

# Ymchwiliad Thirlwall

**Adroddiad yr Ymchwiliad Cyhoeddus i  
ddigwyddiadau yn Ysbyty Iarllles Caer, 2015 i 2018**

**Adroddiad cryno**

Medi 2026

# Ymchwiliad Thirlwall

**Adroddiad yr Ymchwiliad Cyhoeddus i  
ddigwyddiadau yn Ysbyty Iarllles Caer, 2015 i 2018**

**Adroddiad cryno**

---

Cadeirydd: Y Gwir Anrh. yr Arglwyddes Ustus Thirlwall DBE

Cyflwynwyd i'r Senedd yn unol ag adran 26 o Ddeddf Ymchwiliadau 2005  
Gorchmynnwyd gan Dŷ'r Cyffredin i'w argraffu ar 15 Medi 2026



© Hawlfraint y Goron 2026

Trwyddedir y cyhoeddiad hwn o dan delerau Trwydded Llywodraeth Agored f3.0 oni nodir fel arall. Er mwyn gweld y drwydded hon, ewch i [nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/version/3](https://nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/version/3).

Lle rydym wedi nodi unrhyw wybodaeth am hawlfraint trydydd parti, bydd angen i chi gael caniatâd deiliaid yr hawlfraint dan sylw.

Mae'r cyhoeddiad hwn ar gael yn [www.gov.uk/official-documents](https://www.gov.uk/official-documents).

Dylid anfon unrhyw ymholiadau am y cyhoeddiad hwn atom yn [contact@thirlwallinquiry.co.uk](mailto:contact@thirlwallinquiry.co.uk)

ISBN 978-1-5286-6790-6  
E03297534 09/2026

Argraffwyd ar bapur sy'n cynnwys o leiaf 40% o ddeunydd ffibr wedi'i ailgylchu.

Argraffwyd yn y DU gan HH Associates Ltd. ar ran Rheolwr Llyfrfa Ei Fawrhydi.

# Cynnwys

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| 1. Cyflwyniad .....                     | 1  |
| 2. Y babanod .....                      | 6  |
| 3. Pryderon, adolygiadau, gwallau ..... | 28 |
| 4. Rhan Dau .....                       | 66 |

# 1. Cyflwyniad

## Yr adroddiad

- 1.1 Mae'r Adroddiad cryno hwn yn gyflwyniad i brif themâu a chanfyddiadau'r Ymchwiliad. Bydd yn cael ei ddeall drwy ddarllen yr Adroddiad yn llawn, sy'n cynnwys cyfeiriadau at ddeunydd ategol.
- 1.2 Nid yw'r Adroddiad yn adrodd yr holl dystiolaeth. Rwyf wedi gwneud canfyddiadau am yr hyn a ddigwyddodd yn Ysbyty Iarlles Caer rhwng 2015 a 2018 ar sail tebygolrwydd, ar ôl ystyried y dystiolaeth a'r cyflwyniadau a wnaed ar ran yr holl Gyfranogwyr Craidd.
- 1.3 Roedd fy ffocws ar y cwestiynau a ofynnwyd yn y Cylch Gorchwyl, nid ar euogrwydd Lucy Letby nac ar ei heuogfarnau. Fy man cychwyn oedd profiadau'r rhieni. Rwyf wedi rhannu'r Adroddiad hwn yn dair rhan: Mae Rhan Un (yng Nghyfrolau I a II) yn ymdrin â Rhannau A a B o'r Cylch Gorchwyl gan fod y ddwy ran hynny'n cyfuno i roi cyfrif o ddigwyddiadau yn Ysbyty Iarlles Caer. Mae Rhan Dau (yng Nghyfrol III) yn ymateb i Ran C o'r Cylch Gorchwyl. Mae Rhan Tri (yng Nghyfrol III) yn cynnwys yr argymhellion a'r atodiadau.

## Ôl-ddoethineb

- 1.4 Nid oes neb yn disgwyl i bobl sy'n rhoi tystiolaeth am ddigwyddiadau 10 neu 11 mlynedd yn ôl roi cyfrif perffaith o'r hyn yr oeddent yn ei wybod yn union a phryd yn union yr oeddent yn ei wybod. Yn ystod y gwrandawriadau, cefais fy atgoffa gan Gwnsler yr uwch-reolwyr i beidio â defnyddio ôl-ddoethineb ac i osgoi tuedd ôl-ddoethineb wrth ymdrin â'r ffeithiau. Mae dau bwynt i'w wneud am hynny. Y cyntaf, yn anochel, yw bod unrhyw un sy'n edrych yn ôl ar ddigwyddiadau rhwng 2015 a 2018 yn gwneud hynny gan wybod beth ddigwyddodd yn 2023, a'r hyn a ddaeth cyn ac ar ôl 2023. Ni ellir osgoi hynny. Mae hynny'n wir pryd bynnag y bydd tyst yn rhoi tystiolaeth mewn unrhyw achos. Rwyf wedi ymdrin â thystiolaeth y tystion gyda hynny mewn golwg ac yn cydnabod, ar y cyfan, fod y tystion yn gwneud eu gorau i helpu'r Ymchwiliad. Pryd bynnag y bydd gwahaniaeth yn yr hyn yr oedd y tystion yn ei gofio, neu pan nad yw'r safbwynt yn glir o'r dystiolaeth lafar, rwyf wedi edrych ar yr hyn y mae'r dystiolaeth arall yn dangos eu bod yn ei wybod neu y dylent fod wedi'i wybod ar adeg y digwyddiadau neu'r penderfyniadau yr oeddent yn rhoi tystiolaeth amdanynt. Lle mae tystiolaeth ddogfennol sy'n cynorthwyo, rwyf wedi cyfeirio ati. Nid oedd rhai tystion yn cofio dim o gwbl am fater neu bwnc oni bai ei fod wedi'i nodi mewn dogfen, a hyd yn oed wedyn nid oedd dogfen bob amser yn ysgogi atgofion. Yn ail, wrth asesu'r dystiolaeth, yn enwedig ynglŷn â phenderfyniadau a wnaed flynyddoedd lawer yn ôl,

rwyf wedi atgoffa fy hun i ystyried safbwynt y tyst a oedd yn gweithredu ar y pryd, gan wybod yr hyn yr oedd yn ei wybod ar y pryd, nid yr hyn yr wyf i neu y mae ef/hi wedi'i ddysgu ers hynny, er mwyn dod i gasgliad am ansawdd penderfyniad.

- 1.5 Gwnaeth rhai o'r tystion (Mr Stephen Cross, Ms Sue Hodgkinson a Ms Alison Kelly) nodiadau ar y pryd, a oedd yn fanwl yn aml, o gyfarfodydd nad oedd cofnodion ffurfiol wedi'u cymryd ohonynt (y rhan fwyaf o'r cyfarfodydd yr wyf yn ymwneud â nhw). Weithiau mae sawl nodyn gan wahanol dystion o'r un cyfarfodydd. Bu'r nodiadau yn gymorth defnyddiol i asesu tystiolaeth tystion yn yr Ymchwiliad.
- 1.6 Wrth nodi'r hyn y gwyddys iddo ddigwydd i'r babanod yn Ysbyty Iarllles Caer, lle bo angen, rwyf wedi dibynnu ar gofnodion meddygol neu nyrsio a wnaed ar y pryd yn ogystal â'r dystiolaeth lafar, ac, ar adegau, ar adolygiadau diweddarach. Rwyf wedi cadw cyfeiriadau at gofnodion meddygol y babanod, a dogfennaeth debyg arall, i'r lleiafswm er mwyn amddiffyn preifatrwydd y teuluoedd, gan gydnabod bod llawer o gofnodion eisoes wedi'u cyhoeddi heb rybudd na hyd yn oed gyfeirio at y rhieni.
- 1.7 Mae'r Adroddiad yn rhoi cyfrif digalon a syfrdanol weithiau o gamgymeriadau a methiannau lluosog ac ailadroddus gan sefydliadau ac unigolion. Yn yr amser sydd wedi mynd heibio ers y digwyddiadau hyn, mae rhai o'r bobl dan sylw wedi myfyrio'n hir ac yn galed ar eu gweithredoedd ac, yn benodol, yr hyn y gallent fod wedi'i wneud a'r hyn y dylent fod wedi'i wneud yn wahanol. Mae llawer wedi ymddiheuro'n ddiamod i rieni'r babanod am y camgymeriadau a wnaethant ac am fethu ag amddiffyn eu babanod.

## Cyd-destun

### Ysbyty Iarllles Caer

- 1.8 Yn 2015, roedd Ysbyty Iarllles Caer yn ysbyty cyffredinol dosbarth â 600 o welyau a thua 4,000 o staff. Roedd yr ysbyty yn rhan o Ymddiriedolaeth Sefydledig y GIG, ac roedd iddo enw da gyda GIG Lloegr a'r rheoleiddiwr, y Comisiwn Ansawdd Gofal (CQC).
- 1.9 Mr Tony Chambers, cyn-nyrs, oedd y Prif Weithredwr rhwng 2012 a 2018. Penodwyd Mr Ian Harvey, llawfeddyg orthopedig, yn Gyfarwyddwr Meddygol yn 2012. Ymddeolodd yn 2018. Ms Alison Kelly, nyrs, oedd y Cyfarwyddwr Nyrsio ac Ansawdd o fis Mawrth 2013. Roedd y tair rôl weithredol hyn yn heriol ac yn cael eu talu'n dda. Yn ogystal â'i rôl amser llawn fel Cyfarwyddwr Nyrsio, roedd Ms Kelly yn gweithio shifftiau achlysurol fel nyrs.
- 1.10 Penodwyd Ms Sue Hodgkinson yn Gyfarwyddwr Pobl a Datblygu Sefydliadol (Adnoddau Dynol (AD)) yn 2013. Daeth Ms Lorraine Burnett, cyn-nyrs, yn Gyfarwyddwr Gweithrediadau yn 2016. Daeth Mr Stephen Cross, cyn-swyddog heddlu a chyfreithiwr cymwys, yn Gyfarwyddwr Gwasanaethau Corfforaethol a Chyfreithiol yn 2012. Bu farw Mr Cross yn 2025. Roedd dau Brif Swyddog Cyllid ar yr adeg hon hefyd.
- 1.11 Syr Duncan Nichol CBE, cyn Brif Weithredwr y GIG, oedd Cadeirydd Bwrdd yr Ymddiriedolaeth Sefydledig. Roedd pum Cyfarwyddwr Anweithredol arall; roedd dau ohonynt yn gyfrifwyr siartredig, roedd gan un gefndir mewn manwerthu a busnes, roedd un arall o awdurdod lleol, ac roedd un yn gyn-nyrs a bydwraig a ymunodd â'r Bwrdd yn 2016.

- 1.12 Hyd at 2009, gwasanaethau pediatreg a mamolaeth oedd yn ffurfio'r Is-adran Menywod a Phlant. Diddymwyd yr is-adran honno yn 2009, ynghyd â rôl Cyfarwyddwr Clinigol yr is-adran. Cafodd gwasanaethau mamolaeth ac obstetreg eu gwahanu oddi wrth bediatreg. Symudwyd pediatreg (gan gynnwys neonatoleg) i'r Is-adran Gofal Brys gyda'r Adran Damweiniau ac Achosion Brys a oedd yn fwy o lawer. Daeth gwasanaethau mamolaeth ac obstetreg yn rhan o'r Is-adran Gofal a Gynlluniwyd.
- 1.13 O ganlyniad i'r ad-drefnu, lleihawyd proffil pediatreg (gan gynnwys neonatoleg). Ni chlywyd ei lais ar y Bwrdd. Yn lle Cyfarwyddwr Clinigol, roedd Clinigydd Arweiniol ar gyfer gwasanaethau plant (Dr Ravi Jayaram, pediatregydd ymgynghorol), nad oedd yn cael cyfarfodydd rheolaidd â'r Cyfarwyddwr Meddygol.

## Yr uned newyddenedigol

- 1.14 Hyd at fis Gorffennaf 2016, roedd yr uned newyddenedigol yn uned newyddenedigol leol Lefel 2, yn gofalu am fabanod a aned yn ystod neu ar ôl 27 wythnos o feichiogrwydd ac a oedd yn pwyso 800 gram neu fwy. Roedd yn cynnwys cyfarpar i ddarparu gofal dwys am hyd at 48 awr, gyda babanod yr oedd angen gofal tymor hwy neu gymhleth arnynt yn cael eu trosglwyddo i'r unedau Lefel 3 yn Ysbyty Plant Alder Hey (Alder Hey) neu Ysbyty Prifysgol Menywod Lerpwl (Ysbyty Menywod Lerpwl). Mae unedau Lefel 1 yn darparu gofal arbennig i fabanod sy'n cael eu geni ar ôl 32 wythnos o feichiogrwydd.
- 1.15 Roedd yr uned yn un o'r unedau Lefel 2 mwy yn Rhwydwaith Newyddenedigol Swydd Gaer a Glannau Mersi (y Rhwydwaith Newyddenedigol), gyda 16 o welyau wedi'u gwasgaru ar draws pedair meithrinfa.
- 1.16 Ar adeg y digwyddiadau hyn, roedd yr uned newyddenedigol yn gyfyng ac yn hen ffasiwn, roedd problemau'n codi dro ar ôl tro gyda'r plymio ac roedd prinder cyfleusterau i famau aros gyda'u babanod. Roedd mewn lleoliad anghyfleus iawn ar lawr gwahanol i'r ward ôl-enedigol. Mae'r disgrifiad o'r uned newyddenedigol yn 2015 a 2016 yn cael ei adleisio yng nghanfyddiadau Adolygiad Seilwaith Mamolaeth a Newyddenedigol y GIG, a gyhoeddwyd ym mis Medi 2025, ac y cyfeirir ato yn adroddiad terfynol y Farwnes Amos ar yr Ymchwiliad Cenedlaethol i Wasanaethau Mamolaeth a Newyddenedigol ym mis Mehefin 2026. Mae'n amlwg bod llawer o'r un problemau'n parhau ledled y wlad. Yn absenoldeb cyllid ar gyfer cyfleusterau gwell, lansiwyd apêl codi arian, BabyGrow, i godi £4 miliwn ar gyfer uned newydd, fwy modern. Defnyddiwyd ffotograffau o Letby yn yr ymgyrch codi arian. Erbyn diwedd mis Mehefin 2016, roedd yr ymgyrch codi arian wedi dod i ben ar ôl cyrraedd £2 filiwn ac roedd yn costio mwy i'w rhedeg na'r arian a godwyd. Caewyd yr apêl yn 2017. Roedd cyllid ar gael ar gyfer gwelliannau: yn gyntaf, cafodd yr uned newyddenedigol ei disodli yn 2021; ac yna, yn 2025, agorodd uned fodern fawr i fenywod a phlant, gan ddarparu gofal teulu integredig i fabanod a'u teuluoedd. Mae'r newid hwn a groesawyd yn cynrychioli gwelliant enfawr mewn gofal newyddenedigol yn Ysbyty Iarllles Caer.
- 1.17 Ar adeg y digwyddiadau hyn, roedd yr uned newyddenedigol ar wahân i'r prif ward plant. Dr Stephen Brearey, pediatregydd ymgynghorol, oedd y Clinigydd Arweiniol ar gyfer yr uned newyddenedigol. Ms Eirian Powell, uwch-nyrs (band 7), oedd Rheolwr yr uned newyddenedigol.

- 1.18 Roedd y meddygon (meddygon iau a chwe meddyg ymgynghorol yn 2015) wedi'u lleoli ar y prif ward plant. Roedd y nyrsys wedi'u lleoli yn yr uned newyddenedigol ac yn gweithio yno'n gyfan gwbl.
- 1.19 Ar ôl clywed tystiolaeth gan nyrsys, meddygon iau a meddygon ymgynghorol, ynghyd â rheolwyr nyrsys, rwy'n fodlon bod y cydberthnasau ar yr uned newyddenedigol o fewn pob grŵp staff ac ar draws y grwpiau yn amrywio o dda i ardderchog.
- 1.20 Roedd meddyg ymgynghorol yn cael ei neilltuo i gyflawni rôl pediatregydd yr wythnos. Byddai pediatregydd yr wythnos yn arwain rownd ward ar yr uned newyddenedigol ddau ddiwrnod yr wythnos. Ar y pum diwrnod arall, byddai cofrestrydd yn arwain y rownd ward ac yn trafod ei ganfyddiadau a'i benderfyniadau gyda'r meddyg ymgynghorol hwnnw yn ystod y cyfarfod trosglwyddo yn ddiweddarach yn y bore.
- 1.21 Yn ystod 2015 a 2016, roedd yr uned newyddenedigol yn brysur iawn. Siaradodd nyrsys mewn tystiolaeth am adegau prysurach a thawelach ond ystyriwyd bod modd ymdopi â'r llwyth gwaith. Roedd pobl yn gweithio shiftiau ychwanegol pan ofynnwyd iddynt wneud hynny i gyflenwi yn ystod cyfnodau o brinder staff nyrsio. Roedd meddygon ymgynghorol yn gweithredu ar lefel is i gyflenwi yn ystod cyfnodau o brinder meddygon iau – ac roedd prinder meddygon ymgynghorol hefyd. Roedd cais i'r Bwrdd am gyllid ar gyfer dau feddyg ymgynghorol arall ar gyfer yr Adran Bediatreg wedi'i wrthod yn 2014. Ar ddiwedd 2015, aeth y pediatregydd ymgynghorol Dr ZA at Mr Chambers yn uniongyrchol ynglŷn â'r angen am fwy o feddygon ymgynghorol. Ar ddechrau 2016, penodwyd Dr Susie Holt, gan gynyddu nifer y pediatregwyr ymgynghorol i saith.
- 1.22 Ychydig iawn o ymweliadau a gafodd yr uned gan uwch-reolwyr. Roedd nyrsys eraill yn ystyried bod nyrsio newyddenedigol yn arbenigol iawn ac roeddent yn tueddu i beidio â dod i'r uned. Fodd bynnag, roedd yr awyrgylch yn yr uned yn gadarnhaol gyda phawb yn cefnogi ei gilydd. Roedd y nyrsys yn grŵp cydlynol ac yn cael eu parchu gan y meddygon (meddygon ymgynghorol a meddygon iau) a oedd, yn eu tro, yn cael eu parchu gan y nyrsys. Roedd y meddygon iau yn cael cefnogaeth dda gan y meddygon ymgynghorol. Roedd gwaith tîm cryf. Dechreuodd cydberthnasau chwalu yn 2016 pan fynegwyd amheuan ynghylch Letby.

## Marwolaethau yn yr uned newyddenedigol

- 1.23 Yn y blynyddoedd cyn 2015, roedd nifer y marwolaethau yn yr uned newyddenedigol yn Ysbyty Iarlles Caer yn gyson isel. Nifer y marwolaethau yn erbyn nifer y derbyniadau bob blwyddyn oedd:
- 2010: 1 farwolaeth; 422 o dderbyniadau
  - 2011: 3 marwolaeth; 514 o dderbyniadau
  - 2012: 3 marwolaeth; 556 o dderbyniadau
  - 2013: 2 farwolaeth; 460 o dderbyniadau
  - 2014: 3 marwolaeth; 557 o dderbyniadau
- 1.24 Yn 2015, bu farw wyth babi allan o 468 o dderbyniadau yn yr uned newyddenedigol. Yn ogystal, trosglwyddwyd dau fabi arall a aned yn Ysbyty Iarlles Caer i ysbytai eraill, lle buont farw. Roedd tri o'r wyth babi a fu farw yn Ysbyty Iarlles Caer yn fabanod

na ddygwyd unrhyw gyhuddiadau yn erbyn Letby mewn perthynas â nhw. Bu farw dau ohonynt o annormaleddau cynhenid difrifol. Bu farw'r trydydd o enedigaeth gynamserol gyda sepsis. Cafodd Letby ei chyhuddo a'i heuogfarnu o lofruddio'r pum babi arall: Babi A, Babi C, Babi D, Babi E a Babi I.

- 1.25 Derbyniwyd 496 o gleifion i'r uned newyddenedigol yn 2016. Yn ystod y chwe mis cyntaf, bu farw pum babi. Bu farw tri babi a fu farw ym mis Ionawr, Chwefror a Mawrth i gyd o annormaleddau cynhenid. Ni ddygwyd unrhyw gyhuddiadau yn erbyn Letby mewn perthynas â'r marwolaethau hyn. Cafodd Letby ei chyhuddo a'i heuogfarnu o lofruddio'r ddau fabi arall – Babi O a Babi P, dau o dri gefaill – ddiwedd mis Mehefin 2016. Yn dilyn eu marwolaethau, ac o ganlyniad i bryderon difrifol a fynegwyd yn gyson gan bediatregwyr ymgynghorol, symudwyd Letby o'r uned i rôl anghlinigol yn yr Adran Risg a Diogelwch Cleifion ym mis Gorffennaf 2016. Tua'r un pryd, israddiwyd yr uned newyddenedigol i Lefel 1, gyda therfyn beichiogrwydd uwch o 32 wythnos ar gyfer derbyn babanod. Roedd y babanod a enwyd ar y ditiad (y rhestr o gyhuddiadau yn Llys y Goron) a fu farw yn 2015 a 2016 yn amrywio o ran beichiogrwydd o 23 wythnos a 6 diwrnod i 37 wythnos ac 1 diwrnod.
- 1.26 Pe bai'r babanod y cafwyd Letby yn euog o'u lofruddio yn cael eu tynnu o'r nifer blynyddol o farwolaethau yn yr uned newyddenedigol, byddai ffigurau marwolaethau Ysbyty Iarlles Caer yn dair marwolaeth yn 2015 a thair marwolaeth yn 2016, sy'n gyson â blynyddoedd blaenorol ar y cyfan.
- 1.27 Ers mis Gorffennaf 2016, bu un farwolaeth yn yr uned newyddenedigol, ym mis Medi 2019.

## 2. Y babanod

### Babi A

- 2.1 Ganwyd Babi A, gyda'r gefell Babi B, yn Ysbyty Iarllles Caer. Ganwyd Babi A a Babi B ar ôl 31 wythnos a 2 ddiwrnod o feichiogrwydd drwy doriad cesaraidd. Aed â nhw i'r uned newyddenedigol yn fuan ar ôl eu genedigaeth. Roedd Babi A yn pwysu ychydig dros 1.66 cilogram a dywedodd staff yr ysbyty wrth Fam A a B ei fod *“yn un o'r cyflyrau gorau yr oedd wedi'i weld erioed”* ar gyfer babi cynamserol.
- 2.2 Parhaodd Babi A yn sefydlog, ar ôl cyfnod o gymorth anadlol. Yn ystod y dydd, gosodwyd cathetr gwythiennol y bogail yn ei le ond nid oedd wedi'i osod yn gywir. Cafodd un arall ei osod yn ei le ond nid oedd yn gorwedd yn iawn o hyd, felly mewnosodwyd llinell hir tua 7pm i roi hylifau. Letby oedd nyrs ddynodedig Babi A ar gyfer y shift nos. Ychydig ar ôl 8pm, dechreuodd Babi A ddirywio. Digwyddodd y dirywiad yn sydyn, dros gyfnod o ychydig iawn o funudau. Stopiodd calon Babi A guro ac roedd angen ei adfywio. O fewn hanner awr i'r dirywiad sydyn hwn, bu farw Babi A.
- 2.3 Yn ystod y cyfnod hwn, clywodd Tad A a B staff yn trafod a ddylent fynd i nôl rhieni Babi A gan fod rhywbeth o'i le. Esboniodd Mam A a B fod staff yr ysbyty *“wedi dod i'm nôl pan [roedd Babi A] eisoes wedi dirywio i'r graddau nad oedd modd gwneud unrhyw beth”*. O ganlyniad, y tro cyntaf i Fam A a B ddal Babi A oedd ar ôl i Fabi A farw. Disgrifiodd Mam A a B hyn fel profiad *“trawmatig”* a bod yna *“fwlch mawr lle dylai Plentyn A fod”*.
- 2.4 Roedd dirywiad a marwolaeth sydyn Babi A yn annisgwyl ac yn anesboniadwy. Roedd y nyrsys a'r meddygon wedi'u syfrdanu. Roedd cyflymder a difrifoldeb y dirywiad yn eithriadol yn eu profiad nhw. Nododd y nyrs â chyfrifoldeb am y shift yn y dystiolaeth, *“yn fy 25 mlynedd o brofiad o nysio newyddenedigol, nid wyf erioed wedi gweld dirywiad o'r fath yn digwydd mor gyflym”*.

### Newidiadau i'r croen

- 2.5 Cyn i Fabi A farw, sylwodd nifer o bobl ar frech anarferol ar draws corff Babi A. Roedd yn *“batrwm blotiog o groen wedi darlifo'n sylweddol ... ynghyd ag ardaloedd o groen gwyn a glas”*. Diflannodd y frech ac ymddangosodd eto. Nid oedd yn statig. Ni chafodd y frech ei chofnodi'n iawn gan Dr Jayaram, ac ni chafodd rhieni Babi A wybod amdani.
- 2.6 Darparwyd yr holl gofnodion i swyddfa'r crwner. Cynhaliwyd post-mortem gan batholegydd pediatrig ymgynghorol. Canfu'n benodol nad oedd anhwylder gwaed Mam A a B wedi cyfrannu at farwolaeth Babi A. Nododd anomaledd strwythurol yn yr aorta, ond nid oedd yn ystyried bod ganddo unrhyw ran ym marwolaeth Babi A.

Ystyriodd leoliad y llinell hir a chathetr gwythiennol y bogail ac, ar ôl ymchwilio, daeth i'r casgliad nad oedd y naill na'r llall wedi cyfrannu at farwolaeth Babi A. Daeth i'r casgliad bod achos marwolaeth Babi A 'heb ei ganfod'. Agorwyd cwest i farwolaeth Babi A ym mis Rhagfyr 2015. Yn dilyn gwrandawriad cwest ym mis Hydref 2016, canfu Uwch-grwner Swydd Gaer, Mr Nicholas Rheinberg, fod achos y farwolaeth 'heb ei ganfod'. Dychwelaf at hyn yn ddiweddarach yn yr Adroddiad cryno.

2.7 Cafwyd Letby yn euog o lofruddio Babi A.

## Babi B

- 2.8 Roedd pwysau Babi B ar adeg yr enedigaeth yn debyg i Fabi A, ychydig dros 1.66 cilogram. Ar ôl dirywiad a marwolaeth Babi A, roedd Rhieni A a B yn "*yn llawn ofn ar gyfer ein babi*". Ar y shifft nos ar ôl marwolaeth Babi A, dirywiodd Babi B hefyd a bu'n rhaid ei adfywio. Goroesodd Babi B.
- 2.9 Nododd arsylwadau ar Fabi B gan y nyrs ddynodedig am 20:00 fod Babi B yn actif. Ychydig cyn hanner nos, seiniwyd rhybudd gan fod dirlawnder ocsigen Babi B wedi gostwng. Roedd Babi B wedi taro'r prongau pwysedd positif parhaus yn y llwybr anadlu (CPAP) allan. Fe'u rhoddwyd yn ôl yn eu lle a gwiriwyd Babi B gan y cofrestrydd pediatrig, Dr Rachel Lambie. Roedd yn ymddangos bod Babi B wedi gwella. Yn fuan wedyn, cafwyd rhybudd pellach. Roedd y prongau wedi dod allan o drwyn Babi B eto. Roedd nyrs Babi B yn tynnu gwrthfotigau, ac felly roedd Letby yn gofalu am Fabi B. Galwodd Letby ar ei chydweithiwr gan ddweud bod Babi B yn edrych yn union fel yr oedd Babi A wedi edrych. Roedd gan Fabi B yr un frech ac roedd wedi dirywio yn yr un modd.
- 2.10 Daeth Dr Lambie i roi gofal i Fabi B, a oedd yn cael cymorth anadlu. Cofnododd yn y nodiadau meddygol fod gan Fabi B "*apnoea aciwt heb unrhyw rybudd. Afliwiad porffor eang o'r croen gydag ardaloedd gwyn.*" Nododd Dr Lambie fod y dirywiad "*mor aciwt ac anarferol*". Roedd y frech yn gorchuddio Babi B ac yn symud. Gwnaeth nyrs sylw ar y pryd mai dyma'r un peth ag a oedd wedi digwydd i Fabi A y diwrnod blaenorol. Cofnododd Dr V, y meddyg ymgynghorol a oedd ar alwad ac wedi gofalu am Fabi B, frech cochlyd, eang a blotiog. Roedd achos y frech yn aneglur. Ar y pryd, diagnosis gwahaniaethol Dr V oedd bod y frech wedi'i hachosi naill ai gan anhwylder gwaed Mam A a B, neu gan haint. Canfuwyd yn ddiweddarach nad oedd wedi'i hachosi gan y naill na'r llall.
- 2.11 Roedd cyflwr anesboniadwy Babi A a Babi B a dirywiad sydyn iawn y ddau fabi yn destun trafodaeth ymhlith y staff. Roeddent yn pryderu am y frech anesboniadwy ar y ddau fabi; nid oedd neb wedi'i gweld o'r blaen.
- 2.12 Gwelodd Mam A a B y frech flotiog pan ddirywiodd Babi B. Cofiodd fod meddyg ymgynghorol wedi dweud wrthi fod y frech yn eithriadol o anarferol. Nid oedd hi'n gwybod ar y pryd (na'r meddyg ymgynghorol chwaith) fod gan Fabi A yr un frech pan fu farw. Pe bai'n gwybod am y frech ar Babi A, byddai hi "*wedi mynnu bod rhywbeth yn cael ei wneud*".
- 2.13 Anfonodd Letby gyfres o negeseuon testun at gydweithwyr yn trafod dirywiad Babi A a Babi B. Mynegodd awydd i fynd yn ôl i Feithrinfa 1, lle'r oedd y babanod newydd-anedig mwyaf sâl yn cael gofal. Anfonodd gyfrifon manwl o'r hyn a ddigwyddodd at

gydweithwyr eraill. Ffugiodd rannau o'r cyfrifon hynny. Roedd hyn yn cynnwys ffugio bod Tad A a B ar y llawr yn crio pan aethpwyd â Babi A i'r corffdy. Nid oedd hyn yn wir. Ym marn Mam A a B, roedd y negeseuon hyn yn "*ceisio sylw*" ac yn "*destun pryder*".

- 2.14 Cafwyd Letby yn euog o ymgais i lofruddio Babi B.

## Babi C

- 2.15 Roedd Babi C yn pwysu 800 gram pan gafodd ei eni drwy doriad cesaraidd ar ôl 30 wythnos ac 1 diwrnod o feichiogrwydd. Roedd ei dwf yn y groth wedi bod yn araf, a dyna pam roedd ei bwysau yn gymharol isel. Fodd bynnag, roedd Babi C mewn cyflwr da. Nid oedd angen proses adfywio; ar yr uned newyddenedigol cafodd gymorth anadlu am gyfnod byr ac yna dechreuodd anadlu ar ei ben ei hun.
- 2.16 Dywedodd bydwraig wrth Fam C, a oedd ar y ward ôl-enedigol, fod yn rhaid iddi allu sefyll i fyny heb gymorth i fynd i weld ei babi ar yr uned newyddenedigol. Roedd Mam C wedi cael epidwral a thoriad cesaraidd. Roedd yn awyddus iawn i weld ei babi. Dylai rhywun fod wedi mynd â hi i weld ei mab. Ar ôl chwech neu saith awr, gorfododd ei hun i sefyll "*gan fod yn rhaid i mi fynd i'w weld*".
- 2.17 Cymerodd Dr John Gibbs, pediatregydd ymgynghorol, ran amlwg yng ngofal Babi C. Dywedodd wrth Rien C, er bod risgiau i fabi a enir yn ystod y cyfnod beichiogrwydd hwnnw ac o'r pwysau hwnnw, fod Babi C yn gwneud cynnydd ac yn gwneud yn dda. Dywedodd Dr Gibbs fod y "*prognosis yn dda ac nad oedd disgwyl y byddai'n marw*".
- 2.18 Y noson honno, eglurodd Letby i Nyrs W, nyrs newyddenedigol (band 6) ac arweinydd y shift, y byddai'n well ganddi fod ym Meithrinfa 1 nag ym Meithrinfa 3, lle'r oedd wedi'i neilltuo. Pan ganodd larwm ar gyfer Babi C ym Meithrinfa 1, a daeth ei nyrs ddynodedig i mewn, roedd Letby eisoes wrth ei grud. Roedd Babi C wedi mynd i gyfnod hir o fradycardia a dad-ddirlawniad. Dechreuwyd ei adfywio. Clywyd Letby yn dweud: "*Mae'n mynd.*"
- 2.19 Ni allai Dr Katherine Davis, cofrestrydd pediatrig a aeth i ofalu am Fabi C mewn ymateb i alwad frys, weld unrhyw esboniad amlwg dros ddirywiad Babi C. Nododd fod hyn yn anarferol. Ei phrofiad hi oedd bod gan y rhan fwyaf o fabanod newydd-anedig yr oedd angen eu hadfywio gyfradd curiad calon araf fel arfer ond bod curiad calon Babi C yn gwbl absennol ac nad ymatebodd pan roddwyd cyffuriau na phan ddefnyddiwyd technegau adfywio eraill. Nid oedd wedi gweld hynny o'r blaen ac nid yw wedi'i weld ers hynny. Roedd Dr Gibbs yn bresennol ddeng munud i mewn i'r ymdrechion adfywio.
- 2.20 Tua 11pm, deffrowyd Mam C gan fydwraig a dywedwyd wrthi y dylai ddod i Feithrinfa 1 ar unwaith. Gwnaeth hynny a chyrhaeddodd pan oedd CPR yn cael ei roi i'w mab ond nid oedd yn ymateb. Roedd Dr Gibbs yn rhan o ofal Babi C. Gofynnodd nyrs (mae Mam C yn credu mai Letby oedd hi) i Fam C a hoffai i offeiriad fynychu. Gofynnodd Mam C a oedd hi'n meddwl bod ei babi yn mynd i farw. Dywedodd y nyrs: "*Ydw, dwi'n meddwl.*" Yn ystod y cyfnod hir o aros i'r offeiriad gyrraedd, parhawyd â phroses adfywio gyfyngedig. Ar ôl i Babi C gael ei fedyddio, trosglwyddwyd ef a'i rieni i'r ystafell deulu ac ar ôl i'w fam fynnu hynny, rhoddwyd cyffuriau lleddfu poen iddo. Setlodd yn heddychlon ar gyfer ei oriau olaf ym mreichiau ei deulu.

