond yn bosibl pe na byddai'r fferyllydd yn gwirio hunaniaeth y casglwr yn iawn.

Cymhellion ar gyfer dargyfeirio

Pan ofynnwyd iddynt egluro'r rhesymau pam eu bod yn meddwl bod cleifion yn dargyfeirio eu meddyginiaeth OST, rhoddwyd amrywiaeth o gymhellion. Rhoddodd rhai ymatebwyr restr o nifer o resymau posibl, tra bod eraill yn cyfyngu eu hymateb i un yn unig. Y cymhelliad a adroddwyd amlaf oedd yr angen i wneud arian. Dim ond atebion cryno a roddwyd gan rai o'r ymatebwyr, megis: 'arian', 'i werthu er mwyn cael arian', 'cyllid', 'arian ychwanegol ac elw'. Ymhelaethodd ymatebwyr eraill gan esbonio pam yr oedd angen arian ychwanegol. Crybwyllodd sawl ymatebydd fod talu dyledion yn ffactor ysgogi allweddol.

“Dyledion sy'n ddyledus yn y carchar, dyledion sy'n ddyledus yn y gymuned”

“Y gwerth ariannol sydd ganddo o ran dyled ac i wneud arian.”

Roedd yr angen am gyffuriau eraill yn cael ei nodi'n aml fel cymhelliad i ddargyfeirio OST hefyd. Mewn rhai achosion deallwyd bod cyffuriau anghyfreithlon yn cael eu prynu gydag elw OST wedi'i ddargyfeirio. Mewn achosion eraill credwyd bod meddyginiaeth sydd wedi'i dargyfeirio'n cael ei chyfnewid yn uniongyrchol am sylweddau anghyfreithlon eraill.

“Maen nhw am brynu'r cyffuriau o'u dewis”

“Weithiau i wneud arian fel y gallan nhw brynu sylweddau anghyfreithlon.”

“Arian i brynu cyffuriau”

“Cyfnewid am sylweddau eraill”

¹⁰ Gweler canllawiau clinigol A. 4.5.2, sy'n nodi y gofynnir i gleifion ddangos prawf adnabod i'r fferyllydd sy'n dosbarthu fel arfer

“I wneud arian/cyfnewid am sylweddau eraill i’w defnyddio ar ben cyffur arall.”

“Gwerthu/cyfnewid am sylweddau anghyfreithlon.”

Yn ddiddorol, cyfeiriodd sawl ymatebwr at yr angen i gael meddyginiaethau eraill, gan gynnwys mathau eraill o OST, nad oeddent yn gallu eu cael fel arall.

“Os nad ar eu OST dewisol fe allan nhw werthu neu gyfnewid er mwyn derbyn y sylwedd a ddymunir”

“I gael meddyginiaeth arall”

Ar wahân i gymhelliad ariannol, disgrifiwyd esboniadau eraill mwy anhunanol hefyd. Roedd ymatebwyr yn credu y byddai cleifion yn dargyfeirio eu meddyginiaeth weithiau er mwyn rhannu â rhywun, partner yn aml, nad oedd yn derbyn OST.

“I rannu gyda phartneriaid sydd ddim ar bresgripsiwn – weithiau i helpu rhywun fel partner sydd ddim yn derbyn OST hyd yn hyn”

“Rhoi i bartner sydd ddim yn cael presgripsiwn”

“I gefnogi eraill sy’n ddibynnol a heb fod yn derbyn triniaeth”

“Ddim yn sylweddoli pa mor beryglus y gall hyn fod a pheidio â sylweddoli mai dim ond meddyg a all ei roi ar bresgripsiwn. Efallai eu bod yn meddwl y bydd yn eu helpu nhw [eraill] gyda salwch fel poen cronig.”

“Rhoi i bartner sy’n defnyddio cyffuriau i geisio ei helpu”

Er y deallwyd yn glir bod dargyfeirio yn ddewis i lawer o gleifion, cydnabuwyd hefyd y gallai dargyfeirio gael ei ysgogi weithiau gan ofn, bwlio, dychryn a phwysau gan eraill, gan gynnwys partneriaid. Nid oedd y cleifion eisiau dargyfeirio bob amser gyda rhai’n cael eu gorfodi i wneud hynny. Y goblygiad oedd y byddai unrhyw fethiant i gydymffurfio â bwll yn arwain at ganlyniadau poenus (efallai yn fwy poenus na chanlyniadau diddyfnu o feddyginiaeth OST).

“Os ydyn nhw’n cael eu bwlio i’w wneud, eu bygwth”

“Gorfodi i rannu eu OST gyda phartneriaid”

“Weithiau maen nhw’n cael eu gorfodi i wneud hyn gan bartneriaid sy’n eu cam-drin.”

“Maen nhw’n cael eu bygwth gan bartner, neu ddeliwr.”

“Cael eu rhoi dan bwysau y tu allan i fferyllfeydd.”

“Pwysau gan eraill i werthu OST.”

Er bod y rhan fwyaf o ffactorau cymhelliant yn canolbwyntio ar y sefyllfa sydd ohoni nawr, nododd rhai ymatebwyr fod cleifion yn dargyfeirio meddyginiaeth weithiau er mwyn paratoi ar gyfer sefyllfaoedd anodd yn y dyfodol. Eglurodd un ymatebwr y gallai cleifion ddal gafael ar eu cyflenwad dargyfeiriedig yn barod i’w werthu ar adeg pan na fydd ganddynt unrhyw arian ar gael i dalu am gyffuriau anghyfreithlon (*Cadw ar gyfer adeg pan nad oes ganddynt arian i brynu sylweddau anghyfreithlon*). Mae camau o’r fath yn arwydd o sgiliau cynllunio a threfnu gofalus nad ydynt yn gysylltiedig â’r grŵp cleient hwn fel arfer [need to add something on stereotyping and stigma.]

I eraill, fodd bynnag, deallwyd y gallai dargyfeirio ddigwydd oherwydd nad oedd cleifion yn barod, yn abl nac yn fodlon cymryd rhan mewn triniaeth yn llawn:

“Ddim eisiau cymryd OST.”

“Ddim yn credu’n llwyr y byddai’r dos yn ddigon iddyn nhw neu y gallen nhw ddod oddi arno”

“Methu ag ymrwymo’n llwyr i adfer.”

“Dydyn nhw ddim yn barod i newid eu ffordd o fyw.”

“Ddim yn barod i roi’r gorau i ddefnyddio”

Risgiau dargyfeirio

Nododd y rhan fwyaf o’r ymatebwyr mai gorddos a marwolaeth yw’r brif risg sy’n gysylltiedig â dargyfeirio OST. Yn bennaf, gwelwyd y risg o ran perygl i’r trydydd parti a oedd yn defnyddio’r feddyginiaeth a oedd wedi’i dargyfeirio. Eu prif bryder oedd y byddai’r trydydd parti yn gorddosio naill ai oherwydd goddefiant isel neu oherwydd rhyngweithiadau anffafriol â meddyginiaethau a chyffuriau eraill yr oeddent yn eu cymryd yn fwriadol neu’n ddjarwybod iddynt.

“Gwerthu i rywun sydd â llai o oddefiant.”

“Gorddos mewn pobl sy’n naif o ran defnyddio opiadau.”

“Mae pobl nad yw clinigwyr yn eu gweld yn cael presgripsiwn ac felly’n gorddosio ac yn marw.”

“Rhyngweithiadau â meddyginiaethau eraill gan fod pobl yn ei ddefnyddio heb gael asesiad priodol o bosibl.”

“Gorddosio, methadon stryd neu subutex sydd â thawelydd anhysbys wedi’i ychwanegu ato.”

Roedd nifer fach o ymatebwyr yn pryderu’n arbennig am y risg o gyflenwadau dargyfeiriedig yn cael eu cymryd gan blant (e.e. ‘gallai plant/grwpiau agored i niwed ei gymryd’, ‘risg i blant’)

Nodwyd achosion eraill o niwed i iechyd hefyd fel canlyniadau posibl. Roedd hyn yn cynnwys y posibilrwydd i drydydd partïon ddefnyddio cyffuriau am y tro cyntaf a rhai yn mynd yn gaeth neu’n ddibynnol ar feddyginiaeth OST (e.e. ‘Gall gymell pobl i ddefnyddio cyffuriau nad ydyn nhw wedi gwneud hynny o’r blaen’, ‘trydydd partïon yn mynd yn gaeth i OST’). Yr hyn a oedd yn peri pryder arbennig oedd y potensial i ledaenu firysau a gludir yn y gwaed, a allai ddigwydd pe bai’r feddyginiaeth oedd wedi’i dargyfeirio wedi cael ei phoeri allan neu ei chyfogi gan glaf heintiedig (e.e. ‘Posiblrwydd o drosglwyddo BBVs’).

Er bod niwed i drydydd partïon yn arbennig o bwysig i ymatebwyr yr arolwg, cydnabuwyd hefyd fod yna risg gritigol i’r dargyfeiriwr. Yma, y prif bryder oedd y byddai’r claf yn wynebu gostyngiad mewn goddefiant ac yn dod yn fwyfwy agored i orddos. Roedd pryder hefyd y byddai cleifion yn defnyddio cyffuriau anghyfreithlon (o gryfder anhysbys) yn absenoldeb eu OST presgripsiwn.

“Gorddos, os yn rhoi eu OST i eraill ac yna’n cymryd dos llawn.”

“Risg i berson sy’n cymryd y feddyginiaeth. Risg i glaf nad yw wedi cael y budd o driniaeth a’r risgiau cysylltiedig.”

“Gorddos i’r naill a’r llall.”

“Goddefiant is. Bydd yn defnyddio heroin wedyn gan nad oes ganddo ei ddos o OST.”

Nodwyd hefyd bod y risg o gael eu tynnu oddi ar raglenni triniaeth a cholli eu presgripsiynau yn destun pryder (e.e. 'Colli presgripsiwn', 'rhyddhau o driniaeth').

Roedd rhai ymatebwyr yn poeni y byddai cleifion yn mynd hyd yn oed yn fwy agored i niwed o ganlyniad i beidio â chael budd o driniaeth. Tynnodd un ymatebwr sylw at y posibilrwydd y gallai trydydd parti gam-fanteisio ar gleifion sy'n agored i niwed.

“Nid yw pobl yn cael y cymorth sydd ei angen arnyn nhw ac maen nhw hyd yn oed yn fwy agored i niwed nag oedden nhw eisoes.”

“Risg i glaf nad yw'n cael budd o driniaeth a risgiau cysylltiedig. Y risgiau y gallai gwendidau ychwanegol cleifion gael eu hamlygu i unigolyn sy'n cam-fanteisio.”

“Dos afreolaidd o feddyginiaeth sy'n gallu arwain at broblemau iechyd corfforol.”

Tynnodd sawl ymatebwr sylw at y risg y byddai cleifion yn cael eu dal am ddargyfeirio eu meddyginiaeth ynghyd â'r risg o gael eu harestio a mynd i'r system cyfiawnder troseddol (e.e. 'arestio', 'gorddos a throreddwr', 'cael eich dal', 'troseddolrwydd').

“Ymddygiad troseddol - a ddylen nhw neu'r rhai maen nhw'n gwerthu iddyn nhw gael eu herlyn.”

Lleihau dargyfeirio

Gofynnwyd i'r holl ymatebwyr ddisgrifio'r mesurau y maent yn eu cymryd i leihau'r risg o ddargyfeirio ymhlith cleifion OST yn eu sefydliad. Cafwyd ateb gan 61 o ymatebwyr¹¹. Disgrifiodd rhai ymatebwyr sut y byddent yn ymateb i gleifion sy'n cael eu dal yn dargyfeirio eu meddyginiaeth, tra bod eraill yn disgrifio eu harferion rheolaidd ar gyfer atal dargyfeirio yn y lle cyntaf. Ar gyfer y ddau, y prif ddulliau a ddefnyddiwyd oedd: defnyddio cyffuriau dan oruchwyliaeth, profi am gyffuriau, ymwybyddiaeth ac addysg, rhannu gwybodaeth, presgripsiynu gwahanol fathau o OST, a sicrhau ansawdd y driniaeth i'r eithaf (h.y. dosau optimwm). Yn y paragraffau isod, rydym yn tynnu sylw at rai enghreifftiau o'r dulliau hyn. Fel o'r blaen, disgrifiodd rhai ymatebwyr ddefnyddio technegau lluosog tra bod eraill yn disgrifio un yn unig.