- 2.21 Yn ystod yr amser hwn, roedd Ms Melanie Taylor, y nyrs newyddenedigol (band 6) a neilltuwyd ar gyfer Babi C, a Letby yn dod i mewn ac allan o'r ystafell deulu yn gwneud paratoadau ar gyfer blwch atgofion, gan gymryd olion dwylo ac olion traed a rhywfaint o wallt Babi C. Nid cyfrifoldeb Letby oedd hyn, ac nid oedd wedi cael cais i fod yn rhan o hyn. Roedd Nyrs W wedi dweud wrthi dro ar ôl tro y dylai fod yn gofalu am y plentyn yr oedd wedi'i neilltuo ar ei gyfer. Esboniodd Nyrs W fod Letby yn ceisio bod yn yr ystafell gyda Babi C drwy'r amser, ac i helpu Ms Taylor, er nad oedd angen hyn. Rhoddodd Nyrs W wybod am hyn i Ms Powell, a ddywedodd wrthi am lenwi ffurflen Datix (sef system rheoli risg ar y we). Ni wnaeth Ms Powell unrhyw beth arall am ymddygiad Letby.
- 2.22 Cyn marwolaeth Babi C, daeth Letby â basged Moses wedi'i hawyru, a elwir yn grud oer, a'i phlygio i mewn. Roedd Tad C yn swta gyda Letby, a adawodd yr ystafell. Yn natganiad ar y cyd y rhieni, dywedodd: *"Gan feddwl am hyn nawr, rwy'n credu ei bod am brofi munudau olaf fy mab iddi'i hun, sy'n fy ngwneud i'n emosiynol ac yn ddig. Pe na fyddwn i wedi'i herio, byddai wedi ymyrryd mwy wrth i ni ffarwelio'n breifat â Phlentyn C."*
- 2.23 Tystiolaeth Dr Gibbs oedd bod dirywiad a marwolaeth Babi C yn annisgwyl ac yn anesboniadwy. Yn ei 21 mlynedd o brofiad, roedd marwolaethau o'r fath yn achlysurol iawn. Roedd Babi C wedi bod yn anadlu'n dda. Yn y cyfnod cyn iddo ddirywio, nid oedd yn ymddangos yn sâl. Yn y cyd-destun hwnnw, roedd y diffyg ymateb i gael ei adfywio yn syndod mawr. Efallai y byddai wedi bod yn ddisgwyliedig gan fabi a oedd wedi bod yn sâl ers tro ac nad oedd dim ar ôl ganddo, ond nid dyna oedd achos Babi C, meddai Dr Gibbs.
- 2.24 Cynhaliwyd post-mortem, a ddaeth i'r casgliad nad oedd gan Babi C unrhyw arwyddion o haint ond bod arwyddion o niwed i'r galon – a roddwyd fel prif achos ei farwolaeth. Roedd Dr Gibbs o'r farn nad oedd hyn *"yn gwneud synnwyr mewn gwirionedd"*. Bu'n ystyried a oedd y niwed i'r galon wedi digwydd ar ôl y dirywiad yn hytrach na chyn hynny. Yr ail achos marwolaeth oedd 'cynamseroldeb yr ysgyfaint', rhywbeth y byddai Dr Jane Hawdon, neonatolegydd ymgynghorol o ysbyty yn Llundain a adolygodd y farwolaeth ar ddiwedd 2016, yn dweud yn ddiweddarach mewn tystiolaeth oedd yn annhebygol o ystyried bod Babi C wedi'i eni ar ôl cyfnod beichiogrwydd o 30 wythnos.
- 2.25 Cafwyd Letby yn euog o lofruddio Babi C.
- 2.26 Dywedodd Mam C wrth yr Ymchwiliad fod *"digwyddiadau'r noson honno a phopeth sydd wedi digwydd ers hynny wedi gadael ei ôl heb os"*.

## Babi D

- 2.27 Aeth Mam D i'r uned famolaeth yn Ysbyty Iarlls Caer am 11:30 ar 18 Mehefin 2015 ar ôl i'w dŵr dorri. Ar ôl 37 wythnos ac 1 diwrnod, roedd ei beichiogrwydd bron â bod yn dymor llawn. Cafodd gyngor i fynd adref nes i'w chyangiadau ddechrau. Dychwelodd drannoeth am ei bod yn poeni bod risg o haint gan fod 30 awr wedi mynd heibio ers i'w dŵr dorri. Cafodd ei derbyn a'r diwrnod canlynol dechreuwyd proses cymell geni fewnwythiennol. Ni welwyd cynnydd yn y cyfnod esgor. Roedd yn bryderus am ei babi ac yn gofyn dro ar ôl tro am doriad cesaraidd. Teimlai fod ei phryderon wedi cael eu diystyru ac na wrandawyd arni. Cafodd ei merch, Babi D, ei geni drwy doriad cesaraidd brys ychydig ar ôl 4pm. Ganwyd Babi D mewn cyflwr da, gyda sgoriau Apgar o 8 ar ôl un funud a 9 ar ôl pum munud, ac roedd yn pwyso 3.13 cilogram. Fodd bynnag, sylwodd ei

mam ei bod yn dechrau gruntach ac yn ymddangos yn llipa. Ar ôl cyfnod hir o arsylwi, cafodd ei throsglwyddo i Feithrinfa 1 yn yr uned newyddenedigol, lle rhoddwyd gwrthfotigau a therapi golau iddi am gyfnod.

- 2.28 Adolygodd Dr Andrew Brunton, cofrestrydd pediatrig, Fabi D ar ddechrau'r shift nos. Nid oedd ganddo unrhyw bryderon. Dywedodd wrth Fam D: "*Mae popeth yn iawn, mae'n well o lawer. Mae wedi dod oddi ar y therapi golau. Mae'n gwneud cynnydd. Mae'n ymddangos yn fwy bywiog.*" Gallai Mam D weld bod ei merch yn edrych yn well felly aeth yn ôl i'w gwely. Roedd Letby ar shift yn yr uned newyddenedigol.

## Newidiadau i'r croen

- 2.29 Am 01:30, dirywiodd Babi D. Daeth Dr Brunton i ofalu amdani yn gyflym. Nododd fod yna ardaloedd o "*friwiau brown golau/brown tywyll a du ar hyd y bongorff*" a bod angen cymorth ychwanegol arni gyda'i hanadlu. Cysylltodd Dr Brunton â Dr Elizabeth Newby, y pediategydd ymgynghorol ar alwad. Nododd nyrs a oedd yn bresennol fod y frech yn debyg i'r lleill a welwyd ar yr uned ar y pryd. Dywedodd Dr Emily Thomas, a oedd yn feddyg iau ar y pryd ac sy'n bediatregydd ymgynghorol bellach, mewn tystiolaeth nad oedd erioed wedi gweld unrhyw beth tebyg i'r frech ac nad oedd hi wedi gweld brech o'r fath ers hynny. Cofiodd Mam D "*gwnaethant ddweud wrthyf yn glir nad oeddent yn deall, nad oeddent erioed wedi gweld hyn, nad oeddent yn gwybod beth oedd yn digwydd*".
- 2.30 Sefydlogodd Babi D erbyn 02:35. Am 03:15 dirywiodd eto, ond sefydlogodd wedi hynny. Fodd bynnag, am 03:45, dirywiodd Babi D am y trydydd tro a stopiodd anadlu. Roedd Letby yn bresennol ar gyfer yr adfywio. Cynorthwyodd Dr Thomas, ynghyd â Dr Brunton a Dr Newby. Roedd Dr Brunton yn bryderus ynghylch y patrwm anarferol o byliau o ddirywio a chyfnodau o sefydlogrwydd. Meddai: "*Nid oedd yn amlwg i mi o gwbl pam roedd cyflwr clinigol Plentyn D wedi dirywio mor ddramatig yng nghanol cyfnodau pan oedd yn gwbl sefydlog*"
- 2.31 Deffrowyd Mam D gan y nyrsys. Dywedwyd wrthi fod ei merch yn sâl iawn, a bod angen iddi fynd i'r uned newyddenedigol. Pan gyrhaeddodd, gwelodd Dr Brunton yn gafael ym Mabi D, yn ceisio ei hachub. Am 04:25, bu farw Babi D. Syfrdanwyd y staff gan ei marwolaeth. Galwodd ei nyrs ddynodedig ei marwolaeth yn "*annisgwyl*". Roedd yn cofio "*teimlo'n hapus â [Babi D] ar ddechrau'r shift*" a "*meddwl ei bod yn edrych yn dda*".
- 2.32 Ni allai Dr Newby egluro pam roedd Babi D wedi marw. Yn ei thystiolaeth cyfeiriodd at y briwiau ar abdomen Babi D a dywedodd na allai egluro marwolaeth Babi D yn llawn. Roedd ganddi atgof clir ac annibynnol o farwolaeth Babi D oherwydd, fel yr eglurodd yn ei thystiolaeth, "*Mae'n anarferol iawn cael marwolaeth ar uned newyddenedigol, yn enwedig plentyn nad yw'n hysbys, er enghraifft, bod ganddo annormaleddau cynhenid sylweddol.*" Dywedodd fod marwolaeth Babi D yn "*anodd a thrawmatig iawn*" i'r staff.
- 2.33 Teimlai Mam D fod Letby yn ei gwylio hi a'i gŵr pan oeddent gyda'u merch ar ôl iddi farw. Ni ddylai Letby fod yno. Roedd ei phresenoldeb yn gwneud i Fam D deimlo'n anghyfforddus. Canfu'n ddiweddarach fod Letby wedi "*ymchwilio i ni, fy ngŵr a minnau ... ni ddylai fod ganddi unrhyw reswm dros wneud hynny*". Synnodd hefyd o glywed am negeseuon testun Letby at gydweithwyr am Fabi D, gan briodoli ei marwolaeth i "*ffawd*".

- 2.34 Rhoddodd Dr Newby wybod am farwolaeth Babi D i'r crwner. Disgrifiodd y farwolaeth fel un annisgwyl ac anesboniadwy. Nododd y frech a welwyd ar Fabi D a'r ffaith mai dyma'r drydedd farwolaeth mewn cyfnod byr ar yr uned newyddenedigol. Cynhaliwyd post-mortem. Cofnodwyd mai 'niwmonia' ac 'anaf aciwt i'r ysgyfaint' oedd achos y farwolaeth. Roedd hyn yn mynd yn groes i ddamcaniaeth Dr Newby fod gan Babi D sepsis aciwt, nad oedd yn deillio o feithriniadau gwaed.
- 2.35 Cafwyd Letby yn euog o lofruddio Babi D.

## Babi E

- 2.36 Ganwyd Babi E, a'i efell unfath Babi F, drwy doriad cesaraidd ar ôl 29 wythnos a 5 diwrnod o feichiogrwydd. Ganwyd Babi E mewn cyflwr da, yn pwysu 1.327 cilogram. Dywedodd Mam E ac F ei bod hi a'i gŵr o'r farn bod cael gefeilliaid yn "*wyrth*". Dywedwyd wrthynt dro ar ôl tro pa mor dda roedd y gefeilliaid yn gwneud. Roeddent yn gwneud yn well nag y gellid ei ddisgwyl ar gyfer babanod a aned mor gynnar. Roedd Babi E yn anadlu drosto'i hun.
- 2.37 Ar 3 Awst 2015, treuliodd Rhieni E ac F y diwrnod cyfan gyda'u meibion newydd-anedig. Cafodd y ddau gyswllt croen-i-groen â Babi E. Disgrifiodd Mam E ac F ei fod yn "*ffynnu*".
- 2.38 Y noson honno, aeth Mam E ac F â llaeth wedi'i dynnu ar gyfer Babi E i'r uned newyddenedigol. Wrth iddi nesáu, clywodd sgrechian a chrío o fath nad oedd hi erioed wedi'i glywed o'r blaen. Sylweddolodd mai Babi E ydoedd. Aeth ato a'i ganfod â gwaed o amgylch ei geg. Roedd Letby yn yr ystafell gyda Babi E. Gofynnodd Mam E ac F iddi pam yr oedd gwaed o amgylch ei geg. Roedd Letby yn ddiystyriol, yn sarhaus ac yn osgoi cyswllt llygad. Dywedodd y byddai'r gwaed wedi cael ei achosi gan y tiwb bwydo yn rhwbio ar ei wddf. Dywedodd wrth Fam E ac F am fynd yn ôl i'r ward ac y byddai rhywun yn galw amdani pe bai unrhyw broblemau. Dilynodd Mam E ac F gyfarwyddiadau Letby. Dywedodd wrth y fydwraig yr hyn a welodd, a ffoniodd ei gŵr gan ei bod yn gwybod bod rhywbeth o'i le.
- 2.39 Mae Mam E ac F o'r farn, pan aeth i lawr i'r feithrinfa gyda'r llaeth wedi'i dynnu, ei bod wedi gweld "*ymosodiad y tarfwyd arno*". Yn ei barn hi roedd wedi "*ei dal heb iddi ddisgwyl hynny. Roedd rhywbeth wedi digwydd iddo fod yn gwaedu. Nid yw babanod sefydlog yn gwaedu.*"
- 2.40 Roedd Dr David Harkness, y cofrestrydd pediatriig, ar y shifft nos yn y prif ward plant. Cafodd ei flipio gan Letby ac aeth draw i'r uned newyddenedigol. Gofynnodd Letby iddo edrych ar Fabi E gan ei fod wedi chwydu gyda rhywfaint o waed, y credai ei fod o lid o'r tiwb bwydo. Rhagnododd Dr Harkness feddyginiaeth a setlodd Babi E yn gymharol dda. Tua hanner awr yn ddiweddarach, yn sydyn, dechreuodd Babi E waedu'n sylweddol. Roedd Dr Harkness o'r farn bod hyn yn anarferol. Yna cafodd bwl arall o waedu, y disgrifiodd Dr Harkness ei fod wedi dod "*'allan o unlle' ac yn rhywbeth nad oeddwn wedi'i weld erioed o'r blaen ac nad wyf wedi'i weld ers hynny*". Dirywiodd Babi E yn sydyn eto. Ymddangosodd a diflannodd flotiau rhyfedd ar draws ei abdomen. Yr unig dro arall i Dr Harkness, sydd bellach yn feddyg ymgynghorol, weld blotiau o'r fath o'r blaen oedd yn achos Babi A.

- 2.41 Dechreuodd Dr ZA, Dr Harkness a'r nyrsys broses adfywio. Gofynnodd y fydwraig yr oedd Mam E ac F wedi siarad â hi yn gynharach iddi gysylltu â'i gŵr a dweud wrtho am ddod i'r ysbyty. Yna aeth Mam E ac F i lawr i'r uned newyddenedigol a gallai weld y tîm yn gweithio ar Fabi E. Heb ymyrraeth y fydwraig, nid yw Mam E ac F yn credu y byddai hi wedi bod gyda Babi E. Clywodd y fydwraig yn egluro wrth y staff y dylai Mam E ac F fod yno. Eisteddodd Mam E ac F yn y coridor am ychydig ac yna gwahoddwyd hi i fynd i mewn. Esboniodd: *“roeddwn i'n siarad ag ef, yn dweud y byddai popeth yn iawn ac yn sôn am yr holl hwyl y byddem yn ei gael ar ôl mynd adref.”* Cafodd Babi E ei fedyddio. Bu farw am 01:40 ar 4 Awst 2015.
- 2.42 Roedd marwolaeth Babi E yn annisgwyl iawn. Dywedodd Dr Christopher Wood, meddyg teulu dan hyfforddiant yn yr uned: *“Roedd yn ymddangos yn annisgwyl iawn’ – roedd Plentyn E wedi edrych yn dda cyn hyn ac nid oedd yn cael ei ystyried fel plentyn yr oedd pryder penodol yn ei gylch”* Disgrifiodd Mam E ac F y ffaith bod ganddi *“ddau fachgen bach a oedd yn ffynnu”* yn gynharach ond *“o fewn cwpl o oriau, roedd popeth wedi mynd”*.
- 2.43 Hepgorodd Letby unrhyw gyfeiriad at y pwl a ddisgrifiwyd gan Fam E ac F o'r nodiadau nyrsio. Dywedodd Mam E ac F fod y cofnodion hynny wedi'u *“newid i gyfateb i naratif gwahanol o ran pryd y dechreuodd Plentyn E waedu”*. Fodd bynnag, ar y pryd, roedd rhieni E ac F o'r farn bod Letby yn gwneud popeth o fewn ei gallu. Ar ôl iddo farw, cafodd ei olchi gan Letby a hi a ddewisodd y dillad y cafodd ei gladdu ynddynt. Gwnaeth Letby flwch atgofion, heb yn wybod i Fam E ac F a heb gael ei chydsyniad. Mae'n *“boenus”* i Fam E ac F wybod bod cynnwys y blwch hwnnw wedi'i greu neu ei gyffwrdd gan Letby.
- 2.44 Ar adeg marwolaeth Babi E, roedd Dr ZA yn credu ei fod wedi marw o enterocolitis madru (NEC). Fodd bynnag, nid oedd unrhyw arwydd o'r cyflwr ar belydr-X abdomenol Babi E, ffactor a fethwyd ganddi.
- 2.45 Penderfynodd Rhieni E ac F yn erbyn cynnal post-mortem, mewn sgwrs â Dr ZA. Esboniodd mam Babi E fod gwneud penderfyniad gwybodus pan oedd ei phlentyn newydd farw yn *“benderfyniad amhosibl i orfod ei wneud ac allwn i ddim -- allwn i ddim gwneud penderfyniad gwybodus ar yr adeg honno”*. Gofynnodd: *“A oedd unrhyw beth ar belydr-X Plentyn E i ddweud bod unrhyw arwyddion o enterocolitis madru, pam nad oedd y post-mortem yn orfodol? Pam y gadawyd i mi wneud y penderfyniad hwnnw?”*
- 2.46 Ar ôl marwolaeth Babi E, aeth Rhieni E ac F i weld Babi F. Roedd Babi E yn dal yn ei grud cynnal. Synnwyd Mam E ac F o weld hyn a dywedodd wrth Letby: *“Mae yma o hyd.”* ac atebodd Letby, *“Dydych chi ddim wedi dweud wrthym am fynd ag ef.”* Fel y dywedodd Mam E ac F, doedd hi ddim yn gwybod beth y dylai fod wedi'i wneud. Roedd sylw Letby yn oer ac yn ddideimlad, ar y gorau.
- 2.47 Cafwyd Letby yn euog o lofruddio Babi E.

## Babi F

- 2.48 Roedd Babi F yn 1.434 cilogram adeg ei eni, ychydig yn drymach na'i frawd. Pan gafodd ei dderbyn i'r uned newyddenedigol, roedd lefel y glwcos yn ei waed yn isel sef 1.9 milimol y litr. Cododd hyn yn ddramatig drannoeth i lefel uchel iawn o 15.1 milimol

y litr. Am 03:40 ar 31 Gorffennaf 2015, rhoddwyd inswlin parod iddo. Ymatebodd Babi F yn dda i hyn, a gostyngodd lefel y glwcos yn ei waed i 8.7 milimol y litr. Ni chafodd fwy o inswlin parod ei ragnodi na'i roi iddo.

- 2.49 Dros nos 4/5 Awst, galwyd Dr Harkness i ofalu am Fabi F. Ar y pwynt hwn, roedd Dr Harkness yn pryderu am y cynnydd yng nghyfradd curiad calon Babi F a lefel isel y siwgr yn ei waed. Trafododd hyn dros y ffôn gyda Dr Gibbs, y meddyg ymgynghorol ar alwad. Archwiliodd Dr Gibbs Fabi F tua 8.30am drannoeth a nododd fod lefel y siwgr yn ei waed yn isel o hyd. Roedd Dr Gibbs hefyd yn amau bod gan Babi F haint. Roedd lefelau isel y siwgr yn ei waed wedi parhau, er gwaethaf y ffaith bod Babi F wedi cael siwgr ychwanegol. Dywedodd Dr Gibbs fod hyn yn “*anarferol*”. Cymerwyd samplau gwaed am 17:56 ar 5 Awst, pan oedd lefelau'r siwgr yng ngwaed Babi F yn isel, ac fe'u hanfonwyd i Labordai Clinigol Lerpwl yn Ysbyty Prifysgol Brenhinol Lerpwl i'w dadansoddi. Rhoddwyd y gorau i'w fwydo'n fewnwythiennol, a thynnwyd y bag maeth drwy wythien cyflawn (TPN) – bag bwydo – i lawr. Dechreuodd lefelau'r siwgr yn ei waed godi.
- 2.50 Gofynnwyd i rieni E ac F ddod i Feithrinfa 2. Dywedwyd wrthynt fod gan Fabi F “*gyfradd calon gyflym iawn*”. Roeddent wedi dychryn, a hynny'n ddealladwy. Nododd Mam E ac F ei bod wedi meddwl: “*Nid eto. All hyn ddim bod yn digwydd i ni eto.*” Esboniodd Dr Gibbs wrth Rieni E ac F fod gan Fabi F haint yn llinell hir ei goes. Tynnwyd y llinell hir, a rhoddwyd cwrs o wrthfotigau iddo. Dywedwyd wrth rieni Babi F y dylai hyn unioni pethau. Ni ddywedwyd wrthynt ei fod wedi cael prawf am inswlin.
- 2.51 Gwellodd Babi F ac roedd ei rieni'n aros iddo gael ei symud i ysbyty yn agosach at eu cartref. Daeth canlyniad y prawf gwaed yn ôl o Labordai Clinigol Lerpwl ar 12 Awst. Dangosodd fod lefel C-peptid i inswlin isel. Roedd gan Babi F lefel inswlin o 4,657 picomol y litr a lefelau inswlin C-peptid o 169 picomol y litr. Nid yw hyn yn digwydd pan fydd inswlin yn cael ei gynhyrchu'n naturiol yn y corff. Dangosodd y canlyniad fod y sampl gwaed yn cynnwys inswlin o ffynhonnell allanol – hynny yw, inswlin alldarddol. Roedd Babi F wedi cael inswlin, nad oedd wedi'i ragnodi iddo.
- 2.52 Sylweddolodd Dr ZA fod y canlyniadau'n ymddangos fel petai Babi F wedi cael inswlin alldarddol fel meddyginiaeth, rhywbeth nad oedd wedi digwydd. Gwiriodd i weld a oedd inswlin wedi cael ei ragnodi i fabi arall yn yr uned. Nid oedd hynny wedi digwydd. Roedd hyn yn gostwng y tebygolrwydd y byddai inswlin wedi'i roi ar ddamwain yn sylweddol. Fodd bynnag, ni wnaeth Dr ZA ymchwilio ymhellach i hyn. Roedd yn credu “*bod y syniad y gallai rhywun fod yn gwneud hyn yn fwriadol ... yn rhywbeth mor ffantasiol ac annhebygol fel na fyddai hynny'n bosibl*”. Ni wnaeth Dr ZA ddim i gadarnhau bod ei chasgliad yn gywir. Ni siaradodd â'r labordy, nac â chydweithwyr ychwaith. Gydag ôl-ddoethineb, roedd Dr ZA yn ystyried ei bod wedi “*gwneud y penderfyniad anghywir*” a myfyriodd: “*Rwy'n difaru'n fawr mai dyna sut y gwnes i ddehongli pethau ar gyfer rhieni Plentyn E ac F a'r holl fabanod wedi hynny.*” Ymhell cyn yr Ymchwiliad, roedd wedi ymddiheuro i Rieni E ac F am ei chamgymeriadau mewn perthynas â'r ddau fabi.
- 2.53 Dywedodd Mam E ac F fod yr hyn a ddigwyddodd i'w meibion wedi newid cwrs bywyd ei theulu yn llwyr. Dywedodd: “*Rydym wedi gorfod ceisio galaru mewn cymaint o ffyrdd gwahanol. Gwnaethom geisio galaru am Blentyn E ... Bu'n rhaid i ni alaru am y bywyd yr oeddem yn meddwl y byddem yn ei gael gyda Phlentyn F, gyda'i anawsterau dysgu.*”
- 2.54 Cafwyd Letby yn euog o ymgais i lofruddio Babi F.

## Babi G

- 2.55 Ganwyd Babi G yn Ysbyty Arrowe Park ar ôl 23 wythnos a 6 diwrnod o feichiogrwydd. Roedd hi'n pwyso 535 gram. Ar ôl 11 wythnos, cafodd ei throsglwyddo i Ysbyty Iarlles Caer mewn cyflwr sefydlog. Drwy gydol y cyfnod hwn, yn y ddau ysbyty, parhaodd Babi G i wella. Yng ngeiriau ei mam, hi oedd *“ein gwyrth fach, rhodd gan Dduw”*. Wrth iddi agosáu at 100 diwrnod o fywyd, paratôdd y nyrsys yn Ysbyty Iarlles Caer falwngs a baner. Dywedwyd wrth rieni G y byddent yn gallu mynd â hi adref yn fuan. Cafodd ei hadolygu gan Dr Brearey ar 6 Medi 2015. Cadarnhaodd ei bod hi'n sefydlog ac yn gwella. Parhaodd y paratodau ar gyfer ei rhyddhau.
- 2.56 Yn oriau mân y bore ar 7 Medi, cafodd Babi G sawl pwl o ddirywio. Roedd Letby ar y shifft nos ac wedi'i neilltuo i ofalu am fabi ym Meithrinfa 1. Chwydodd Babi G, ym Meithrinfa 2, tua 2.15am. Taflwyd y chwyd sylweddol ar draws yr ystafell i ffwrdd o'i gwely. Yn ystod ymdrechion dilynol i adfywio Babi G, allsugwyd 100 mililitr o laeth o'i stumog. Roedd y cyfaint hwn, ynghyd â'r swm a chwydwyd, yn llawer mwy nag y dylid bod wedi'i fwydo i Fabi G. Yng ngeiriau Tad G, roedd hyn yn *“swm enfawr o laeth ac yn fwy na'r hyn y dylai ei gael”*. Dywedodd y cyfrifwyd bod y chwyd cychwynnol wedi teithio 3 neu 4 troedfedd i ffwrdd o wely Babi G, a oedd yn dangos *“grym ei chwyd a'r poen y byddai wedi'i deimlo gyda'r pwysau yn adeiladu yn ei chorff bach”*.
- 2.57 Galwyd Rhieni G a dywedwyd wrthynt fod eu merch wedi chwydu ac wedi mewnsugno ei chwyd. Dywedwyd wrthynt fod profion gwaed wedi cadarnhau sepsis newyddenedigol. Ni ddywedwyd wrthynt fod Babi G wedi dirywio. Cafodd Babi G ei thrin am sepsis tybiedig gyda gwrthfotigau. Fodd bynnag, nid oedd canlyniadau'r profion gwaed a gofnodwyd ar y pryd yn gyson â'r diagnosis hwnnw. Yn ystod ei dystiolaeth lafar, dywedodd Dr Brearey, er y credwyd ar y pryd fod y profion gwaed yn dynodi haint, ei fod bellach yn derbyn mai achos gwahanol oedd i'r dirywiad. Hysbysodd Mam G yr Ymchwiliad fod Rhieni G *“dim ond wedi cael gwybod flynyddoedd yn ddiweddarach nad oedd y profion gwaed a wnaed ar y pryd wedi dangos unrhyw dystiolaeth bod ein merch yn dioddef o sepsis”*.
- 2.58 Trosglwyddwyd Babi G i Ysbyty Arrowe Park ar 8 Medi, lle gwellodd. Symudodd yn ôl i Ysbyty Iarlles Caer ar 16 Medi. Yn ystod y shifft dydd ar 21 Medi, roedd Babi G yn cael gofal ym Meithrinfa 4 gan Letby. Ychydig ar ôl iddi gael ei bwydo am 09:00, cafodd Babi G ddau bwl o chwydu hyrddiol a stopiodd anadlu dros dro. Roedd Mam G wedi dod i weld ei merch y bore hwnnw. Dywedodd Letby wrthi am aros yn ystafell y rhieni gan fod angen iddi gynnal rhai profion. Clywodd Mam G sgrechian. Rhedodd yn ôl i mewn i wneud yn siŵr bod ei merch yn iawn. Canfu *“Letby yn sefyll wrth grud ein merch, yn edrych mewn penbleth”*. Aeth ymlaen i ddweud: *“Roedd ein merch yn sgrechian ac yn edrych yn goch iawn a gwelais fod chwyd arni.”*
- 2.59 Symudwyd Babi G i Feithrinfa 1 a chymerodd Nyrs W ofal ohoni. Cafodd bwl arall am 15:30. Unwaith eto, tybiwyd mai sepsis oedd yn gyfrifol am y pwl hwn. Nid oedd digon o dystiolaeth mai dyma oedd yr achos. Mae Dr Brearey wedi derbyn ers hynny y dylid bod wedi ystyried bod y cyfaint mawr o nwy a hylif yr oedd angen ei allsugno o stumog Babi G yn arwyddocaol ac yn anarferol ar y pryd. Ni chafodd Rhieni G wybod am hyn. Dylent fod wedi cael gwybod.

- 2.60 Mae'r pyliau o ddirywio dro ar ôl tro wedi cael effaith ddofn ar Fabi G. Cafodd anaf i'r ymennydd gyda chanlyniadau gydol oes. Disgrifiodd Mam G effaith y pyliau o ddirywio: *"Rwyn teimlo bod Lucy Letby wedi difetha ein bywydau. Mae wedi difetha popeth. Mae angen gofal 24 awr ar ein merch oherwydd Letby. Dydyn ni ddim yn gwybod am ba hyd y bydd fyw ac mae'n effeithio ar bob munud o'n bywydau."* Ni chafodd pryderon yr ysbyty am Letby eu rhannu â Rhieni G. Yr heddlu a ddywedodd wrthynt yn ystod eu hymchwiliadau yn 2018. Nid oeddent yn gwybod beth y cyhuddwyd Letby o'i wneud i Fabi G tan ychydig cyn yr achos.
- 2.61 Cafwyd Letby yn euog o geisio llofruddio Babi G ar ddau achlysur: yn ystod shift nos 6/7 Medi ac ar fore 21 Medi. Cafwyd hi'n ddieuog o gyhuddiad pellach o geisio llofruddio, yn ymwneud â phrynhawn 21 Medi.

## Babi H

- 2.62 Ganwyd Babi H ar ôl 34 wythnos a 4 diwrnod o feichiogrwydd. Roedd hi'n pwysu 2.33 gram. Cafodd nifer o byliau o ddirywio rhwng 24 a 27 Medi 2015. Yn ystod ei chyfnod yn Ysbyty Iarlls Caer, cafodd Babi H niwmothoracs cylchol a thair triniaeth i ddraenio'r frest.
- 2.63 Ar 24 Medi, roedd Mam H mewn cadair olwyn, ac yn aros i Dad H fynd â hi i lawr y grisiau i weld eu merch yn yr uned newyddenedigol. Sylwodd Mam H fod Babi H wedi dirywio ers y noson flaenorol. Roedd hi bellach yn cael cymorth anadlu. Nid oedd neb wedi hysbysu unrhyw un yn y teulu am y newid hwn. Dywedodd Mam H wrth yr Ymchwiliad:
- "Gofynnais i'r meddyg beth oedd yn digwydd a dywedwyd wrthyf ei bod wedi cael ei rhoi ar beiriant anadlu. Doeddwn i wir ddim yn gallu deall pam nad oeddwn i wedi cael gwybod am hyn yn gynharach oherwydd dywedwyd wrthym ei bod hi'n iawn. Byddwn i bob amser yn gwirio ac yn gofyn sut roedd hi, a dywedwyd wrthym ei bod hi'n iawn. Dim ond i fyny'r grisiau oeddwn i."*
- 2.64 Gwnaeth Mam H gŵyn am y diffyg cyfathrebu. Cynigiwyd ymddiheuriad gan Dr Gibbs. Fodd bynnag, mewn e-bost mewnol, ymateb cyntaf Ms Powell oedd beirniadu Mam H. Gofynnodd: *"[W]hy had it taken [Mam H] so long to come to the unit when she was aware how poorly her baby is."* Roedd Ms Powell wedi bod yn driw i'r nyrs. Arweiniodd at feirniadaeth anghyfiawn o fam a oedd â rheswm dyls dros gwyno. Disgrifiodd Mam H iddi deimlo *"sarhad sylweddol"* gan y sylwadau.
- 2.65 Dirywiodd Babi H yn oriau mân y bore ar 26 Medi. Cafodd ei hadfywio. Nododd Mam H fod Babi H yn welw iawn. Roedd ganddi *"farciau glas-borffor, fel patrwm smotiog, dros ei chorff"*. Nid oedd yn glir i'r clinigwyr beth oedd wedi achosi'r dirywiad hwn. Yn nhystiolaeth Dr Matthew Neame, cofrestrydd a fu'n gofalu am Fabi H, nododd fod y dirywiad hwn *"wedi galw am asesiad pellach ac ymchwiliad pellach er mwyn ceisio nodi'r achos"*.
- 2.66 Dirywiodd Babi H eto yn oriau mân y bore ar 27 Medi. Roedd angen ei hadfywio ac, yn anarferol i fabi newydd-anedig, roedd angen rhoi adrenalin iddi hefyd. Unwaith eto, nid oedd yn glir pam roedd Babi H wedi dirywio. Dywedodd Dr Murthy Saladi, pediatregydd ymgynghorol, yn ei dystiolaeth ysgrifenedig: *"Nid oedd yn amlwg pam roedd Plentyn H wedi dirywio ... Mae unrhyw ddirywiad [annisgwyl] mewn plentyn yn destun pryder."* Sefydlogodd Babi H.