¹¹ Roedd y rhai nad ymatebodd yn cynnwys: 8 gweithiwr cyffuriau, 1 rheolwr, 1 fferylllydd a 3 'arall'.

Y dull mwyaf cyffredin a ddefnyddiwyd gan ymatebwyr i geisio lleihau dargyfeirio oedd darparu defnydd wedi'i oruchwyllo, lle mae meddyginiaeth OST yn cael ei chymryd yng ngŵydd y fferylllydd. Disgrifiodd y rhan fwyaf o'r ymatebwyr natur yr oruchwyliaeth mewn termau eithaf cyffredinol (e.e. 'Gwyllo pawb yn ofalus', 'goruchwyliaeth teledu cylch cyfyng', 'goruchwyllo mannau triniaeth', '... rhoi meddyginiaethau dan oruchwyliaeth', 'defnydd dyddiol dan oruchwyliaeth').

Fodd bynnag, roedd un yn fwy penodol o ran sut y dylai defnydd gael ei oruchwyllo i leihau'r risg o ddargyfeirio (e.e. 'sicrhau bod gwydraid llawn o ddŵr yn cael ei yfed ar ôl rhoi meddyginiaeth'). Disgrifiodd sawl un bwysigrwydd cynnal sgwrs â chleifion a gofyn cwestiynau am eu triniaeth er mwyn canfod pa mor debygol yw dargyfeirio:

“Cynnal sgwrs, goruchwyliaeth ofalus.”

“Defnydd dyddiol dan oruchwyliaeth, gofyn a yw pobl yn cymryd eu dosau llawn.”

“Ym mhob cyfarfod, gofyn cwestiynau am eu hymddygiad defnyddio a'u presgripsiwn. ... Os ydyn nhw'n cwyno am symptomau diddyfnu neu'n dweud nad yw'r dos yn ddigon, gofynnwch gwestiynau am y rheswm dros hyn.”

“... Cadw mewn cysylltiad â chleientiaid”

Er bod rhai ymatebwyr yn ystyried bod cyfathrebu â chleifion yn bwysig, roedd eraill yn cydnabod gwerth cyfathrebu'n rheolaidd â sefydliadau partner hefyd, yn enwedig gyda fferyllwyr sy'n ymwneud â dosbarthu OST i gleifion. Mae rhannu gwybodaeth yn hollbwysig er mwyn sicrhau y dilynir trefnau presgripsiynu a bod unrhyw bryderon am gleifion yn cael eu hymchwilio'n llawn.

“Cyfathrebu da ag asiantaethau eraill a fferyllfeydd.”

“Cysylltu â'r fferyllfa i gael goruchwyliaeth agos”

“Cysylltu â fferyllfeydd”

“Trafod â'r fferylllydd”

Tynnodd rhai ymatebwyr sylw at werth profion wrin a mathau eraill o brofion cyffuriau fel dull allweddol a ddefnyddiwyd i geisio lleihau dargyfeirio (e.e. 'profion rheolaidd',

'sgrinio am gyffuriau ar hap', 'sgrinio wrin'). Mae profion yn hwyluso canfod cydymffurfiaeth â thriniaeth (h.y. penderfynu a yw defnyddwyr gwasanaeth wedi defnyddio eu meddyginiaeth bresgripsiwn) a'r defnydd o gyffuriau eraill nad ydynt ar bresgripsiwn hefyd (h.y. cyffuriau anghyfreithlon fel heroin)¹².

“Monitro DSUs ar gyfer presenoldeb metabolion OST ar bresgripsiwn!

“Profi’n aml i wneud yn siŵr bod ganddyn nhw’r cyffur presgripsiwn yn eu system yn ogystal ag am opiadau.”

“Prawf EDDP¹³. Dilysu’r prawf wrin. Profion swab o’r geg”

Pan fydd canlyniadau profion yn awgrymu nad yw'r claf yn cydymffurfio â thriniaeth, mae perygl iddo gael ei roi dan oruchwyliaeth dynnach, cael ei atal neu, mewn achosion prin, gael ei ryddhau o driniaeth. Gall profi felly fod yn rhwystr cryf i gamddefnyddio a dargyfeirio.

Roedd addysgu cleifion am ganlyniadau dargyfeirio a pheryglon posibl rhannu eu OST gydag eraill, yn strategaeth allweddol arall a nodwyd gan ymatebwyr. Cyfeiriodd rhai yn benodol at leihau niwed tra bod eraill yn fwy cyffredinol yn eu sylwadau gan gyfeirio'n syml at yr angen i 'addysgu' neu i ddarparu 'addysg':

“Cyflenwi gwybodaeth/leihau niwed”

“Cyngor ar leihau niwed. Trafod y risgiau os amheuir hynny.”

“Trafodwch leihau niwed bob amser”

“Esbonio canlyniadau dargyfeirio”

Mae'n ddiddorol bod un ymatebwr wedi sôn am naloxone ('naloxone ac addysg'), sy'n awgrymu ei fod yn derbyn bod dargyfeirio'n debygol a'i bod hi'n bwysig paratoi ar gyfer digwyddiad gorddos y gallai hyn ei greu.

Disgrifiodd nifer fach o ymatebwyr ddulliau yn ymwneud â'r driniaeth OST ei hun fel ffordd o leihau'r risg o ddargyfeirio. Soniodd sawl un am newid o un math o OST i un

¹² Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group (2017) Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. Llundain. Yr Adran Iechyd.

¹³ Mae'r prawf yn caniatáu sgrinio ar gyfer y cymeriant effeithiol o fethadon drwy ganfod ei fetabolyn, yr EDDP.

arall. Roedd hyn yn cynnwys newid o fethadon i feddyginiaeth gyfnewid anoddach i'w dargyfeirio fel Espranor a newid i Suboxone sy'n cynnwys naloxone ac sy'n dipyn llai deniadol i'w gamddefnyddio a'i ddargyfeirio:

“Ystyried cynhyrchion sy'n lleihau risg. h.y. suboxone”

“Defnyddio espranor yn hytrach na buprenorffin, methadon yn lle bupreninorffin”

“espranor - toddi'n gynt.”

Cyfeiriodd un ymatebwr at bwysigrwydd cynnal y dosau optimwm o OST i gadw cleifion yn fwy effeithiol ac felly eu hannog i beidio dargyfeirio a defnyddio sylweddau eraill ar ben ('cynnal dos optimwm ar gyfer unigolion'). Roedd rhywun arall yn ystyried bod adolygiadau rheolaidd o gynlluniau triniaeth yn hanfodol i helpu i leihau'r risg o ddargyfeirio ('adolygu cynlluniau triniaeth'). Yn ddiddorol, dim ond un ymatebydd soniodd am werth y dargyfeirio ei hun i bobl sy'n defnyddio cyffuriau. Amlygodd yr ymatebydd hwn y mater o restrau aros ar gyfer triniaeth OST (sy'n parhau i fod yn uchel mewn rhannau o Gymru) ac esboniodd mai 'fy marn bersonol i yw bod dargyfeirio'n helpu'r rhai sy'n aros am bresgripsiynau ' (Llywodraeth Cymru, 2019)¹⁴.

Yn olaf, awgrymodd nifer o ymatebwyr eu bod yn lleihau'r dargyfeirio drwy ddefnyddio neu fygwth defnyddio cosbau llym, fel ailgyflwyno defnydd dan oruchwyliaeth, lleihau dosau o OST neu dynnu neu ryddhau cleifion o'r driniaeth.

“Fel o'r blaen, dileu presgripsiynu lle, wrth adolygu, mae'n ymddangos mai canlyniadau triniaeth wedi'i chamddefnyddio yw (rhyddhau)”

“Os nad yw rhyddhau'n cydymffurfio â thriniaeth, mae hyn yn anghyffredin, yn ceisio helpu'r cleient gan amlaf.”

... “Dylid cynghori y bydd y presgripsiwn yn lleihau ac OST yn cael ei atal mewn achos o ddargyfeirio oherwydd y peryglon nid yn unig i'r claf ond i'r rhai sy'n derbyn y feddyginiaeth anghyfreithlon.”

¹⁴ Llywodraeth Cymru (2019) *Data Triniaeth: Camddefnyddio sylweddau yng Nghymru 2018-19*. Cyrchwyd ar 22 Tachwedd 2019 yn: <https://gov.wales/sites/default/files/publications/2019-10/treatment-data-substance-misuse-in-wales-2018-19.pdf>

“Unrhyw bryderon yna mae'r claf yn mynd i 7 diwrnod o ddefnyddio presgripsiwn dan oruchwyliaeth (SCOP).”

Mae defnyddio rhyddhau fel cosb yn groes i Ganllawiau'r Sefydliad Cenedlaethol dros Iechyd a Gofal (NICE), sy'n nodi yn adran 4.5.1: *“The principal reason for using supervision is to ensure the safety of the patient and to minimise the risk of toxicity. It should not be used or viewed as a punishment.”*

At hynny, mae rhyddhau cleifion yn gynnwys o'r driniaeth yn peri mwy o risg o farwolaeth drwy orddos, o ddal feirysau a gludir yn y gwaed (BBV) a throseddau (Canllawiau Clinigol, 2017, 4.6.5). Felly, mae'r Canllawiau Clinigol yn argymhell y dylai unrhyw benderfyniad o'r fath gael ei wneud gan y presgripsiynwr mewn ymgynghoriad â'r tîm amlddisgyblaethol a bod cleifion yn cael eu rhybuddio ymlaen llaw o'r camau posibl y gellid eu cymryd pan na chaiff nodau triniaeth eu cyflawni (Canllawiau Clinigol 2017, 4.6.5).

Rhoddodd un ymatebwr ddisgrifiad defnyddiol o'r cydbwysedd gofalus sydd ei angen i leihau'r risg o ddargyfeirio gan sicrhau'r cynnydd mwyaf posibl tuag at ganlyniadau triniaeth cadarnhaol.

“Mae'n rhaid i chi bwyso a mesur y risg o ddargyfeirio (a thystiolaeth o DRDs [marwolaethau sy'n gysylltiedig â chyffuriau] o'r rhain) yn erbyn y fantais o ymgysylltu a chynnydd. Mae llawer o ddefnyddwyr gwasanaethau'n gweithio tuag at allu lleihau nifer eu diwrnodau casglu a gall fod yn ddull defnyddiol, gyda defnyddwyr gwasanaethau'n nodi hyn yn gadarnhaol fel symud ymlaen i sefydlogrwydd a threfn arferol. Mae rhai defnyddwyr gwasanaethau o'r farn bod goruchwyliaeth yn ddiraddiol ac annifyr, yn enwedig mewn lleoliad fferyllfa brysur. Nid yw goruchwyllo dyddiol yn ofyniad cyfreithiol. Gellir nodi ar y presgripsiwn y dylai'r fferylllydd ddilyn y cyfarwyddiadau ar roi'r feddyginiaeth ond nid oes rhaid gwneud hynny yn ôl y gyfraith.”

Materion eraill yn ymwneud â chamddefnyddio a dargyfeirio

Ar ddiwedd yr arolwg, rhoddwyd cyfle i'r holl ymatebwyr ddweud wrthym am unrhyw beth arall yn ymwneud â chamddefnyddio a dargyfeirio OST nad oedd wedi'i gynnwys yn yr holiadur. Manteisiodd 20 o ymatebwyr ar y cyfle i ddarparu gwybodaeth ychwanegol, er bod un o'r rhain yn sylw negyddol am yr arolwg ei hun yn hytrach nag am faterion yn ymwneud â chamddefnyddio a dargyfeirio. Serch hynny, cydnabu hyd yn oed yr ymatebydd hwn ei fod yn 'arolwg pwysig'.

Roedd y sylwadau ychwanegol a wnaed gan ymatebwyr yn amrywiol ac yn ymdrin ag amrywiaeth o faterion pwysig, yr oedd rhai ohonynt yn ail-bwysleisio pwyntiau a wnaed yn yr holiadur. Er enghraifft, gwnaed nifer o sylwadau am raddau'r camddefnydd a'r dargyfeirio ('mae 90% o'r derbynwyr OST yn defnyddio ar ben hynny, gyda llawer o fethadon yn cael ei brynu a'i werthu ar y farchnad ddu; gall llawer o gleifion sy'n mynd i glinig gael gafael ar OST ar y stryd y rhan fwyaf o'r amser os oes angen').