- 2.67 Trosoglwyddwyd Babi G i Ysbyty Arrowe Park ar 27 Medi.
- 2.68 Mae Mam H yn cofio Letby yn rhoi blwch iddi. Fe'i disgrifiodd fel “*blwch coch, ac roedd tedi bêr ar y top a'r tu mewn i'r blwch roedd cerdyn crud a'i band arddwrn o Ysbyty Iarlles Caer*”. Dywedodd: “*Roedd bag plastig hefyd gyda label gludlog gwyn ar y blaen a oedd yn dweud 'For my Mummy and Daddy, xxx' ac ynddo roedd ei het CPAP ac ati. I mi, roedd bron yn debyg i flwch atgofion.*” Cofiodd Mam H: “*Rwy'n cofio meddwl ei fod braidd yn morbid. Achos doedd hi ddim wedi marw ... Rwy'n cofio teimlo braidd yn anghyfforddus ynghylch hynny.*”
- 2.69 Nododd Mam H fod effaith y digwyddiadau yn Ysbyty Iarlles Caer yn “*llethol*”. Dywedodd: “*Mae'r hyn a ddigwyddodd wedi effeithio ar bob agwedd ar ein bywydau .. mae'n anodd cyfleu pa mor enfawr yw hyn ... mae wedi effeithio'n sylweddol ar fy ymddiriedaeth mewn ysbytai a'r gwasanaeth iechyd ... mae'n drawmatig iawn gorfod mynd yn ôl i ysbyty.*”
- 2.70 Cyhuddwyd Letby o ddau achos o ymgais i lofruddio Babi H: y cyntaf mewn perthynas â'r dirywiad yn oriau mân y bore ar 26 Medi; a'r ail yn oriau mân y bore ar 27 Medi. Cafwyd Letby yn ddieuog o'r cyhuddiad cyntaf, ac ni allai'r rheithgor gytuno ar ddyfarniad ar yr ail.

## Babi I

- 2.71 Ganwyd Babi I yn Ysbyty Menywod Lerpwl ar ôl 27 wythnos o feichiogrwydd. Roedd hi'n pwyso 970 gram. Cafodd ei throsglwyddo i Ysbyty Iarlles Caer ar 18 Awst 2015. Pan gyrhaeddodd, cafodd ei lleoli ym Meithrinfa 1. Ar ôl cyfnod o ddirywiad, dychwelodd Baby I i Ysbyty Menywod Lerpwl. Cafodd ofal yn yr uned newyddenedigol Lefel 3 rhwng 6 a 13 Medi, cyn cael ei throsglwyddo yn ôl i Ysbyty Iarlles Caer.
- 2.72 Rhoddodd Mam I dystiolaeth ei bod hi'n teimlo bod gwahaniaeth yn y gofal rhwng y ddwy uned. Roedd yn ymddangos bod y staff dan bwysau yn Ysbyty Iarlles Caer, gydag un nyrs yn gwrthod helpu Mam I i godi Babi I allan o'i chrud cynnal gan ei bod hi'n rhy brysur. Dywedodd Mam I hefyd, er iddi gael gwybod ar 6 Medi, ychydig cyn iddi ddychwelyd i Ysbyty Menywod Lerpwl, fod gan Fabi I enterocolitis madru, yn ddiweddarach y diwrnod hwnnw dywedodd staff yn Ysbyty Menywod Lerpwl wrth Rien I nad oedd gan Fabi I “*enterocolitis madru ac o fewn 24 awr aeth o fod yn cael cymorth anadlu llawn (yn Ysbyty Iarlles Caer) i ddim cymorth anadlu a dechrau cael ei bwydo eto (yn Ysbyty Menywod Lerpwl)*”.
- 2.73 Pan gafodd ei dychwelyd i Ysbyty Iarlles Caer ar 13 Medi, cafodd ei lleoli ym Meithrinfa 3. Yng ngeiriau Mam I: “*Mewn mater o wythnos, roedd wedi mynd o fod yn ddifrifol wael ar beiriant cynnal bywyd a chael ei rhuthro i Ysbyty Menywod Lerpwl, i ddychwelyd i Ysbyty Iarlles Caer a chael ei rhoi yn yr ystafell cyn i'ch babi fynd adref.*”
- 2.74 Ar 30 Medi, dywedodd Letby wrth Fam I fod stumog ei merch yn edrych yn chwyddedig ac y byddai hi'n cadw llygad arni. Cytunodd Mam I ei fod yn edrych yn chwyddedig, ond bod Babi I yn gwneud yn dda iawn. Gadawodd Mam I yr uned newyddenedigol tua 3pm. Am 16:30 cafodd ei galw i ddod yn ôl. Roedd Babi I wedi dirywio. Roedd lefelau'r ocsigen yn ei gwaed wedi gostwng, ynghyd â churiad ei chalon. Gwelodd Mam I Fabi I yn cael triniaeth cywasgiadau ar y frest. Dywedodd Mam I: “*Chefais i ddim gwybod beth*

*yn benodol a achosodd iddi ddirywio ... Dywedodd y meddygon a'r nyrsys wrthym ei bod yn peri dryswch iddynt ac nad oeddent yn siŵr pam ei bod yn cael pyliau o hyd." Yna symudwyd Babi I i Feithrinfa 2 a gwellodd yn gyflym.*

- 2.75 Erbyn canol mis Hydref, dechreuodd Mam I deimlo'n anesmwyth: *"Roeddwn wedi mynd o deimlo y byddai ein babi yn dod adref i ansicrwydd."* Ar 13 Hydref, galwyd Rhieni I i'r ysbyty yn y nos. Roedd Babi I yn sâl iawn. *"Bu'n rhaid i'r staff ei hadfywio o leiaf saith i wyth gwaith. Roedd ei chalon yn stopio drwy'r adeg."* Dyma oedd y gwaethaf yr oedd hi wedi bod. Y noson ganlynol, ar 14 Hydref, cysgodd Rhieni I yn yr ysbyty. Roedd Mam I yn teimlo, wrth iddyn nhw ddechrau syrthio i gysgu, y bydden nhw'n cael eu deffro i fynd i weld eu merch. Yn ei geiriau hi: *"Roedd hefyd yn ymddangos bod ein babi yn gwaethygu pan oeddem yn ei gadael ar ei phen ei hun ac roedd hynny dros nos yn bennaf."* Roedd Dr Neame yn gweithio ar 13 a 14 Hydref. Disgrifiodd fod pyliau o ddirywio Babi I yn *"anarferol"*. Roedd yn wythnos heriol. Roedd yn *"fwy heriol o lawer nag wythnos arferol ar uned newyddenedigol"*.
- 2.76 Ar 15 Hydref, trosglwyddwyd Babi I i Ysbyty Arrowe Park ac arhosodd yno tan 17 Hydref pan ddychwelodd i Ysbyty Iarlles Caer.
- 2.77 Ar shifft nos 22/23 Hydref, Ms Ashleigh Hudson, nyrs newyddenedigol (band 5), oedd nyrs ddynodedig Babi I. Roedd Letby hefyd ar shifft ac yn gofalu am fabanod eraill. Gadawodd Rhieni I yr uned tua 10.30pm. Ychydig cyn hanner nos, dirywiodd Babi I. Gwnaed galwad frys, a cheisiwyd cymorth. Daeth Letby i helpu. Roedd Dr Rachel Chang (hyfforddai arbenigedd pediatrig) yn bresennol, a galwyd Dr Gibbs. Rhoddwyd cymorth anadlu i Fabi I a sefydlogodd. Tua 12.30am, deffrodd Mam I a sylweddoli ei bod wedi colli galwad o'r ysbyty. Pan ffoniodd, dywedwyd wrthi fod Baby I wedi dirywio. Cychwynnodd Rhieni I am yr ysbyty. Ychydig cyn iddynt gyrraedd, ffonwyd Mam I eto a dywedwyd wrthi am gyrraedd yno cyn gynted ag y gallai. Aeth Ms Hudson i mewn i'r feithrinfa a gweld Letby yno gyda Babi I. Ychydig ar ôl i Ms Hudson gyrraedd, tua 1am, dirywiodd Babi I eto. Ceisiodd y tîm ei hadfywio a chyrhaeddodd Rhieni I i weld yr ymdrechion hyn. Ar ôl 20 munud o geisio ei hadfywio, bu farw Babi I. Cafodd ei rhoi i Fam I. Dywedodd wrth yr Ymchwiliad: *"Bu farw rhan ohonom gyda hi."*
- 2.78 Roedd Ms Hudson yn poeni am ôl-ofal Babi I. Gofynnodd am gymorth. Gwirfoddolodd Letby. Cofiodd Mam I:
- "Roedd [Letby] yn gwenu ac yn dal i fynd ymlaen am y ffaith ei bod hi'n bresennol ar gyfer bath cyntaf ein babi a faint roedd ein babi wedi ei fwynhau. Dw i'n cofio meddwl ar y pryd, 'Beth wyt ti'n sôn amdano, dim ond unwaith mae hi erioed wedi cael bath a dydy fy ngŵr erioed wedi cael rhoi bath iddi'. Roeddwn i'n teimlo cymaint o drueni drosto gan nad oes ganddo ef yr atgof hwnnw ac roeddwn i am i Lucy roi'r gorau i siarad. Dw i'n cofio meddwl 'Wnei di fynd i ffwrdd'. Roeddwn i wir yn anghyfforddus ac roeddwn i am iddi hi adael. Roedd hefyd yn rhyfedd ei bod hi'n gwenu drwy'r adeg. Doeddwn i erioed wedi ei gweld hi wir yn gwenu o'r blaen."*
- 2.79 Cafwyd Letby yn euog o lofruddio Babi I.
- 2.80 Myfyriodd Mam I, adeg yr Ymchwiliad, y byddai Babi I wedi troi'n naw oed. Dywedodd: *"Dylen ni fod wedi bod yn ei gwyllo hi'n tyfu ac yn chwarae gyda'i brodyr a'i chwiorydd a'i ffrindiau. Ond mae'n rhaid i ni rywsut geisio byw gyda'r ffaith bod hyn i gyd wedi'i gymryd oddi wrthi hi a ninnau yn y ffordd fwyaf creulon posibl."*

## Babi J

- 2.81 Ganwyd Babi J drwy doriad cesaraidd yn Ysbyty Iarlles Caer ar ôl 32 wythnos a 2 ddiwrnod o feichiogrwydd. Roedd hi'n pwyso 1.709 gram. Cafodd ei throsglwyddo i Alder Hey yn y lle cyntaf i gael llawdriniaeth, cyn cael ei dychwelyd i Ysbyty Iarlles Caer ar 10 Tachwedd 2015. Gwnaeth gynnydd da ac yn y pen draw cafodd ei symud i Feithrinfa 4.
- 2.82 Rhoddodd Rhieni J dystiolaeth i'r Ymchwiliad am y gwahaniaeth amlwg yn ansawdd y cyfathrebu a welwyd ganddynt yn y ddau ysbyty. Roedd Alder Hey yn rhagweithiol ac yn cynnwys rhieni mewn cyfarfodydd gwneud penderfyniadau. Roedd Ysbyty Iarlles Caer yn adweithiol ac yn llai tryloyw. Roedd hyn yn golygu, yn Ysbyty Iarlles Caer, nad oedd Rhieni J mor glir ynghylch sut roedd eu merch yn dod yn ei blaen.
- 2.83 Roedd gan Fabi J stoma a llinell Broviac – llinell ganolog – yr oedd angen ei chadw'n lân. Roedd risg o haint, a allai arwain at ganlyniadau difrifol. Ar 15 Tachwedd, aeth Mam J i mewn i Feithrinfa 2 a gweld ei merch wedi'i gorchuddio â thywel bach a'i bag stoma wedi'i ddatgysylltu. Roedd ysgarthion drosti. Roedd Mam J *“wedi ffeiddio”* ac *“yn eithriadol o drist fel mam ac yn meddwl: beth sydd wedi digwydd yma, ac roedd dwy nyrs yn yr ystafell ar y pryd a gallent weld ei bod yn y sefyllfa honno”*. Gofynnodd Mam J i'r nyrsys ond ni wnaethant ymgysylltu â hi. Letby oedd nyrs ddynodedig Babi J.
- 2.84 Gwnaeth Rhieni J gŵyn. Arweiniodd hyn at gyfarfod â Dr Saladi a nyrs. Dywedwyd wrth Rieni J am fynd adref a gorffwys; rhaid eu bod nhw wedi blino. Nid oedd hyn yn ymateb priodol i'w cwyn gyfiawn. Dylai cwyn y rhieni fod wedi cael ei derbyn, a dylai adroddiad Datix fod wedi cael ei gwblhau. Yn yr Ymchwiliad, ymddiheurodd Dr Saladi am ei ymateb i gŵyn gyfiawn y rhieni am ofal gwael.
- 2.85 Yn ystod shifft nos ar 26/27 Tachwedd, cafodd Babi J gyfres o ddad-ddirlawniadau sydyn ac annisgwyl a oedd yn gysylltiedig â ffitiau. Bu'n rhaid ei hadfywio. Roedd Letby ar shifft ac wedi'i neilltuo i ofalu am ddau fabi ym Meithrinfa 2. Cynorthwyodd gyda'r adfywio. Galwyd Dr Gibbs, a symudwyd Babi J i Feithrinfa 2. Dywedodd Tad J: *“Roeddem yn disgwyl cael mynd adref.”* Fe'i disgrifiodd fel *“dirywiad annisgwyl ac anesboniadwy ac yn amlwg roeddem yn ofni'r gwaethaf ar yr adeg hon dwi'n meddwl”*.
- 2.86 Ychydig ar ôl y pyllau hyn o ddirywio, siaradodd Rhieni J â Dr Gibbs. Cofiodd Tad J: *“[Roedd Dr Gibbs] wedi dweud eu bod yn ymchwilio i'r posibilrwydd y gallai fod yn sepsis ... ffit epileptig ... apnoea cwsg ... Cyfaddefodd yn ddiweddarach pan wnaethom gysylltu ag ef nad oedd erioed wedi gallu esbonio'r dirywiad i ni ac roedd ei -- yr ymchwiliadau dilynol wedi diystyru'r holl bethau yr oedd wedi'u hawgrymu.”*
- 2.87 Wrth siarad am effaith pyllau Babi J o ddirywio, y diffyg gwybodaeth gan Ysbyty Iarlles Caer a'r achos troseddol, dywedodd Mam J mewn tystiolaeth: *“Ni allaf bwysleisio cymaint y mae hyn wedi effeithio ar ein teulu cyfan. Pwy ydym ni fel pobl, rhieni, bywyd gwaith, priod, plant ... [mae] wedi bwrw cysgod tristwch dros bob rhan o'n bywydau.”*
- 2.88 Cyhuddwyd Letby o ymgais i lofruddio Babi J. Methodd y rheithgor gyrraedd dyfarniad.

## Babi K

- 2.89 Ganwyd Babi K yn Ysbyty Iarlles Caer ar ôl 25 wythnos o feichiogrwydd. Roedd hi'n pwysu 692 gram. Aethpwyd â hi i'r uned newyddenedigol. Roedd hi'n fach, ac roedd Rhieni K yn gwybod ei bod hi'n sâl, ond dywedwyd wrthynt gan Ms Joanne Williams, nyrs newyddenedigol (band 6), "*Roedd Plentyn K yn sefydlog, roedd Plentyn K yn iawn*".
- 2.90 Dywedodd Tad K wrth yr Ymchwiliad sut roedd yn teimlo pan anwyd Babi K: "*Es i i'r Uned ar ben fy hun i ddechrau. Allwn i ddim cysgu am fy mod i mor gyffrous. Mae gen i ferch fach. Roeddwn i eisiau i rywun ddod a dweud bod popeth yn iawn. Roeddwn i wrth fy modd. Roedd Plentyn K newydd gael ei geni.*"
- 2.91 Ar shift nos 16/17 Chwefror 2016, aeth Ms Williams i'r ystafell esgor i roi'r wybodaeth ddiweddaraf i Rieni K. Dywedodd wrth Dr Jayaram fod Letby, a oedd ar y shift nos, yn "*gwarchod*". Pan nad oedd hi yno, aeth Dr Jayaram i feithrinfa Babi K. Gwelodd fod tiwb endotracheal Babi K wedi dod i ffwrdd a bod ei dirlawnder ocsigen yn gostwng. Nid oedd Letby yn gwneud dim. Llwyddodd Dr Jayaram a'r nyrsys i adfywio Babi K. Dirywiodd eto am 06:15 a 07:25. Dywedodd Nyrs W, a gymerodd yr awenau gan Ms Williams fel y nyrs ddynodedig ar gyfer Babi K yn y bore ar ôl ei phyliau o ddirywio, wrth yr Ymchwiliad ei bod yn "*annhebygol iawn*" y gallai babi cynamserol fod wedi tynnu ei diwb endotracheal a oedd wedi'i osod yn gywir allan ei hun. Mewn e-bost yn 2017, dywedodd Dr Jayaram fod Letby wedi tynnu ei sylw at Fabi K.
- 2.92 Trosglwyddwyd Babi K i Ysbyty Arrowe Park. Bu farw rai diwrnodau yn ddiweddarach.
- 2.93 Ni chafodd rhieni K wybod erioed am y digwyddiad gyda'r tiwb wedi dod allan ac y bu'n rhaid ei hadfywio yn ddiweddarach y noson honno. Dywedodd Tad K wrth yr Ymchwiliad mai dim ond wrth gyfarfod â Gwasanaeth Eryl y Goron y clywsant am byliau Babi K o ddirywio. Ar ben hynny, nid oedd Ysbyty Iarlles Caer yn agored gyda Rhieni K (nac unrhyw rieni eraill) ynglŷn ag unrhyw un o'r pryderon ynghylch Letby. Erbyn i Rieni K gael gwybod gan yr heddlu fod amheuaeth o niwed bwriadol i'w merch, roeddent wedi bod yn galaru am golli eu merch ers dros flwyddyn. Dywedodd Mam K wrth yr Ymchwiliad fod y wybodaeth yn gwbl annisgwyl. Ni allent gredu'r peth pan glywsant. Dywedodd: "*Doedden ni ddim wedi rhagweld dim o hyn ar yr adeg honno.*"
- 2.94 Teimlwyd effaith marwolaeth Babi K yn fawr gan y ddau riant. Dywedodd Mam K: "*Rydych, nid yn unig yn galaru am merch, ond hefyd yn galaru pwy oeddech chi. Rwy'n galaru pwy oedden ni fel gŵr a gwraig.*"
- 2.95 Cyhuddwyd Letby o ymgais i lofruddio Babi K. Methodd y rheithgor gyrraedd dyfarniad. Cafwyd aildreial. Cafwyd Letby yn euog.

## Babi L

- 2.96 Ganwyd Babi L a'i efell Babi M ar ôl 33 wythnos a 2 ddiwrnod o feichiogrwydd. Roedd Babi L yn pwysu 1.465 cilogram. Yng ngeiriau Tad L ac M, "*roedd y ddau yn ymddangos yn iawn*". Roedd ar ddeall, er eu bod yn fach a bod angen gofal ychwanegol arnynt, y byddai ef a'i wraig yn gallu mynd â nhw adref o fewn ychydig wythnosau. Nid oedd rhieni Babi L yn gwybod ar y pryd fod Babi L yn cael cyfnodau o lefelau siwgr isel yn ei waed.

- 2.97 Cymerwyd sampl o waed Babi L ar 9 Ebrill 2016 pan oedd lefelau'r glwcos yn ei waed yn isel ac fe'i hanfonwyd i'w brofi yn Labordai Clinigol Lerpwl. Profwyd y sampl ar 11 Ebrill. Dangosodd canlyniadau'r prawf fod gan Fabi L lefel inswlin o 1,099 picomol y litr a lefelau inswlin C-peptid o 264 picomol y litr.
- 2.98 Cafodd Ysbyty Iarllles Caer alwad gan y labordy ar 14 Ebrill, i drafod y canlyniad hwn. Byddai hyn yn digwydd pan fyddai labordy allanol yn ystyried bod y canlyniadau yn rhai brys, yn annisgwyl neu'n anarferol. Roedd nodyn a wnaed o'r alwad hon ar y pryd, gan Dr Shirley Bowles, patholegydd cemegol ymgynghorol a gymerodd yr alwad, yn nodi bod canlyniad y prawf yn *"anodd ei ddehongli heb y glwcos cydamserol ond gall fod yn amhriodol os oedd y claf yn hypoglycemig ar adeg casglu'r sampl"*. Mae cofnodion meddygol Babi L yn dangos bod ganddo lefelau isel o siwgr yn ei waed ar ddyddiad y prawf gwaed. Rhoddodd Dr Bowles dystiolaeth ei bod wedi dod i'r casgliad: *"Mae'n edrych fel bod inswlin wedi'i roi yn allanol"*.
- 2.99 Cytunodd Dr Bowles, mewn tystiolaeth lafar, mai'r senarios mwyaf tebygol a allai fod wedi cynhyrchu canlyniadau'r profion gwaed oedd: yn gyntaf, bod y plentyn yn hyperglycaemig ond ei fod wedi cael gormod o inswlin alldarddol ac felly ei fod bron â bod yn hypoglycaemig; yn ail, bod inswlin alldarddol wedi'i roi mewn camgymeriad; ac yn drydydd, bod inswlin alldarddol wedi'i roi i'r plentyn yn fwriadol. Nid oedd Dr Bowles yn ystyried bod yr opsiwn olaf yn debygol ar y pryd. Roedd *"y tu hwnt i amgyffred"*.
- 2.100 Mae'r dystiolaeth yn awgrymu bod Dr Bowles wedi ffonio'r uned newyddenedigol i dynnu sylw at y canlyniadau annisgwyl. Mae hefyd yn awgrymu nad oedd wedi gallu siarad ag unrhyw aelod clinigol o staff. Yna gwiriodd y canlyniadau a'u rhoi ar gofnod meddygol electronig Babi L. Ddiwrnod yn ddiweddarach, cawsant eu trawsgrifio â llaw i nodiadau Babi L gan feddyg iau. Collwyd y canlyniadau profion gwaed anarferol a phryderus hyn dro ar ôl tro gan glinigwyr a oedd yn trin Babi L, ac yn benodol gan Dr U, cofrestrydd pediatrig a oedd yn gyfrifol am ofal Babi L. Bu farw Dr U ym mis Gorffennaf 2026.
- 2.101 Ni chafodd rhieni L ac M wybod am y canlyniadau gwaed nes i'r heddlu eu hysbysu yn 2019. Gwnaethant ddweud wrth yr Ymchwiliad: *"Ni ddywedodd neb ddweud wrthym fod pryderon ynghylch cyflwr Plentyn L pan oedd yn yr uned newyddenedigol. Ni ddywedodd neb wrthym fod canlyniadau gwaed Plentyn L wedi bod yn annormal ac wedi dangos bod gormod o inswlin yn ei lif gwaed. Ni chafodd hyn ei grybwyll erioed wrth y naill na'r llall ohonom fel rhieni."*
- 2.102 Achosodd y digwyddiadau yn Ysbyty Iarllles Caer, a'r ymchwiliad heddlu a'r achos llys dilynol, lawer iawn o straen a phryder i'r teulu. Dywedodd Tad L ac M wrth yr Ymchwiliad: *"Cefais ffit am y tro cyntaf yn fy mywyd wrth i ni agosáu at yr achos troseddol. Digwyddodd hyn o flaen fy mhlant ac roedd yn ofidus iawn iddyn nhw. Priodolodd y meddygon hyn i'r straen a'r pwysau o ganlyniad i'r hyn a oedd wedi digwydd i'n plant."*
- 2.103 Cafwyd Letby yn euog o ymgais i lofruddio Babi L ar y shifft dydd ar 9 Ebrill.

- 2.104 Mewn tystiolaeth, dywedodd Mr Harvey y dylid bod wedi croesgyfeirio canlyniadau prawf gwaed Babi L â rhai Babi F. Meddai: *“Rwy’n meddwl pe byddai hyn wedi cael ei nodi a’i adrodd, y byddai wedi dylanwadu ar ein penderfyniad i fynd at yr heddlu.”* Pe byddai’r canlyniadau wedi cael eu rhoi at ei gilydd, dylid bod wedi cysylltu â’r heddlu. Ni ddigwyddodd hyn.

## Babi M

- 2.105 Roedd gefell Babi L, Babi M, yn pwysu ychydig yn fwy na Babi L sef 1.705 cilogram. Fel ei frawd, roedd yn gwneud yn dda.
- 2.106 Tua 4pm ar 9 Ebrill 2016, dirywiodd Babi M yn annisgwyl. Gofynnodd Letby am alwad frys. Cynorthwyodd Nyrs W gyda’r adfywio nes i’r meddygon gyrraedd. Mynychodd tri chlinigydd, gan gynnwys Dr Jayaram. Ar ôl hanner awr o adfywio, roeddent yn ystyried a ddylent dynnu’r cymorth yn ôl, ac ar y pwynt hwnnw gwellodd Babi M.
- 2.107 Roedd Nyrs W yn yr ystafell adeg y dirywiad. Nododd fod Babi M wedi bod yn sefydlog yn ystod y dydd. Dywedodd: *“Doeddwn i ddim yn meddwl y byddai’r hyn a ddigwyddodd ar y diwrnod hwnnw yn digwydd.”*
- 2.108 Roedd rhieni L ac M ar y ward mamolaeth pan ddywedwyd wrthynt fod angen iddynt ddod yn gyflym gan fod rhywbeth o’i le. Gwnaethant gyrraedd yr uned newyddenedigol a gweld un o’r meddygon yn rhoi cywasgiadau ar frest Babi M. Dywedodd Tad L ac M: *“Pan gyrhaeddodd ni roedd un o’r meddygon yn rhoi cywasgiadau ar frest Plentyn M. Roedd pobl yn dweud bod y bechgyn yn iach ddoe a doedden nhw ddim yn gwybod beth oedd wedi digwydd heddiw.”*
- 2.109 Cynhaliwyd sgan eco i ganfod a oedd cyflwr cardiaidd sylfaenol wedi achosi’r dirywiad. Roedd y sgan yn normal. Cadarnhaodd Dr Jayaram i’r Ymchwiliad ei fod wedi gweld blotio anarferol wrth adfywio Babi M, a oedd yn debyg i’r hyn a oedd wedi’i weld ar Fabi A. Bu rhywfaint o drafodaeth ymhlith y meddygon ymgynghorol am y dirywiad sydyn, a rhywfaint o drafodaeth am bresenoldeb y frech. Ni wnaethant weithredu ar unrhyw bryderon a oedd ganddynt ar yr adeg hon.
- 2.110 Ni chafodd rhieni L ac M wybod am y frech flotiog gan Dr Jayaram pan drafododd y dirywiad gyda nhw. Gwnaethant ddysgu amdano yn yr achos troseddol. Dywedodd Dr Jayaram wrth Rieni L ac M ar y pryd na allai egluro’r dirywiad ond ni ddywedodd wrthynt am ei amheuan bod Babi M wedi cael ei niweidio’n fwriadol.
- 2.111 Siaradodd Tad L ac M yn onest gyda’r Ymchwiliad ynglŷn ag effeithiau gweld ei fab yn dirywio. Meddai: *“Hyd yn oed hyd heddiw rwy’n cael ôl-fflachiadau i’r hyn a welais ar yr uned.”*
- 2.112 Cafwyd Letby yn euog o ymgais i lofruddio Babi M.

## Babi N

- 2.113 Ganwyd Babi N ar ôl 34 wythnos a 4 diwrnod o feichiogrwydd. Roedd yn pwyso 1.67 cilogram. Ar noson 2/3 Mehefin 2016, roedd Babi N ym Meithrinfa 1. Ei nyrs ddynodedig oedd Mr Christopher Booth, uwch-ymarferydd newyddenedigol (band 6). Roedd Letby ar shifft y noson honno, er gwaethaf penderfyniad a wnaed ym mis Mai i'w gadael ar shifftiau dydd am ddau fis arall.
- 2.114 Pan oedd Mr Booth ar ei egwyl ac roedd nyrs arall – ni allai gofio pwy – yn gofalu am Fabi N, dirywiodd yn sydyn am gyfnod byr. Mae'r nodiadau nyrsio yn cofnodi bod Babi N yn *“crio ++ ac yn methu setlo. Aeth yn dywyll o ran lliw, gyda lefelau dad-ddirlawniad i'r 40au. Ymatebodd i ocsigen wyneb o fewn 1–2 funud ... Ni chafodd unrhyw byliau pellach.”*
- 2.115 Ni ddywedodd Ysbyty Iarlles Caer wrth Rieni N am y dirywiad hwn. Ni chawsant wybod bod dirlawnder ocsigen Babi N wedi gostwng yn sylweddol. Yng ngeiriau Tad N: *“Doedden ni ddim yn gwybod bod Plentyn N wedi cael problemau dros nos ... mae hyn yn ffiaidd yn fy marn i. Fel rhieni mae gennym hawl absoliwt i wybod beth oedd yn digwydd i'n mab a gyda'n mab.”*
- 2.116 Cafodd Babi N byliau pellach o ddirywio yn ystod y shifft dydd ar 15 Mehefin. Achos yr erlyniad yn y treial oedd bod y pyliau hyn o ddirywio o ganlyniad i anaf a achoswyd, a arweiniodd at waedu trwm yn ardal y gwddf. Roedd Babi N wedi dechrau dirywio o 1am. Digwyddodd y pwl cyntaf ychydig cyn i'r shifft dydd ddechrau. Roedd Letby wedi cyrraedd yn gynnar ac roedd eisoes ar yr uned. Digwyddodd yr ail bwl tua 2pm. Letby oedd ei nyrs ddynodedig.
- 2.117 Galwyd ar Rieni N i fynd i'r uned newyddenedigol. Dywedodd Mam N wrth yr Ymchwiliad *“hwn oedd diwrnod gwaethaf ein bywydau, o ddeffro'r bore hwnnw yn barod i fynd â'n mab adref i'r olygfa drychinebus a welsom wrth gyrraedd sydd wedi effeithio arnom yn barhaol, gweld ein babi bach yn ymladd am ei fywyd, meddygon yn gwneud CPR ar ei gorff bach a heb wybod a oedd yn mynd i fyw neu farw heb unrhyw achos amlwg.”*
- 2.118 Dywedodd Mam N wrth yr Ymchwiliad ei bod hi'n dal i ofyn iddi ei hun sut y gallai fod wedi mynd o fod yn iach un funud ac yna'n gwaedu o'r geg y funud nesaf. Pan welodd Tad N Fabi N, dywedodd: *“Roedd yn las ei liw ac roedd olion o waed o amgylch ei wefusau fel pe bai wedi pesychu gwaed a'i fod wedi tasgu arno. Roedd y gwaed yn sych ac yn dywyll ei liw.”*
- 2.119 Esboniodd nyrs fod Babi N yn sâl iawn a gofynnodd a oedd Rhieni N eisiau gweld offeiriad. Daeth offeiriad i siarad â nhw. Disgrifiodd Tad N ei fod *“wedi fy synnu gan hyn gan nad ydw i'n grefyddol a doedden ni ddim wedi gofyn amdano ... Roedd yn teimlo'n amhriodol iawn am ei fod yn ddieithryn.”* Dywedodd Tad N mai Letby a argymhellodd bod Babi N yn cael ei fedyddio. Gwnaethant hynny allan o anobaith yn y pen draw.
- 2.120 Dr U oedd y cofrestrydd shifft nos ar 14/15 Mehefin 2016. Roedd Letby yn gweithio'r shifft dydd ar 15 Mehefin. Roedd Dr U a Letby yn rhan o'r broses o ofalu am Fabi N. Buont yn anfon negeseuon at ei gilydd sawl gwaith yn ystod y nos, weithiau am Fabi N, weithiau am bynciau personol. Roedd Mam N yn anhapus am hyn, a hynny'n ddealladwy, a gwnaeth gŵyn ffurfiol am Dr U.