Roedd rhestrau aros ac anawsterau wrth gael gafael ar driniaeth y tu allan i oriau gwaith yn cael eu gweld hefyd fel ffactorau sy'n cyfrannu at gamddefnyddio a dargyfeirio OST ('yn aml, mae rhestrau aros hirfaith ar gyfer OST yn rheswm pam mae llawer o unigolion yn gwerthu presgripsiynau nad ydyn nhw eu heisiau na'u hangen mewn gwirionedd, er budd ariannol'). Awgrymodd un ymatebwr y dylid cynyddu mynediad i fferyllfeydd, er mwyn lleihau nifer y cyflenwadau cludo gartref heb oruchwyliaeth sy'n cael eu rhoi ('mae angen fferyllfa 7 diwrnod ym mhob man. Angen fferyllfeydd symudol i roi meddyginiaeth').

Defnyddiodd rhai ymatebwyr y cyfle i dynnu sylw at faterion newydd a phwysig. Er enghraifft, tynnodd un sylw at 'oblygiadau ariannol' camddefnyddio a dargyfeirio:

“Mae'n rhaid ystyried goblygiadau ariannol meddyginiaeth gan fod buprenorffin (generig) neu espranor yn ddud iawn bellach. Lle mae gan wasanaethau presgripsiynu gyllideb gyfyngedig a'i bod yn costio £5000 y flwyddyn fesul lle ar gyfer defnyddiwr gwasanaeth, gallwch weld sut y bydd hyn yn pentyrru costau a bod yn anghynaliadwy.”

Tynnodd ymatebydd arall sylw at y cymhlethdod o sicrhau consensws ymhlith darparwyr gofal iechyd pan fydd sefydliadau gwahanol sydd ag athroniaethau gwahanol yn ymwneud â darparu OST i gleifion. Nododd yr ymatebydd hwn bwysigrwydd asesu a rheoli risg yn briodol hefyd a rhoi cynlluniau priodol ar waith i leihau'r risg o gamddefnyddio a dargyfeirio.

“Mae'n anodd cael cytundeb ar ddull gyda gwahanol sefydliadau/athroniaeth. Mae'n bwysig pan fydd pobl yn dechrau ar raglenni OST y bydd rhywfaint o gamddefnydd wrth i bobl barhau i ddefnyddio ar ben hynny ond dylid cynnal asesiad risg a'i reoli'n rhagweithiol a phan ddywed y dystiolaeth nad yw'r risg yn dderbyniol bellach, dylid sefydlu mecanweithiau i leihau'r risg, sef y

presgripsiwn yn yr achos hwn. Yr her yw cael cytundeb ar y terfynau. Mae gweld unigolion yn fisol ar gyfer apwyntiadau cynlluniedig yn golygu profion cyffuriau ar hap sy'n hawdd iawn i'w tanseilio."

Yn ddiddorol, roedd un ymatebwr yn teimlo bod gwasanaethau triniaeth cyffuriau yn ymwybodol iawn o'r risgiau o gamddefnyddio a dargyfeirio ac felly roedd ganddynt brosesau ar waith i leihau unrhyw risgiau. Roedd yr ymatebydd hwn o'r farn bod camddefnyddio a dargyfeirio yn fwy tebygol o ddigwydd pan fyddai OST yn cael ei bresgripsiynu mewn lleoliadau Gofal Sylfaenol y tu allan i drefniadau Rhannu'r Gofal.

"Lle rydym wedi dod ar draws hyn yn ein hardal, yn gyffredinol nid y gwasanaethau trin cyffuriau a gomisiynwyd yw hyn, ac maen nhw'n tueddu i fod yn ymwybodol o'r broblem ac felly mae ganddyn nhw brosesau ar waith i'w lleihau. Rydym wedi ei weld yn lle hynny lle mae'n ymddangos bod cleifion unigol wedi gallu cael gafael ar OST o fewn Gofal Sylfaenol, y tu allan i drefniadau Rhannu'r Gofal ffurfiol."

I un ymatebwr, roedd dargyfeirio OST yn cael ei ystyried yn beth cadarnhaol a allai fod yn ddefnyddiol mewn sawl amgylchiad gwahanol, gan gynnwys achosion lle nad yw cleifion wedi gallu casglu eu presgripsiwn am ryw reswm:

"Rwyf wedi gweld llawer o gleifion yn cael budd o brynu methadon anghyfreithlon dros y blynyddoedd; p'un a ydyn nhw'n gleientiaid mewn gwaith na ddaeth yn ôl mewn pryd i gyrraedd eu fferyllfa, neu gleientiaid yn syrthio drwy wasanaethau oherwydd rheolau rhy gaeth; neu gleientiaid yn cael seibiant triniaeth ac angen rhywbeth i'w cynnal yn hirach na heroin. Rwy'n hyderus iawn bod methadon anghyfreithlon yn gwneud mwy o les na niwed."

Cwestiynodd ymatebydd arall y dystiolaeth am y niwed a achosir gan ddargyfeirio OST. Roedd camddefnyddio a dargyfeirio meddyginiaethau ar bresgripsiwn gan feddygon teulu megis gabapentinoidau a phoenleddfwyr yn fwy o bryder i'r ymatebydd hwn:

"Byddai'n ddiddorol gweld y dystiolaeth lle mae dosau wedi'u dargyfeirio wedi peri risg mor fawr a pharhaus. Yn gyffredinol, y mater mwyaf peryglus o hyd yw meddyginiaeth a bresgripsiynir gan feddygon teulu nid OST. Mae niferoedd mawr o ddefnyddwyr gwasanaethau'n dargyfeirio eu meddyginiaethau presgripsiwn meddygon teulu, yr holl gabapentoidau, anxiolyticau a meddyginiaethau poen."

Cododd yr un ymatebydd bwynt arbennig o ddiddorol hefyd ynghylch dod o hyd i gydbwysedd rhwng lleihau risg a hwyluso adferiad:

“Er mai goruchwyliaeth, yn glinigol, yw'r ffordd orau o hyd i leihau risgiau, nid yw'n ddull defnyddiol bob amser wrth geisio cynyddu adferiad. Mae'n torri ar draws creu trefn ddyddiol wahanol, yn cyfyngu ar ragolygon swyddi ac i rai [mae'n] codi cywilydd.”

Yn yr un modd, nododd ymatebwr arall bwysigrwydd gwneud y broses OST yn fwy o broses 'a arweinir gan y claf ' er mwyn sicrhau bod cleifion yn cael eu grymuso a'u hannog i gymryd rhan mewn triniaeth a chyflawni canlyniadau cadarnhaol.

“Rwy'n credu bod OST yn adnodd hanfodol wrth drin camddefnyddio sylweddau ond nid wyf yn credu mai gwasanaethau presgripsiynu ddylai fod yn heddlu yfed a chyffuriau. Mae angen i'r broses gael ei harwain yn fwy gan y claf, hyd yn oed os yw hynny'n cynyddu'r risg o gynyddu camddefnyddio a dargyfeirio triniaeth gyfnewid opioidau. Bydd newid diwylliant er mwyn rhoi mwy o rym i'r cleifion dan sylw yn gweld mwy o bobl yn cymryd rhan mewn triniaeth a gostyngiad mewn camddefnyddio a dargyfeirio triniaethau cyfnewid opioidau yn y pen draw.”

Crynodeb

Yn yr adran hon, rydym wedi ystyried barn gweithwyr proffesiynol am ddargyfeirio OST. Roedd mwy na thri chwarter yr ymatebwyr yn deall bod o leiaf rhai o'u cleifion yn ymwneud â dargyfeirio ond ychydig oedd yn credu bod hyn yn digwydd yn aml iawn. Nodwyd dau brif ddull o ddargyfeirio, a oedd yn cynnwys dargyfeirio meddyginiaeth OST y dylid bod wedi'i defnyddio dan oruchwyliaeth (h.y. drwy guddio) a dargyfeirio cyflenwadau cludo gartref a ddarparwyd ar gyfer eu defnyddio heb oruchwyliaeth yn ddiweddarach. Y prif gymhelliad ar gyfer dargyfeirio oedd er budd ariannol, er bod rhai ymatebwyr yn cydnabod bod dargyfeirio'n hwyluso defnyddio sylweddau eraill a ffeirir gan gynnwys mathau eraill o OST a chyffuriau presgripsiwn yn ogystal â chyffuriau anghyfreithlon.

Adroddwyd cymhellion anhunanol hefyd, oedd yn cynnwys cleifion yn rhannu eu OST ond weithiau nid oedd hyn yn fater o ddewis bob amser gan y gwyddir bod rhai cleifion yn cael eu bwlio a'u bygwth i rannu eu OST. Roedd y rhan fwyaf o'r ymatebwyr yn pryderu am y niwed posibl i drydydd parti a fyddai'n cymryd y feddyginiaeth a oedd wedi'i dargyfeirio. Yr ofn mwyaf oedd y byddai'r unigolyn hwn

yn cael gorddos oherwydd goddefiant isel neu ryngweithiadau anffafriol â chyffuriau eraill. Mynegwyd pryder hefyd ynghylch lles y rheini a oedd yn dargyfeirio eu meddyginiaeth ac roedd hyn yn gysylltiedig yn aml â phryderon ynghylch mwy o berygl o orddos yn dilyn cymryd dosau is. Roedd ymdrechion i leihau'r dargyfeirio yn canolbwyntio'n bennaf ar oruchwyllo ond hefyd yn cynnwys profi am gyffuriau, addysg, rhannu gwybodaeth ac optimeiddio triniaeth o ran dos a chymorth seicogymdeithasol ychwanegol.

7.0 Trafodaeth

Yn yr adroddiad hwn rydym wedi cyflwyno canfyddiadau o astudiaeth ansoddol yn ymchwilio i gymhellion, patrymau a chanlyniadau ar gyfer camddefnyddio a dargyfeirio POM/OTC (gan gynnwys OST) ymhlith pobl sy'n defnyddio cyffuriau anghyfreithlon yng Nghymru. Wrth lunio casgliadau, fodd bynnag, mae'n bwysig cydnabod cyfyngiadau'r ymchwil. Fel y rhan fwyaf o astudiaethau trawstoriadol sy'n dibynnu ar arolygon hunan-adrodd pobl sy'n defnyddio cyffuriau, mae'r ymchwil yn cael ei chyfyngu gan broblemau cywirdeb cofio a gonestrwydd (Neale a Robertson, 2005). Mae cywirdeb cofio yn broblem arbennig mewn senarios lle gall ymatebwyr fod yn feddw neu dan ddylanwad cyffuriau (Bennett a Higgins, 1999). Serch hynny, er gwaethaf y gwendidau hyn, defnyddir hunan-adrodd yn eang mewn ymchwil ar bobl sy'n defnyddio cyffuriau ac mae tystiolaeth i awgrymu y gall gynhyrchu canlyniadau dibynadwy (Dietze, Jolley, Fry, a Bammer, 2005). Mae'r astudiaeth hon wedi'i chyfyngu hefyd gan y ffaith bod y sampl yn dangos tuedd o blaid cyfranogwyr a oedd yn barod i gymryd rhan. Mae'n bosibl bod cyfranogwyr nad oeddynt yn barod i gymryd rhan ac nad ydynt ar gael yn camddefnyddio'r sylweddau hyn ac yn gwneud hynny mewn ffyrdd gwahanol, a allai fod yn fwy niweidiol, nad ydynt wedi'u cofnodi yn yr astudiaeth hon. Mae hyn yn cynnwys gorddos a marwolaeth. Felly, mae angen bod yn ofalus wrth gyffredinolli'r canfyddiadau y tu hwnt i'r sampl cyfredol.

Gan dderbyn y cyfyngiadau hyn, mae'r astudiaeth gyfredol yn darparu tystiolaeth newydd ar y cymhellion i wneud defnydd anfeddygol o gyffuriau presgripsiwn (gan gynnwys cael gafael, defnyddio a dargyfeirio) ymhlith pobl sy'n defnyddio cyffuriau anghyfreithlon yng Nghymru, y DU. Mae hyn yn cynnwys nodi nifer o gymhellion ar

gyfer camddefnyddio a dargyfeirio detholiad o feddyginiaethau presgripsiwn yn y cyd-destun penodol hwn. Y gobaith yw y bydd y canfyddiadau hyn yn helpu i lywio polisi ac ymarfer ac yn cyfrannu at ganllawiau perthnasol ar leihau niwed i bobl sy'n parhau i ddefnyddio meddyginiaethau presgripsiwn ynghyd â chyffuriau anghyfreithlon eraill.