- 2.121 Dywedodd Dr Brearey a Dr Saladi wrth yr Ymchwiliad fod dirywiad Babi N yn annisgwyl iawn. Roedd y niwed i wddf Babi N mor ddifrifol nes ei bod hi'n anodd i glinigwyr roi tiwb ynddo. Daeth staff o Alder Hey i gynorthwyo i osod y tiwb. Trosglwyddwyd Babi N i Alder Hey wedi hynny a goroesodd.
- 2.122 Cafwyd Letby yn euog o geisio llofruddio mewn perthynas â'r dirywiad ar 3 Mehefin. Ni allai'r rheithgor gytuno ar ddyfarniad ar y naill na'r llall o'r ddau gyhuddiad o geisio llofruddio yn ymwneud â'r pyllau o ddirywio ar 15 Mehefin.

## Babanod O, P ac R

- 2.123 Tripledi gwrywaidd oedd Babanod O, P ac R. Disgrifiodd eu tad bod meddwl am eu genedigaeth fel *“cyfle unwaith mewn oes i groesawu tri phlentyn ar unwaith. Roeddwn wir yn teimlo'n freintiedig.”*

## Babi O

- 2.124 Ganwyd Babi O drwy doriad cesaraidd yn Ysbyty Iarlles Caer gyda'i frodyr, Babi P a Babi R. Cawsant eu geni ar ôl 33 wythnos a 2 ddiwrnod o feichiogrwydd. Roedd Babi O yn pwyso 2.020 cilogram. Roedd Mam O, P ac R wedi cael ei gofal cynenedigol gan Dr Jim McCormack, obstetrydd a gynaecolegydd ymgynghorol yn Ysbyty Iarlles Caer. Roedd ar wyliau pan gafodd y babanod eu geni, ond dywedodd wrth yr Ymchwiliad fod y tri wedi cael eu geni *“mewn cyflwr rhagorol”*. Dywedodd Mam O, P ac R eu bod nhw *“wedi cael sicrwydd bod eu pwysau'n well na'r disgwyl a'u bod wedi cael eu geni'n iach”*.
- 2.125 Dychwelodd Letby o'i gwyliau ar 22 Mehefin. Roedd hi ar ddyletswydd y diwrnod canlynol. Anfonodd neges at Dr U a gofyn: *“Beth oedd cyfnod beichiogrwydd y tripledi?”*
- 2.126 Yn ystod y shifft dydd ar 23 Mehefin, roedd Babi O ym Meithrinfa 1 i ddechrau. Letby oedd ei nyrs ddynodedig, ac roedd Ms Taylor hefyd yn gweithio'r shifft dydd. Wedi hynny, cafodd ei symud i Feithrinfa 2 i fod gyda'i frodyr. Ym Meithrinfa 2, roedd Ms Taylor yn teimlo'n anesmwyth (disgrifiodd hyn fel 'teimlad ym mêr ei hesgyrn') ynglŷn â chyflwr Babi O ac awgrymodd i Letby y dylent ei symud yn ôl i Feithrinfa 1, a oedd yn fwy addas pe bai'n parhau i ddirywio yn ei barn hi. Dywedodd Letby ei bod hi eisiau iddo aros ym Meithrinfa 2.
- 2.127 Roedd Dr Brearey ar yr uned newyddenedigol a gofynnodd Dr U iddo am gymorth i roi tiwb yn Babi O. Disgrifiodd Dr Brearey y broses o osod y tiwb fel un ddidrafferth ond nododd fod brech borffor ar frest Babi O. Dywedodd Dr U wrth Rieni O, P ac R fod angen rhywfaint o gymorth anadlu ychwanegol ar Fabi O. Dywedwyd wrthynt nad oedd hyn yn anghyffredin. Roedd Mam O, P ac R eisiau gweld ei mab. Aeth i lawr i'r uned newyddenedigol. Roedd Babi O wedi dirywio ac wedi cael ei symud i Feithrinfa 1. Disgrifiodd mam Babi O yr olygfa a welodd yno fel *“anhrefn llwyr”*. Yn ei geiriau hi, roedd Dr U yn edrych mewn panig ac roedd y staff yn edrych fel nad oeddent yn gwybod beth oedd yn digwydd. Dywedodd: *“Roedd yn amlwg bod dirywiad Plentyn O yn syndod mawr iddyn nhw.”*

- 2.128 Nid oedd staff yr uned newyddenedigol yn gwybod pam yr oedd Babi O wedi dirywio. Roedd yn ddigwyddiad annisgwyl gydag achos anhysbys. Gwnaethant gysylltu â Dr Oliver Rackham, pediatregydd ymgynghorol ar gyfer y tîm cludo newyddenedigol yn Ysbyty Arrowe Park, gan geisio ei drosglwyddo i uned gofal dwys. Bu farw Babi O cyn i hyn allu digwydd.
- 2.129 Bu Dr Brearey yn ceisio adfywio Babi O. Ni welodd Letby yn gwneud unrhyw beth amhriodol. Roedd wedi sylwi ar y frech yn gynharach ac wedi cysylltu hyn â'r brechau yr oedd yn gwybod eu bod wedi'u gweld ar fabanod eraill. Roedd y frech yn anarferol. Disgrifiodd Tad O, P ac R hyn fel a ganlyn: *“Roedd ei groen yn lliw gwahanol ac roedd bron fel pe bai rhywbeth yn curo trwy ei wythiennau.”* Disgrifiodd hefyd fod gan ei fab abdomen chwyddedig *“bron fel bol cwrw”*.
- 2.130 Dywedodd rhieni O, P ac R wrth yr Ymchwiliad pa mor ddryslyd oedd y clinigwyr ynghylch y dirywiad sydyn. Dywedodd tad Babi O ei bod yn ymddangos fel pe baent *“wedi drysu ... ni allai neb ddweud wrthym pam yr oedd pethau wedi mynd o chwith yn sydyn. Roedd yn wirioneddol syfrdanol.”* Cefnogwyd hyn gan y dystiolaeth a roddwyd i'r Ymchwiliad gan feddygon a nyrsys a oedd wedi gofalu am Fabi O. Dywedodd Dr Huw Mayberry, cofrestrydd pediatrig, a Ms Taylor wrth yr Ymchwiliad pa mor syfrdan oeddent fod Babi O wedi marw. Roedd wedi bod yn sefydlog. Yn ôl Ms Taylor, ni chafwyd *“dim arwyddion clinigol cofnodadwy y gallwn fod wedi dweud bod y babi hwn yn dirywio. Felly parhaodd ei arsylwadau, fel cyfradd curiad ei galon, ei anadlu, yr un fath neu mor sefydlog ag yr oedd o'r blaen.”*
- 2.131 Cyfnewidiodd Dr U a Letby negeseuon am yr adfywio a'r drafodaeth am Fabi O. Dywedodd Dr U fod y drafodaeth *“yn dda – ddaethon ni ddim o hyd i unrhyw beth a fethwyd nac unrhyw oedi”*.
- 2.132 Cafwyd Letby yn euog o lofruddio Babi O.

## Babi P

- 2.133 Pan anwyd Babi P, roedd yn pwysu 2.066 cilogram. Fel ei frodyr, cafodd ei eni mewn cyflwr da.
- 2.134 Ar 24 Mehefin 2016, roedd Mam O, P ac R yn bryderus iawn am Fabi P a Babi R, ar ôl colli Babi O yn drasig. Dywedodd wrth yr Ymchwiliad ei bod wedi mynd i lawr i'r uned newyddenedigol tua 6am a *“dywedodd y nyrs fod y bechgyn yn ‘angylion bach’ ac nad oedd ganddi unrhyw bryderon”*. Ni chafodd wybod tan yr achos troseddol fod Babi P wedi bod yn sâl yn ystod y nos, gan ei fod wedi sugno llaeth o'i diwb nasogastrig. Gadawodd Mam O, P ac R yr uned, ar ôl cael tawelwch meddwl. Yn ddiweddarach, daeth nyrs i'w nôl a dweud wrthi fod Babi P yn sâl iawn a bod angen iddi fynd i'r feithrinfa ar unwaith.
- 2.135 Roedd Babi P wedi dirywio. Rhoddwyd adrenalin iddo a pherfformiwyd CPR. Roedd yn ymddangos ei fod wedi gwella i ddechrau, ond roedd yn parhau i fod yn sâl. Pan gyrhaeddodd y feithrinfa, wynebodd Mam O, P ac R yr un olygfa o banig ag a welwyd y diwrnod blaenorol, pan oedd Babi O wedi dirywio. Dywedodd wrth yr Ymchwiliad, wrth i Fabi P gael ei adfywio, *“Teimlais fy mod wedi cael fy anghofio a'm hanwybyddu'n llwyr.”* Pan gyrhaeddodd Tad O, P ac R, cafodd yr un profiad. Gwelodd fod y staff mewn panig,

ac ni chafodd dim ei egluro iddo. Gwelodd fod gan Fabi P “*yr un patrwm smotiog ar ei groen, yr un chwydd ar ei fol* [fel Babi O] *ac roeddwn i’n gwybod mai’r un peth oedd hyn, er nad oeddwn i’n gwybod beth oedd hynny*”.

- 2.136 Gwnaed trefniadau i drosglwyddo Babi P i Ysbyty Menywod Lerpwl. Pan gyrhaeddodd Dr Rackham i hwyluso’r trosglwyddiad, dirywiodd Babi P. Arweiniodd Dr Rackham yr ymgais adfywio. Yn anffodus, ni wellodd Babi P a bu farw. Cadarnhaodd Dr Rackham yr hyn a ysgrifennodd yn ei ddatganiad i’r Ymchwiliad, sef “*doedd dim achos marwolaeth adnabyddadwy ar y pryd, felly roedd y dirywiad a’r farwolaeth yn syndod i mi ac allwn i ddim esbonio beth ddigwyddodd*”. Ar y pryd, dywedodd Dr Rackham wrth Rieni O, P ac R nad oedd yn gwybod beth oedd wedi digwydd, ac na allai wneud dim mwy i Fabi P.
- 2.137 Dywedodd Dr V, meddyg ymgynghorol a oedd yn ymwneud â gofal Babi P, wrth yr Ymchwiliad ei bod wedi clywed Letby yn dweud, ar ôl yr ymgais gyntaf i adfywio Babi P, “*Dyw e ddim yn gadael yma’n fyw, ydy e?*” Dywedodd Dr V ei bod wedi synnu gan y sylw a oedd yn amhriodol yn ei barn hi. Dywedodd wrth Ms Powell amdano.
- 2.138 Nododd Dr V hefyd, cyn iddo ddirywio, fod Babi P wedi ymddangos yn sefydlog ac mewn cyflwr cymharol dda. Roedd ei ddirywiad yn annisgwyl iawn. Nid oedd unrhyw dystiolaeth ar y pryd a oedd yn awgrymu rheswm dros ddirywiad a marwolaeth sydyn Babi P. Roedd Dr Mayberry, a gyrhaeddodd gyda’r nos ar 24 Mehefin ar gyfer ei shifft nos, ar ôl gofalu am Fabi P y noson cynt, “*mewn trallod, syndod a dryswch*” pan glywodd fod Babi P wedi marw.
- 2.139 Roedd Tad O, P ac R yn cofio bod Letby wedi bod yn rhan o ôl-ofal Babi P. Roedd yn cofio bod Letby wedi gwisgo Babi P. Roedd hi wedi gwneud “*ffys fawr am dynnu lluniau o’r bechgyn a gwneud blychau atgofion*”. Disgrifiwyd dull Letby o ymdrin â’r dasg ddifrifol ac anodd hon gan Dr V fel “*amhriodol iawn*” gan fod yna “*lawenydd a disgleirdeb amhriodol*”.
- 2.140 Anfonodd Letby neges at Dr U gyda sylwebaeth barhaus am ofalu am Fabi P ar ôl ei farwolaeth. Pan ddaeth un o’i chydweithwyr nyrsio i’r ward, clywyd Letby yn dweud rhywbeth fel, “*Wnei di byth ddyfalu beth sydd newydd ddigwydd!*”, ffordd amhriodol iawn o gyfeirio at farwolaeth babi.
- 2.141 Cafwyd Letby yn euog o lofruddio Babi E.

## Babi R

- 2.142 Roedd Babi R yn pwysu 1.865 cilogram pan gafodd ei eni. Fel ei frodyr, roedd mewn cyflwr da.
- 2.143 Ar ôl marwolaethau Babi O a Babi P, roedd Rhieni O, P ac R yn bryderus iawn am Fabi R. Cofiodd Mam O, P ac R fod:

“*Tad O, P ac R wedi ymbil ar Dr Rackham i fynd â Phlentyn R i Ysbyty Menywod Lerpwl... doedd Tad O, P ac R na minnau ddim yn gwybod beth oedd o’i le ar yr adeg hon ond roeddwn i’n gwybod bod angen i ni gael Plentyn R allan o Ysbyty Iarlles Caer. Doeddwn i ddim yn meddwl bod unrhyw beth maleisus wedi digwydd ar y pryd, ond roeddwn i’n teimlo bod rhywbeth wedi mynd o’i le yn yr Uned.*”

- 2.144 Rhannwyd yr ofn hwn am Fabi R gan rai o'r staff clinigol. Ar ôl helpu i ofalu am Fabi P, cofiodd Dr V *"erfyn yn fy mhen"* i Dr Rackham gymryd Babi R, am ei bod hi'n ofni mai ef fyddai'n marw nesaf.
- 2.145 Nid oedd unrhyw bryderon meddygol ynghylch Babi R, ond cytunodd Dr Rackham i drosglwyddo Babi R i Ysbyty Menywod Lerpwl rhag ofn, oherwydd marwolaethau Babi O a Babi P. Esboniodd ei resymeg: *"Roedd y plentyn yn iach ond roedd yn dripled ac roedd y ddau dripled arall wedi marw heb unrhyw esboniad ... rhag ofn bod rhyw gyflwr sylfaenol yn y teulu hwnnw, a oedd yn golygu y byddai'r babi hwnnw hefyd yn dirywio, byddai'n fwy synhwyrol iddo fod mewn uned gofal dwys pan fyddai hynny'n digwydd."* Ni wnaeth yr adroddiadau post-mortem unrhyw gyfeiriad at unrhyw gyflyrau sylfaenol, na'r adolygiadau o farwolaethau Babi O na Babi P. Ffynnodd Babi R yn Ysbyty Menywod Lerpwl ac arhosodd yn iach.
- 2.146 Yn ystod yr Ymchwiliad, ar ddiwedd tystiolaeth Dr Rackham, mynegodd Rhieni O, P ac R eu barn bod Dr Rackham wedi achub bywyd Babi R. Gwnaethant fynegi eu *"diolch enfawr"* iddo.

## Babi Q

- 2.147 Ganwyd Babi Q ar ôl 31 wythnos a 3 diwrnod o feichiogrwydd. Roedd yn pwysu 2.076 cilogram.
- 2.148 Ar 25 Mehefin 2016, dirywiodd Babi Q yn annisgwyl. Mae'r nodiadau nyrsio ar gyfer Babi Q yn cofnodi: *"09:10 wedi cael sylw gan U/N [uwch-nyrs] Lappalainen – Roedd wedi chwydu hylif clir drwy'r trwyn ac o'r geg, dad-ddirlawniad a bradycardia, patrwm smotiog ++. Neopuff a chyfarpar sugno wedi'u rhoi. Mynychodd Doctor U. Aer wedi'i allsugno o'r tiwb NG [nasogastrig]."* Letby oedd nyrs ddynodedig Babi Q ar y shifft ddydd.
- 2.149 Cyhuddwyd Letby o ymgais i lofruddio Babi Q. Methodd y rheithgor gyrraedd dyfarniad.
- 2.150 Nid oedd Mam Q yn gwybod bod ei mab wedi dirywio yn Ysbyty Iarlles Caer. Dywedwyd wrthi gan yr heddlu pan agorwyd eu hymchwiliad. Dywedodd Mam Q am y ffordd roedd yr ysbyty yn rheoli gwybodaeth: *"Dwi'n meddwl eu bod nhw wedi gwneud yn fach o bethau er mwyn amddiffyn y rhieni ac atal panig, ond dwi ddim yn teimlo bod hyn yn deg i ni gan fod angen i ni wybod beth oedd yn digwydd i'n plentyn."*
- 2.151 Yn natganiad effaith dioddefwr Mam Q i'r achos troseddol, ysgrifennodd: *"Un peth sy'n anodd iawn i mi yw bod hyn wedi bod yn digwydd ers cyhyd a Phlentyn Q oedd yr un olaf. Pe byddai wedi cael ei dal cyn hynny, ni fyddai hyn wedi digwydd i Blentyn Q."*
- 2.152 Fel sy'n amlwg o'r cyfrifon uchod, nid nifer y marwolaethau yn 2015 a 2016 yn unig a achosodd bryder, ond y ffaith bod y babanod wedi dirywio'n sydyn ac yn annisgwyl, ac yn aml heb esboniad. Dywedodd y pediatregwyr ymgynghorol a Ms Powell ar y pryd nad oedd y babanod a oedd yn dirywio'n annisgwyl yn aml yn gwella fel y byddent wedi'i ddisgwyl. Roedd y rhain yn bryderon trawiadol ac anarferol, ynghyd â'r newidiadau/patrwm smotiog/brechau ar y croen.

- 2.153 I'r rhieni, roedd y digwyddiad gwaethaf y gellid ei ddychmygu wedi digwydd. Dros y ddwy flynedd ganlynol, celwyd gwybodaeth oddi wrthynt gan Ysbyty Iarlles Caer. Hyd yn oed pan ddaethpwyd â'r heddlu i'r ysbyty yn 2017, nid oeddent yn ymwybodol o hyn. I'r rhan fwyaf, y tro cyntaf y daethant i wybod ei bod yn bosibl nad achosion naturiol oedd i farwolaethau eu babanod oedd adeg arestio Letby ym mis Mehefin 2018. Roedd y diffyg didwylledd gan yr ysbyty yn druenus.

### 3. Pryderon, adolygiadau, gwallau

#### Pryderon cychwynnol Mehefin i Orffennaf 2015

- 3.1 I unrhyw deulu, mae marwolaeth babi yn drychineb. I'r nyrsys a'r meddygon sy'n gofalu am y babi hwnnw, mae'n hynod ofidus ac, yn Ysbyty Iarllles Caer, roedd tair marwolaeth mor agos at ei gilydd ym mis Mehefin 2015 y tu hwnt i'w profiad. Roedd yn destun braw. Nid oedd neb yn ystyried bod y marwolaethau yn ganlyniad i unrhyw beth heblaw achosion naturiol.
- 3.2 Wrth gynnal adolygiad marwolaeth ar gyfer Babi D ar y diwrnod y bu farw ym mis Mehefin 2015, nododd Dr Brearey a Ms Powell fod Letby wedi bod ar ddyletswydd ar gyfer marwolaethau'r tri baban. Nid oedd yr un ohonynt yn credu bod hyn yn ddim mwy na chanlyniad y rota. Ar y pryd, nid oedd Dr Brearey yn credu bod unrhyw gysylltiad rhwng y tair marwolaeth.
- 3.3 Ymchwiliodd Dr Brearey i farwolaethau Babi A, Babi C a Babi D gydag aelod o'r Tîm Risg. Lluniodd adroddiad ar gyfer cyfarfod y Panel Digwyddiadau Difrifol, a gynhaliwyd ar 2 Gorffennaf 2015. Ystyriodd y cyfarfod a ddylai'r marwolaethau fod yn destun atgyfeiriad at GIG Lloegr drwy'r System Gwybodaeth Weithredol Strategol (StEIS). Er bod pawb wedi cyfrannu at y drafodaeth, y Pennaeth Risg a Diogelwch Cleifion, Ms Ruth Millward, a gynghorodd a rôl Ms Kelly oedd gwneud y penderfyniad, a oedd yn ofynnol ar lefel weithredol.
- 3.4 Ni feddylodd Ms Millward am adrodd am y marwolaethau fel clwstwr ac felly ni chynghorodd fod hyn yn opsiwn. Ystyriwyd y marwolaethau yn unigol. Roedd pryder ynghylch marwolaeth Babi D gan y bu oedi cyn ei symud i'r uned newyddenedigol, oedi cyn rhoi gwrthfotigau a chredwyd ei bod wedi marw o sepsis. Am y rheswm hwnnw, adroddwyd am ei marwolaeth ar StEIS. Er nad oedd yr adroddiadau post-mortem wedi dod i law ar gyfer Babi A a Babi C, credwyd bod esboniadau clinigol am eu marwolaethau.
- 3.5 Gyda'i adroddiad ar gyfer y cyfarfod, roedd Dr Brearey wedi cynnwys rhestr o nifer y marwolaethau bob blwyddyn yn yr uned newyddenedigol ers 2008. Gwnaeth hynny i hysbysu Ms Kelly bod tri mew'n cyfnod mor fyr yn anarferol. Cododd y pwynt gyda hi a gwnaethant gytuno i gadw llygad ar y cyfraddau marwolaethau.

## Awst 2015

- 3.6 Cynghorodd Dr ZA rieni Babi E na fyddai post-mortem yn ychwanegu dim at yr hyn a oedd yn hysbys. Dywedodd wrth yr Ymchwiliad nad oedd am achosi mwy o ofid i deulu Babi E. Gwnaeth Mam E ac F y pwynt pwysig bod penderfyniadau megis a ddylid cynnal post-mortem yn anodd iawn i'w gwneud ar yr adeg pan fydd rhieni newydd weld eu babi'n marw.
- 3.7 Cyfeiriodd Dr ZA farwolaeth Babi E at y Panel Trosolwg Marwolaethau Plant (CDOP) ar 5 Awst. Fe'i trafodwyd yn ddiweddarach yn y flwyddyn a chofnodwyd achos y farwolaeth fel 'geni cynamserol' ac enterocolitis madru (NEC) ac ni argymhellwyd unrhyw gamau pellach. Gan fod y farwolaeth yn annisgwyl, cafodd ei hadolygu mewn Panel Digwyddiadau Difrifol ar 13 Awst 2015, a fynychwyd gan Mr Harvey, Ms Kelly, Ms Sarah Harper-Lea (Pennaeth Gwasanaethau Cyfreithiol yn yr ysbyty) a Ms Millward. Nid oedd unrhyw glinigwyr yn bresennol ac nid oes unrhyw gofnodion, dim ond nodyn ar gofnod Datix. Mae'n ymddangos mai mater o ffurf yn unig oedd y cyfarfod hwn. Ni wnaed unrhyw atgyfeiriad at StEIS. Yr hyn sy'n syndod yw nad yw'n ymddangos bod unrhyw gysylltiad wedi'i wneud gan unrhyw un o'r bobl a oedd yn rhan o'r adolygiad rhwng marwolaeth Babi E a marwolaethau Babi A, Babi C a Babi D. Roedd pedair marwolaeth erbyn mis Awst erbyn hyn mor uchel â'r nifer blynyddol uchaf o farwolaethau a gofnodwyd yn 2008. Byddai'n dyblu i wyth marwolaeth erbyn diwedd y flwyddyn.
- 3.8 Ni ddaeth gwenwyn inswlin gefell Babi E, sef Babi F, i'r amlwg tan 2017, ar ôl i'r heddlu ddechrau ymchwilio. Cofiodd Dr ZA am ganlyniadau profion gwaed Babi F am inswlin. Hysbyswyd yr heddlu a chanfuwyd y canlyniadau yn nodiadau Babi F. Aethpwyd ati i gaffael nodiadau Babi L hefyd.

## Medi i Ragfyr 2015

- 3.9 Mewn cyfarfod o Fwrdd y Cyfarwyddwyr ar 1 Medi 2015, rhoddodd Mr Harvey adroddiad ar farwolaethau yn yr ysbyty. Mae'r cofnodion yn cofnodi: "*Mae Mr Harvey bellach yn adolygu pob marwolaeth yn yr Ymddiriedolaeth yn bersonol ac yna'n cyfeirio achosion i'w hadolygu ymhellach lle bo'n briodol.*" Wrth roi tystiolaeth ym mis Tachwedd 2024, dywedodd Mr Harvey fod y datganiad hwn (a oedd wedi bod yn y cofnodion ers blynyddoedd) yn anghywir. Nid oedd yn adolygu pob marwolaeth, dim ond marwolaethau oedolion. Mewn gwirionedd, ni dderbyniodd y Bwrdd unrhyw adroddiadau am farwolaethau babanod a phlant ar unrhyw adeg yn ystod y cyfnod rwyf yn ei ystyried. Roedd hwn yn fethiant llywodraethu difrifol, nad yw'n ymddangos bod neb ar y Bwrdd wedi sylwi arno. Mae hyn yn dystiolaeth bellach o annigonolrwydd y strwythur, a dynnodd lais plant a babanod oddi ar y Bwrdd, a diffyg proffil pediatreg a neonatoleg. Yn y cyfarfod ar 1 Medi 2015, ar ôl ystyried marwolaethau oedolion, ni thynnodd Ms Kelly na Mr Harvey sylw at y cynnydd mewn marwolaethau yn yr uned newyddenedigol. Ni wnaed hynny am ymhell dros flwyddyn.
- 3.10 Ar y diwrnod y bu farw Babi I, roedd Ms Powell a Dr Brearey mewn cysylltiad drwy e-bost. Cododd Dr Brearey y cysylltiad rhwng presenoldeb Letby a'r marwolaethau. Paratôdd Ms Powell ddogfen a'i hanfon at Dr Brearey a oedd yn dangos bod wyth babi wedi marw yn y flwyddyn hyd at 23 Hydref 2015. Roedd hyn yn cynnwys marwolaeth babi a aned yn llawn amser gydag anaf difrifol i'r ymennydd a gafodd ei derbyn i'r

uned newyddenedigol am gyfnod byr yna ei throsglwyddo i ysbyty arall, lle bu farw beth amser yn ddiweddarach. Y saith marwolaeth a ddigwyddodd yn yr uned oedd Babi A, Babi C, Babi D, Babi E a Babi I, a dau fabi ag annormaleddau cynhenid a fu farw ym mis Medi. Nid arweiniodd marwolaethau'r ddau fabi hynny at gyhuddiadau troseddol. Dangosodd dogfen Ms Powell fod Letby wedi bod ar ddyletswydd adeg y farwolaeth, neu ar y shifft cyn hynny, mewn saith allan o'r wyth marwolaeth. Hi oedd nyrs ddynodedig Babi A a Babi E. Nododd Ms Powell ei henw mewn coch ar y tabl. Dywedodd, wrth iddi ychwanegu enw Letby, ei bod hi'n meddwl ei bod hi "*yno'n amlach am ei bod yn gweithio'n llawn amser ac yn gwneud goramser*" ac nad oedd unrhyw dystiolaeth yn ei chysylltu â'r marwolaethau.

- 3.11 Ar ôl trafod yr achos gyda Ms Debbie Peacock, yr arweinydd ar gyfer risg newyddenedigol, lluniodd Ms Powell fersiwn arall o'r tabl i gynnwys meddygon, gan gynnwys Dr Harkness a Dr Gibbs. Cydnabu Ms Peacock yn ei thystiolaeth fod cysylltiad Letby â'r marwolaethau yn bryder diogelwch cleifion ond nad oedd hi'n amheus gan nad Letby oedd nyrs ddynodedig pob plentyn a fu farw. Nid oedd wedi gwirio p'un a oedd Letby wedi bod yn rhan o ofal unrhyw un o'r babanod eraill. Dywedodd nad oedd Dr Brearey erioed wedi trafod unrhyw amheuan gyda hi am unrhyw aelod o staff. Mae'n debyg bod hyn yn gywir, ond hi oedd yr arweinydd risg ar gyfer neonatoleg. Hi oedd i benderfynu a oedd angen ymchwilio i'r risg i ddiogelwch cleifion.
- 3.12 Nid oedd Dr Brearey wedi bod yn rhan o unrhyw un o'r marwolaethau ac nid oedd wedi gweld y pyllau o ddirywio na'r newidiadau i'r croen. Newidiodd o bryder "*sylfaenol*" ynghylch y cynnydd yn nifer y marwolaethau i boeni am y cysylltiad rhwng Letby a'r marwolaethau wrth geisio, fel yr oedd yn credu y dylai, ddod o hyd i esboniad clinigol am y marwolaethau drwy adolygiadau olynol. Roedd y meddygon ymgynghorol eraill yn pryderu am y cynnydd mewn marwolaethau ond nid am y cysylltiad â Letby.
- 3.13 Ym mis Tachwedd 2015, lluniodd Dr Sara Brigham, gynaeolegydd ac obstetrydd ymgynghorol, ddogfen o'r enw 'Review of neonatal deaths and stillbirths at Countess of Chester Hospital – January 2015 to November 2015' (Adolygiad Brigham). Cynhaliwyd yr adolygiad oherwydd pryderon ynghylch y nifer uchel o farw-enedigaethau a marwolaethau newyddenedigol ar y pryd. Ei bwrpas oedd sefydlu a oedd unrhyw agwedd ar ofal bydwreigiaeth, cynenedigol neu obstetrig wedi cyfrannu at, neu wedi achosi, marw-enedigaethau a marwolaethau newyddenedigol. Cynhaliwyd yr adolygiad heb gyfeirio at y pediatregwyr ymgynghorol. Ystyriodd 18 o farwolaethau, gan gynnwys marw-enedigaethau, beichiogrwydd a derfynwyd a 6 marwolaeth newyddenedigol, a oedd yn cynnwys Babi A, Babi C, Babi D a Babi E.
- 3.14 Daeth yr adroddiad, a oedd yn dair tudalen o hyd gydag atodiadau manwl, i'r casgliad nad oedd gofal mamolaeth ac obstetreg wedi cyfrannu at y cynnydd yn nifer y marwolaethau. Adolygwyd a chymeradwywyd y gwaith gan feddyg ymgynghorol allanol. Cyflwynwyd yr adroddiad i'r Pwyllgor Ansawdd, Diogelwch a Phrofiad Cleifion (QSPEC) ar 14 Rhagfyr. O ystyried y sicrwydd a roddwyd ynghylch y gofal obstetreg a bydwreigiaeth, mae'n anffodus iawn nad yw cofnodion cyfarfod y pwyllgor diogelwch sylfaenol ar gyfer Ysbyty Iarlles Caer yn datgelu unrhyw gwestiwn gan unrhyw aelod o'r pwyllgor ynghylch beth oedd yr esboniad dros y chwe marwolaeth newyddenedigol. I'r gwrthwyneb, dywedodd Syr Duncan Nichol mewn tystiolaeth fod yr adolygiad

wedi canolbwyntio ar obstetreg ac nad oedd wedi codi unrhyw bryderon. Roedd hyn yn colli'r pwynt. Dylai'r ffaith bod cynnydd anesboniadwy mewn marwolaethau newyddenedigol fod wedi ysgogi'r pwyllgor i geisio esboniad.

- 3.15 Cyfarfu'r Bwrdd Llywodraethu Gofal Menywod a Phlant ar 18 Rhagfyr. Ystyriwyd Adolygiad Brigham. Anfonwyd cofnodion y cyfarfod at y Bwrdd Is-adrannol Gofal Brys i'w nodi. Ni ddigwyddodd dim o ganlyniad i hynny. Cyfaddefodd Ms Karen Townsend (Cyfarwyddwr Is-adrannol Gofal Brys) nad oedd hi wedi gofyn am gael gweld Adolygiad Brigham. Hyd yn oed pe bai wedi gwneud hynny, mae'n annhebygol y byddai wedi cymryd unrhyw gamau, o ystyried y digwyddiadau chwe mis yn ddiweddarach.
- 3.16 Nodwyd cofnodion cyfarfod QSPEC ar 14 Rhagfyr yng nghyfarfod nesaf y prif Fwrdd ym mis Ionawr 2016. Nid yw'n syndod, o ystyried barn Syr Duncan, na ddywedwyd ac na wnaed dim am y cynnydd mewn marwolaethau newyddenedigol. Roedd hyn yn fethiant gan y Bwrdd, yn dilyn methiant gan QSPEC a'r Bwrdd Is-adrannol Gofal Brys.

## 2016

### Adolygiad Thematig

- 3.17 Bu marwolaeth arall yn yr uned newyddenedigol ym mis Rhagfyr 2015 ac un arall ym mis Ionawr 2016. Nid oedd yr un o'r marwolaethau yn rhan o'r cyhuddiad. Erbyn hynny, roedd Dr Brearey wedi penderfynu cynnal adolygiad pellach a mwy eang o'r holl farwolaethau a ddigwyddodd yn yr uned yn 2015 a dechrau 2016. Ei nod oedd nodi unrhyw themâu cyffredin. Gwahoddodd Dr Nim Subhedar i gymryd rhan. Roedd yn neonatolegydd ymgynghorol yn Ysbyty Menywod Lerpwl, ac ef oedd Arweinydd Clinigol y Rhwydwaith Newyddenedigol. Roedd i ddod â safbwynt allanol annibynnol. Ni ddywedodd Dr Brearey wrth Dr Subhedar am ei bryderon ynghylch Letby ar y cam hwnnw er mwyn peidio â dylanwadu arno. Ar ôl yr adolygiad a chyn drafftio'r adroddiad, dywedodd Dr Brearey wrth Dr Subhedar ei fod yn pryderu mai Letby oedd yn gyfrifol am y marwolaethau. Nid oedd wedi dod i feddwl Dr Subhedar, yn fwy nag yr oedd wedi dod i feddwl unrhyw un arall, y byddai "unrhyw un eisiau niweidio babanod yn fwriadol".
- 3.18 Ar 8 Chwefror 2016, cyfarfu'r panel adolygu (pediatregwyr ymgynghorol, uwch-nyrsys a Ms Peacock) i adolygu a thrafod cofnodion meddygol y naw babi a fu farw yn Ysbyty Iarlles Caer. Ar yr un noson, anfonodd Dr Brearey ddrafft cyntaf o'r adroddiad at Dr Subhedar, a awgrymodd ychwanegiad i egluro bod thema bwysig yn y ffaith bod rhai o'r babanod wedi dirywio'n annisgwyl a bod eu marwolaethau heb eu hesbonio. Dywedodd Dr Subhedar yn y dystiolaeth: *"Rwy'n credu mai'r hyn a benderfynon ni ... oedd ei fod yn gywir bod rhai achosion ... a oedd yn parhau i fod heb eu hesbonio ac eto yn y drafft a grëwyd gan Dr Brearey nid oedd hynny wedi'i nodi felly roeddwn i'n teimlo ei bod hi'n bwysig tynnu sylw at hynny."* Fel y byddai Dr Hawdon yn ei egluro wrth Mr Harvey pan ofynnwyd iddo, flwyddyn yn ddiweddarach, *"mae marwolaethau hollol ddi-esboniad ar uned newyddenedigol yn brin. Felly, yn ôl y diffiniad, mae mwy nag un farwolaeth anesboniadwy yn codi amheuaeth"* ac *"mae dirywiad annisgwyl mewn babi sydd fel arall yn sefydlog yn brin"*.

- 3.19 Ar gais Mr Harvey, anfonodd Dr Brearey gopi o'r Adolygiad Thematig drafft o Farwolaethau Newyddenedigol (yr Adolygiad Thematig) ato. Wedi'i atodi iddo roedd yr amserlen ddiweddaraf o'r staff a oedd ar shift adeg y marwolaethau.
- 3.20 Cynhyrchwyd fersiwn derfynol yr Adolygiad Thematig ym mis Mawrth 2016. O ran Babi A, Babi C, Babi D, Babi E a Babi I, cododd y tîm adolygu ansicrwydd gwirioneddol ynghylch y rhesymau dros y pyllau o ddirywio ac amheuon ynghylch rhai o'r casgliadau cynharach o ran achos y farwolaeth o ystyried gwybodaeth ddilynol. O dan y pennawd 'Themes identified during discussions of all cases', mae'r canlynol yn ymddangos:

*"There was no common theme identified in all cases*

...

**1. Sudden deterioration**

*Some of the babies suddenly and unexpectedly deteriorated and there was no clear cause for the deterioration/death identified at PM [post-mortem].*

**2. Timing of arrests**

*G babies (from h deaths reviewed) had arrests between 0000 – 0400.*

**Action: SB [Dr Brearey] and EP [Ms Powell] to review all these cases focusing on nursing observations in the 4 hours before the arrests. Aim to identify if unwell babies could have been identified earlier. Identify any medical or nursing staff association with these cases."**

## Y Comisiwn Ansawdd Gofal

- 3.21 Y Comisiwn Ansawdd Gofal (CQC) yw'r rheoleiddiwr annibynnol ar gyfer gofal iechyd yn Lloegr. Mae ei gyfrifoldebau'n cynnwys arolygu a rheoleiddio Ymddiriedolaethau'r GIG. Cynhaliodd arolygiad arferol o Ysbyty Iarlles Caer ym mis Chwefror 2016 lle rhoddodd tystion y Comisiwn Ansawdd Gofal dystiolaeth. Ymddiheurodd Ms Ann Ford (Pennaeth Arolygiadau Ysbytai, y Comisiwn Ansawdd Gofal (Gogledd-orllewin Lloegr)) a Mr Chris Dziki (Prif Arolygydd Gofal Iechyd Dros Dro, ar ran y Comisiwn Ansawdd Gofal) am fethiannau eang y Comisiwn Ansawdd Gofal wrth ddarparu dogfennau i'r Ymchwiliad.
- 3.22 Rhoddodd y Comisiwn Ansawdd Gofal chwe mis o rybudd i Ysbyty Iarlles Caer o'r archwiliad arferol ym mis Chwefror 2016. Roedd yn cynnwys gwasanaethau Plant a Phobl Ifanc (a arolygwyd gan dîm dan arweiniad Ms Helen Cain, Arolygydd Ysbytai Acíwt) a gwasanaethau Mamolaeth a Gynaecoleg (a arolygwyd gan dîm gwahanol).
- 3.23 Treuliodd Ms Millward y rhan fwyaf o'r chwe mis hwnnw yn paratoi hunanasesiad yr ysbyty, ar draul ei rôl arweiniol ym maes risg. Roedd yn wastraff amser; hysbysodd tystion y Comisiwn Ansawdd Gofal yr Ymchwiliad nad oeddent yn dibynnu ar yr hunanasesiad, heblaw i gael gwybod am sut roedd yr ysbyty yn gweld ei hun.
- 3.24 Cyhoeddwyd adroddiad yr arolygiad ar 29 Mehefin 2016. Sgôr gyffredinol yr ysbyty oedd 'angen gwella'. Cafodd y gwasanaethau Plant a Phobl Ifanc eu graddio'n 'dda' ar y cyfan ac yn 'dda' yn y categorïau 'effeithiol', 'gofalgar', 'ymatebol' a 'dan arweiniad da'. Y sgôr ar gyfer y categori 'diogel' oedd 'angen gwella'; roedd hyn oherwydd prinder staff nyrsio.

- 3.25 Nid oedd yr adroddiad yn nodi nac yn trafod y cynnydd mewn marwolaethau newyddenedigol yn yr ysbyty, na'r marwolaethau annisgwyl ac anesboniadwy diweddar. Mae dau reswm dros hynny. Yn gyntaf, er bod gan y Comisiwn Ansawdd Gofal ddata perthnasol am farwolaethau newyddenedigol a ddarparwyd yn briodol gan yr ysbyty ar StEIS a'r System Adrodd a Dysgu Genedlaethol (NRLS), ni welodd y rhai a oedd yn gyfrifol am arolygu'r gwasanaethau newyddenedigol y data hynny, ac nid oeddent hyd yn oed yn ymwybodol o'u bodolaeth. Gan nad oedd gan y tîm arolygu y pecynnau data perthnasol, ni wnaethant ofyn y cwestiynau perthnasol. Roedd hyn yn fethiant difrifol gan y Comisiwn Ansawdd Gofal. Roedd methiannau eraill hefyd: ni ddarparwyd data am farwolaethau annisgwyl a ddarparwyd i'r Comisiwn Ansawdd Gofal i'r cynghorydd arbenigol. O ganlyniad, ni ofynnodd gwestiynau perthnasol.
- 3.26 Dywedodd Ms Cain, mewn ateb i gwestiwn am ddata manwl am farwolaethau unigol, yr oedd hi wedi'u gweld ond, yn fy marn i, nad oeddent wedi'u darparu i'r cynghorydd arbenigol:
- “Nid rôl yr arolygiad yw edrych ar ddigwyddiadau penodol. Mae'n sicrhau, o safbwynt rheoleiddio, bod proses ar waith i sicrhau y caiff digwyddiadau fel hyn eu nodi, y rhoddir gwybod amdanynt, yr ymchwilir iddynt ac y caiff gwersi eu dysgu.*
- Felly ni fyddai enghreifftiau unigol o ddigwyddiadau yn cael eu hystyried. Fodd bynnag, fel rhan o'r arolygiad, byddai angen tystiolaeth i sicrhau bod y broses marwolaethau a morbidrwydd honno'n cael ei dilyn.”*
- 3.27 Pa bynnag gwestiynau a ofynnwyd yma, ni ofynnwyd dim am nifer y marwolaethau yn yr uned newyddenedigol. Nid yw'n hawdd gweld sut y gall rheoleiddiwr fod yn fodlon ar y broses sydd ar waith lle, fel yn yr achos hwn, nad oedd y Comisiwn Ansawdd Gofal yn gwybod am nifer y marwolaethau a sut yr ymchwiliwyd iddynt a'r gwersi a ddysgwyd ac na ofynnodd am hynny.
- 3.28 Yr ail reswm pam nad oedd y Comisiwn Ansawdd Gofal yn ymwybodol o'r cynnydd mewn marwolaethau yn yr uned oedd am nad oedd neb wedi ei hysbysu amdanynt. Roedd y meddygon a'r nyrsys i gyd yn ymwybodol bod y data wedi'u darparu i'r NRLS a StEIS (ac felly i'r Comisiwn Ansawdd Gofal). Felly roedd yn rhesymol tybio bod y Comisiwn Ansawdd Gofal wedi cael y data (roedd wedi'u cael ond nid oedd wedi'u darparu i'w dimau). Roeddent hefyd yn gwybod bod yr arolygwyr wedi gweld data am nifer ac amllder cyfarfodydd marwolaethau ond, yn absenoldeb unrhyw gwestiynau, ni soniodd neb am nifer y marwolaethau ar yr uned. Dywedodd Dr Brearey ei fod wedi bod yn pendroni ynghylch beth i'w ddweud wrth dîm y Comisiwn Ansawdd Gofal. Ar y cam hwnnw, roedd yr Adolygiad Thematig yn dal i fod ar ffurf ddrafft ac roedd yn disgwyl trafodaeth gyda Mr Harvey. Penderfynodd felly sôn am y mater pe bai rhywun yn gofyn iddo amdano, ond ni ddigwyddodd hynny.
- 3.29 Mynnodd Mr Harvey mewn tystiolaeth fod yr Adolygiad Thematig wedi'i ddarparu i'r Comisiwn Ansawdd Gofal. Gwadwyd hyn gan y Comisiwn. Yn argyhoeddiadol, dywedodd Ms Millward, a oedd yn gyfrifol am baratoi ar gyfer yr arolygiad, nad oedd yr adroddiad wedi'i ddarparu am ei fod yn dal i fod ar ffurf ddrafft. Mae'n debyg ei bod hi'n gywir am hynny. Hyd yn oed pe bai wedi'i ddarparu, mae'n debygol y byddai'r Comisiwn Ansawdd Gofal wedi gofyn a oedd proses ar gyfer ei olrhain a byddai wedi bod yn fodlon ar yr ateb tebygol – bod proses yn bodoli.

## Mawrth i Fai 2023

- 3.30 Dosbarthwyd fersiwn derfynol yr Adolygiad Thematig yn eang ymhlith y pediatregwyr a'r obstetregwyr, ac ymhlith yr uwch-nyrsys, gan gynnwys Ms Powell a Ms Karen Rees (Pennaeth Nyrsio), yn ogystal ag i Mr Harvey a Ms Kelly. Byddai Mr Harvey a Ms Kelly yn dweud mewn tystiolaeth fod yr Adolygiad Thematig wedi nodi pryderon ehangach ynghylch ansawdd y gofal yn yr uned newyddenedigol. Ni wnaethant sôn am hyn ar y pryd ac mae'n debygol mai'r rheswm dros hyn oedd, fel y dywedodd Mr Andrew Kennedy CB mewn cyflwyniadau cloi ar ran Ysbyty Iarlles Caer, bod yr Adolygiad Thematig wedi nodi'n glir nad oedd oedi cyn clampio'r llinyn bogail na hypothermia, defnydd o ranitidine na gosod cathetrau gwythiennol y bogail yn cynnig esboniad dros y cynnydd mewn marwolaethau. Tynnodd sylw at y ffaith bod rhai o'r marwolaethau wedi dilyn pyliau sydyn ac annisgwyl o ddirywio ac nad oedd achos clir wedi'i nodi ar gyfer y farwolaeth yn yr archwiliad post-mortem.
- 3.31 Ar 17 Mawrth 2016, gofynnodd Ms Powell i Ms Kelly am gyfarfod i drafod sut i symud ymlaen â chanfyddiadau'r Adolygiad Thematig. Dywedodd Ms Kelly wrth yr Ymchwiliad na chodwyd pryderon sylweddol gyda hi yn yr e-bost. Dylai hynny fod wedi digwydd. Roedd Ms Powell yn gofyn am gymorth ac anwybyddwyd ei chais.
- 3.32 Cydnabu Mr Harvey, mewn perthynas â'r Adolygiad Thematig, "*mae'n debyg nad oeddwn mor bryderus ag y dylwn fod wedi bod wrth edrych yn ôl*". Pe bai wedi darllen y ddogfen yn ofalus pan gafodd ei rhoi iddo, dylai fod wedi peri ofn iddo.
- 3.33 Ar ddechrau mis Ebrill, symudodd Ms Powell Letby o shifftiau nos i shifftiau dydd. Dywedodd fod hyn er lles Letby o ystyried nifer y marwolaethau y bu'n rhan ohonynt.
- 3.34 Ar ôl i Letby gael ei symud o shifftiau nos, ni chafwyd mwy o farwolaethau yn y nos. Cafwyd un pwl o ddirywio (Babi N) ym mis Mehefin pan oedd Letby ar ddyletswydd pan ofynnwyd iddi weithio cyfres o shifftiau nos.
- 3.35 Cysylltodd Dr Brearey â Ms Kelly ar 4 Mai gan ei hysbysu bod Ms Powell wedi symud nyrs a oedd yn bresennol ar yr uned ar adeg cryn dipyn o'r marwolaethau ac arestiadau eraill o shifftiau nos i shifftiau dydd. Ceisiodd gyfarfod cyn iddi ddychwelyd i shifftiau nos a nododd fod pwysau ar y lefelau staffio. Rwy'n gweld bod y neges e-bost hon wedi rhoi braw i Ms Kelly. Anfonodd y neges ymlaen ar unwaith at Ms Rees, gan gopïo'r Dirprwy Gyfarwyddwr Nyrsio, Ms Sian Williams: "*Aah!! Can you please look into this with Anne M [Murphy]/Eirian [Powell] – if there is a staff trend here and we have already changed her shift patterns because of this, then this is potentially very serious!!*" Mae ei braw yn cael ei danlinellu gan y ffaith iddi anfon e-bost at Ms Rees eto ddwy awr yn ddiweddarach, gan anfon copi o'r tabl o batrymau shifftiau y tro hwn, "*Lucy Letby highlighted in red!! I have not noticed this when I first reviewed. Can you please look into this as per my earlier email.*" Derbyniodd Ms Kelly mewn tystiolaeth fod Ms Powell eisoes wedi rhoi gwybod iddi am y "*tuedd staff*" ym mis Mawrth.
- 3.36 Y diwrnod canlynol (derbyniodd Ms Rees yr e-bost ar 4 Mai), cyfarfu'r uwch-nyrsys i drafod yr uned newyddenedigol. Cyflwynodd Ms Powell ddogfen gyda'r teitl 'Neonatal Unit Review 2015-16', a fyddai'n cael ei chynnwys mewn cyfarfod arwyddocaol ar 11 Mai. Dechreuodd Adolygiad Ms Powell o'r Uned Newyddenedigol, dyddiedig 5 Mai 2016: "*There is no evidence whatsoever against LL other than coincidence. LL works full time and has the Qualification in [Specialty] (QIS). She is therefore more likely to be*

*looking after the sickest infant[s] on the unit. LL also avails herself to work overtime when the acuity or unit is over capacity.*” Yna nododd ei safbwyntiau, yr oedd nifer ohonynt ar feysydd meddygol y tu allan i gwmpas ei harbenigedd. Mae’n drueni mawr nad oedd wedi trafod y cynnwys gydag unrhyw un o’r meddygon ymgynghorol ar unrhyw adeg. Mae hefyd yn drueni nad oedd wedi cynnwys yn ei dogfen unrhyw gyfeiriad at unrhyw un o’r digwyddiadau yr oedd hi’n ymwybodol ohonynt pan oedd ymddygiad Letby yn annerbyniol (er enghraifft, ei phenderfyniad i ymwneud â Babi C pan oedd wedi’i neilltuo i ofalu am fabi arall, a’i gwrthwynebiad i gael ei chymryd i ffwrdd o ofalu am fabanod mwy sâl i ofalu am fabanod gofal arbennig, tasg yr oedd hi’n ei hystyried yn ddiflas).

## Cyfarfod, 11 Mai 2016

- 3.37 Roedd Ms Powell wedi ceisio cyfarfod â Ms Kelly, ac roedd Dr Brearey eisiau cyfarfod â Mr Harvey ac eisiau trafod Letby gyda Ms Powell. Cynhaliwyd cyfarfod ar 11 Mai 2016. Yn bresennol roedd Mr Harvey a Ms Kelly, Ms Powell a Ms Anne Murphy (Nyrs Arwain ar gyfer Gwasanaethau Plant) a Dr Brearey. Fel y derbyniodd Ms Kelly, yn y cyfarfod hwn cododd Dr Brearey bryderon y gallai Letby fod yn gyfrifol am y cynnydd mewn marwolaethau newyddenedigol. Ni ddywedodd fod ganddo bryderon ynghylch niwed bwriadol ond, fel y derbyniodd Ms Kelly, roedd ei bryderon yn ymwneud ag un o ddau beth: anghymhwysedd neu niwed bwriadol. Gwyddai fod Dr Brearey yn meddwl bod posibilrwydd ei fod yn fwriadol.
- 3.38 Wrth sôn am y cyfarfod, dywedodd Mr Harvey: “*Ni theimlais ar unrhyw adeg yn ystod y cyfarfod hwn fod y mater yn cael ei godi am fod pryder bod Letby yn gyfrifol am y marwolaethau.*” Roedd yr hyn yr oedd Dr Brearey yn ei ddweud yn glir i’r holl nyrsys yn yr ystafell, gan gynnwys Ms Kelly. Daeth yn syth ar ôl gwybodaeth am Letby yn cael ei symud o shifftiau nos i shifftiau dydd. Ni fyddai amddiffyniad croch Ms Powell o Letby wedi bod yn angenrheidiol pe na fyddai wedi deall pryderon Dr Brearey. Roedd Mr Harvey yn yr un cyfarfod. Naill ai nid oedd yn gwrando, sy’n ymddangos yn annhebygol, neu caeodd ei feddwl i realiti’r hyn yr oedd Dr Brearey yn ddiamau yn ei ddweud.
- 3.39 Canlyniad y cyfarfod hwn oedd penderfyniad i aros a gweld beth fyddai’n digwydd neu, fel y dywedodd Mr Harvey, ‘monitro a rhybuddio’. Roedd pryderon Dr Brearey wedi cael eu diystyru gan y nyrsys a’u hanwybyddu gan y swyddogion gweithredol. Cydsyniodd Dr Brearey a chofnododd Ms Kelly fod pawb yn cytuno â’r penderfyniad. Byddai Letby yn parhau i weithio shifftiau dydd am y ddau fis nesaf (ni chafwyd unrhyw farwolaethau ym mis Ebrill ac ni fyddai unrhyw farwolaethau ym mis Mai). Byddai Babi O a Babi P yn marw ddiwedd mis Mehefin, ar shifftiau dydd olynol.
- 3.40 Anfonodd Dr Brearey e-bost at ei gydweithwyr i ddweud bod y cyfarfod wedi bod yn ddefnyddiol, er nad oedd hynny’n wir. Roedd yn bryderus ynghylch canlyniad y cyfarfod ond wrth gytuno â’r canlyniad, rhoddodd yr argraff ei fod yn fodlon. Dywedodd wrth Dr Gibbs iddo fod yn gyfarfod siomedig ac eglurodd i’r Ymchwiliad y byddai wedi hoffi iddo arwain at “*something significant in terms of sort of escalation and assurance of safety*”. Nid oedd dim byd tebyg i hynny wedi cael ei drafod hyd yn oed. Ymddengys bod barn gref y nyrsys a diffyg unrhyw gefnogaeth i’w bryderon wedi tanseilio ei hyder yn ei farn

ei hun. Hyd yn oed ar y cam hwn, nid oedd yn siŵr am Letby. Nid oedd rhaid iddo fod yn siŵr. I gymryd camau diogelu (fel y dylai pawb yn y cyfarfod fod wedi gwybod), roedd amheuaeth yn ddigon. Ond nid oedd neb yn meddwl am ddiogelu.

## Diogelu

- 3.41 Mae cadw plant yn ddiogel yn gyfrifoldeb i bawb. Mae'r fframwaith cyfreithiol i'w gael yn Neddf Plant 2004, a ddiwygiodd Ddeddf Plant 1989. Mae'n gymwys yn ysbytai'r GIG (ac i GIG Lloegr a Byrddau Gofal Integredig). Cyhoeddwyd canllawiau statudol o dan y pennawd *Gweithio Gyda'n Gilydd i Ddiogelu Plant* yn y lle cyntaf ym 1999 a chawsant eu diwygio. Roedd y fersiwn a gyhoeddwyd yn 2015 mewn grym ar adeg y digwyddiadau a ddisgrifir yn yr Adroddiad hwn.
- 3.42 Ym mis Medi 2015, lluniodd Ysbyty Iarlles Caer ddogfen o'r enw 'Safeguarding and Promoting the Welfare of Children' (y Polisi Diogelu). Ms Kelly oedd yr Arweinydd Gweithredol dros Ddiogelu ac mae ei henw yn ymddangos ar gyflwyniad polisi a oedd yn newydd ar y pryd. Nid oedd llawer o gymorth yn y polisi ynglŷn â beth i'w wneud pan oedd aelod o staff yn cael ei amau o niweidio plentyn. Mae hyn yn ôl pob tebyg yn adlewyrchu'r gred ddofn a chamsyniol yn yr ysbyty ac mewn mannau eraill nad yw staff ysbytai, yn enwedig nyrsys a meddygon, yn niweidio plant, heb sôn am fabanod.
- 3.43 O dan yr is-bennawd 'Speak Out Safely (Raising Concerns about Patient Care) and Whistle Blowing Policy', mae'r canlynol yn ymddangos:
- "All concerns raised by staff about patient care will be dealt with seriously, promptly, and be subject to a thorough and impartial investigation where necessary. Managers have a particular responsibility to protect patients, and to handle concerns about their care in a way that will encourage the voicing of genuine misgivings, while at the same time protecting staff against unfounded allegations. No recriminations will follow reports which are made in good faith about low standards of care or possible abuses."*
- 3.44 Er bod pryderon wedi'u codi ynghylch Letby gyda'r rheolwyr uchaf, ni wnaethant gymhwyso'r canllawiau i amddiffyn cleifion, ac ni wnaethant ymdrin â phryderon y meddygon ymgynghorol mewn ffordd a fyddai'n eu hannog i leisio amheuan gwirioneddol. Gwnaethant ddarparu cefnogaeth sylweddol i Letby (gweler Pennod 17 yn yr Adroddiad) yn unol â'r llythyr a anfonwyd ati yn disgrifio'r ffaith mai gweithred niwtral oedd y ffaith iddi gael ei symud i'r Adran Risg a Diogelwch Cleifion.
- 3.45 Roedd tîm diogelu yn yr ysbyty, gyda Ms Kelly yn arwain, Meddyg Penodol, Bydwraig Benodol a nyrs arbenigol diogelu plant. Hefyd, roedd Meddyg Dynodedig ar gyfer Diogelu a Marwolaethau Plant a oedd yn cael ei gyflogi gan y Grŵp Comisiynu Clinigol ar y pryd (y Bwrdd Gofal Integredig erbyn hyn). Roedd yn aelod o CDOP Swydd Gaer. Roedd y tîm yn gyfrifol am hyfforddiant diogelu. Maent yn cydnabod nad oedd yr hyfforddiant yn cynnwys gwybodaeth am y posibilrwydd y gallai aelod o staff niweidio plant. Roedd hwn yn hepgoriad arwyddocaol iawn. Er yr adroddwyd bod lefelau uchel o hyfforddiant diogelu, nid oedd yn ymddangos bod neb yn deall mewn gwirionedd bod pryder ynghylch nyrs a allai fod yn gweithredu i niweidio babanod yn fater diogelu. Nid oedd llawer yn deall yr egwyddorion sylfaenol bod pryder y gallai babanod fod wedi cael eu niweidio, neu'r posibilrwydd o drosedd, yn ddigonol i fynnu mesurau diogelu. Drwy gydol y dystiolaeth roedd ymdeimlad gwirioneddol bod pobl yn amharod

i ddweud unrhyw beth rhag ofn eu bod yn anghywir. Mae'n ymddangos bod hynny'n drech na'r ofn eu bod yn gywir. Dyna pam y mae deddfwriaeth diogelu yn nodi bod yn rhaid gweithredu ar amheuaeth neu bryder yn hytrach na'i adael i ddewis y person dan sylw. Nid lle'r person hwnnw yw penderfynu a yw'r hyn y mae'n poeni amdano wedi digwydd ai peidio, ac yn sicr nid i fod yn siŵr ei fod wedi digwydd. Nid oedd hyn wedi'i ddeall yn Ysbyty Iarlles Caer.

- 3.46 Ni wnaeth Ms Kelly atgyfeiriad diogelu tan fis Mawrth 2018. Roedd wedi bod yn ymwybodol o'r pryderon ynghylch Letby, fel yr oedd Mr Harvey, ers mis Mai 2016. Roeddent ill dau yn gwybod bod pryderon y meddygon yn ddilys ond roeddent yn meddwl bod y meddygon yn anghywir, gan nad oedd gan yr un ohonynt unrhyw brofiad o fabanod newydd-anedig. Ni allai Ms Kelly gredu y byddai un o'i nyrsys yn niweidio babanod. Credai Mr Harvey fod yn rhaid bod esboniad clinigol am yr holl farwolaethau. I'r ddau ohonynt, roedd y ffocws ar beth arall a allai fod yn achosi'r marwolaethau ac nid sut y gellir amddiffyn babanod. Hyd yn oed pan symudwyd Letby o'r uned newyddenedigol, ni wnaed hynny i amddiffyn y babanod, ond, fel y dywedodd Ms Powell, "*i amddiffyn ei llesiant hi*". Dim ond un babi a fu farw yn yr uned newyddenedigol ar ôl hynny, yn 2019. Nid oedd israddio'r uned yn egluro'r gostyngiad hwn yn nifer y marwolaethau; roedd nifer o'r babanod y cafwyd Letby yn euog o'u llofruddio o gyfnod beichiogrwydd a chyflwr a oedd yn gofyn am uned Lefel 1 yn unig.
- 3.47 Ni all yr holl ganllawiau diogelu yn y byd wneud unrhyw wahaniaeth i ddiogelwch babanod os na fydd y rhai y mynegir pryderon iddynt yn gwneud dim.
- 3.48 Lluniodd Ysbyty Iarlles Caer Bolisi Diogelu a Hyrwyddo Lles Plant dyddiedig 1 Medi 2022. Mae'n mynd i'r afael yn benodol â'r posibilrwydd y gallai aelod o staff fod wedi niweidio plentyn. Yn y sefyllfa honno, mae'n nodi y dylai'r Cyfarwyddwr Cyswllt Diogelu sicrhau bod atgyfeiriad yn cael ei wneud at Swyddog Dynodedig yr Awdurdod Lleol (LADO). Mae'r llwybr hwnnw'n sicrhau, lle bo'n briodol, y gellir galw'r heddlu i mewn i ymchwilio.
- 3.49 Pan fydd yr heddlu'n ymchwilio i droseddau, mae ganddynt fynediad at bwerau nad oes gan ysbyty. Yn yr achos hwn, er enghraifft, arweiniodd chwiliadau o gartref Letby at ddatgelu'r 241 o daflenni trosglwyddo a gymerodd o'r uned newyddenedigol, arweiniodd chwiliadau o'i ffôn at ddatgelu miloedd o negeseuon testun a WhatsApp, ac arweiniodd cyfweiliadau â channoedd o dystion at ddatgelu digwyddiadau nad oedd y rheolwyr yn ymwybodol ohonynt. Pe bai'r rheolwyr wedi gweithredu fel y dylent a phryd y dylent, byddai'r heddlu wedi bod yn rhan o'r broses yn gynharach o lawer.

## Protocol SUDIC

- 3.50 Mae protocol SUDIC (Marwolaeth Sydyn Annisgwyl mewn Babandod a Phlentyndod) yn ymateb amlasiantaeth/asiantaeth ar y cyd i farwolaeth sydyn ac annisgwyl plentyn. Mae canllawiau SUDIC yn gymwys pan fydd plentyn yn marw, gan gynnwys yn yr ysbyty. Nid ystyriwyd yr un o farwolaethau'r babanod yn Ysbyty Iarlles Caer yn 2015 a 2016 o dan y protocol hwn. Roedd y dystiolaeth i'r Ymchwiliad yn dangos yn glir nad oedd neb yn Ysbyty Iarlles Caer yn deall bod protocol SUDIC yn gymwys hyd yn oed lle bu farw babi yn yr ysbyty heb iddo erioed adael yr ysbyty.

- 3.51 Esboniodd Dr Camilla Kingdon, cyn-Lywydd y Coleg Brenhinol Pediatreg ac Iechyd Plant (RCPCH), yn yr uned Lefel 3 y mae hi'n gweithio ynddi, pan fydd babi yn marw, nad yw'r syniad o niwed bwriadol fel arfer yn cael ei ystyried. Mae'r gydnabyddiaeth onest hon, a wnaed yn 2024, yn adlewyrchu'r ffordd o feddwl yn Ysbyty Iarlles Caer ac ymhlith pediatregwyr ledled y DU ers blynnyddoedd. Roedd yr un math o feddwl yn arfer bod yn gyffredin mewn meysydd eraill: eglwysi, ysgolion, clybiau chwaraeon. Fel y cydnabu Ms Fiona Scolding CB yn ei chyflwyniadau cloi ar ran y RCPCH, mae angen y math o newid diwylliannol sydd wedi digwydd mewn ysgolion a gofal cymdeithasol ar bob ysbyty. Dywedodd Dr Kingdon fod y farn nad oedd SUDIC yn gymwys i farwolaeth sydyn ac annisgwyl yn yr ysbyty yn golygu nad oedd hyfforddiant yr RCPCH i'w aelodau hyd yn oed yn cynnwys y sefyllfa hon. Hysbysodd yr Ymchwiliad fod hyfforddiant yr RCPCH wedi'i ddiweddarau i wneud y sefyllfa'n glir.
- 3.52 Mae'r protocol yn gymwys i farwolaethau sydyn ac annisgwyl, nid pob marwolaeth. Nid oedd rhai o'r marwolaethau yn Ysbyty Iarlles Caer yn 2015 a 2016 yn annisgwyl ac nid oedd y protocol yn gymwys. Fodd bynnag, dylid bod wedi defnyddio protocol SUDIC ar gyfer y rhai a oedd yn sydyn ac yn annisgwyl, gan ddechrau gyda marwolaeth Babi A ar 8 Mehefin 2015. Pe bai hyn wedi digwydd, byddai wedi arwain at ymchwiliad annibynnol a systematig i farwolaeth Babi A, gyda mewnbwn gan yr awdurdod lleol a'r heddlu. Dylai'r un peth fod wedi digwydd ar ôl marwolaethau Babi C, Babi D, Babi E, Babi I, Babi O a Babi P.
- 3.53 Mae adolygiad o ganllawiau SUDIC wedi bod yn hir-ddisgwyliedig, rhywbeth y mae'r Adran Iechyd a Gofal Cymdeithasol wedi'i gydnabod yn ei chyflwyniadau cloi ysgrifenedig. Pwysleisiodd Dr Joanna Garstang (Athro Cyswllt Clinigol Diogelu Plant yn Ysgol Nyrso, Prifysgol Birmingham), a roddodd dystiolaeth helaeth, wybodus a defnyddiol am weithrediad SUDIC a diogelu, fod adolygiad o'r fath yn hanfodol. Mae'r Coleg Brenhinol Pediatreg ac Iechyd Plant, yr Adran Iechyd a Gofal Cymdeithasol a GIG Lloegr wedi ymrwmo i adolygiad o'r fath. Mae p'un a yw natur ymateb SUDIC, fel y cyflwynwyd ar ran yr RCPCH, yn wahanol lle mae marwolaeth yn digwydd ar uned newyddenedigol Lefel 3 yn rhywbeth i'w ystyried yn ystod yr adolygiad hwnnw.
- 3.54 Mae'r Adran Iechyd a Gofal Cymdeithasol wedi cadarnhau i'r Ymchwiliad y bydd, o fis Mai 2026 ymlaen, yn diweddarau canllawiau'r Adolygiad o Farwolaethau Plant, gan gynnwys adolygiad o ganllawiau SUDIC. Gwnaed cais am gyllid yn 2026/27 a disgwyli'r i'r gwaith o adolygu'r canllawiau ddechrau ar ddechrau hydref 2026 yn dilyn cymeradwyaethau mewnol. Bu cryn oedi mewn perthynas â hyn. Rwy'n gobeithio y bydd y gwaith hwn yn dechrau wrth i'r Adroddiad hwn gael ei gyhoeddi, gyda mewnbwn priodol gan yr RCPCH ac, yn bwysig iawn, gan Dr Garstang.

## Digwyddiadau ar ddiwedd mis Mehefin 2016

- 3.55 Bu farw Babi P ddydd Gwener 24 Mehefin 2016. Erbyn dydd Llun 27 Mehefin 2016, roedd y polisi 'aros a gweld/monitro a rhybuddio' wedi dod i ben. Cynhaliwyd cyfres o gyfarfodydd. Cyfarfu Mr Harvey a Ms Kelly a thrafod Letby. Wrth iddyn nhw gyfarfod, roedd yr uwch-bediatregwyr hefyd yn cyfarfod. O'r cychwyn cyntaf nid oedd dull unedig, er gwaethaf ceisiadau dro ar ôl tro gan Dr Brearey am gyfarfodydd gyda'r swyddogion gweithredol. Bron i flwyddyn ar ôl marwolaethau Babi O a Babi P, dylai'r bargyfreithiwr a gafodd ei benodi i gynghori ar alw'r heddlu i mewn fod wedi argymhell y dylai'r swyddogion gweithredol weithio gyda'r meddygon ymgynghorol.