Datgelodd ein data amrywiaeth o feddyginiaethau presgripsiwn a oedd yn cael eu camddefnyddio'n gyffredin. Y cyffuriau presgripsiwn oedd yn cael eu camddefnyddio amlaf oedd mirtazapine, gabapentin a pregabalin a diazepam, a oedd i gyd yn cyflawni gwahanol swyddogaethau mewn gwahanol senarios.

Roedd bensodiasepinau a gabapentinoidau, er enghraifft, yn feddyginiaethau y gellid eu defnyddio i wella effeithiau heroin o ansawdd gwael. Canfuwyd bod meddyginiaethau OST ac opioidau presgripsiwn eraill yn ddefnyddiol wrth leddfu symptomau diddyfnu, neu mewn senarios lle nad oedd modd cael heroin. Yn yr un modd, soniodd y cyfweledigion a'r ymatebwyr am sut yr oedd methadon yn cael ei ddefnyddio fel 'cyffur wrth gefn' strategol i ddiogelu rhag diddyfnu yn y dyfodol. Yn ddiddorol, roedd profiadau cyfranogwyr o gamddefnyddio OTC yn gyfyngedig yn ein data. Efallai bod hyn oherwydd nad oedd y rhan fwyaf o gyfranogwyr yn camddefnyddio OTC, gan ddewis defnyddio'r meddyginiaethau presgripsiwn uchod sydd ar gael yn hawdd y maent yn eu hystyried yn gryfach ac yn llai niweidiol. O'r herwydd, ni chanfuwyd bod camddefnyddio OTC yn broblem eang ymhlith ein sampl.

Efallai mai'r canfyddiad pwysicaf o'n hymchwil fodd bynnag, yw bod y cymhellion dros gamddefnyddio a dargyfeirio'n ymwneud â dibenion therapiwtig yn bennaf yn hytrach na dibenion hamdden. Cadarnhawyd hyn yn y ddau gyfweiliad gyda phobl â phrofiad byw ac mewn arolygon gyda gweithwyr gofal iechyd proffesiynol. Y rheswm pennaf dros gamddefnyddio oedd er mwyn hunanfeddyginiaethu yn absenoldeb meddyginiaethau presgripsiwn penodol a thriniaeth. Yn wir, canfuwyd, pan oedd cyfyngiadau ar fynediad i feddyginiaethau penodol – yn y gymuned ac mewn lleoliadau carchar – fod cyfranogwyr yn chwilio am feddyginiaeth drwy wahanol lwybrau. Roedd hyn yn cynnwys cael gafael ar a defnyddio dewisiadau eraill (fel MSJs a Xanax stryd, sydd wedi bod ar gael yn hawdd yng Nghymru yn ystod y blynyddoedd diwethaf) gan ffrindiau a phobl eraill sy'n defnyddio cyffuriau.

I rai, felly, gellir esbonio camddefnyddio a dargyfeirio cyffuriau presgripsiwn gan yr angen i liniaru anghenion iechyd a chymdeithasol yn absenoldeb meddyginiaeth a roddwyd ar bresgripsiwn yn gyfreithlon, canfyddiad a gadarnhawyd gan astudiaethau tebyg yn y maes hwn mewn gwahanol leoliadau daearyddol a chyd-destunau gwleidyddol (Harris a Rhodes, 2013; Koester et al., 1999; Mateu-Gelabert et al., 2017; Richert a Johnson, 2015). Mae hyn yn cynnwys sut mae mynediad cyfyngedig at feddyginiaeth yn gallu gweithredu fel rhwystrau i driniaeth ac yn cymell rhai defnyddwyr cyffuriau i wneud defnydd anfeddygol o gyffuriau presgripsiwn. Datgelodd ein data sut mae'r rhwystrau penodol hyn (gan gynnwys defnyddio protocolau dosio, stigma a phrotocolau caeth ar bresgripsiynu rhai meddyginiaethau i bobl sy'n defnyddio cyffuriau) yn arwain yn aml at hunanfeddyginiaethu gyda dewisiadau amgen anghyfreithlon. Er enghraifft, roedd llawer o'r rhai a ymatebodd i'r arolwg yn nodi sut roedd 'defnyddio ar ben' yn cael ei ysgogi'n bennaf gan yr angen i ategu dosau annigonol o OST a thriniaeth aneffeithiol. Felly, roedd gordddefnydd yn cael ei hwyluso'n aml gan gyflenwadau cludo gartref o OST a deallwyd ei fod yn cael ei gymell yn aml gan yr angen i osgoi symptomau diddyfnu.

Mae ein canfyddiadau felly'n darlunio'r pwynt y rhoddwyd llawer o sylw iddo sef bod trefniadau presgripsiynu a thriniaeth cyfyngol yn rymoedd allweddol sy'n gyrru'r farchnad ddu ar gyfer y sylweddau hyn (Beletsky a Davis, 2017; Mars, Bourgois, Karandinos, Montero, a Ciccarone, 2014). Yn hytrach na gwahardd a lleihau mynediad at feddyginiaethau a thriniaethau penodol, gallai teilwra triniaeth i unigolion a gwella mynediad at ofal iechyd leihau'r angen i ddefnyddwyr cyffuriau gamddefnyddio a dargyfeirio meddyginiaeth yn y lle cyntaf. Gall lleihau rhwystrau i driniaethau a meddyginiaethau presgripsiwn penodol leihau'r galw am gyffuriau presgripsiwn ar y farchnad ddu a chyfyngu ar y niwed sy'n gysylltiedig ag NMPDU (Johnson a Richert, 2019; Richert a Johnson, 2015).

Serch hynny, ni ddylai canfyddiadau'r gwaith ymchwil hwn dynnu sylw oddi wrth y risg o niwed a achosir gan ddefnydd anfeddygol cydredol o gyffuriau presgripsiwn (Macleod et al., 2019; ONS, 2019), ac rydym yn cydnabod y gall cefnogwyr protocolau presgripsiynu mwy cyfyngol gwestiynu'r galw am fwy o hyblygrwydd, yn enwedig gan fod sail dystiolaeth fawr yn bodoli ar hyn o bryd sy'n nodi manteision

trefniadau o'r fath. Mae'r defnydd o fethadon a oruchwylir, er enghraifft, wedi bod yn gysylltiedig â gostyngiadau mewn cyfraddau gorddos o ganlyniad i ddargyfeirio methadon (Strang et al., 2010). Yn y cyfamser, roedd gan daleithiau'r UDA oedd â Rhaglenni Monitro Cyffuriau Presgripsiwn cryfach (PDMP) lai o farwolaethau gorddos o opioïdau presgripsiwn na thaleithiau â PDMPs gwannach (Pardo, 2017). Felly, gallai sicrhau cydbwysedd rhwng gofynion dilys cleifion a'r angen i atal camddefnydd fod yn heriol ac angen ei ystyried ymhellach cyn y gallwn ddod o hyd i ateb sy'n ddiogel ac yn dderbyniol.

Yn yr un modd, roedd dargyfeirio meddyginiaeth ymysg y grŵp hwn yn digwydd yn bennaf er mwyn helpu eraill. Felly, er i weithwyr gofal iechyd proffesiynol briodoli camddefnyddio a dargyfeirio meddyginiaethau i gymhellion ariannol i raddau helaeth, gwrthbrofwyd yr awgrym hwn yn gyffredinol mewn cyfweiliadau â'r rheini â phrofiad byw a ddisgrifiodd y farchnad POM fel un ar wahân i farchnadoedd cyffuriau anghyfreithlon eraill a ysgogwyd gan elw. Yn hytrach, mae'n debyg i grŵp 'cyflenwi cymdeithasol', lle mae meddyginiaeth yn cael ei rhannu neu ei masnachu ar gyfer cyflenwadau eraill yn aml, yn hytrach nag er budd ariannol. Yn ein hastudiaeth, roedd llawer o enghreifftiau o bobl yn rhannu meddyginiaethau presgripsiwn gyda chyfoedion a oedd ag angen meddygol dilys. Roedd y system hon yn seiliedig ar berthynas anhunanol a phendant rhwng cyfoedion: roedd y rhan fwyaf o ddefnyddwyr cyffuriau wedi profi diddyfnu, yn gwybod pa mor boenus oedd y profiad, ac felly byddent yn fodlon cynorthwyo cyfoedion mewn angen.

Serch hynny, yn aml roedd disgwyl y byddai'r ffafr yn cael ei had-dalu pe bai'r rhannwr mewn angen yn y dyfodol (Bourgeois a Schonberg, 2009; Harris a Rhodes, 2013). Felly roedd cynnal enw da am fod yn hael yn dacteg ragofalus effeithiol yn erbyn diddyfnu. Mae ein canfyddiadau yn cyfrannu ymhellach at y dadleuon hyn drwy ddatgelu sut y gall meddyginiaethau presgripsiwn weithredu fel ffurf ar arian i lawer o bobl sy'n defnyddio cyffuriau. Roedd hyn yn arbennig o amlwg mewn lleoliadau carchar, lle roedd masnachu meddyginiaethau presgripsiwn heb arian yn fodd o gael gafael ar nwyddau – megis past dannedd, gel cawod a chegolch. O ganlyniad, roedd rhannu meddyginiaethau presgripsiwn yn creu nifer o fanteision cymdeithasol a bob dydd pwysig i'r grŵp hwn.

Mae cymhlethdod camddefnyddio a dargyfeirio cyffuriau presgripsiwn yn tanlinellu pwysigrwydd defnyddio dulliau arloesol a seiliedig ar dystiolaeth i leihau niwed sy'n gysylltiedig â chyffuriau sy'n gysylltiedig â chamddefnyddio cyffuriau presgripsiwn.

Fel y nodir uchod, mae ein canfyddiadau'n cadarnhau gwerth cyffuriau presgripsiwn fel adnodd cymdeithasol ymhlith defnyddwyr cyffuriau (Bourgois, 1998; Bourgois a Schonberg, 2009; Harris a Rhodes, 2013). O gofio bod gan bobl sy'n defnyddio grwpiau cyffuriau y gallu i ymateb a gweithredu'n effeithiol os bydd yna niwed sy'n gysylltiedig â chyffuriau (Holloway, Hills, a May, 2018), gall defnyddio'r wybodaeth a'r cysylltiadau o fewn y rhwydweithiau hyn fod yn gyfrwng i gynhyrchu 'diwylliannau o ofal' sy'n 'gwella gwydnwch a lleihau'r profiad o niwed' (Duff, 2009: 207). Mae hyn yn cynnwys cyflenwi negeseuon a gwasanaethau lleihau niwed perthnasol gan gymheiriaid (gan gynnwys darparu naloxone cludo gartref a hyfforddiant ymateb i orddosio) sydd â'r potensial i leihau niwed ar lefel unigol a chymunedol o fewn y rhwydweithiau hyn (Wagner et al., 2014).

8.0 Casgliadau ac argymhellion

Yn yr adroddiad hwn rydym wedi cyflwyno canfyddiadau o astudiaeth ansoddol yn defnyddio profiadau a safbwyntiau pobl â phrofiad byw yn ogystal â gweithwyr proffesiynol sy'n gweithio ym maes camddefnyddio sylweddau yng Nghymru. Mae'r ymchwili yn darparu tystiolaeth newydd o'r cymhellion ar gyfer defnydd anfeddygol o gyffuriau presgripsiwn ymysg pobl sy'n defnyddio cyffuriau anghyfreithlon yng Nghymru. Mae hyn yn cynnwys nodi nifer o gymhellion ar gyfer camddefnyddio detholiad o feddyginiaethau presgripsiwn yn y cyd-destun penodol hwn. Canfuwyd bod y cymhellion hyn yn gyson ag ymchwili flaenorol a oedd yn ystyried camddefnyddio meddyginiaethau unigol, gan gynnwys methadon (Harris a Rhodes, 2013) a bensodiasepinau (Mateu-Gelabert et al., 2017) ynghyd â chyffuriau anghyfreithlon fel heroin.

Rydym yn cadarnhau safbwynt yr ysgolheigion hyn ar yr angen i ddeall a chydabod ochr amgen y defnydd anfeddygol o gyffuriau presgripsiwn nad ymchwilir iddi'n aml yn y llenyddiaeth. Mae hyn yn cynnwys (1) sut y gall protocolau caeth weithredu fel rhwystrau i driniaeth ac ysgogi rhai defnyddwyr cyffuriau wneud defnydd anfeddygol o gyffuriau presgripsiwn, (2) sut mae defnydd anfeddygol o gyffuriau presgripsiwn yn cynnig potensial amddiffynnol rhag llawer o'r risgiau bob dydd y mae defnyddwyr cyffuriau anghyfreithlon yn dod i gysylltiad â nhw.

Gall dealltwriaeth a chydabyddiaeth o'r materion hyn alluogi cynnwys atebion pragmatig mewn triniaeth sy'n mynd i'r afael ag anghenion a blaenoriaethau uniongyrchol rhai unigolion sy'n gwneud defnydd anfeddygol o gyffuriau presgripsiwn. Mae hyn yn cynnwys defnyddio cymorth a gwybodaeth pobl sy'n defnyddio cyffuriau ac aelodau o'u rhwydweithiau cymdeithasol sydd â'r gallu i ymateb a gweithredu'n effeithiol os ceir niwed sy'n gysylltiedig â chyffuriau. Er bod y mesurau hyn yn mynd beth o'r ffordd i optimeiddio triniaeth a darpariaeth gwasanaethau, rydym hefyd yn pwysleisio'r angen am fesurau polisi ychwanegol sy'n rhoi sylw i ffactorau annhegwch a strwythurol-gymdeithasol sy'n cynhyrchu ac yn cynnal yr angen i ddefnyddio meddyginiaethau presgripsiwn mewn ffyrdd na fwriadwyd. Mae hyn yn cynnwys darparu ymyriadau hygrych, di-stigma a chyfannol sy'n ceisio mynd i'r afael ag achosion sylfaenol defnydd anfeddygol o gyffuriau

presgripsiwn.

Argymhellion:

Mae'r adrannau canlynol yn darparu nifer o argymhellion yn seiliedig ar ganfyddiadau'r darn hwn o ymchwil. Mae hyn yn cynnwys argymhellion ar gyfer ymarfer clinigol a lleihau niwed yn gyffredinol.

Argymhellion ar gyfer polisi clinigol

- O ystyried y posibilrwydd o niwed sy'n gysylltiedig â defnydd cydamserol o bensodiasepin, dylid rhoi ystyriaeth ofalus i bob achos yn unigol cyn cyd-bresgripsiynu bensodiasepinau i gleifion sy'n ddibynnol ar opioidau yn ystod OST. Mae astudiaethau diweddar wedi cynghori yn erbyn cyd-bresgripsiynu bensodiasepinau i gleifion sy'n derbyn OST oherwydd risgiau uchel o orddosio (Macloed et al., 2019). I'r gwrthwyneb, mae ein canfyddiadau'n cefnogi'r syniad y gall unigolion drosglwyddo i bensodiasepinau a meddyginiaethau anghyfreithlon mewn ymateb i drefniadau presgripsiynu cyfyngol (Richert a Johnson, 2015). Felly rydym yn annog asesu'r claf yn ofalus yn ystod yr ymgynghoriad (gan gynnwys asesu a yw'r claf yn defnyddio'r feddyginiaeth bresgripsiwn neu'n bwriadu ei defnyddio at ddibenion hamdden neu therapiwtig) a'r angen i fonitro ac adolygu cleifion yn briodol sy'n wynebu risg uchel o niwed gan ddefnydd cydamserol.
- I atal yr arfer o esgus bod yn sâl, cydgysylltu gofal â gwasanaethau eraill i sicrhau ymwybyddiaeth o gleifion sy'n dueddol o ddefnyddio meddyginiaethau presgripsiwn at ddibenion hamdden.
- Dylid cyflwyno opsiynau ar gyfer dod oddi ar feddyginiaethau presgripsiwn yn ddiogel a'u cynnig yn rheolaidd i gleifion â dibyniaeth opioid gydamserol.
- Dylai clinigwyr fod yn ymwybodol o gyngor lleihau niwed perthnasol a'i ddarparu i gleifion sy'n ddibynnol ar opioid am y niwed sy'n gysylltiedig â defnydd cydredol o gyffuriau presgripsiwn (gweler isod).
- Datblygu strategaethau i reoli'r defnydd o bensodiasepinau neu iselyddion system nerfol ganolog eraill pan fydd cleifion yn dechrau triniaeth therapi

gyfnewid opioidau. Trafodwch gyda chleifion sut y gallant reoli a lleihau eu defnydd o bensodiasepinau.

- Sicrhau mynediad amserol i driniaeth (h.y. lleihau amseroedd aros ar gyfer OST)
- Ystyried rhyddhau anwirfoddol o driniaeth fel y dewis olaf (a pheidio ei ddefnyddio fel cosb).
- Sicrhau rheolau mwy realistig a phragmatig sy'n ymwneud â chymhlethdodau defnyddio opioidau bob dydd (e.e. peidio â cholli mynediad at wasanaethau os yw'n hwyr neu'n sâl).
- Cyflwyno negeseuon am gymhellion therapiwtig yn hytrach na rhai hamdden NMPDU a amlinellir yn y gwaith ymchwil hwn i helpu i gael gwared ar stigma a gwella profiadau triniaeth.
- Darparu pecyn gofal cyfannol ynghyd â chyffuriau presgripsiwn yn ôl y canllawiau Oren. Mae hyn yn cynnwys yr angen am fesurau polisi ychwanegol sy'n rhoi sylw i'r ffactorau sy'n cynhyrchu ac yn cynnal yr angen i ddefnyddio meddyginiaethau presgripsiwn (ansefydlogrwydd tai, digartrefedd, iechyd meddwl, diweithdra ac ati.)

Lle mae unigolion yn mynegi dymuniad i barhau â NMPDU, mae egwyddorion lleihau niwed cyffredinol yn briodol i NMPDU a dylid eu cyfleu.

Lleihau niwed

- Darparu addysg am risgiau NMPDU, gan gynnwys gorddos a marwolaeth, pan gânt eu defnyddio'n unol â'r presgripsiwn a phan y ceir nhw'n anghyfreithlon. Dylid hefyd cyfleu'r niwed sy'n gysylltiedig â defnyddio opioidau ac alcohol ar y cyd.
- Rhoi cyngor i bobl sy'n defnyddio cyffuriau ar y ffordd orau o leihau'r defnydd o feddyginiaethau presgripsiwn yn raddol. Dylid cadarnhau'r niwed sy'n gysylltiedig â rhoi'r gorau i bensodiasepin yn sydyn hefyd.
- Manteisio ar y diwylliant helpu a amlygir yn yr adroddiad hwn ac annog cyngor/dulliau o leihau niwed gan gymheiriaid. Mae hyn yn cynnwys darparu dulliau addysg a lleihau niwed (gan gynnwys hyfforddiant rheoli gorddos), perchenogaeth ar becynnau naloxone cludo gartref, a hyrwyddo ymddygiad o

natur gymdeithasol sy'n amlwg ymhlith rhwydweithiau defnyddio cyffuriau. I bob pwrpas, bydd hyn yn creu llefydd defnyddio cyffuriau mwy diogel, *dan arweiniad cyfoedion*, sydd â'r potensial i gyrraedd y rhai sy'n wynebu'r perygl mwyaf o niwed.

- Sicrhau bod pob carcharor hyfforddedig yn cael pecynnau naloxone cludo gartref (THN) wrth eu rhyddhau o'r carchar.
- Cynnwys cyngor NMPDU o fewn cyngor generig ar leihau niwed a ddarperir gan amrywiaeth o wasanaethau (gan gynnwys gwasanaethau cyffuriau, alcohol, iechyd meddwl a digartrefedd).

9.0 Cyfeiriadau

ACMD. (2016). *Diversion and Illicit Supply of Medicines*. Llundain: Advisory Council on the Misuse of Drugs Cymerwyd o https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/580296/Meds_report- final report 15 December LU 2 .pdf.

Alam, F., a Barker, P. (2014). Interruption of medication-assisted treatment for opioid dependence: insights from the UK. *Drugs and Alcohol Today*, 14(3), 114-125. doi:10.1108/DAT-01-2014-0002

Allen, M. A., Jewers, H., a McDonald, J. S. (2014). A framework for the treatment of pain and addiction in the emergency department. *J Emerg Nurs*, 40(6), 552-559. doi:10.1016/j.jen.2013.12.020

Allen, B., a Harocopos, A. (2016). Non-Prescribed Buprenorphine in New York City: Motivations for Use, Practices of Diversion, and Experiences of Stigma. *J Subst Abuse Treat*, 70, 81-86. doi:10.1016/j.jsat.2016.08.002

Barbour, R. (2007). *Introducing Qualitative Research: A Student's Guide to the Craft of Doing Qualitative Research*: SAGE Publications.

Bastiaens, L., Galus, J., a Mazur, C. (2016). Abuse of Gabapentin is Associated with Opioid Addiction. *Psychiatr Q*, 87(4), 763-767. doi:10.1007/s11126-016-9421-7

Beletsky, L., a Davis, C. S. (2017). Today's fentanyl crisis: Prohibition's Iron Law, revisited. *The International Journal on Drug Policy*, 46, 156.

Bennett, G. A., a Higgins, D. S. (1999). Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK. *Addiction*, 94(8), 1179-1189. doi:10.1046/j.1360-0443.1999.94811798.x

Bennett, T., a Holloway, K. (2017). Motives for illicit prescription drug use among university students: A systematic review and meta-analysis. *Int J Drug Policy*, 44, 12-22. doi:10.1016/j.drugpo.2017.02.012

Bennett, T., Holloway, K., a May, T. (2018). A Comparison of Recent Trends in Prescription Drug Misuse. In T. Schepis (Ed.), *The Prescription Drug Abuse Epidemic* (pp. 243-264). Santa Barbara, California: ABC-CLIO, LLC.

Bi-Mohammed, Z., Wright, N. M., Hearty, P., King, N., a Gavin, H. (2017). Prescription opioid abuse in prison settings: A systematic review of prevalence, practice and treatment responses. *Drug Alcohol Depend*, 171, 122-131. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.11.032>

Bourgois, P. (1998). The moral economies of homeless heroin addicts: confronting ethnography, HIV risk, and everyday violence in San Francisco shooting encampments. *SubstUse Misuse*, 33(11), 2323-2351. doi:10.3109/10826089809056260

Bourgois, P., a Schonberg, J. (2009). *Righteous Dopefiend*: University of California Press.

Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*: Oxford University Press.

Carretta, C. M., Burgess, A. W., Dowdell, E. B., a Caldwell, B. A. (2018). Adolescent Suicide Cases: Toxicology Reports and Prescription Drugs. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(7), 552-558. doi:10.1016/j.nurpra.2018.05.010

Chen, K. W., Berger, C. C., Forde, D. P., D'Adamo, C., Weintraub, E., a Gandhi, D. (2011). Benzodiazepine Use and Misuse Among Patients in a Methadone Program. *BMC Psychiatry*, 11(1), 90. doi:10.1186/1471-244x-11-90

Cicero, T. J., ac Ellis, M. S. (2017). The prescription opioid epidemic: a review of qualitative studies on the progression from initial use to abuse. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(3), 259-269.

Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group. (2017). *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management*. Llundain: Yr Adran Iechyd.

Darke, S., a Hall, W. (1995). Levels and correlates of polydrug use among heroin users and regular amphetamine users. *Drug Alcohol Depend*, 39(3), 231-235.

Darke, S., Ross, J., Mills, K., Teesson, M., Williamson, A., a Havard, A. (2010). Benzodiazepine use among heroin users: baseline use, current use and clinical outcome. *Drug Alcohol Rev*, 29(3), 250-255. doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00101.x

Dertadian, G., Iversen, J., Dixon, T. C., Sotiropoulos, K., a Maher, L. (2017). Pharmaceutical opioid use among oral and intravenous users in Australia: A qualitative comparative study. *Int J Drug Policy*, 41, 51-58. doi:10.1016/j.drugpo.2016.12.007

DeSantis, A. D., Webb, E. M., a Noar, S. M. (2008). Illicit use of prescription ADHD medications on a college campus: a multimethodological approach. *J Am Coll Health*, 57(3), 315-324. doi:10.3200/jach.57.3.315-324

Dietze, P., Jolley, D., Fry, C., a Bammer, G. (2005). Transient changes in behaviour lead to heroin overdose: results from a case-crossover study of non-fatal overdose. *Addiction*, 100(5), 636-642. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01051.x

EMCDDA. (2018). *The misuse of benodiazepines among high-risk opioid users in Europe*. Lisbon: EMCDDA Retrieved from emcdda.europa.eu/topics/pods/benzodiazepines.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., a Lemma, P. (2003). Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(3), Cd002208. doi:10.1002/14651858.cd002208

Fountain, J., Strang, J., Gossop, M., Farrell, M., a Griffiths, P. (2000). Diversion of prescribed drugs by drug users in treatment: analysis of the UK market and new data from London. *Addiction*, 95(3), 393-406. doi:10.1046/j.1360-0443.2000.95339310.x

Glaser, B., a Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Green, J. (2017). Epidemiology of Opioid Abuse and Addiction. *J Emerg Nurs*, 43(2), 106-113. doi:10.1016/j.jen.2016.09.004

Harris, M., a Rhodes, T. (2013). Methadone diversion as a protective strategy: the harm reduction potential of 'generous constraints'. *Int J Drug Policy*, 24(6), e43-50. doi:10.1016/j.drugpo.2012.10.003

Holloway, K., Hills, R., a May, T. (2018). Fatal and non-fatal overdose among opiate users in South Wales: A qualitative study of peer responses. *International Journal of Drug Policy*, 56, 56-63. doi:10.1016/j.drugpo.2018.03.007

Y Swyddfa Gartref. (2019). *Drugs Misuse: Findings from the 2018/19 Crime Survey for England and Wales*. Llundain. Y Swyddfa Gartref.