Ni ddigwyddodd hynny erioed. I'r gwrthwyneb, cawsant eu cau allan o ymchwiliadau a'u trin fwyfwy fel y broblem, yn hytrach nag fel gweithwyr proffesiynol yn mynegi eu pryderon am farwolaethau yn yr uned newyddenedigol.

- 3.56 Y cynllun cychwynnol, a luniwyd gan y swyddogion gweithredol a'i gyflwyno i'r pediatregwyr, oedd i Letby barhau i weithio shiftiau dydd a chychwyn adolygiad annibynnol o'r uned newyddenedigol. Erbyn 28 Mehefin 2016, roedd y syniad o israddio'r uned i Lefel 1 hefyd wedi'i godi.
- 3.57 Roedd tensiynau'n rhedeg yn uchel iawn. Arweiniodd yr awgrym y dylai Letby aros ar y ward at Dr Brearey yn mynegi ei anghrediniaeth y byddai Letby yn cael dod i gysylltiad â chleifion er gwaethaf pryderon unfrydol y pediatregwyr ynghylch diogelwch babanod. Erbyn 29 Mehefin 2016, roedd Dr Saladi wedi anfon e-bost at ei gyd-feddygon ymgynghorol yn mynegi'r farn bod angen i'r heddlu fod yn rhan o'r broses. Trafododd Mr Harvey yr e-bost gyda Mr Cross. Ceisiodd hefyd, yn aflwyddiannus, gau'r cyfnewidiadau e-bost rhwng y pediatregwyr gyda gorchymyn gorfodol i bob meddyg ymgynghorol. Cydnabu yn yr Ymchwiliad na ddylai fod wedi gwneud hynny. Ar 29 Mehefin 2016, cymerodd Mr Harvey gamau i hysbysu Mr Chambers, a'r Bwrdd yn dilyn hynny, am y problemau yn yr uned newyddenedigol.
- 3.58 Ar 29 Mehefin 2016, cyfarfu'r Tîm Gweithredol i drafod yr uned newyddenedigol a chynhaliwyd trafodaeth eang lle yr ystyriwyd atgyfeirio at yr heddlu a chau'r uned, ond a fethodd sicrhau bod y ffocws yn parhau ar ddiogelwch y babanod. Yn ddiweddarach ar yr un diwrnod, cyfarfu'r Tîm Gweithredol â grŵp o bediatregwyr ymgynghorol. Fel y derbyniodd Ms Kelly yn ei thystiolaeth, siaradodd y meddygon ymgynghorol yn y cyfarfod hwn am eu pryderon ynghylch niwed bwriadol. Yn annealladwy, ni chychwynnwyd unrhyw weithdrefnau diogelu. Roedd y cyfarfod hwn yn enghraifft gynnar o'r hyn a fyddai'n nifer o achosion o oedi wrth roi gwybod i'r heddlu am y marwolaethau a'r amheuan. Mae nodiadau'r cyfarfod yn cofnodi Mr Chambers yn dweud, "*a allwn ni archwilio mwy [cyn] yr heddlu?*" Ni wnaeth Mr Harvey a Ms Kelly, a oedd wedi cytuno'n gynharach y diwrnod hwnnw y byddai'n rhaid galw'r heddlu, ddilyn eu barn gytûn eu hunain, ac ni wnaethant hyd yn oed ei mynegi o ystyried dull gweithredu Mr Chambers. Dylent fod wedi gwneud hynny.
- 3.59 Erbyn 30 Mehefin 2016, yn dilyn cyfarfodydd pellach, roedd llwybr wedi'i bennu lle byddai'r uned yn cael ei hisraddio a chomisiynwyd adolygiad gan yr RCPCH. Nid oedd cysylltu â'r heddlu yn rhan o'r cynllun. Dylai fod. Ni chymerwyd unrhyw gamau i amddiffyn babanod.

## Gorffennaf 2016

- 3.60 Ceisiodd Ms Kelly gyngor gan y Cyngor Nyrsio a Bydwreigiaeth (NMC) dros y ffôn ar 6 Gorffennaf 2016. Cofnododd y cynghorydd (a oedd yn ei swydd yn ddiweddar iawn) iddo gael gwybod bod cynnydd wedi bod mewn marwolaethau, nad oedd adolygiadau clinigol wedi dangos unrhyw dystiolaeth o ddiffyg cymhwysedd gan unigolion na'r tîm, bod un cofrestrai wedi bod yn bresennol ym mhob un o'r digwyddiadau hyn bron, a bod rhai clinigwyr yn pryderu y gallai'r cofrestrai "gyflwyno risg ddifrifol i ddiogelwch y cyhoedd er nad oes dystiolaeth ar gael ar hyn o bryd". Hefyd, hysbysodd Ms Kelly y cynghorydd y byddai'r Tîm Gweithredol yn cyfarfod y diwrnod hwnnw i benderfynu a ddylid rhoi gwybod i'r heddlu am y cofrestrai. Ar ôl trafodaeth, cynghorwyd Ms Kelly y

dylai'r ymchwiliad lleol barhau. Ar 14 Medi 2017, ailddilysodd yr NMC gofrestrriad Letby. Am resymau a nodir yn fanwl ym Mhennod 18 yr Adroddiad, ar ôl ei heuogfarn ym mis Awst 2023 y cymerodd y Coleg Nyrsio a Bydwreigiaeth gamau cyntaf mewn perthynas â chofrestrriad Letby.

- 3.61 Cyhoeddwyd y penderfyniad i israddio'r uned i uned newyddenedigol Lefel 1 yn gyhoeddus ar 7 Gorffennaf 2016, gan ddatgan bod hyn ar ôl "*cynnydd yn ein cyfraddau marwolaethau newyddenedigol yn 2015 a 2016*". Er ei bwysigrwydd, dim ond lleiafrif bach o rieni a gafodd wybod am y cyhoeddiad hwn cyn iddo gael ei wneud yn gyhoeddus. Roedd hyn yn fethiant arall gan y Tîm Gweithredol yn Ysbyty Iarlles Caer.
- 3.62 Ar ôl penderfynu gwahodd yr RCPCH i adolygu'r uned, dechreuodd y swyddogion gweithredol gynnal eu hymchwiliadau eu hunain o dan yr enw 'Silver Command'. Sefydlodd Mr Cross ystafell ddigwyddiadau a oedd yn cael ei rhedeg gan Dr Christopher Green, y Cyfarwyddwr Fferylliaeth a Rheoli Meddyginiaethau. Pwrpas yr ymarfer hwn oedd ymchwilio i'r nifer cynyddol o farwolaethau – a gwneud hynny heb unrhyw fewnbwn gan unrhyw un o'r clinigwyr yn yr uned newyddenedigol ac eithrio Dr Gibbs, a oedd (gyda Ms Anne McGlade (née Martyn), Rheolwr ward y plant) yn gyfrifol am ymchwilio i achosion lle'r oedd babanod wedi dirywio ac wedi'u trosglwyddo i ysbyty arall. Cynhaliodd Mr Harvey ei ddadansoddiad ei hun o gyfraddau marwolaethau unedau newyddenedigol, gan gynnwys archwiliad o'r cyfraddau aciwtedd a gweithgarwch. Nid yw'n syndod nad arweiniodd yr un o'r ymchwiliadau hyn at ateb i'r cwestiwn ynghylch a oedd niwed bwriadol wedi'i achosi, ac ni roddodd yr ymchwiliadau hyn unrhyw reswm dros y cynnydd mewn marwolaethau.
- 3.63 Ar 11 Gorffennaf 2016, fwy na phytthefnos ar ôl marwolaeth Babi P, cofnodwyd y cyfeiriad cyntaf at gynnydd mewn marwolaethau newyddenedigol ar y Gofrestr Risg Weithredol.
- 3.64 Erbyn 13 Gorffennaf 2016, llwyddodd y swyddogion gweithredol i berswadio'r meddygon ymgynghorol y dylent gytuno i adolygiad yr RCPCH ac, er bod y penderfyniad y byddai Letby yn parhau i weithio ar yr uned ar ôl iddi ddychwelyd o'i gwyliau blyneddol yn parhau, cytunwyd y byddai'n cael ei goruchwyllo ar yr uned newyddenedigol bob amser.
- 3.65 Ar 14 Gorffennaf 2016, cynhaliwyd cyfarfod Bwrdd Eithriadol dan gadeiryddiaeth Syr Duncan Nichol. Cyflwynodd y swyddogion gweithredol y bwriad i'r RCPCH gynnal adolygiad ac israddio'r uned i'r Bwrdd. Eglurwyd na fyddai unrhyw atgyfeiriad at yr heddlu. Mae'n werth darllen cofnodion y cyfarfod hwnnw'n ofalus. Dyma ddechrau ymarfer mewn sbin, gan lywio'r Bwrdd i ffwrdd oddi wrth bryderon ynghylch gweithredoedd troseddol a'r angen i atgyfeirio at yr heddlu. Serch hynny, roedd pryder ymhlith y Cyfarwyddwyr Anweithredol, yn enwedig mewn perthynas â dichonoldeb goruchwyliaeth Letby, a chodwyd cwestiynau ynghylch a oedd camau gweithredu'r ysbyty yn dileu pob risg.
- 3.66 Y diwrnod ar ôl cyfarfod y Bwrdd, roedd un o'r Cyfarwyddwyr Anweithredol, Mr James Wilkie, yn parhau i fod yn bryderus y byddai Letby yn cael dychwelyd i weithio ar yr uned newyddenedigol. Aeth i weld Ms Kelly ac ailadroddodd ei bryderon. Roedd hefyd wedi dod yn amlwg, beth bynnag, nad oedd digon o staff i oruchwyllo Letby, gan olygu bod y cynllun hwn yn anymarferol yn ogystal â bod yn ddiffygiol o ran egwyddor.

Ar 18 Gorffennaf, ysgrifennodd Ms Rees at Letby yn ei hysbysu, oherwydd cyfyngiadau staffio, na allai gael ei goruchwyllo'n glinigol ar yr uned ac y byddai'n cael ei secondio i'r Adran Risg a Diogelwch Cleifion yn lle hynny.

- 3.67 Oherwydd y camau i adleoli Letby, ysgogwyd yr ysbyty i geisio cyngor cyfreithiol, ar y camau adleoli ac ynghylch a ddylid cysylltu â'r heddlu. Cysylltodd Ms Dee Appleton-Cairns, Dirprwy Gyfarwyddwr Pobl a Datblygu Sefydliadol (AD), â DAC Beachcroft gyntaf ar 5 Gorffennaf a siaradodd â Mr Ian Pace, Swyddog Cyswllt, Cyflogaeth a Phensiynau. Ni roddodd ddarlun cyflawn o'r pryderon. Fodd bynnag, hysbysodd Mr Pace fod cydberthnasau wedi chwalu a bod un meddyg ymgynghorol wedi cyfeirio at nyrs yn yr ysbyty fel 'Beverly Allitt'.<sup>\*</sup> Dywedodd wrth Mr Pace ei bod yn fodlon nad oedd unrhyw faterion maleisus. Ar y pwynt hwnnw, roedd hi am wybod beth fyddai risg symud nyrs i rôl anghlinigol, o ystyried ei bod hi'n cael ei chefnogi gan ei hundeb.
- 3.68 Pan oedd yn rhoi tystiolaeth am yr alwad hon, gofynnwyd i Ms Appleton-Cairns am *"nifer mawr o farwolaethau anesboniadwy ac annisgwyl ar yr uned newyddenedigol"*. Ei hateb oedd: *"Bryd hynny ... nid oedd cymaint â hynny."* Ar y pwynt hwnnw, roedd 13 o farwolaethau wedi bod ar yr uned ers mis Mehefin 2015, ac roedd 7 ohonynt yn annisgwyl ac yn anesboniadwy." Dywedodd Ms Appleton-Cairns nad oedd hi'n gwybod hynny. Dywedodd nad oedd hi wedi darllen yr Adolygiad Thematig. Roedd hi wedi gweld y daenlen, a honnodd nad oedd yn dangos unrhyw nodweddion cyffredin. Roedd hyn yn syndod mawr, gan nad oedd hynny'n wir. Ychwanegodd: *"Yr unig Feddyg Ymgynghorol roeddwn i'n gwybod amdano a oedd yn mynegi unrhyw fath o bryder ers cryn amser oedd Dr Brearey."* Yna dywedodd: *"Felly i mi roedd -- doedd dim byd yma heblaw Dr Brearey yn dweud bod ganddo rai pryderon am nyrs, nyrs benodol."* Roedd hon yn gyfres syfrdanol o atebion a roddwyd heb gywilydd gan uwch-berson yn yr adran Adnoddau Dynol a oedd â'r dasg o geisio cyngor ynghylch yr hyn y dylai'r ysbyty ei wneud ynglŷn â symud Letby." Yn ffodus, sylweddolodd Mr Pace ddifrifoldeb posibl yr hyn a ddatgelodd, nododd fod pryderon am gydberthnasau yn ddibwys o'u cymharu â phryderon am ddiogelwch cleifion a chynghorodd yn unol â hynny.
- 3.69 Mewn sgwrs ddiweddarach gyda Ms Corinne Slingo, Pennaeth Rheoleiddio Gofal Iechyd yn yr un cwmni, ni roddodd Ms Hodgkinson ddarlun cyflawn, felly ni ddeallodd Ms Slingo fod pryder bod nyrs yn niweidio babanod. Pan ofynnwyd iddi am hyn, dywedodd Ms Hodgkinson y dylai Ms Slingo "fod wedi gofyn mwy o gwestiynau i mi". Roedd hwn hefyd yn sylw anffodus. Beth bynnag, ac yn ddiamau yn rhannol o ganlyniad i'r darlun rhannol a gyflwynwyd, y cyngor cyfreithiol gan Ms Slingo oedd nad oedd angen tynnu sylw'r heddlu.

## Risg

- 3.70 Methodd yr Adran Risg a Diogelwch Cleifion yn ei thasg sylfaenol o wella diogelwch cleifion, sef diogelwch babanod ar yr uned newyddenedigol yn yr achos hwn. Y tro cyntaf i gofnodion gael eu gwneud ar unrhyw gofrestr risg mewn perthynas â marwolaethau yn yr uned newyddenedigol oedd ar 11 Gorffennaf 2016, ac erbyn hynny roedd wyth marwolaeth wedi bod yn 2015 a phum marwolaeth arall erbyn diwedd mis Mehefin 2016.

\* Roedd Beverly Allitt yn nyrs a gafwyd yn euog o bedair llofruddiaeth, tair ymgais i lofruddio ac achosi niwed corfforol difrifol i chwe phlentyn yn Ysbyty Cyffredinol Grantham a Kesteven yn 1993.

- 3.71 Hyd yn oed pan roddwyd marwolaethau newyddenedigol ar y cofrestrau risg, fe'i disgrifiwyd fel "*Apparent Increased Mortality*". Nid oedd y marwolaethau yn ymddangosiadol. Roeddent yn real. Y risg oedd y byddai mwy o farwolaethau. Dywedodd yr Athro Syr David Spiegelhalter OBE, Athro Emeritws Ystadegau, Prifysgol Caergrawnt, y gellid ei disgrifio'n well fel "*cynnydd mewn marwolaethau o achos anhysbys*". Nodwyd ar y gofrestr, o dan y pennawd 'Controls', "*Care Quality Commission inspection in Feb 2016 did not highlight any concerns regarding neonatal mortality*". Roedd hyn yn wir ond dim ond am nad oedd arolygwyr y Comisiwn Ansawdd Gofal yn gwybod am y ffigurau marwolaethau newyddenedigol o gwbl. Nid oedd hyn yn fesur rheoli nac yn gam i leihau risg.
- 3.72 Esboniodd Ms Millward fod y risg wedi cael sgôr o 15 allan o 25 posibl am fod yr uned eisoes wedi'i hisraddio. Nid oedd unrhyw gyfeiriad at gamau i adleoli nyrs.
- 3.73 Un cofnod pellach ar y Gofrestr Risg Weithredol ar yr un diwrnod oedd: "*Potential damage to Reputation of Neonatal Service and Wider Trust due to Apparent Increased Mortality within the Neonatal Unit.*" Dywedodd Ms Millward mewn tystiolaeth mai penderfyniad gweithredol oedd mynegi'r risg yn y ffordd honno. Dywedodd yr ystyriwyd ei bod yn uchel, gyda sgôr o 20, am fod gallu'r ysbyty i leihau'r risg i enw da allan o'i reolaeth.
- 3.74 Methodd y systemau a'r prosesau risg yn eu prif bwrpas o amddiffyn cleifion, sef y babanod yn yr uned newyddenedigol yn yr achos hwn.

## Y Coleg Brenhinol Pediatreg ac Iechyd Plant (RCPCH)

- 3.75 Ers 2012, mae'r RCPCH, y corff cynrychioliadol ar gyfer pediatregwyr, wedi cynnig Gwasanaeth Adolygu Gwahoddedig. Am ffi, mae tîm yn ymweld â gwasanaeth pediatrig, yn cynnal cyfweiliadau ac yn adolygu dogfennau ac amgylchedd y gwasanaeth ac yn asesu a yw'r gwasanaeth yn cydymffurfio â safonau derbyniol. Nododd Dr McCormack (obstetrydd ymgynghorol) a Dr Brearey (pediatrydd ymgynghorol) ill dau mewn cyfarfodydd gyda'r swyddogion gweithredol ddiwedd mis Mehefin na fyddai adolygiad o'r fath yn ymdrin â ph'un a oedd rhywun yn niweidio babanod ar yr uned ai peidio. Byddent yn cael eu profi'n gywir. Ar ran yr RCPCH, gwnaeth Ms Scolding CB y safbwynt yn glir.
- 3.76 Man cychwyn yr RCPCH yn yr Ymchwiliad hwn oedd cydnabyddiaeth syml a gonest bod y tîm adolygu wedi gwneud camgymeriadau difrifol, yr oedd yr RCPCH yn cydnabod atebolrwydd a chyfrifoldeb amdanynt, gan gynnwys ei gyfraniad at yr oedi cyn galw'r heddlu i ymchwilio. Yn y gwrandawriad, ymddiheurodd yr Athro Stephen Turner, sydd bellach yn Llywydd yr RCPCH, yn uniongyrchol i'r rhieni am y rôl a chwaraeodd yr RCPCH yn yr oedi cyn iddynt ddarganfod beth oedd wedi digwydd i'w plant. Roedd yr ymddiheuriadau'n ddiffuant ac yn fyfyrion.

## Yr adolygiad

- 3.77 Ar 28 Mehefin 2016, gofynnodd Mr Harvey i'r RCPCH dros e-bost a oedd yn darparu gwasanaeth adolygu annibynnol ar gyfer ymarfer unigolion neu ar gyfer adrannau lle mae pryderon. Awgrymodd Ms Sue Eardley, a oedd yn Bennaeth Adolygiadau Gwahoddedig ar y pryd, y dylid cael sgwrs ffôn gyfrinachol. Yn ei nodyn o'r alwad ar

yr un diwrnod, crynhodd y prif fater fel a ganlyn: *“Allanolyn ar gyfer marwolaethau newyddenedigol dros y 12-18 mis diwethaf. Cynhaliwyd adolygiad thematig a dim byd wedi’i amlygu – dim patrwm. Dywed neonatolegwyr nad oeddent yn ddisgwyliedig (er y gallai rhai fod wedi bod).”* Mewn sgwrs bellach, dywedodd Mr Harvey wrthi am amheuan y meddygon o niwed bwriadol a’r cysylltiad â nyrs a oedd *“ar shifft ar yr un pryd ag yr oedd rhai o’r marwolaethau hynny wedi digwydd”*. Disgrifiodd hyn fel *“sylw wrth basio”*. Cafodd yr argraff nad oedd Mr Harvey yn ystyried bod y pryderon yn arwyddocaol. Yn eironig, dywedodd: *“Yn fy marn i, pe bai wedi meddwl ei fod yn honiad difrifol, byddai wedi ffonio’r heddlu yn gynt.”* Dywedodd Mr Harvey: *“Byddwn i wedi dweud bod y pediatregwyr wedi codi pryderon ynghylch cysylltiad un aelod o staff. Ond nad oedd unrhyw dystiolaeth gefnogol arall i gyd-fynd â hynny; bod ei rheolwyr a’i chydweithwyr yn teimlo ei fod yn gysylltiedig â’i lefel uwch o ddyletswydd a’i bod wedi’i chymhwyso mewn arbenigedd. Mae’n debyg na fyddwn i wedi bod yn fwy penodol na hynny.”* Ni soniodd fod y rhan fwyaf o’r marwolaethau yn y nos, na’r ffaith, ar ôl i’r aelod staff gael ei symud i shifftiau dydd yn unig, nad oedd unrhyw farwolaethau pellach yn y nos. Pe byddai wedi sôn yn y sgysiau hynny ei fod ef a’r Cyfarwyddwr Nyrsio yn credu, ar 29 Mehefin, y dylid cysylltu â’r heddlu, gallai hynny fod wedi cyfleu difrifoldeb y sefyllfa.

- 3.78 Ar ôl cael yr argraff nad oedd Mr Harvey yn ystyried bod pryderon y meddygon yn arwyddocaol, ni ofynnodd Ms Eardley ddim amdanynt. Ni roddodd unrhyw ystyriaeth i ddiogelu, er ei bod wedi’i hyfforddi’n briodol a bod ganddi brofiad, ac ar y pryd roedd Letby yn dal yn ei rôl (er ei bod ar wyliau).
- 3.79 Eglurodd Mr Harvey wrth Ms Eardley mai cais am adolygiad brys oedd hwn. Torrodd Ms Eardley gorneli er mwyn symud yn gyflym. O ganlyniad i gamau bryslog a diffyg trafodaeth briodol, nid oedd Ms Eardley a Mr Harvey yn cytuno ynghylch yr hyn y byddai’r tîm adolygu yn ei wneud a’r hyn yr oedd Mr Harvey yn ei ddisgwyl.
- 3.80 Pan ofynnwyd iddi gan Gwnsler Grŵp Teulu 1 pam nad oedd y Cylch Gorchwyl yn nodi’n glir na allai’r RCPCH eithrio niwed bwriadol ac nad oedd wedi cael y dasg o wneud hynny, dywedodd Ms Eardley: *“Alla i ddim. Alla i ddim ond meddwl ei fod yn rhy ofnadwy i’w ystyried.”* Yr anhawster gyda’r ateb hwnnw yw ei fod yn cael ei ystyried, fel y gwyddai Ms Eardley. Ac roedd yn rhan ganolog o’r cyfweiliadau gyda’r meddygon ymgynghorol pan gynhaliwyd y rhain yn y pen draw.
- 3.81 Cydnabu Ms Eardley yn ei thystiolaeth na ddylai’r adolygiad fod wedi mynd rhagddo: *“Wrth edrych arno nawr ... ni ddylem fod wedi bwrw ymlaen.”* Nid wyf wedi fy argyhoeddi bod angen ôl-ddoethineb. O ystyried yr hyn a wyddai ar y pryd a chanllawiau’r RCPCH ei hun, dylai Ms Eardley fod wedi dweud wrth Mr Harvey na fyddai’r adolygiad yn mynd rhagddo.
- 3.82 Yn ei chyflwyniadau cloi ar ran yr RCPCH, dywedodd Ms Scolding CB ei bod yn *“hollol amhriodol ac anghywir”* i geisio cynnal adolygiad o wasanaeth clinigol pan oedd honiadau troseddol wedi’u codi am nyrs. Rwy’n derbyn y cyflwyniad hwnnw. Cadarnhaodd Ms Scolding CB hefyd yn ei chyflwyniad ysgrifenedig na fyddai’r adolygiad byth yn gallu ateb y cwestiwn pam y cafwyd cynnydd mewn marwolaethau anesboniadwy ac annisgwyl. Cydnabu hefyd nad oedd yr adolygiad yn darparu’r atebion hynny.

- 3.83 Gofynnodd Ms Eardley i Mr Harvey ar 12 Gorffennaf a fyddai teuluoedd y babanod yn disgwyl cwrdd â'r tîm adolygu, a cheisiodd gadarnhad bod trefniadau ar waith ar gyfer gonestrwydd. Nid atebodd Mr Harvey yn uniongyrchol. Yn ei ymateb ar 13 Gorffennaf, dywedodd fod rhai o'r teuluoedd wedi cael gwybod cyn cyhoeddi'r newyddion bod adroddiad yn cael ei gomisiynu ac nad oedd yr un o'r teuluoedd wedi gofyn am gyfarfod â'r tîm. Nid ychwanegodd nad oedd yr un o'r teuluoedd yn gwybod bod hynny'n opsiwn hyd yn oed. Ni soniodd nad oedd caniatâd wedi'i geisio i ddarparu cofnodion y babanod i'r RCPCH. Roedd hwn yn fethiant difrifol arall gan Mr Harvey, sef diystyru hawliau rhieni mewn perthynas â'r angen i ymgynghori â nhw ynghylch defnyddio cofnodion meddygol eu babanod yn ddigymell.
- 3.84 Er mai'r bwriad oedd cynnal adolygiad cynnar, ni ddigwyddodd tan fis Medi. Roedd dau feddyg ar y tîm adolygu: pediatregydd ymgynghorol a neonatolegydd wedi ymddeol, a phediatregydd ymgynghorol â diddordeb arbennig mewn neonatoleg. Roedd adolygydd lleig, a oedd wedi cymhwyso fel nyrs ac a oedd yn dal ar y Gofrestr Nyrsio ond nid yn ymarfer ac a oedd hefyd yn fargyfreithiwr anghofrestredig. Yn olaf, roedd nyrs newyddenedigol brofiadol iawn a hwn oedd ei hadolygiad cyntaf. Derbyniodd y tîm gofnodion meddygol ymlaen llaw gan Mr Harvey o'r holl fabanod a fu farw, ynghyd â dogfennaeth arall gan gynnwys yr Adolygiad Thematig a thabl yn nodi rhestr o'r staff nyrsio ar ddyletswydd ar adeg 11 o farwolaethau.
- 3.85 Ysgrifennodd Dr David Milligan, yr Adolygydd Arweiniol, at Ms Eardley ar 26 Awst, gan nodi ble yr oedd wedi cyrraedd yn ei adolygiad o'r dogfennau a thynnu ei sylw at y ffaith bod y dogfennau'n codi nifer o gwestiynau, *“yn enwedig ei bod yn ymddangos bod un unigolyn wedi bod yn bresennol ar gyfer pob un [o'r marwolaethau] namyn un”*. Mae Dr Milligan yn derbyn y dylai fod wedi cydnabod peryglon posibl cynnal adolygiad lle'r oedd troseddoldeb posibl wedi'i godi. Nid oedd yr adolygwyr eraill yn ymwybodol bod pryderon wedi'u codi am Letby nes iddynt gyrraedd Ysbyty Iarlles Caer ar 1 Medi.
- 3.86 Dim ond ar ddiwrnod cyntaf yr adolygiad y clywodd y tîm fod Letby wedi cael ei symud o'r uned newyddenedigol chwe wythnos ynghynt i rôl yn yr Adran Risg a Diogelwch Cleifion. Nid arweiniodd hyn at newid mewn dull gweithredu gan y tîm adolygu. Dros ddau ddiwrnod, gwnaethant gyfweld â staff o bob rhan o'r uned. Mae'n amlwg o'r cyfweiliadau â'r pediatregwyr ymgynghorol, yr uwch-nyrsys a'r swyddogion gweithredol (Ms Kelly a Mr Harvey) bod pob un ohonynt wedi siarad am bryderon y pediatregwyr ynghylch Letby.
- 3.87 Ar fore'r diwrnod cyntaf, cynhaliodd y tîm gyfweiliad â Ms Kelly a Mr Harvey gyntaf. Dywedodd Dr Milligan wrthynt *“efallai na fydd yr RCPCH yn gallu archwilio manylion y marwolaethau”*. Dywedodd Mr Harvey fod y newyddion hyn yn *“annisgwyl”*. Derbyniodd sefyllfa'r RCPCH. Mae nodiadau'r cyfweiliad yn cynnwys Mr Harvey yn siarad am bryderon y pediatregwyr. Tynnodd sylw at y cysylltiad ag un nyrs, Letby, a dywedodd: *“Nid yw'n ymddangos bod patrwm dirywiad y babanod yn dilyn patrwm arferol gan ymateb i adfywio yn y ffordd arferol.”*
- 3.88 Dywedodd Ms Claire McLaughlan, Adolygydd Lleyg, yn yr un modd â Ms Eardley yn gynharach, fod y swyddogion gweithredol *“wedi gollwng [yr honiadau] i mewn i'r sgwrs rywsut fel rhyw ychwanegiad”*. Cyflwynwyd y mater fel *“rhan o chwalfa mewn cydberthnasau bron”*. Cafodd yr argraff nad oedd Mr Harvey eisiau cysylltu â'r heddlu a bod Ms Kelly yn cefnogi Letby. Nid oedd y naill na'r llall yn rhesymau dros barhau â'r adolygiad hwn o ystyried difrifoldeb yr honiadau.

- 3.89 Nesaf, cyfwelwyd â Dr Brearey a Dr Jayaram. Gwnaethant roi cyfrif manwl iawn o'r digwyddiadau ac o'u pryderon (a gofnodwyd yn ysgrifenedig), o'r tair marwolaeth gyntaf ym mis Mehefin 2015 (gweler Pennod 20 o'r Adroddiad). Gwnaethant hefyd gynnwys eu cred bod yr holl nyrsys yn hapus ag ymarfer Letby, ei gallu i gadw cofnodion a'i chymhwysedd. Gwnaethant ychwanegu: "*Yma ers 2012, yn berffaith ddymunol ac yn dda mewn argyfwng. Yno bob amser. A dweud y gwir – beth allai hi fod yn ei wneud? Ni roddodd y PMs unrhyw achos.*" Gwnaethant ddweud eu bod nhw wedyn wedi mynd yn ôl i edrych ar Babi A a'u trafodaethau gyda Dr Subhedar am y cathetr gwythiennol bogail a'r llinell hir." Ar ôl hynny, gwnaethant ddechrau meddwl yn fforensig. Ar ôl edrych ar astudiaethau achos, gwnaethant ystyried emboledd aer. Mae'r nodyn yn dweud: "*[Sylwadau?] diwethaf – iasol.*" Cyfeiriad oedd hynny at yr hyn a welwyd: "*Ddim yn ymatebol i unrhyw fewnbynnau ... Lliw rhyfedd ar y croen. Glas gydag amrannau pinc ... ? chwistrellu aer i mewn i'r babanod.*" Dyma oedd yr amser i'r tîm adolygu dynnu'n ôl. Nid adolygiad arferol oedd hwn. Nid oeddent mewn sefyllfa i ymdrin â'r pryderon difrifol hyn.
- 3.90 Yn hytrach, gwnaethant barhau. Yn eu cyfweiliad, mynegodd yr holl feddygon ymgynghorol eraill bryderon bod Letby yn gwneud rhywbeth bwriadol i niweidio'r babanod.
- 3.91 Amser cinio, trafododd y tîm adolygu wahanol ddulliau y gellid eu defnyddio i ladd babi. Mae hyn yn syfrdanol ond mae'r nodiadau'n glir: mae inswlin ac emboledd aer ill dau wedi'u rhestru. Mae'r cofnod o'r dulliau eraill wedi'i hepgor am resymau amddiffyn y cyhoedd. Dywedodd Ms Alexandra Mancini (Adolygydd Nyrsys) a Ms McLaughlan nad oeddent yn cofio'r drafodaeth hon. Pe baent wedi bod yno, byddai wedi bod yn amhosibl ei hanghofio. Efallai nad oeddent yno pan gynhaliwyd y drafodaeth hon.
- 3.92 Yn y prynhawn, cyfwelwyd â Ms Powell, Ms Rees a nyrsys eraill. Roedden nhw i gyd yn deall bod y tîm adolygu yn edrych i weld ai Letby oedd yn gyfrifol am y marwolaethau. Gwnaeth pob un ohonynt ei hamddiffyn yn gadarn.
- 3.93 Penderfynodd y tîm adolygu y dylid cyfweld â Letby am resymau tegwch. Nid yw'n ymddangos y rhoddwyd unrhyw ystyriaeth i'r risgiau sy'n gysylltiedig â gwneud hyn. Fel y digwyddodd, ni ofynnwyd iddi am ei gofal o'r babanod yn yr uned, dim ond am faterion cyffredinol ar yr uned newyddenedigol. Dywedodd wrth Dr U drwy neges destun fod Ms Hayley Cooper (ei chynrychiolydd o'r Coleg Nyrsio Brenhinol (RCN)) yn meddwl y dylent ystyried gwneud cwyn cyflogaeth. Dywedodd fod y cyfwelwyr (Ms Mancini a Ms McLaughlan), a oedd yn garedig, wedi dweud wrthi "*oddi ar y cofnod*" eu bod yn meddwl y byddai argymhelliad yn cael ei wneud i gynnal ymchwiliad i'r marwolaethau a bod angen iddi baratoi ei hun gan y byddai'n chwarae rhan fawr yn hynny. Ni allai Ms McLaughlan a Ms Mancini gofio cael sgwrs "*oddi ar y cofnod*" gyda Letby. Fodd bynnag, roedd yr hyn a ddywedodd yn gywir. Oddi ar y cofnod ai peidio, gwnaethant ddweud wrthi beth roeddent yn bwriadu ei argymhell. Roeddent yn gefnogol tuag ati. Nododd y tîm adolygu hefyd: "*Amau y bydd cwyn cyflogaeth. Os na fydd dim yn digwydd, bydd achos da dros ddiswyddo deongliadol. Mae hi'n gwybod y bydd yn ofnadwy.*"
- 3.94 Ar 2 Medi 2016, trafododd tîm adolygu'r RCPCH ei ganfyddiadau gyda swyddogion gweithredol Ysbyty Iarlles Caer. Trafodwyd cynnwys yr heddlu ond ni ddywedodd y tîm adolygu, fel y dylai fod wedi dweud, y dylid cysylltu â'r heddlu i ymchwilio. Mae'n ymddangos bod y tîm wedi gofyn i Mr Harvey a oedd o'r farn y dylid cynnwys yr heddlu.