Hulme, S., Bright, D., a Nielsen, S. (2018). The source and diversion of pharmaceutical drugs for non-medical use: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 186, 242-256. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.02.010

Hulme, S., Hughes, C. E., a Nielsen, S. (2019). Drug sourcing and motivations among a sample of people involved in the supply of pharmaceutical drugs in Australia. *International Journal of Drug Policy*, 66, 38-47. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.01.022>

Inciardi, J. A., Surratt, H. L., Cicero, T. J., a Beard, R. A. (2009). Prescription opioid abuse and diversion in an urban community: the results of an ultrarapid assessment. *Pain Med*, 10(3), 537-548. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00603.x

Johnson, B., a Richert, T. (2015). Diversion of Methadone and Buprenorphine from Opioid Substitution Treatment: The Importance of Patients' Attitudes and Norms. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 54, 50-55. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.01.013>

Johnson, B., a Richert, T. (2019). Non-prescribed use of methadone and buprenorphine prior to opioid substitution treatment: lifetime prevalence, motives, and drug sources among people with opioid dependence in five Swedish cities. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 31. doi:10.1186/s12954-019-0301-y

Jones, J. D., Mogali, S., a Comer, S. D. (2012). Polydrug abuse: a review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug Alcohol Depend*, 125(1-2), 8-18. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.07.004

Koester, S., Anderson, K., a Hoffer, L. (1999). Active heroin injectors' perceptions and use of methadone maintenance treatment: cynical performance or self-prescribed risk reduction?

Subst Use Misuse, 34(14), 2135-2153. doi:10.3109/10826089909039442

Lankenau, S. E., Schragger, S. M., Silva, K., Kecojevic, A., Bloom, J. J., Wong, C., ac Iverson, E. (2012). Misuse of prescription and illicit drugs among high-risk young adults in Los Angeles and New York. *J Public Health Res*, 1(1), 22-30. doi:10.4081/jphr.2012.e6

Lavie, E., Fatséas, M., Denis, C., ac Auriacombe, M. (2009). Benzodiazepine use among opiate-dependent subjects in buprenorphine maintenance treatment: Correlates of use, abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend*, 99(1), 338-344. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.07.017>

Lyndon, A., Audrey, S., Wells, C., Burnell, E. S., Ingle, S., Hill, R., . . . Henderson, G. (2017). Risk to heroin users of polydrug use of pregabalin or gabapentin. *Addiction (Abingdon, England)*, 112(9), 1580-1589. doi:10.1111/add.13843

Macleod, J., Steer, C., Tilling, K., Cornish, R., Marsden, J., Millar, T., . . . Hickman, M. (2019). Prescription of benzodiazepines, z-drugs, and gabapentinoids and mortality risk in people receiving opioid agonist treatment: Observational study based on the UK Clinical Practice Research Datalink and Office for National Statistics death records. *PLoS Med*, 16(11), e1002965. doi:10.1371/journal.pmed.1002965

Mack, K. A., Zhang, K., Paulozzi, L., a Jones, C. (2015). Prescription practices involving opioid analgesics among Americans with Medicaid, 2010. *J Health Care Poor Underserved*, 26(1), 182-198. doi:10.1353/hpu.2015.0009

Mars, S. G., Bourgois, P., Karandinos, G., Montero, F., a Ciccarone, D. (2014). "Every 'never' I ever said came true": transitions from opioid pills to heroin injecting. *Int J Drug Policy*, 25(2), 257-266. doi:10.1016/j.drugpo.2013.10.004

Mateu-Gelabert, P., Jessell, L., Goodbody, E., Kim, D., Gile, K., Teubl, J., . . . Guarino, H. (2017). High enhancer, downer, withdrawal helper: Multifunctional nonmedical benzodiazepine use among young adult opioid users in New York City. *Int J Drug Policy*, 46, 17-27. doi:10.1016/j.drugpo.2017.05.016

Mayhew, M. S. (2010). Legal Aspects of Prescribing Opioids. *The Journal for Nurse Practitioners*, 6(9), 722-723. doi:10.1016/j.nurpra.2010.08.007

McCabe, S. E., Boyd, C. J., a Teter, C. J. (2009). Subtypes of nonmedical prescription drug misuse. *Drug Alcohol Depend*, 102(1-3), 63-70. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.01.007

McCabe, S. E., Teter, C. J., a Boyd, C. J. (2006). Medical use, illicit use, and diversion of abusable prescription drugs. *J Am Coll Health*, 54(5), 269-278. doi:10.3200/JACH.54.5.269-278

McCabe, S. E., Veliz, P., Wilens, T. E., a Schulenberg, J. E. (2017). Adolescents' Prescription Stimulant Use and Adult Functional Outcomes: A National Prospective Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(3), 226-233.e224. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.008>

McNeil, R., Kerr, T., Anderson, S., Maher, L., Keewatin, C., Milloy, M. J., . . . Small, W. (2015). Negotiating structural vulnerability following regulatory changes to a provincial methadone program in Vancouver, Canada: A qualitative study. *Social science & medicine* (1982), 133, 168-176. doi:10.1016/j.socscimed.2015.04.008

Neale, J., a Robertson, M. (2005). Recent life problems and non-fatal overdose among heroin users entering treatment. *Addiction*, 100(2), 168-175. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00920.x

Y Swyddfa Ystadegau Gwladol. (2019). *Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2018 registrations*. Casnewydd: Y Swyddfa Ystadegau Gwladol Cymeryd o <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsrelatedtodrugpoisoninginenglandandwales/previousReleases>.

Quintero, G. (2009). Rx for a party: a qualitative analysis of recreational pharmaceutical use in a collegiate setting. *J Am Coll Health*, 58(1), 64-70. doi:10.3200/JACH.58.1.64-72

Pardo, B. (2017). Do more robust prescription drug monitoring programs reduce prescription opioid overdose? *Addiction*, 112(10), 1773-1783. doi:10.1111/add.13741

Iechyd Cyhoeddus Cymru. (2017). *Data mining Wales: The annual profile for substance misuse 2016-17*. Caerdydd. Iechyd Cyhoeddus Cymru.

Ratycz, M. C., Papadimos, T. J., a Vanderbilt, A. A. (2018). Addressing the growing opioid and heroin abuse epidemic: a call for medical school curricula. *Med Educ Online*, 23(1), 1466574. doi:10.1080/10872981.2018.1466574

Rhoades, H., Winetrobe, H., a Rice, E. (2014). Prescription drug misuse among homeless youth. *Drug Alcohol Depend*, 138, 229-233. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.02.011

Richert, T., a Johnson, B. (2015). Long-term self-treatment with methadone or buprenorphine as a response to barriers to opioid substitution treatment: the case of Sweden. *Harm Reduct J*, 12, 1. doi:10.1186/s12954-015-0037-2

Rigg, K. K., ac Ibanez, G. E. (2010). Motivations for non-medical prescription drug use: a mixed methods analysis. *J Subst Abuse Treat*, 39(3), 236-247. doi:10.1016/j.jsat.2010.06.004

Ross, J., a Darke, S. (2000). The nature of benzodiazepine dependence among heroin users in Sydney, Australia. *Addiction*, 95(12), 1785-1793. doi:10.1080/09652140020011090

SAMHSA. (2017). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health*. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Cymeryd o <https://www.samhsa.gov/data/>.

Schepis, T. (2018). *The Prescription Drug Abuse Epidemic: Incidence, Treatment, Prevention, and Policy*: ABC-CLIO.

Schmidt, T. D., Haddox, J. D., Nielsen, A. E., Wakeland, W., a Fitzgerald, J. (2015). Key Data Gaps Regarding the Public Health Issues Associated with Opioid Analgesics. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42(4), 540-553. doi:10.1007/s11414-014-9396-9

Silva, K., Kecojevic, A., a Lankenau, S. E. (2013). Perceived Drug Use Functions and Risk Reduction Practices Among High-Risk Nonmedical Users of Prescription Drugs. *Journal of Drug Issues*, 43(4), 483-496. doi:10.1177/0022042613491099

Specka, M., Bonnet, U., Heilmann, M., Schifano, F., a Scherbaum, N. (2011). Longitudinal patterns of benzodiazepine consumption in a German cohort of methadone maintenance treatment patients. *Hum Psychopharmacol*, 26(6), 404-411. doi:10.1002/hup.1222

Strang, J., Hall, W., Hickman, M., a Bird, S. M. (2010). Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland. *BMJ*, 341, c4851. doi:10.1136/bmj.c4851

Strauss, A. (1999). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Teter, C. J., McCabe, S. E., Cranford, J. A., Boyd, C. J., a Guthrie, S. K. (2005). Prevalence and motives for illicit use of prescription stimulants in an undergraduate student sample. *J Am Coll Health*, 53(6), 253-262. doi:10.3200/jach.53.6.253-262

UNODC. (2019). *World Drug Report 2019*. Vienna: United Nations Cymerwyd o <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>.

Wagner, K. D., Davidson, P. J., Iverson, E., Washburn, R., Burke, E., Kral, A. H., . . . Lankenau, S. E. (2014). "I felt like a superhero": The experience of responding to drug overdose among individuals trained in overdose prevention. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 157-165. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.07.003>

Weaver, M. F. (2015). Prescription Sedative Misuse and Abuse. *Yale J Biol Med*, 88(3), 247-256.

Weigel, D. J., Donovan, K. A., Krug, K. S., a Dixon, W. A. (2007). Prescription Opioid Abuse and Dependence: Assessment Strategies for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 85(2), 211-215. doi:10.1002/j.1556-6678.2007.tb00465.x

Llywodraeth Cymru (2008) *Gweithio Gyda'n Gilydd i Leihau Niwed: Strategaeth Camddefnyddio Sylweddau Cymru 2008-2018*. Caerdydd: Llywodraeth Cymru.

Llywodraeth Cymru (2019) *Cynllun Cyflawni ar gyfer Camddefnyddio Sylweddau 2019 i 2022*, cyrchwyd ar 18 Rhagfyr 2019 yn <https://llyw.cymru/cynllun-cyflawni-ar-gyfer-camddefnyddio-sylweddau-2019-i-2022>

Weyandt, L. L., Oster, D. R., Marraccini, M. E., Gudmundsdottir, B. G., Munro, B. A., Rathkey, E. S., a McCallum, A. (2016). Prescription stimulant medication misuse: Where are we and where do we go from here? *Exp Clin Psychopharmacol*, 24(5), 400-414. doi:10.1037/pha0000093

White, B. P., Becker-Blease, K. A., a Grace-Bishop, K. (2006). Stimulant medication use, misuse, and abuse in an undergraduate and graduate student sample. *J Am Coll Health*, 54(5), 261-268. doi:10.3200/jach.54.5.261-268

Worley, J. (2014). What Prescribers Can Learn From Doctor Shoppers. *The Journal for Nurse Practitioners*, 10(2), 75-82. doi:10.1016/j.nurpra.2013.11.016

10.0 Atodiad

Atodiad A

At ddiben Atodiad A, dylech gyfeirio at y ddolen isod a fydd yn dangos y ddogfen ganlynol:

'Drug misuse and dependence UK guidelines on clinical management'

Teitl y ddogfen a gwybodaeth 'Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence'. Cyhoeddwyd y ddogfen hon yn 2017 gan y Gweithgor Arbenigol Annibynnol, Yr Adran Iechyd, Llundain.

Dolen i'r ddogfen a nodir uchod -

https://assets.Publishing.Service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf

Mae'r penodau isod yn ymwneud â rhai o'r themâu allweddol a restrir yn y ddogfen 'Drug misuse and dependence UK guidelines clinical management'.