Ymateb Mr Harvey oedd ei bod yn well ganddo ymdrin â'r mater yn fewnol am y tro. Ni ddylai'r RCPCH fod wedi derbyn hynny heb gwestiwn. Roedd yn gwybod o gam cynnar yn ei ymweliad fod Mr Harvey yn ystyried yr heddlu fel yr 'opsiwn niwclear'. Fel y cydnabu'r RCPCH yn yr Ymchwiliad, dylai fod wedi'i gynghori y dylid galw'r heddlu. Roedd y methiant i wneud hynny, o ystyried agwedd Mr Harvey at yr heddlu, yn golygu bod mwy o oedi wedi digwydd.

- 3.95 Ar ôl y cyfweiliad â Letby, anfonodd Mr Tony Millea, Swyddog Rhanbarthol yr RCN, e-bost at Ms Rees yn dweud ei fod yn credu bod gan Letby sail dros wneud cwyn cyflogaeth. Nododd nad oedd yn ymddangos bod Cylch Gorchwyl yr ymchwiliad yn *"seem to address the ... concerns ... in relation to the unacceptable high mortality rate on the NNU [neonatal unit] and our [member's] involvement"*. Nododd ei bod yn ymddangos bod yr adolygiad yn ymwneud â materion cyffredinol, megis gweithdrefn, diwylliant a lefelau staffio, ac felly na fyddai'n datrys y problemau i Lucy yn bersonol. Roedd hyn yn rhagweld y gŵyn cyflogaeth a chanlyniad adolygiad yr RCPCH. Pe bai Mr Millea wedi nodi ar unwaith beth oedd cyfeiriad yr adolygiad (a beth na fyddai'n ei wneud), mae'n rhyfedd iawn nad oedd hyn yn amlwg i'r Cyfarwyddwr Meddygol.
- 3.96 Ddydd Gwener 2 Medi, rhoddodd yr RCPCH yr hyn y gwnaeth ei alw yn *"gyngor byrdymor"*, a ailadroddwyd wedyn mewn llythyr ddydd Llun, 5 Medi. Nododd y tîm adolygu y byddai'r adroddiad yn barod ymhen chwe wythnos a chynghorodd yr Ymddiriedolaeth i gymryd dau gam gweithredu. Yn gyntaf, cymryd camau uniongyrchol i *"ffurfioli'r camau rydych yn eu cymryd gyda'r nyrs"*. Roedd hyn yn gofyn am ymchwiliad adnoddau dynol, a ddylai nodi natur yr honiadau a'r broses i'w dilyn. Yn ail, argymhellodd y tîm adolygu, ochr yn ochr â'r ymchwiliad adnoddau dynol, y dylid cynnal adolygiad nodiadau achos fforensig manwl o bob un o'r marwolaethau ers *"mis Gorffennaf 2015 [ym mis Mehefin ddylai hyn fod yn amlwg]"*, gan ddefnyddio o leiaf ddau uwch-feddyg ag arbenigedd mewn neonatoleg/patholeg yn ddelfrydol er mwyn pennu'r holl ffeithiau ynghylch y marwolaethau. Yn ddelfrydol, dylid rhifo tudalennau'r nodiadau achos a'r cofnodion electronig er mwyn hwyluso'r broses gyfeirio a thriongli. Gwnaethant nodi'r elfennau gofynnol i'w cynnwys yn yr ymchwiliad: cronoleg lawn, barn ynghylch a fyddai uwchgyfeirio achos wedi gwneud gwahaniaeth i'r canlyniad, archwiliad o ganfyddiadau'r post-mortem ac unrhyw wybodaeth ychwanegol a oedd ar gael ar y ffeiliau a allai nodi achos marwolaeth, gan gynnwys cyflyrau prin fel emboledd aer ac anhwylder metabolig difrifol, manylion yr holl staff a oedd â mynediad i'r uned o bedair awr cyn marwolaeth pob babi, ac ystyriaeth o unrhyw achosion eraill *"y bu bron iddynt ddigwydd"* â chronoleg/cyflwyniad tebyg lle'r oedd y plentyn wedi goroesi.
- 3.97 Roedd argymell ymchwiliad adnoddau dynol pan oedd pryderon wedi'u codi ynghylch niwed a lladd babanod yn fwriadol yn gamfarn ddifrifol. Yr hyn roedd ei angen oedd ymchwiliad heddlu, gyda phwerau'r heddlu i chwilio, atafaelu ffonau, cyfweld ac yn y blaen. Mewn gwirionedd, ni chynhaliwyd unrhyw ymchwiliad adnoddau dynol. Defnyddiodd y swyddogion gweithredol gŵyn cyflogaeth Letby fel dewis amgen. Roedd hyn hefyd yn gamdybiaeth.
- 3.98 Paratôdd Ms Eardley adroddiad a oedd yn cynnwys manylion pryderon y pediatregwyr. Defnyddiodd inc gwyrdd i nodi materion sensitif ac y gallai'r ysbyty fod eisiau eu hepgor. Maes o law, lluniwyd dwy fersiwn o'r adroddiad a'u hanfon i Ysbyty Iarllles Caer.

Roedd y fersiwn gyntaf, yr adroddiad cyfrinachol, yn cynnwys cyfeiriad at y pryderon a godwyd ynghylch Letby. Nid oedd yr ail, yr adroddiad lledaenu, yn cynnwys yr un o'r darnau a oedd wedi'u hepgor.

- 3.99 Roedd disgwyliad Mr Harvey y byddai adroddiad yr RCPCH yn darparu ffordd gyflym a phendant o ddatrys pryderon ynghylch y cynnydd mewn cyfraddau marwolaethau yn afrealistig. Nid oedd yn gyflym nac yn bendant, ac ni ddechreuodd ddatrys y pryderon ynghylch y cynnydd yn nifer y marwolaethau ar yr uned newyddenedigol. Gwnaeth fwy nag 20 o argymhellion, gan gynnwys: pump yn ymwneud â rheoli neu ymchwilio i farwolaethau; pump yn ymwneud â staffio; tri yn ymwneud â rheoli a llywodraethu'r uned; chwech wedi'u cyfeirio at y rhwydwaith newyddenedigol, yn cynnwys cludiant i unedau eraill y GIG ac oddi yno; un ar reoli honiadau neu bryderon; ac un ar y mecanwaith ar gyfer cofnodi, rheoli ac adrodd ar draws systemau TG. Nid oedd dim yn yr adroddiad, ar wahân nac mewn unrhyw gyfuniad, a oedd yn esbonio unrhyw un o'r marwolaethau. Byddai Mr Harvey a Mr Chambers yn awgrymu nad oedd yn cefnogi unrhyw ganfyddiadau sinistr chwaith. Roedd hynny yn anwybyddu'r ffaith bod yr RCPCH wedi gwrthod ymchwilio i'r marwolaethau. Diystyrwyd y rhieni drwy gydol proses yr RCPCH (ar ôl cwestiwn Ms Eardley am onestrwydd ganol mis Gorffennaf 2016). Roedd rhai wedi gweld datganiad i'r wasg Ysbyty Iarlls Caer ar adeg israddio'r uned, a oedd yn cynnwys cyfeiriad at adolygiad yr RCPCH. Nid oedd llawer o'r rhieni'n gwybod dim amdano. Dim ond pan gyhoeddwyd stori yn y Sunday Times ar 5 Chwefror 2017 y clywodd y rhan fwyaf ohonynt amdano, a arweiniodd at gyhoeddi'r adroddiad ar 8 Chwefror 2017. Gwnaed ymdrechion i gysylltu â'r teuluoedd. Roedd profiad Mam E ac F yn arbennig o nodedig. Tua 30 munud cyn i'r adroddiad gael ei gyhoeddi ar-lein, cafodd llythyr yn ei hysbysu bod yr adroddiad yn cael ei gyhoeddi ei ddanfôn i'w chartref o'r ysbyty, yn annisgwyl, mewn tacsï du.

## Adroddiadau pellach

### Dr Hawdon

- 3.100 Ar 8 Medi 2016, gofynnodd Mr Harvey i Dr Hawdon, neonatolegydd ymgynghorol o Lundain, gynnal adolygiad nodiadau achos manwl o 13 o farwolaethau diweddar a 4 achos y bu bron iddynt ddigwydd yn yr uned newyddenedigol. Ni ddywedodd Mr Harvey wrth Dr Hawdon mai sail y cais oedd pryderon gan bediatregwyr ymgynghorol ynghylch nyrs yn niweidio babanod yn fwriadol. Roedd yn ffordd annheg o ymdrin â chydweithiwr, yn enwedig pan oedd y mater y tu ôl i'r cais mor ddifrifol.
- 3.101 Cyn dechrau ei hadolygiad, gofynnodd Dr Hawdon i Mr Harvey a oedd cydsyniad rhieni yn cael ei geisio i ryddhau cofnodion y babanod. Yr ateb camarweiniol gan Mr Harvey oedd bod yr ysbyty "*wedi hysbysu'r [rhieni] cyn yr adolygiad*". Mewn gwirionedd, ni cheisiwyd cydsyniad y rhieni - mewn perthynas ag adroddiad yr RCPCH nac o ran yr adolygiad nodiadau achos gan Dr Hawdon. O ystyried difrifoldeb y mater hwn i rieni (a meddygon), dylai fod wedi gwirio'r sefyllfa, os nad oedd yn gwybod amdani. Roedd gan y rhieni hawl i gael gwybod am hyn. Anwybyddodd Mr Harvey yr hawl honno'n llwyr ar ddau achlysur. Roedd hyn yn ymddygiad annerbyniol gan Gyfarwyddwr Meddygol.
- 3.102 Erbyn 29 Hydref 2016, roedd Dr Hawdon wedi cwblhau adolygiad o nodiadau achos, er na chafodd y cofnodion meddygol eu hanfon ato mewn unrhyw drefn briodol. Cyflwynodd yr adroddiad gyda sawl cafeat arwyddocaol a oedd yn ei gwneud yn

glir nad oedd yn cydymffurfio â gofynion yr adolygiad yr oedd tîm yr RCPCH wedi'i gynghori. Dywedodd Dr Hawdon, oherwydd cyfyngiadau amser, nad oedd cronoleg systematig lawn wedi'i chynnal ar gyfer pob achos ac nad oedd rhai post-mortems wedi'u darparu iddi. Hefyd, hysbysodd Dr Hawdon Mr Harvey nad oedd wedi cynnal unrhyw ddadansoddiad o ba staff oedd â mynediad i'r uned yn y pedair awr cyn marwolaeth pob babi. Darparwyd adroddiadau post-mortem pellach iddi.

- 3.103 Rhannodd yr adroddiad a luniwyd gan Dr Hawdon yr achosion a ystyriwyd ganddi yn ddau grŵp. Yng Ngrŵp 1, rhestrodd achosion lle'r oedd hi'n ystyried bod modd esbonio'r farwolaeth neu'r dirywiad ond y gallai gofal gwahanol fod wedi'i atal o bosibl. Roedd hyn yn cynnwys Babi C, Babi E, Babi H a Babi Q. Yng Ngrŵp 2, gosododd achosion lle'r oedd y farwolaeth neu'r dirywiad yn annisgwyl ac yn anesboniadwy. Roedd y grŵp hwn yn cynnwys Babi A, Babi D, Babi I, Babi O a Babi P. Ar ôl gweld y post-mortem ar gyfer Babi D, newidiodd Dr Hawdon ei barn, gan gytuno mai 'niwmonia' oedd achos y farwolaeth. Newidiodd ei barn eto wrth roi tystiolaeth i'r Ymchwiliad.
- 3.104 Trafodwyd adroddiad Dr Hawdon, ynghyd ag adroddiad yr RCPCH, mewn cyfarfod o'r Cyfarwyddwyr Gweithredol ar 2 Tachwedd 2016. Mae nodiadau'r cyfarfod yn nodi "5 [marwolaeth] *heb ei hegluro; 1 yn peri pryder*" ac mae cofnod bod Mr Harvey wedi cynghori'r cyfarwyddwyr eraill bod angen adolygiad eilaidd ar gyfer yr achosion hyn. Dyma a arweiniodd at roi cyfarwyddyd pellach i Dr Jo McPartland, un o'r patholegwyr yn Alder Hey a oedd wedi cynnal rhai o'r post-mortems ar y babanod o Ysbyty Iarlles Caer.
- 3.105 Parhaodd Mr Harvey i ohebu â Dr Hawdon wedi hynny. Ddechrau mis Chwefror 2017, gofynnodd am ei barn ar batrymau smotiog ar groen. Ymatebodd Dr Hawdon, os byddai'n para'n hwy ac nad rhywbeth dros dro yn unig ydoedd, fod patrwm smotiog yn adlewyrchu diffoddiad perifferol a bod angen arsylwi manwl a phrofion ychwanegol. Wedi hyn anfonodd Mr Harvey e-bost arall ar 14 Chwefror 2017, gan roi'r wybodaeth allweddol i Dr Hawdon a ddylai fod wedi ffurfio rhan o'i chyfarwyddiadau o'r cychwyn cyntaf, sef bod y pediatregwyr wedi gwneud honiadau yn erbyn aelod o staff a'u bod yn poeni bod y patrwm smotiog a welwyd ar rai o'r babanod wedi'i achosi gan emboledd aer.
- 3.106 Er i Mr Harvey nodi'n benodol yn ei e-bost at Dr Hawdon ar 14 Chwefror 2017 fod yr RCPCH wedi dod i'r casgliad bod pryderon y pediatregwyr yn seiliedig ar gyd-ddigwyddiad a theimlad ym mêr eu hesgyrn yn syml, ni wnaeth Dr Hawdon fabwysiadu'r hyn a honnwyd oedd barn yr RCPCH. Yn hytrach, ymatebodd fod dirywiad annisgwyl mewn babi sydd fel arall yn sefydlog yn brin gan nodi y cafwyd mwy o achosion na'r disgwyl. Efallai nad oedd Mr Harvey wedi gwerthfawrogi, wrth ddisgrifio bod pryderon y pediatregwyr yn seiliedig ar gyd-ddigwyddiad a theimlad ym mêr eu hesgyrn, bod yr RCPCH yn dibynnu ar farn yr uwch-nyrsys yn unig ac yn anwybyddu manylion pryderon y grŵp ymgynghorol.
- 3.107 Ar 13 Ebrill 2017, anfonodd Mr Harvey e-bost at Dr Hawdon eto, gan egluro bod uwch-fargyfreithiwr wedi cynghori'r Ymddiriedolaeth y dylid gofyn i'r clinigwyr nodi eu sail dros amau bod trosedd wedi'i chyflawni. Er gwaethaf cwestiwn arweiniol braidd Mr Harvey yn ei e-bost a nododd, "*I'm sure that I know the answer, because I am sure that you would have called it out in your report, but my Chairman has asked to ask the question; were there any concerns there was anything other than natural causes in your review of the cases?*", ni chafodd Dr Hawdon ei harwain. Yn lle hynny, anfonodd ymateb

prydlon: “*Completely unexplained [death] on a neonatal unit is rare. So by definition more than one unexplained death does arouse suspicion.*” Roedd yn ymddangos bod Mr Harvey wedi’i synnu gan yr hyn a ddywedodd Dr Hawdon. Pe bai wedi gwrandao ar y pediatregwyr ymgynghorol byddai wedi gwybod hynny fisoedd lawer ynghynt.

## Dr McPartland

- 3.108 Ar 6 Rhagfyr 2016, ar ôl derbyn adroddiad Dr Hawdon ar 29 Hydref 2016 a thrafod y mater mewn cyfarfod o’r Tîm Gweithredol, cysylltodd Mr Harvey â Dr McPartland. Dywedodd wrthi am “*gyfres o farwolaethau newyddenedigol*” ac eglurodd fod arbenigwr annibynnol, Dr Hawdon, wedi “*awgrymu, mewn 4 o’r PMs, y gallai fod yn werth cael trafodaeth ddilynol gyda’r patholegwyr i weld a ellir taflu mwy o oleuni ar y materion*”. Yn arwyddocaol, ac yn nodweddiadol, ni soniodd Mr Harvey wrth Dr McPartland am y ffaith bod gan glinigwyr bryderon am aelod o staff.
- 3.109 Ar ôl cael crynodeb o ganfyddiadau Dr Hawdon am Fabi A, Babi I, Babi O a Babi P dros e-bost, cynhaliodd Dr McPartland adolygiad gyda phatholegwyr pediatrig ymgynghorol eraill yn Alder Hey, Dr Rajeev Shukla a Dr George Kokai. Trafododd y tri phatholegydd bob achos. Roeddent yn cytuno “*mewn tri o’r pedwar achos, gwnaethom nodi nad oeddem yn gwybod pam roedd y babanod wedi dirywio*”. Ar gyfer Babi I, cytunodd y tri ohonynt ag achos y farwolaeth a gofnodwyd yn y post-mortem.
- 3.110 Anfonodd Dr McPartland grynodeb o’u casgliadau dros e-bost at Mr Harvey ar 25 Ionawr 2017, gan nodi natur anffurfiol yr adolygiad ac nad oedd yn adolygiad meddygol-gyfreithiol llawn a ffurfiol. Dywedodd Dr McPartland wrth Mr Harvey y byddai’n well i rywun annibynnol ar yr ysbyty gynnal adroddiad manwl. Nodaf fod yr holl batholegwyr wedi cynnal post-mortem ar y babanod o Ysbyty Iarllles Caer. Roedd yr awgrym am yr angen am annibyniaeth yn un da. Ni weithredwyd arno.
- 3.111 Erbyn diwedd 2016/dechrau 2017, roedd Mr Harvey yn gwybod nad oedd yr un o’r adroddiadau (gan yr RCPCH, Dr Hawdon na Dr McPartland) wedi eithrio niwed bwriadol. Roedd yr ymgais i ddatrys y pryderon ynghylch y nifer cynyddol o farwolaethau heb droi at yr heddlu wedi methu.
- 3.112 Mae’n nodedig, drwy gydol y cyfnod hwn, na rannwyd adroddiad yr RCPCH, a gyhoeddwyd ym mis Chwefror 2017, gyda’r rhieni. Ym mis Ebrill 2017, chwe mis ar ôl iddo gael ei gwblhau, anfonwyd darnau o adroddiad Dr Hawdon at rai o’r rhieni ar ffurf llythyr gan Mr Harvey. Roedd Dr Hawdon o’r farn na chafodd y teuluoedd ddigon o wybodaeth eglurhaol pan gawsant ddarnau o’i hadroddiad, barn a ategwyd yn nhystiolaeth y rhieni. Fel y derbyniodd Mr Harvey wrth roi tystiolaeth, “*roedd y cyfathrebu’n ddideimlad ac yn amhriodol ... Fe’i gwnaed yn y ffordd gwbl anghywir. Roedd yn ddifater ac yn ansensitif.*” Mae hynny’n wir.

## Y gŵyn cyflogaeth

- 3.113 Ar 7 Medi 2016, anfonodd Letby lythyr yn nodi ei chwyn cyflogaeth ar sail erledigaeth a gwahaniaethu. Cafodd ei chefnogi yn ei hawliad gan gynrychiolwyr y Coleg Nyrsio Brenhinol.

3.114 Cododd ei chwyn cyflogaeth y materion canlynol:

- a. Cafodd wybod ar 14 Gorffennaf 2016 y byddai'n cael ei goruchwyllo wrth ymarfer ac y byddai'n rhaid iddi ailsefyll ei chymwyseddau. Yn groes i'r hyn a ddywedwyd wrthi, hi oedd yr unig aelod o staff i wynebu camau o'r fath.
- b. Ar 18 Gorffennaf 2016, roedd wedi cytuno i gael ei hadleoli gan na allai'r uned newyddenedigol gynnig ymarfer dan oruchwyliaeth iddi yn sgil y lefelau staffio. Dywedwyd wrthi y byddai'r adleoli yn para nes bod adolygiad allanol wedi'i gynnal ynghylch y cynnydd mewn marwolaethau.
- c. Roedd adolygwyr yr RCPCH wedi ei chyfweld ac ni wnaethant sôn am unrhyw gamwedd ar ei rhan. Roeddent hefyd wedi dweud wrthi y byddai'n cymryd hyd at wyth wythnos iddynt gwblhau eu hadroddiad. Roedd Letby am gael gwybod beth fyddai'n digwydd yn ystod y cyfnod hwn gan ei bod eisiau dychwelyd i weithio ar yr uned newyddenedigol.

3.115 Roedd yr holl bwyntiau hynny'n gywir. Cododd pob un ohonynt oherwydd methiant uwch-reolwyr i ddelio'n agored ac yn onest â'r risg ddifrifol a achoswyd gan Letby i ddiogelwch cleifion.

3.116 Ar ôl derbyn y llythyr cwyn cyflogaeth, ceisiodd Ms Appleton-Cairns a Ms Hodgkinson gyngor cyfreithiol pellach gan Mr Pace yn DAC Beachcroft. Dywedodd fod y penderfyniad i dynnu Letby o'i swydd wedi'i gyfiawnhau er mwyn dileu'r risg i'r babanod, ond bod risg uchel o ganfyddiad o ddiswyddo deongliadol. Cyngorodd Mr Pace yr ysbyty i ymateb i Letby yn unol â'r polisi cwynion cyflogaeth.

3.117 Penodwyd Dr Green, Cyfarwyddwr Fferylliaeth a Rheoli Meddyginiaethau, yn swyddog ymchwilio ar gyfer y gwyn cyflogaeth a godwyd gan Letby. Fel aelod o staff yn Ysbyty Iarlles Caer, nid oedd ganddo'r annibyniaeth briodol, a ddangosir yn y ffaith iddo fod yn rhan o anghydfod proffesiynol yn ddiweddar gyda Dr Brearey ynghylch camgymeriad a wnaed gan fferylllydd iau a oedd wedi effeithio ar fabi yn yr uned newyddenedigol. Roedd wedi cael gwahoddiad i gymryd rhan yng nghyfarfod yr Adolygiad Thematig ond nid oedd wedi cymryd rhan. Roedd hefyd wedi bod yn rhan o broses y Silver Command yng nghanol mis Gorffennaf 2016. Ar ben hynny, fel y derbyniodd Dr Green yn ei dystiolaeth, nid oedd ganddo ddigon o brofiad i weithredu fel swyddog ymchwilio mewn achos mor ddifrifol a chymhleth. Penodwyd Ms Annette Weatherley, Dirprwy Brif Nyrs yn Ymddiriedolaeth Sefydledig GIG Ysbyty Prifysgol De Manceinion, yn Gadeirydd y broses cwyn cyflogaeth. Nid oedd ganddi chwaith y sgiliau a'r annibyniaeth briodol ar gyfer y dasg hon a oedd yn anodd iawn, os nad yn amhosibl. Fel y nododd Dr Green yn glir sawl gwaith, nid oedd yn gwneud canfyddiadau am yr honiadau am Letby. Yn hytrach roedd yn gwneud canfyddiadau ynghylch a oedd y meddygon ymgynghorol wedi galw enwau arni ai peidio.

3.118 Ar 14 Hydref 2016, dechreuodd Dr Green gynnal cyfweiliadau. Cyfweiliad Letby a gynhaliwyd yn gyntaf. Dywedodd wrth Dr Green nad oedd wedi derbyn unrhyw honiadau ffurfiol. Dywedodd Mr Millea o'r Coleg Nyrsio Brenhinol ar ei rhan fod Dr Brearey wedi ei bwlio ac aflonyddu arni Dr Brearey. Nid oedd yr honiad hwn yn wir. Ni chafodd ei archwilio gan Dr Green.

- 3.119 Yna cynhaliodd Dr Green gyfweiliadau â Ms Kelly, Ms Sian Williams, Ms Rees, Ms Hodgkinson a Ms Powell yn ystod mis Hydref 2016.
- 3.120 Dywedodd Ms Kelly wrth Dr Green nad oedd unrhyw broblemau gyda Letby a bychanodd faint pryderon y meddygon ymgynghorol amdani. Camarweiniodd Dr Green, gan ei hysbysu bod adroddiad drafft yr RCPCH wedi cadarnhau “*dim byd arwyddocaol o ran Lucy*”. Mynegodd Ms Kelly ei barn anghywir a chynamserol ei hun hefyd y byddai Letby yn dychwelyd i'r uned.
- 3.121 Yn yr un modd, ymddangosai fod Ms Hodgkinson wedi dod i'w chasgliadau ei hun yn gynamserol. Y diwrnod cyn iddi gael ei chyfweld gan Dr Green, hysbysodd Ms Hodgkinson Letby nad oedd digon o dystiolaeth i ymchwilio'n ffurfiol na chysylltu â'r heddlu.
- 3.122 Roedd Ms Sian Williams yn bryderus ar y pryd bod y gwrandawriad cwyn cyflogaeth yn cael ei gynnal cyn unrhyw adroddiad terfynol gan yr RCPCH, pryder a gododd gyda Ms Kelly heb lwyddiant. Roedd Ms Sian Williams wedi cynnal dadansoddiad staffio gyda Ms Julie Fogarty, Pennaeth Bydwreigiaeth, fel rhan o ymchwiliadau'r ysbyty ei hun. Roedd wedi trafod hyn gyda Mr Harvey gan ei bod yn pryderu y dylid hysbysu'r heddlu. Dywedodd wrth Dr Green am y gwaith hwn, ond ni ofynnwyd unrhyw gwestiynau iddi amdano. Wrth roi tystiolaeth i'r Ymchwiliad, mynegodd Ms Sian Williams, fel Ms Hodgkinson, ei gofid am beidio â'i gwneud yn glir bod gan y meddygon ymgynghorol bryderon gwirioneddol.
- 3.123 Yn ei chyfweiliad â Dr Green, soniodd Ms Rees am yr ofn y byddai galw'r heddlu i ymchwilio yn arwain at gau'r uned a phobl yn cael eu harestio, ofn a brofodd yn ddi-sail pan ddechreuodd ymchwiliad yr heddlu yn y diwedd.
- 3.124 Siaradodd Ms Powell yn ganmoladwy am Letby wrth Dr Green. Cofnodwyd iddi ddweud wrth Dr Green ei bod yn ystyried bod Letby yn “*gwbl ddiniwed*” a dywedodd fod Dr Brearey a Dr Jayaram wedi “*dylanwadu ar feddygon ymgynghorol eraill*”.
- 3.125 Ar 7 Hydref 2016, cynhaliodd Dr Green gyfweiliad â Mr Harvey. Roedd Mr Harvey yn deall mai ffocws cwyn Letby oedd y modd yr oedd yr Ymddiriedolaeth wedi'i rheoli oddi ar yr uned a'i methiant i fod yn dryloyw ynghylch ei gweithredoedd na'r rhesymau drostynt. Serch hynny, ffocws cwestiynau Dr Green, ac atebion Mr Harvey, oedd beirniadaethau o weithredoedd y meddygon ymgynghorol, a'r sylwadau yr honnwyd iddynt eu gwneud am Letby yn lladd babanod. Honnodd Mr Harvey, yn anghywir, fod y meddygon wedi atal Letby rhag ymgymryd ag ymarfer dan oruchwyliaeth. Nid oes amheuaeth bod tystiolaeth Mr Harvey i Dr Green wedi'i defnyddio yn erbyn y meddygon wedi hynny ac wedi arwain at yr argymhelliad y dylid ei gwneud yn ofynnol i'r meddygon ymddiheuro a chymryd rhan mewn proses gyfryngu.
- 3.126 Yn olaf, ar ddiwedd y broses gyfweld, cynhaliodd Dr Green gyfweiliad â Dr Brearey a Dr Jayaram. Roedd y ddau feddyg wedi cael gwybod y gellid defnyddio unrhyw wybodaeth a ddarparwyd ganddynt mewn gwrandawriad disgyblu pe bai angen. Dywedwyd wrth y ddau y gallent gael cynrychiolydd gyda nhw, a gwnaethant dderbyn y cyngor. Cysylltodd Dr Jayaram â Chymdeithas Feddygol Prydain (BMA) a Mr Cross, gan ei fod yn poeni y gallai codi pryderon ynghylch niwed bwriadol ei roi mewn perygl o gamau disgyblu.

- 3.127 Esboniodd Dr Jayaram wrth Dr Green y bu cynnydd mewn marwolaethau newyddenedigol annisgwyl ac anesboniadwy. Esboniodd hefyd fod Letby naill ai'n gofalu am y babanod neu'n bresennol adeg y marwolaethau ac nad oedd dim byd o ran ymarfer clinigol, cyfarpar na'r amgylchedd a oedd yn berthnasol i'r marwolaethau.
- 3.128 Yn ei dystiolaeth am y broses cwyn cyflogaeth, nododd Dr Brearey yn gywir ei bod yn ymddangos bod y meddygon ymgynghorol a gododd bryderon am Letby *“yn troi'n naratif yn ein herbyn ni yn hytrach na chanolbwyntio ar achos y marwolaethau”*. Fel y nododd: *“Roeddem yn rhan o weithdrefn cwyn cyflogaeth lle gwnaethpwyd i ni deimlo fel mai ni oedd ar brawf.”*
- 3.129 Cynigiodd Dr Brearey anfon yr Adolygiad Thematig at Dr Green, a oedd yn nodi'r pryderon ynghylch y marwolaethau annisgwyl. Ni dderbyniodd Dr Green gynnig Dr Brearey. Yn rhyfedd, o ystyried y canfyddiadau a'r argymhellion y byddai'n eu gwneud, ni wnaeth Dr Green ychwaith holi Dr Brearey na Dr Jayaram am yr iaith y dywedwyd iddynt ei defnyddio am Letby na ph'un a oeddent yn credu'n onest yn eu pryderon.
- 3.130 Lluniodd Dr Green adroddiad drafft ar yr ymchwiliad ar 12 Tachwedd 2016, a fersiwn derfynol ar 22 Tachwedd 2016. Roedd ei ganfyddiadau'n cynnwys y ffaith nad oedd yr Ymddiriedolaeth wedi bod yn agored ac yn onest gyda Letby ynghylch natur cyhuddiadau'r meddygon ymgynghorol. Daeth i'r casgliad hefyd nad oedd pryderon y meddygon ymgynghorol yn glir, yn onest nac yn wrthrychol. Mynegodd Dr Green edifeirwch arbennig ynghylch y canfyddiad hwn yng ngwrandawriad yr Ymchwiliad.
- 3.131 Gwnaeth Dr Green argymhellion a oedd yn cynnwys rhoi cyfle i Letby ddychwelyd i'r uned newyddenedigol yn ei rôl barhaol, a bod hyn yn cael ei reoli ar y cyd â'r adroddiadau terfynol a gomisiynwyd gan yr Ymddiriedolaeth. Ymhellach, argymhellodd y dylai'r Ymddiriedolaeth gymryd camau i ymchwilio i ymddygiad Dr Brearey a Dr Jayaram yn unol â pholisi disgyblu'r Ymddiriedolaeth. Daeth Dr Green i'r casgliad hefyd y dylai'r Tîm Gweithredol fod wedi gwneud mwy i gyfathrebu â Letby ac y gallent fod wedi bod yn fwy agored a gonest ynglŷn â pham y cafodd ei hadleoli, gan nodi, fodd bynnag, bod eu bwriadau *“wedi'u cyfeirio'n gadarnhaol”*.
- 3.132 Yn dilyn adroddiad Dr Green ar yr ymchwiliad, clywodd Ms Weatherley y gŵyn cyflogaeth ar 1 Rhagfyr 2016. Yn ei llythyr canlyniad yn dilyn y gwrandawriad, dilynodd a dyfynnodd Ms Weatherley yn helaeth o adroddiad Dr Green. Canfu, ar ôl edrych ar y rotas, y gallai Letby fod wedi ymarfer dan oruchwyliaeth wedi'r cyfan. Nid yw'n glir sut y daeth i'r casgliad hwnnw ond os yw'n gywir nid yw'n rhywbeth a rannwyd gyda'r pediatregwyr na'r rheolwyr nyrsio ar y pryd, gan eu bod nhw i gyd o dan yr argraff na ellid darparu goruchwyliaeth. Daeth Ms Weatherley i'r casgliad yn gyntaf y dylai'r Prif Weithredwr a chynrychiolydd Anweithredol ymddiheuro i Letby yng ngŵydd ei rhieni. Yn ail, yn amodol ar unrhyw ganfyddiad i'r gwrthwyneb yn adroddiad terfynol yr RCPCH, canfu Ms Weatherley nad oedd gan Letby achos i'w ateb. Nid oedd Ms Weatherley wedi gweld adroddiad yr RCPCH ac felly nid oedd yn ymwybodol nad oedd wedi'i gyfeirio at y cwestiwn a oedd gan Letby achos i'w ateb ai peidio. Adroddiad am wasanaethau ydoedd, nid ymddygiad unigolyn.
- 3.133 Yn olaf, dyfarnodd Ms Weatherley y dylai Dr Brearey a Dr Jayaram gyfryngu gyda Letby a rhoi ymddiheuriad iddi. Byddai methu gwneud hynny yn arwain at gamau disgyblu.