Pennod 4: Ymyriadau Ffarmacolegol

Cyfeiriwch at Bennod 4 ' **Supervised Consumption** ' (Tudalen 101)

Yr adran gyntaf o dan y bennod hon i'w nodi yw pwynt '**4.5.1 When and how to use supervised consumption**'

Supervision of consumption by an appropriate professional provides the best guarantee that a medicine is being taken as prescribed. Following the introduction of supervised consumption in England and Scotland, methadone related deaths reduced fourfold (Strang et al 2010).

The General Medical Council guidance on consent (2013) highlights that "for a relationship between doctor and patient to be effective, it should be a partnership

based on openness, trust and good communication. Each person has a role to play in making decisions about treatment or care". The patient is a key partner in decisions on the appropriate level of supervision. Supervised consumption should be viewed as a situation where therapeutic relationships can be built with patients. The principal reason for using supervision is to ensure the safety of the patient and to minimise the risk of toxicity. It should not be used or viewed as a punishment.

Levels of supervision should be based on an individual risk assessment for, and with, each patient. Clinicians and treatment providers should be familiar with opening hours of pharmacies that are accessible to the patient. For many on daily supervised consumption, providing a take-home dose for Sundays is the only practical option, but for others it may be feasible to access a pharmacy that opens seven days a week. Patients who are working can often take advantage of pharmacies that are late opening. It is important to consider the best option for each patient.

For most cases, it will be appropriate for new patients being prescribed methadone or buprenorphine to be required to take their daily doses under the direct supervision of a professional for a period of time to allow monitoring of progress and an ongoing risk assessment. The risk assessment should include a review of compliance and individual circumstances, including whether the home environment is suitable for safe storage of medications. In some cases, following this, the supervision will be needed for an extended period while for others it may be assessed as only being needed for a short period. Duration of supervision should be dependent on assessed clinical need and should not be applied in an arbitrary way.

The clinical need for supervised consumption should be reviewed regularly by the prescriber. Although, ultimately, the responsibility for the level of supervision for any prescription lies with the prescriber, decisions on when to relax or increase the requirement for supervised consumption should include consultation with the multidisciplinary team, the patient and liaison with the dispensing pharmacist. For example, long-term, daily supervised consumption would probably not be appropriate for a patient in regular, full-time work or education where supervision would be a clear barrier to retention in treatment and recovery. When a patient restarts methadone or buprenorphine after a break, receives a significant increase in

the dose or during periods of instability when tolerance may be reduced, daily dispensing – ideally with supervised consumption – should be reinstated for a period of time and reviewed at regular intervals.

In patients whose treatment is failing, a period in supervised consumption can improve observation of progress and can be used alongside an increase in interventions to improve outcomes.

The level of supervision and the frequency of collection should be based on individual assessment of patient needs, including the risk assessment, and should be sufficiently flexible to respond to changing circumstances.

Particular issues arise when patients currently on supervised dispensing request special or exceptional arrangements for travel, holidays or family events. Patients should be advised at the outset of treatment that they will need to give advance notice of holiday, travel or other events that require altered prescribing or dispensing arrangements. Urgent requests will inevitably arise and services need processes to assess and respond to such requests. In some circumstances, even with advance notice, and especially for those early in treatment or significantly unstable, the prescriber may not feel able to safely provide a supply of medication to cover the event. The clinical rationale for this decision should be clearly explained to the patient.

More information in relation to legal arrangements relating to travelling abroad with controlled drugs can be found at [annexe A6 \(page 303\)](#) within the document.

In most cases, the person supervising consumption will be a community pharmacist, although some specialist services and dispensing doctors may employ their own pharmacy or nursing staff to provide on-site supervised consumption. There should be multi-agency protocols in place to ensure a consistent high standard of service is provided. As part of the service, there should be systems to ensure information about patients can be fed to and from the prescriber and keyworker, as well as agreement from the patient that confidential information can be shared between the pharmacist and named members of the multidisciplinary team.

The aims of a community pharmacy based supervised consumption service include:

- ensuring the patient receives the prescribed dose
- reducing diversion of prescribed doses
- providing an opportunity for the pharmacist to make a regular assessment of patient
- compliance with treatment and of their general health and wellbeing
- providing an opportunity for the pharmacist to build a therapeutic relationship with the patient that is beneficial to promote health and harm reduction
- reducing the risks of drug related overdose and deaths
- Minimising the risk of accidental consumption by children.

Pharmacies have expanded their services in recent years and pharmacy contracts have developed. Pharmacists have unrivalled expertise in the use and interaction of medicines and they should be used to support OST patients. Pharmacists should contribute to the treatment and care of patients through liaison with prescribers in the assessment of appropriate levels of supervised consumption.

There are no universally agreed standards for supervised consumption in community pharmacy. However, the Pharmaceutical Care for Patients Prescribed Opioid Replacement Therapy standards document, introduced in Scotland in 2015, provides a useful template for local services (NHS Scotland 2015). These principles are based on the General Pharmaceutical Council (GPhC) standards for registered pharmacies, which apply in England, Wales and Scotland. In Northern Ireland, the pharmacy regulator is the Pharmaceutical Society of Northern Ireland (PSNI).

Yr ail bennod i'w nodi o dan yr adran ar Supervised Consumption yw **4.5.2 'Stopping supervision' (Tudalen 103)**

Relaxation of supervised consumption and instalment dispensing should be a stepped process in which a patient normally remains on daily dispensing with reduction or cessation of supervision and progression to less frequent instalment collection. The relaxation of supervision and collection is an important component of

supporting further recovery in stable patients. It is recommended that no more than one week of take-home doses is supplied as a single instalment.

Supervised consumption should only be relaxed once the prescriber has good reason to believe that compliance will be maintained. The assessment of compliance and clinical progress is covered in the document and in depth information in relation to this can be found at section 4.6 (Assessing and responding to progress and failure to benefit). In general, the assessment should cover:

- compliance with prescribed drug treatment
- abstinence from or significant change in heroin or other drug misuse
- changes in drug-taking behaviours (such as cessation of injecting)
- compliance with other elements of the treatment and recovery care plan, for example,
- attendance at appointments.

Arrangements for daily consumption through instalment prescribing and, where appropriate, supervised consumption of other medicines, can be made.

To protect patient and community safety, take-home doses should not normally be prescribed where:

- the patient has not reached a stable dose
- the patient shows a continued and unstable pattern of drug misuse, including a significant
- excessive level of alcohol intake, the use of illicit drugs and/or misuse of benzodiazepines
- or other tranquillisers
- the patient has a significant, unstable psychiatric illness or is threatening self-harm
- there is continuing concern that the prescribed medicine is being, or may be, diverted or used inappropriately
- there are concerns about the safety of medicines stored in the home and possible risk to children.

Y drydedd adran i'w nodi o dan y bennod ar Supervised Consumption yw **4.5.3**
'Issues in supervised consumption'

A range of different medications can be supervised. Oral methadone solution consumption can most easily be observed. Buprenorphine sublingual tablets can be more difficult to supervise because of the length of time taken for the tablet to dissolve. Some pharmacists have been crushing buprenorphine tablets before consumption to make the supervision process more straightforward. This practice, while technically off-licence, may sometimes be undertaken with appropriate clinical governance approval and protocols.

More information in relation to 'Issues in supervised consumption' can be found at [annexe A3 \(Page 271\)](#) within the document.

Buprenorphine products that dissolve more rapidly will be available and may require less supervision (More information relating to this can be found at section 4.3.4 'Faster acting forms of Buprenorphine (Page 89).

Other medication such as benzodiazepines, antidepressants, antipsychotics and medication for conditions such as tuberculosis and Human Immunodeficiency Virus (HIV) can be prescribed to be dispensed in instalments and consumption supervised where local contracts are in place. The service should be delivered in a way that protects patients' privacy and dignity. Consumption should take place in a private consultation room or a suitably discreet area of the pharmacy. There should also be due regard to maintaining confidential communication with patients in the open pharmacy area before and after any supervised use.

While supervision of prescribed medication, even if directed on the prescription, is not a legal requirement, any deviation from the prescriber's intended method of supply should be documented and the justification for this recorded. Any such decision should be made in the best interests of the patient, ideally always involving the prescriber.

Y drydedd adran i'w nodi dan y bennod ar Supervised Consumption yw **4.5.4**
'Competencies for supervised consumption'

Staff supervising the consumption of medication need to be competent to do so. Such competencies are commonly specified in local service level agreements by commissioners. Standards that are required to deliver a quality OST supervised consumption service, and the training required by staff to deliver the service, are set out in the Scottish standards document, Pharmaceutical Care for Patients Prescribed Opioid Replacement Therapy (NHS Scotland 2015).

Atodiad B

Tabl Chwilio Llenyddiaeth Cychwynnol

Ffigur 1: Tabl yn dangos cynnwys ac eithrio'r 50 papur cyntaf a ddarparwyd gan ASSIA wrth chwilio am (meddyginiaeth bresgripsiwn yn unig) A (camddefnydd NEU ddargyfeirio*)

Rhif	Erthygl.	Cynnwys/Eithrio	Rheswm
1.	SEAN, E.M., TETER, C.J. a BOYD, C.J., 2006. Medical Use, Illicit Use, and Diversion of Abusable Prescription Drugs. <i>Journal of American College Health</i> , 54 (5), tt. 269-78.	Cynnwys	
2.	Barbara, P.W., Becker-Blease, K. a Grace-Bishop, K., 2006. Stimulant Medication Use, Misuse, and Abuse in an Undergraduate and Graduate Student Sample. <i>Journal of American College Health</i> , 54 (5), tt. 261-8.	Cynnwys	
3.	MORASCO, B.J., TURK, D.C., DONOVAN, D.M. a DOBSCHA, S.K., 2013. Risk for prescription opioid misuse among patients with a history of substance use disorder. <i>Drug and alcohol dependence</i> , 127 (1-3), tt. 193-199	Eithrio	Dim mynediad

4.	BASTIAENS, L., GALUS, J. a MAZUR, C., 2016. Abuse of Gabapentin is Associated with Opioid Addiction. <i>Psychiatric Quarterly</i> , 87 (4), tt. 763-767.	Cynnwys	
5.	VALDEZ, A., 2014. Rx for Injury: Adolescent Prescription Drug Misuse. <i>Journal of Emergency Nursing</i> , 40 (5), tt. 497-9.	Cynnwys	
6.	WEAVER, M.F., BOND, D.S., ARNOLD, B.L., WATERHOUSE, E. a TOWNE, A., 2006. Aberrant Drug-taking Behaviors and Headache: Patient Versus Physician Report. <i>American Journal of Health Behavior</i> , 30 (5), tt. 475-82.	Eithrio	Dim mynediad
7.	ALLEN, M.A., JEWERS, H. a MCDONALD, J.S., 2014. A Framework for the Treatment of Pain and Addiction in the Emergency Department. <i>Journal of Emergency Nursing</i> , 40 (6), tt. 552-9.	Cynnwys	
8.	LEE, S., ROTHBARD, A.B., NOLL, E. a BLANK,	Eithrio	Ddim yn berthnasol

	M.B., 2011. Use of HIV and Psychotropic Medications among Persons with Serious Mental Illness and HIV/AIDS. <i>Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research</i> , 38 (5), tt. 335-44.		
9.	WORLEY, J., 2014. What Prescribers Can Learn From Doctor Shoppers. <i>The Journal for Nurse Practitioners</i> , 10 (2), tt. 75-82.	Cynnwys	
10.	QUINTERO, G., PHD., 2009. Rx for a Party: A Qualitative Analysis of Recreational Pharmaceutical Use in a Collegiate Setting. <i>Journal of American College Health</i> , 58 (1), tt. 64-70.	Cynnwys	
11.	MARTINS, S.S., FENTON, M.C., KEYES, K.M., BLANCO, C., ZHU, H. a STORR, C.L., 2012. Mood and anxiety disorders and their association with non-medical prescription opioid use and	Eithrio	Nid yw'n trafod camddefnyddio cyffuriau presgripsiwn. Ddim yn berthnasol.

	prescription opioid-use disorder: longitudinal evidence from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. <i>Psychological medicine</i> , 42 (6), tt. 1261-72.		
12.	GREEN, J., 2017. Epidemiology of Opioid Abuse and Addiction. <i>Journal of Emergency Nursing</i> , 43 (2), tt. 106-113.	Cynnwys	
13.	FARRIS, K.B., MCCARTHY, A.M., KELLY, M.W., CLAY, D. a GROSS, J.N., 2003. Issues of Medication Administration and Control in Iowa Schools. <i>The Journal of school health</i> , 73 (9), tt. 331-7.	Eithrio	Nid yw'n trafod camddefnyddio cyffuriau presgripsiwn. Ddim yn berthnasol.
14.	TETER, C.J., SEAN, E.M., CRANFORD, J.A., BOYD, C.J. a GUTHRIE, S.K., 2005. Prevalence and Motives for Illicit Use of Prescription Stimulants in an Undergraduate Student Sample. <i>Journal of American College Health</i> , 53 (6), tt. 253-62.	Cynnwys	
15.	WEIGEL, D.J.,	Cynnwys	

	DONOVAN, K.A., KRUG, K.S. and DIXON, W.A., 2007. Prescription Opioid Abuse and Dependence: Assessment Strategies for Counselors. <i>Journal of Counseling and Development</i> : JCD, 85 (2), tt. 211-215.		
16.	Implementing Evidence-Based Opioid Prescription Practices in a Primary Care Setting. 2018. <i>The Journal for Nurse Practitioners</i> , 14 (7), tt. e143-e147	Eithrio	Canolbwyntio ar ymyrraeth yn hytrach na chamddefnyddio opioidau presgripsiwn
17.	TOMPKINS, C.N.E., WRIGHT, N.M.J., WATERMAN, M.G. a SHEARD, L., 2009. Exploring prison buprenorphine misuse in the United Kingdom: A qualitative study of former prisoners. <i>International Journal of Prisoner Health</i> , 5(2), tt. 71-87.	Eithrio	Nid yw'n trafod meddyginiaeth bresgripsiwn
18.	SCHMIDT, T.D., HADDOX, J.D., NIELSEN, A.E., WAKELAND, W. a FITZGERALD, J., 2015. Key Data Gaps	Cynnwys	

	Regarding the Public Health Issues Associated with Opioid Analgesics. The Journal of Behavioral Health Services & Research, 42(4), tt. 540-553.		
19.	Carrie M. Carretta PhD, APN, AHN-BC, Ann W. Burgess DSNc, RNCS, Elizabeth B. Dowdell PhD, RN, Barbara A. Caldwell PhD, APN-BC. (2018) Adolescent Suicide Cases: Toxicology Reports and Prescription Drugs. The Journal for Nurse Practitioners, 14(7), tt. 552-558.	Cynnwys	
20.	GORGELS, W.J.M.J., OUDE VOSHAAR, R.C., MOI, A.J.J., VAN, D.L., MULDER, J., VAN, D.H., VAN BAIKOM, A. J. L. M., BRETELER, M.H.M. a ZITMAN, F.G., 2007. Consequences of a benzodiazepine discontinuation programme in family practice on psychotropic medication prescription to the participants.	Eithrio	Ddim yn berthnasol

	Family practice, 24(5), tt. 504-510.		
21.	ALI, M.M., TEICH, J., LYNCH, S. a MUTTER, R., 2018. Utilization of Mental Health Services by Preschool-Aged Children with Private Insurance Coverage. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 45(5), tt. 731-740.	Eithrio	Ddim yn berthnasol
22.	HEINEMANN, A.W. and HAWKINS, D., 1995. Substance Abuse and Medical Complications Following Spinal Cord Injury. Rehabilitation Psychology [PsycARTICLES], 40(2), tt. 125.	Eithrio	Ddim yn berthnasol
23.	SCHULTE, M.T., PHD. a HSER, Y., PHD., 2014. Substance Use and Associated Health Conditions throughout the Lifespan. Public health reviews, 35(2), tt. 1-27.	Eithrio	Nid yw'n trafod camddefnyddio meddyginiaethau presgripsiwn
24.	MAYHEW, M.S., 2010. Legal Aspects of Prescribing Opioids. The	Cynnwys	

	Journal for Nurse Practitioners, 6(9), tt. 722-723.		
25.	MCCABE, S.E., BOYD, C.J. a TETER, C.J., 2009. Subtypes of nonmedical prescription drug misuse. Drug and alcohol dependence, 102(1-3), tt. 63-70.	Cynnwys	
26.	BAILEY, F. and DAVIES, A., 2008. The misuse/abuse of antihistamine antiemetic medication (cyclizine) by cancer patients. <i>Palliative medicine</i> , 22 (7), tt. 869-71.	Eithrio	OTC yn bennaf yn hytrach na phresgripsiwn?
27.	MACK, K.A., PHD., ZHANG, K., PHD., PAULOZZI, L., M.D. a JONES, C., PHARMD., 2015. Prescription Practices involving Opioid Analgesics among Americans with Medicaid, 2010. <i>Journal of health care for the poor and underserved</i> , 26 (1), tt. 182-198.	Cynnwys	
28.	WASZAK, D.L. a FENNIMORE, L.A., 2017. Achieving the Institute of Medicine's 6 Aims for	Eithrio	Ddim yn berthnasol - nid yw'n trafod camddefnyddio cyffuriau presgripsiwn

	Quality in the Midst of the Opioid Crisis: Considerations for the Emergency Department. <i>Journal of Emergency Nursing</i> , 43 (6), tt. 512-518.		
29.	RASSOOL, G.H., 2012. Types of substance misuse and risk factors. <i>Nursing times</i> , 108 (30), tt. 12-4.	Eithrio	Nid yw'n trafod camddefnyddio cyffuriau presgripsiwn penodol Dim mynediad
30.	HUDSPETH, R.S., 2016. Safe Opioid Prescribing for Adults by Nurse Practitioners: Part 1. Patient History and Assessment Standards and Techniques. <i>The Journal for Nurse Practitioners</i> , 12(3), tt. 141-148.	Eithrio	Ddim yn berthnasol - mwy am gyfrifoldebau presgripsiynu'n briodol
31.	RHOADES, H., WINETROBE, H. a RICE, E., 2014. Prescription drug misuse among homeless youth. <i>Drug and alcohol dependence</i> , 138 , tt. 229-233.	Cynnwys	
32.	ALAM, F. a BARKER, P., 2014. Interruption of medication-assisted treatment for opioid dependence: insights	Cynnwys	

	from the UK. <i>Drugs and Alcohol Today</i> , 14 (3), tt. 114-125.		
33.	GARLAND, E.L., BROWN, S.M. a HOWARD, M.O., 2016. Thought suppression as a mediator of the association between depressed mood and prescription opioid craving among chronic pain patients. <i>Journal of Behavioral Medicine</i> , 39 (1),. 128 tt-138.	Eithrio	Ddim yn berthnasol - mae'n sôn mwy am y prosesau gwybyddol sy'n ymwneud ag ysfa am opioidau yn hytrach na chamddefnyddio
34.	OFRAT, S., KRUEGER, R.F., EATON, N.R., KEYES, K.M., SKODOL, A.E., GRANT, B.F. a HASIN, D.S., 2014. Nonmedical Prescription Drug Use Comorbidity: Developing a Cohesive Risk Model. <i>Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment</i> , 36 (3), tt. 371-379.	Eithrio	Ddim yn berthnasol
35.	DESANTIS, A.D., PHD., WEBB, E.M., M.A. a NOAR, S.M., PHD., 2008. Illicit Use of Prescription ADHD Medications on a College Campus: A Multimethodological	Cynnwys	

	Approach. <i>Journal of American College Health</i> , 57 (3), tt. 315-24.		
36.	DZIEGIELEWSKI, S.F., 1998. Psychopharmacology and social work practice: Introduction. <i>Research on Social Work Practice</i> , 8 (4), tt. 371-383.	Eithrio	Ddim yn berthnasol - mwy am gyfrifoldebau presgripsiynu'n briodol
37.	HUDSPETH, R.S., 2016. Safe Opioid Prescribing for Adults by Nurse Practitioners: Part 2. Implementing and Managing Treatment. <i>The Journal for Nurse Practitioners</i> , 12 (4), tt. 213-220.	Eithrio	Ddim yn berthnasol - mwy am gyfrifoldebau presgripsiynu'n briodol
38.	RATYCZ, M.C., PAPADIMOS, T.J. a VANDERBILT, A.A., 2018. Addressing the growing opioid and heroin abuse epidemic: a call for medical school curricula. <i>Medical Education Online</i> , 23 (1), tt. 1-6.	Cynnwys	
39.	OLUYASE, A.O., RAISTRICK, D., ABBASI, Y., DALE, V. a LLOYD, C., 2013. A study of the psychotropic prescriptions of people	Eithrio	Edrych yn fwy ar yr angen am bresgripsiynau a pha gyffuriau a ddefnyddir wrth atgyfeirio (arferion presgripsiwn) yn hytrach na chamddefnyddio

	attending an addiction service in England. <i>Advances in Dual Diagnosis</i> , 6 (2), tt. 4-65.		
40.	MEARS, C.J., CHARLEBOIS, N.M. a HOLL, J.L., 2006. Medication Adherence Among Adolescents in a School-Based Health Center. <i>The Journal of school health</i> , 76 (2), tt. 52-6.	Eithrio	Dim mynediad
41.	PAULOZZI, L.J. and STIER, D.D., 2010. Prescription drug laws, drug overdoses, and drug sales in New York and Pennsylvania. <i>Journal of public health policy</i> , 31 (4), tt. 422-32.	Eithrio	Dim mynediad
42.	SENKER, S. a GREEN, G., 2016. Understanding recovery: the perspective of substance misusing offenders. <i>Drugs and Alcohol Today</i> , 16 (1), tt. 16-28.	Eithrio	Ddim yn berthnasol
43.	FORD, J.A., PHD., 2008. Nonmedical Prescription Drug Use Among College Students: A Comparison Between Athletes and Nonathletes. <i>Journal of</i>	Eithrio	Nid yw'n trafod camddefnydd mewn gwirionedd

	<i>American College Health</i> , 57 (2), tt. 211-9.		
44.	MUHRER, J.C., 2010. Detecting and Dealing with Substance Abuse Disorders in Primary Care. <i>The Journal for Nurse Practitioners</i> , 6 (8), tt. 597-605.	Eithrio	Ddim yn berthnasol
45.	HOWLAND, J., WEINBERG, J., SMITH, E., LARAMIE, A. a KUPKA, M., 2002. Prevalence of allergy symptoms and associated medication use in a sample of college seniors. <i>Journal of American College Health</i> , 51 (2), tt. 67-70.	Eithrio	Ddim yn berthnasol - nid yw'n sôn am gamddefnydd
46.	LARSON, M.J., MILLER, K. a FLEMING, K.J., 2007. Treatment with Antidepressant Medications in Private Health Plans. <i>Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research</i> , 34 (2), tt. 116-26.	Eithrio	Ddim yn berthnasol - ddim yn trafod camddefnydd
47.	GRIFFITH, A.K., HUSCROFT-D'ANGELO, J., EPSTEIN, M.H.,	Eithrio	Nid yw'n ymwneud â chamddefnyddio presgripsiynau

	SINGH, N.N., HUEFNER, J.C. a PICK, R., 2010. Psychotropic Medication Use for Youth in Residential Treatment: A Comparison Between Youth with Monopharmacy Versus Polypharmacy. <i>Journal of Child and Family Studies</i> , 19 (6), tt. 795-802.		
48.	AANP Forum. 2017. <i>The Journal for Nurse Practitioners</i> , 13 (8), tt. A20-A22.	Eithrio	Ddim yn berthnasol
49.	SMITH, L.L., YAN, FENGXIA, M.D., M.S., CHARLES, M., M.P.H., MOHIUDDIN, K., M.D., TYUS, DAWN, M ED, L.P.C., N.C.C., ADEKEYE, OLUWATOYOSI, MBBS, DRP.H., M.P.H. a HOLDEN, KISHA B, PHD., M.S.C.R., 2017. Exploring the Link Between Substance Use and Mental Health Status: What Can We Learn from the Self-medication Theory? <i>Journal of health care for the poor and underserved</i> , 28 (2), tt.	Eithrio	Nid yw'n trafod cyffuriau presgripsiwn yn benodol, na'r camddefnydd ohonynt

	113-131.		
50.	GARLAND, E.L., FROELIGER, B.E., PASSIK, S.D. a HOWARD, M.O., 2013. Attentional bias for prescription opioid cues among opioid dependent chronic pain patients. <i>Journal of Behavioral Medicine</i> , 36 (6), tt. 611- 20.	Eithrio	Ddim yn berthnasol - yn trafod ysfa mewn perthynas ag opioidau ond nid yw'n trafod camddefnydd yn uniongyrchol