- 3.134 Darllenodd Ms Weatherley y papurau yn rhy gyflym o lawer, lluniodd farn cyn iddi ddechrau'r gwrandawriad a chaniataodd i Ms Appleton-Cairns o'r adran adnoddau dynol, a'r swyddogion gweithredol yn eu tro, gymryd rhan yn y broses o wneud penderfyniadau a drafftio ei hadroddiad. Cymeradwyodd ganfyddiadau'r ymchwilydd heb gwestiwn. Yna gwnaeth argymhellion ynghylch yr hyn y dylai'r meddygon ei wneud a oedd yn anghyfiawn, yn annheg ac yn sarhaus. Mae'r ffaith ei bod wedi argymhell camau disgyblu pe byddent yn gwrthod cydymffurfio â'i hargymhellion yn dangos yn glir nad oedd wedi ystyried y Polisi Siarad yn Ddiogel. Roedd y meddygon ymgynghorol i gael eu gorfodi i ymddiheuro pan nad oedd ganddynt ddim i ymddiheuro amdano, ac roedd yn ofynnol iddynt gyfryngu. Roedd y ffordd y cafodd y gŵyn cyflogaeth a'i chanlyniadau eu trin yn warthus.
- 3.135 Ar 22 Rhagfyr 2016, yn unol ag argymhelliad Ms Weatherley, cynhaliwyd cyfarfod gyda Letby a'i rhieni, Mr a Mrs Letby, yn ogystal â Ms Hayley Cooper, Ms Rees, Mr Chambers, Mr Harvey, Ms Kelly a Ms Hodgkinson.
- 3.136 Yn y cyfarfod hwn, gwnaeth Mr Chambers yr ymrwymiad cwbl amhriodol i ddychwelyd Letby i weithio ar yr uned, gan wybod yn iawn nad oedd ymchwiliad manwl wedi'i gynnal i'r honiadau yn erbyn Letby. Ni lwyddodd Mr Harvey, a oedd yn bresennol yn y cyfarfod, i ddweud bod gan y meddygon ymgynghorol bryderon gwirioneddol am Letby.
- 3.137 Mae nodiadau'r cyfarfod hwn, a'r ffaith iddo ddigwydd hyd yn oed, yn dangos pa mor bell yr oedd yr ysbyty wedi gwyro oddi ar y llwybr cywir o ymateb yn gyfrifol ac yn brydlon i bryderon difrifol a godwyd gan feddygon ymgynghorol ynghylch diogelwch cleifion.

## Y crwneriaid

- 3.138 Roedd Uwch-grwner Swydd Gaer, Mr Rheinberg, yn ymwybodol o'r cynnydd yn nifer y marwolaethau ar yr uned newyddenedigol yn 2015 a 2016 gan fod yr holl farwolaethau wedi'u cyfeirio at ei swyddfa. Ni chynhaliwyd post-mortem ar gyfer Babi E. Caewyd y cwest i farwolaeth Babi C ar ôl i'r adroddiad post-mortem ddod i law. Gohiriwyd cwest Babi D yn 2017 ac fe'i ail-agorwyd ym mis Chwefror 2026 a'i ohirio eto. Agorwyd a gohiriwyd cwestau ar gyfer Babi I, Babi O a Babi P. Maen nhw hefyd wedi cael eu hailagor a'u gohirio eto.
- 3.139 Agorwyd y cwest i farwolaeth Babi A ar 23 Rhagfyr 2015, yn fuan ar ôl i'r adroddiad post-mortem ddod i law. Darllenodd mam Babi A yr adroddiad ac ysgrifennodd at swyddfa'r crwner ym mis Ionawr 2016. Anfonwyd yr e-bost ymlaen at Dr Jayaram, a roddodd ateb pwynt wrth bwynt i'w chwestiynau gydag esboniadau am bopeth a oedd wedi'i wneud. Ni chynhaliwyd gwrandawriad y cwest tan fis Hydref 2016 oherwydd oedi gan yr ysbyty wrth ddarparu gwybodaeth. Roedd Mr Rheinberg wedi awgrymu y dylai'r ysbyty gwblhau adroddiad Digwyddiad Anffafriol Difrifol. Roedd Mr Harvey o'r farn y byddai'r Adolygiad Thematig yn gyfwerth ag adroddiad o'r fath.
- 3.140 Bu farw Babi O a Babi P ym mis Mehefin 2016. Dywedodd Mr Rheinberg mai ar ôl y marwolaethau hyn y dechreuodd bryderu ynghylch marwolaethau babanod newyddenedigol yn yr ysbyty. Erbyn hyn, roedd wedi cael gwybod am y marwolaethau yn ystod 2015 ac yn ystod 2016.

- 3.141 Siaradodd Mr Cross â'r Crwner Cynorthwyol, Mr Alan Moore, ddechrau mis Gorffennaf, i hysbysu swyddfa'r crwner bod yr RCPCH yn cael ei gomisiynu i baratoi adroddiad a fyddai'n cael ei anfon at Mr Rheinberg ar ôl ei gwblhau.
- 3.142 Tystiolaeth ysgrifenedig Mr Cross oedd iddo ddweud wrth Mr Moore am bopeth yr oedd yn ymwybodol ohono ar y pryd, gan gynnwys yr amheuan yn ymwneud â Letby. Gwadodd Mr Moore hynny. O ystyried tystiolaeth arall am sgysiau eraill ar y pryd, rwyf wedi canfod na chafodd y pryderon ynghylch Letby eu crybwyll yn yr alwad hon. Roedd hyn yn gyfystyr â thorri'r ddyletswydd gonestrwydd sy'n ddyledus i'r crwner gan yr ysbyty.
- 3.143 Ym mis Awst, hysbysodd Mr Cross gyfarfod o'r Tîm Gweithredol fod y crwner yn awyddus i gael datganiadau mewn perthynas â'r cwest i Fabi A. Nododd gam gweithredu i "*baratoi bwndel* [datganiad] *ar gyfer AK/IH*". Nid oes gan Ms Kelly na Mr Harvey unrhyw atgof o hyn ond darparwyd datganiadau pellach gan feddygon iau i'r crwner ar ei gais ac ar 19 Awst anfonwyd yr adolygiad eilaidd obstetreg ar Fabi A a fersiwn o'r Adolygiad Thematig (gyda marwolaethau babanod heblaw Babi A wedi'u hepgor) at y crwner. Parhaodd y themâu. Anfonwyd tudalen gyntaf crynodeb achosion Dr Brearey dyddiedig 1 Gorffennaf 2015, yn ymwneud â Babi A yn unig, ar y dyddiad hwnnw hefyd. Anfonodd swyddfa'r crwner yr un dudalen honno at gyfreithwyr rhieni Babi A ar 28 Medi 2016. Nododd rhieni Babi A eu bod yn hynod siomedig ynghylch y ddogfen a gwnaethant ofyn am ohiriad oni fyddai adroddiad mwy llawn yn dod i law erbyn 3 Hydref 2016. Gwrthododd Mr Rheinberg ohirio'r cwest. Dywedodd nad oedd ganddo unrhyw bŵer i orchymyn i ysbyty gynnal ymchwiliad heb sôn am roi cyfarwyddiadau ynghylch natur a graddau unrhyw ymchwiliad a gynhaliwyd. Ni chyfeiriodd at yr Adolygiad Thematig, a dderbyniwyd gan ei swyddfa ar 19 Awst.
- 3.144 Roedd Mr Rheinberg "*bron yn siŵr*" nad oedd yr Adolygiad Thematig o'i flaen yn y cwest. Dylai fod yno. Dylai fod wedi cael ei anfon at gyfreithwyr rhieni Babi A. Pe bai hynny wedi'i wneud, byddai'r cyfreithwyr wedi bod mewn sefyllfa i'w ddarllen ac archwilio'r themâu a nodwyd. Roedd hwn yn fethiant sylweddol gan swyddfa'r crwner – nid yr ysbyty, y tro hwn.
- 3.145 Cynhaliwyd gwrandawriad y cwest ar gyfer Babi A ar 10 Hydref 2016. Rhoddodd Mr Cross gyfarwyddyd i Mr Louis Browne CB gynrychioli'r ysbyty. Cafodd Mr Browne CB gynhadledd gyda Mr Joshua Swash, gweithiwr yn adran gyfreithiol yr ysbyty, a dau feddyg iau ar 27 Medi. Fel y nodwyd gan Mr Swash, cyfeiriwyd at nyrs yn y gynhadledd. Dywedodd Mr Browne CB: "*Mae'n debyg y dywedwyd ei bod yn ymddangos bod nyrs ... ar ddyletswydd ar adeg rhai o'r marwolaethau hyn.*" Gofynnodd i Mr Swash wirio a oedd y nyrs ar ddyletswydd adeg marwolaeth Babi A. Os felly, dylid datgelu'r ffaith honno. Mae hyn i gyd yn nodyn Mr Swash o'r cyfarfod. Roedd Letby ar ddyletswydd ond ni ddatgelwyd y ffaith honno erioed i gyfreithwyr Babi A, ac ni chafodd ei datgelu i'r crwner, fel y dylai fod wedi digwydd. Ymddiriedodd Mr Browne CB yn Mr Cross i wneud fel y gofynnwyd iddo, fel yr oedd bob amser wedi gwneud yn y gorffennol. Yn ei gyflwyniadau cloi derbyniodd Ysbyty Iarlles Caer fod hyn yn fethiant o ran gonestrwydd gan yr ysbyty. Mr Cross oedd yn gyfrifol am hyn, mewn gwirionedd. O ganlyniad, cafodd y wybodaeth bwysig hon ei dal yn ôl rhag cyfreithwyr rhieni Babi A. Roedd hyn, fel y derbyniodd Ysbyty Iarlles Caer, yn fethiant difrifol.

- 3.146 Roedd yr ysbyty wedi darparu dogfen i'r holl feddygon o'r enw 'Guidance on Writing Statements'. Mae rhan o'r canllawiau yn dderbyniol. Mae'r ail ran yn annerbyniol. Mae'n cynghori'r meddyg sy'n ysgrifennu'r datganiad "*i osgoi beirniadaeth o gydweithwyr/adrannau eraill*" ac i osgoi "*rhoi barn*" ond yn hytrach "*i lynu wrth ffeithiau yn unig*". Nid yw canllawiau o'r fath yn gyson â gonestrwydd ac ni ddylid bod wedi'u rhoi.
- 3.147 Mewn cynhadledd ffôn ar 6 Hydref, gyda Mr Cross, Mr Swash, Dr Jayaram, Dr Saladi, Dr Harkness a Dr Teresa MacCarrick (meddyg iau), cymerodd Mr Swash nodyn. Cofnododd: "*Hyd heddiw, dyw Ravi [Jayaram] ddim yn gwybod pam ddigwyddodd hyn. Mewn 27 mlynedd o weithio ym maes pediatreg, erioed wedi gweld sefyllfa fel hon.*"
- 3.148 O dan y pennawd 'Dr Saladi', mae'r nodyn yn cofnodi:
- "- Os yw adolygiad y tu allan i gylch gwaith eich gwybodaeth, yna dywedwch hynny. Peidiwch â dweud dim byd oni bai eich bod chi'n gwybod. MAE'R ADOLYGIAD YN MYND RHAGDDO [priflythrennau yn y gwreiddiol]."
- 3.149 Ni allai Mr Browne CB ddeall pam nad oedd neb yn yr ysbyty wedi dweud wrtho fod y meddygon ymgynghorol yn pryderu bod Letby wedi lladd Babi A. Dywedodd y byddai hefyd wedi dymuno bod wedi cael gwybod am yr afliwio ar gorff y babi.
- 3.150 Ar 6 Hydref, dywedodd Mr Cross wrth Mr Rheinberg fod yr ysbyty yn aros am adroddiad yr RCPCH a bod y tîm adolygu "*yn gwbl fodlon ... ac ni chodwyd unrhyw bryderon*"; fodd bynnag, roeddent wedi argymhell y dylid cynnal adolygiad nodiadau achos manwl a oedd, meddai, yn mynd rhagddo. Ni hysbysodd Mr Rheinberg fod Letby wedi cael ei symud oddi ar yr uned ym mis Gorffennaf, nac ychwaith fod yr RCPCH wedi argymhell proses adnoddau dynol i ymchwilio i'r nyrs.
- 3.151 Gwybodaeth arall a ddylai fod wedi'i darparu ond na chafodd ei darparu i'r crwner (na'r rhieni) oedd y llythyr cyfarwyddyd at Dr Hawdon a'r ffaith bod pryderon yn yr ysbyty y gallai nyrs fod yn niweidio babanod yn fwriadol.
- 3.152 Roedd Dr Jayaram yn deall, yn rhesymol, fod y crwner yn ymwybodol o'r adolygiadau manwl a oedd yn mynd rhagddynt a'i fod yn ymwybodol o'r pryderon a oedd gan y meddygon ymgynghorol. Yn nhystiolaeth ysgrifenedig Mr Cross, nad wyf yn ei derbyn, nododd ei fod wedi briffio'r crwner yn llawn am y pryderon. Mae'n debygol iddo ddweud yr un peth wrth y meddygon ymgynghorol.
- 3.153 Ffocws y gwrandawriad ar 10 Hydref oedd y llinell hir a ph'un a oedd cysylltiad rhyngddi a marwolaeth Babi A. Yn ogystal â'i adroddiad post-mortem, rhoddodd Dr Shukla dystiolaeth yn cadarnhau ei farn nad oedd "*wedi dod o hyd i unrhyw beth i awgrymu clefyd naturiol ond wedyn nid oedd unrhyw dystiolaeth bod unrhyw beth annaturiol wedi digwydd chwaith*" ac "*y byddai'n anodd iawn iddo ddod i'r casgliad mai achosion naturiol oeddent siŵr o fod am nad oedd tystiolaeth y naill ffordd na'r llall*".
- 3.154 Galwyd Dr Jayaram yn ôl er mwyn rhoi rhywfaint o wybodaeth bediatrig. Dywedodd mewn tystiolaeth y gellir adfywio babanod newydd-anedig fel arfer. Cadarnhaodd y cafwyd achosion tebyg o fabanod newydd-anedig yn marw mewn amgylchiadau tebyg ar yr uned nad oeddent wedi gallu eu hesbonio. Cadarnhaodd fod yr uned wedi'i hisraddio ac y gofynnwyd am adolygiad annibynnol, ond yr adborth o hyn oedd na ellid dod o hyd i unrhyw beth oedd o'i le ag unrhyw ran o'r hyfforddiant, unrhyw ymarfer nac

unrhyw gyfarpar. Nodwyd hefyd fod Dr Jayaram wedi dweud “*mae problem bosibl gyda staffio*”. Roedd y cyfeiriad at ‘staffio’ yn gyfeiriad at Letby. Defnyddiwyd yr un gair mewn negeseuon e-bost rhwng Dr Brearey, Ms Kelly a Ms Rees ar 4 Mai 2016.

- 3.155 Disgrifiodd Dr Jayaram yr hyn yr oedd yn ei wneud fel ‘taflu briwsion bara’. Mae ôl-ddoethineb yn ei gwneud hi’n glir iawn mai dyna yr oedd yn ei wneud, gan ei fod yn credu bod y crwner yn ymwybodol o’r holl farwolaethau, ac yn deall bod pryderon y meddygon ymgynghorol “*yn cael eu hystyried gan y Crwneriaid*” – fel y dylent fod wedi bod. Yn amlwg, roedd wedi treulio blynyddoedd yn meddwl am sawl agwedd ar y digwyddiad hwn, gan gynnwys ei dystiolaeth i’r crwner: “*Doedd gen i ddim y dewrder i’w ddweud ac rwy’n credu bod rhan o hyn ... eisoes ... wedi’i ddylanwadu gan y ... gwrthwynebiad yr oeddem yn ei gael, ‘Does dim byd i’w weld yma’ ac ... rwy’n difaru peidio â dweud hynny’n benodol ... ar sawl lefel oherwydd dylai fod wedi cael ei ddweud.*” Dywedodd Dr Saladi: “[Fi] Pe bai’r crwner wedi gofyn i mi, mae’n debyg y byddwn i wedi dweud. Ond gan na ofynnwyd amdano, am nad oeddwn i’n gwybod yw beth oedd yn cael ei ddyfalu ar y cam hwnnw.” Credai hefyd, yn rhesymol, fod y crwner yn ymwybodol o’r marwolaethau, gan fod y marwolaethau wedi’u cyfeirio at y crwner. Dywedodd Mr Rheinberg, pe byddai’r pryderon wedi dod i’r amlwg yn y cwest, a thrwy hynny mae’n rhaid ei fod yn golygu pe baent wedi cael eu hegluro’n fanwl, na fyddai “*wedi mynd ymhellach, ac mae’n debyg y byddai wedi ceisio cynnwys yr heddlu*”.
- 3.156 Daeth y cwest i ben gyda chasgliad naratif: “*Ni ellir pennu beth achosodd dirywiad Plentyn A a’i farwolaeth wedi hynny, ac ni ellir pennu ymhellach a oedd hyn oherwydd digwyddiad naturiol neu annaturiol.*”
- 3.157 Gellir dysgu am y dull sylfaenol gan y swyddogion gweithredol o gofnod llyfr nodiadau Mr Cross: “*Dyfarniad Naratif ‘Heb ei Ganfod’ Dim sylwadau negyddol Dim y wasg.*” Cofnododd Mr Cross i Ms Kelly gael ei briffio i’r un perwyl. Fe’u hysbyswyd nad oedd y wasg yn bresennol. Dyna oedd yn bwysig. Nid oedd unrhyw gyfeiriad at bryderon i rieni Babi A na’r ffaith bod y farwolaeth yn dal heb ei hesbonio. Roedd y ffaith nad oedd y wasg yn bresennol yn golygu dim niwed i enw da’r ysbyty.
- 3.158 Fwy na thri mis yn ddiweddarach, ar 8 Chwefror 2017, pan gyhoeddwyd adroddiad yr RCPCH, cyfarfu Mr Rheinberg â Mr Harvey a Mr Cross. Mae nodyn Mr Cross yn cofnodi Mr Rheinberg yn gofyn a oedd unrhyw beth wedi dod allan o’r ymchwiliadau. Mae ateb Mr Harvey wedi’i gofnodi fel a ganlyn: “*Nid oes thema wedi dod i’r amlwg.*” Dywedodd Mr Cross yn ei ddatganiad tyst fod Mr Harvey “*wedi briffio’r Crwner yn llawn ar faterion y babanod newydd-anedig hyd yn hyn*”. Nid yw’r hyn yr oedd hynny’n ei olygu wedi’i gynnwys yn y datganiad.
- 3.159 Ar 10 Chwefror, anfonodd y pediatregwyr ymgynghorol lythyr at Mr Chambers, gyda chopi at Mr Harvey. Am resymau a nodwyd yn fanwl, roedd y llythyr yn gofyn i Mr Chambers ofyn ar frys i’r Crwner gynnal ymchwiliad llawn i’r holl farwolaethau a phyliau annisgwyl o ddirywio a ddigwyddodd yn yr uned newyddenedigol rhwng mis Mehefin 2015 a mis Gorffennaf 2016. Roedd hyn am nad oeddent wedi cael sicrwydd “*y gall achosion naturiol esbonio’r holl farwolaethau a’r pyliau hyn o ddirywio*”. Mewn cyfarfod o’r swyddogion gweithredol ar 14 Chwefror, ystyriwyd bod y meddygon ymgynghorol “*wedi cymryd cam yn ôl*” a bod eu safbwynt yn “*fwy cadarn*” o ran achosion annaturiol. Roedd Mr Harvey yn “*meddwl tybed beth roedden nhw’n ei gynllwynio*”. Yn ei dystiolaeth, eglurodd fod ganddo “*rywfaint o rwystredigaeth*” gyda’r meddygon ymgynghorol.

- 3.160 Y diwrnod canlynol, cyfarfu Mr Harvey a Mr Cross â Mr Moore a Mr Rheinberg. Daethant â llythyr eglurhaol dyddiedig 15 Chwefror 2017, y llythyr gan y pediatregwyr ymgynghorol at Mr Chambers dyddiedig 10 Chwefror, y rhannau o adroddiad yr RCPCH a oedd wedi'u hepgor o'r un a ddarparwyd yn flaenorol i'r crwner ac adroddiad Dr Hawdon. Trosglwyddwyd y dogfennau i Mr Rheinberg. Yn ei dystiolaeth, dywedodd Mr Rheinberg nad oedd yn cofio'r cyfarfod ond ei fod wedi gwneud nodyn. Mae'r nodyn yn cofnodi y bu trafodaeth ynghylch cais y meddygon ymgynghorol i'r crwner gynnal ymchwiliad i'r marwolaethau a'r pyliau o ddirywio'n annisgwyl. Dywedodd Mr Rheinberg iddo egluro nad oedd ganddo awdurdodaeth i gynnal adolygiad cyffredinol, dim ond i gynnal cwest i farwolaeth benodol. Mae hynny'n gywir yn ddi-os ond mae sefyllfaoedd lle gellir ailagor cwest neu gwestau o dan adran 13 o Ddeddf Crwneriaid 1988. Mae'r ffaith na ddigwyddodd hyn i Mr Rheinberg yn cefnogi fy nghasgliad na ddywedwyd unrhyw beth wrtho am bryderon y meddygon ymgynghorol ynghylch rhan nyrs yn y marwolaethau. Dyna oedd ei dystiolaeth gadarn. Roedd tystiolaeth Mr Harvey yr un mor gadarn i'r perwyl arall a dywedodd datganiad Mr Cross fod Mr Harvey "*wedi briffio'r Crwner yn llawn ar bob mater*". Mae'n hynod debygol, pe bai Mr Rheinberg wedi cael gwybod am y pryderon am y nyrs yn y cyfarfod, y byddai wedi ysgrifennu hyn i lawr ac, fel y dywedodd, y byddai wedi cysylltu â'r heddlu.
- 3.161 Dywedodd Mr Rheinberg nad oedd wedi gweld y tudalennau o'r adroddiad cyfrinachol (heb eu hepgor) nes iddynt gael eu hanfon gan yr Ymchwiliad ond ei fod yn derbyn iddynt gael eu rhoi iddo a'i bod yn bosibl bod Mr Cross a Mr Harvey wedi disgwyl iddo eu darllen. Ni ddarllenodd unrhyw un o'r dogfennau ar ôl y cyfarfod, ac ni throsglwyddodd y dogfennau hynny i Mr Moore, a oedd ar fin cymryd yr awenau fel crwner. Cofnodwyd cyfraniad Mr Moore i'r cyfarfod fel, "*gofynnodd AGM [Mr Moore] beth oedd y clinigwyr yn gobeithio ei gyflawni drwy geisio Cwestau ac a oedd cymhellion enw da [o ran] y ffaith na chafwyd hawl i 'apelio' yn erbyn canfyddiadau'r Coleg Brenhinol*" – nad oedd Mr Moore wedi'u gweld ar y cam hwnnw. Efallai mai'r ateb i'w gwestiwn oedd 'am eu bod yn pryderu am weithredoedd nyrs', ond roedd Mr Moore mor gadarn â Mr Rheinberg yn ei dystiolaeth na ddywedwyd dim am y nyrs. Nodaf na ddywedodd Mr Harvey na Mr Cross ddim byd tebyg i hynny. Roedd y sgwrs hon yn wythnosau olaf cyfnod Mr Rheinberg fel crwner. Roedd yn delio â llawer o achosion ac yn amlwg yn ceisio cwblhau cymaint o waith â phosibl. O ganlyniad, byddai tri mis arall yn mynd heibio cyn cysylltu â'r heddlu.

## GIG Lloegr ac Ysbyty Iarlles Caer

- 3.162 Roedd NHS Improvement (a'i ragflaenydd, Monitor) yn ystyried bod Ysbyty Iarlles Caer yn sefydliad â pherfformiad uchel. Mae hynny am nad oedd perfformiad hunan-adroddedig Ysbyty Iarlles Caer i Monitor yn awgrymu ei fod yn eithriad, ac roedd prif ffocws NHS Improvement ar reolaeth ariannol. Roedd yn dibynnu ar gomisiynwyr y Comisiwn Ansawdd Gofal a GIG Lloegr i asesu ansawdd a diogelwch.
- 3.163 Roedd Rhwydwaith Cyflenwi Gweithredol Newyddenedigol Gogledd-orllewin Lloegr yn gwybod am y marwolaethau yn uned newyddenedigol Ysbyty Iarlles Caer. Crybwyllwyd tair marwolaeth yn y cyfarfod ar 16 Medi 2015. Trafodwyd marwolaeth Babi E ar 12 Tachwedd 2015; nodwyd marwolaeth Babi I yng nghofnodion y cyfarfod ar 21 Ionawr 2016.

- 3.164 Dywedodd tystion GIG Lloegr nad oeddent yn ymwybodol o'r pryderon ynghylch marwolaethau newyddenedigol yn Ysbyty Iarlles Caer tan ar ôl marwolaethau Babi O a Babi P. Cafodd marwolaethau Babi O a Babi P eu cofnodi ar StEIS ar y dyddiau y buont farw. Mewn cyfarfodydd dilynol, ac mewn gohebiaeth ar ddechrau mis Gorffennaf rhwng sefydliadau o fewn GIG Lloegr ac uwch-aelodau o staff o fewn yr Ymddiriedolaeth, gan gynnwys Ms Kelly, crybwyllwyd "yr heddlu" a "diogelu". Ni chrybwyllwyd pryderon y meddygon ymgynghorol y gallai niwed bwriadol fod wedi'i achosi. Ni wnaed unrhyw atgyfeiriad diogelu nac atgyfeiriad i'r heddlu.
- 3.165 Pan gafodd yr uned newyddenedigol ei hisraddio i Lefel 1 ar 7 Gorffennaf 2016, cofnododd yr adroddiad Digwyddiad Difrifol ar StEIS y rheswm fel "*cynnydd yng nghyfraddau marwolaethau newyddenedigol ar gyfer 2015 a 2016*". Ni chrybwyllwyd cysylltiad aelod o staff â'r marwolaethau hynny.
- 3.166 Cynhaliwyd cyfarfod ar 7 Gorffennaf 2016. Yn bresennol roedd Mr Harvey, Ms Kelly, Ms Townsend a Ms Millward o Ysbyty Iarlles Caer. Yn bresennol o blith comisiynwyr GIG Lloegr roedd Ms Paula Wedd (Cyfarwyddwr, Ansawdd a Diogelu, Grŵp Comisiynu Clinigol (CCG) GIG Gorllewin Swydd Gaer), Ms Lisa Cooper (Dirprwy Gyfarwyddwr Ansawdd a Diogelu, Swydd Gaer a Glannau Mersi) a Ms Sue McGorry (Arweinydd Ansawdd, Hwb Gogledd-orllewin Lloegr, Comisiynu Arbenigol, GIG Lloegr). Mae'n drueni na wnaeth yr un o'r rhai a oedd yn bresennol o Ysbyty Iarlles Caer hyd yn oed sôn am y pryderon a godwyd gan y meddygon ymgynghorol. Trafodwyd nifer o faterion, yn ôl nodiadau Ms Kelly, gan orffen gyda chyfeiriad at y Ditectif Brif Uwch-arolygydd (DCS) Nigel Wenham (Cwnstabliaeth Swydd Gaer) a "Police Route". Y casgliad amlwg o'r nodiadau yw bod diogelu wedi'i drafod, gan gynnwys a ddylid cynnwys yr heddlu, ond na chymerwyd unrhyw gamau diogelu.
- 3.167 Ar 8 Gorffennaf 2016, siaradodd Ms Kelly â Ms Gill Frame, Cadeirydd Annibynnol, Bwrdd Diogelu Plant Lleol Gorllewin Swydd Gaer a Chaer, gan ei hysbysu bod yr uned wedi cael ei hisraddio. Unwaith eto, soniwyd am yr heddlu yn y sgwrs honno ond ni soniodd Ms Kelly am bryderon y meddygon ymgynghorol.
- 3.168 Dylai Mr Harvey a Ms Kelly fod wedi hysbysu GIG Lloegr a dylent fod wedi gwneud atgyfeiriad diogelu i'r Bwrdd Diogelu Plant Lleol ar y cam hwn. Roedd methiant Ms Kelly i wneud yr olaf yn arbennig o anarferol o ystyried ei rôl fel Arweinydd Gweithredol dros Ddiogelu yn yr ysbyty. Yng nghyfarfod cyntaf y Bwrdd Diogelu Plant Lleol yn dilyn marwolaethau Babi O a Babi P, ni thrafodwyd unrhyw faterion yn ymwneud ag Ysbyty Iarlles Caer.
- 3.169 Ar 12 Awst 2016, mynychodd Ms Kelly delegynhadledd gyda Mr Andrew Bibby, Cyfarwyddwr Rhanbarthol Cynorthwyol, Comisiynu Arbenigol (Gogledd Lloegr). Roedd cynrychiolwyr o dîm Swydd Gaer a Glannau Mersi GIG Lloegr a CCG Gorllewin Swydd Gaer GIG Lloegr yn bresennol. Rhoddodd Ms Kelly wybod am adroddiad yr RCPCH ac nad oedd dim byd arwyddocaol wedi'i ganfod yn ystod adolygiad mewnol yr Ymddiriedolaeth. Nid oedd yr honiad olaf wedi sôn am waith Dr Gibbs a Ms McGlade, na Ms Sian Williams a Ms Fogarty, a oedd wedi nodi, yn y drefn honno, chwe baban yr oedd rhywbeth annisgwyl neu anarferol wedi digwydd yn eu hachosion, a bod Letby ar ddyletswydd yn amlach na staff eraill pan oedd baban wedi marw neu wedi dirywio.

- 3.170 Ym mis Medi, gofynnodd comisiynwyr (dienw) o'r Adran Comisiynu Arbenigol (Gogledd-orllewin Lloegr) am gopi o adroddiad yr RCPCH. Ni chafodd ei ddarparu ond rhoddwyd gwybod i'r comisiynwyr am adolygiad fforensig Dr Hawdon. Ni chawsant lythyr Ms Eardley dyddiedig 5 Medi 2016. Ni chafodd ei ddarparu i GIG Lloegr nac i NHS Improvement ychwaith.
- 3.171 Ar 16 Rhagfyr 2016, ysgrifennodd Ms Kelly at Mr Bibby mewn ymateb i'w gais am adroddiad yr RCPCH, gan honni mai dim ond newydd dderbyn y copi terfynol cymeradwy yr oedd yr Ymddiriedolaeth. Nid oedd hyn yn wir, fel y gwyddai Ms Kelly. Roedd fersiwn derfynol adroddiad yr RCPCH wedi dod i law dair wythnos ynghynt. Sicrhaodd Ms Kelly Mr Bibby hefyd fod yr RCPCH wedi "*rhoi sicrwydd*" i Ysbyty Iarlles Caer "*nad oedd unrhyw gamau gweithredu na phryderon uniongyrchol*". Pan ysgrifennodd hyn, ceisiodd Ms Kelly gamarwain Mr Bibby. Dywedodd Ms Kelly ei fod yn "*benderfyniad ar y cyd gan y Swyddogion Gweithredol*" i beidio â rhoi adroddiad yr RCPCH i GIG Lloegr ar y pryd.
- 3.172 Nid oedd Mr Bibby yn synnu y gwrthodwyd darparu adroddiad yr RCPCH, ond roedd yn peri pryder iddo. Gofynnodd am gymorth gan NHS Improvement. Cynhaliwyd cyfarfod rhwng Mr Vince Connolly, Cyfarwyddwr Meddygol (Gogledd Lloegr), NHS Improvement, a Mr Harvey ar 3 Ionawr 2017. Roedd Mr Harvey yn gamarweiniol ynglŷn ag: i ba raddau y bu teuluoedd y babanod a fu farw yn rhan o adolygiadau'r sefydliad; i ba raddau yr oedd y CCG, Comisiynu Arbenigol a GIG Lloegr wedi cael gwybod am y materion. Dywedodd hefyd y bwriadwyd cwrdd â'r staff a rhieni'r babanod a fu farw, ar 10 Ionawr 2017. Ni chynhaliwyd y cyfarfod hwnnw.
- 3.173 Cyhoeddwyd erthygl gan y *Sunday Times* ar 3 Chwefror 2017. Roedd yn ymwneud ag adroddiad yr RCPCH. Ar yr un diwrnod, darparwyd copi o fersiwn lledaenu adroddiad yr RCPCH i GIG Lloegr.
- 3.174 Cynhaliwyd cyfarfod ar 27 Mawrth 2017. Yn bresennol roedd Dr Brearey, Dr Jayaram, Dr Subhedar, Ms Hodgkinson, Mr Chambers a Ms Julie McCabe, Cyfarwyddwr Rhwydwaith Cyflenwi Gweithredol Newyddenedigol Gogledd-orllewin Lloegr. Dysgodd Ms McCabe fod y meddygon ymgynghorol yn credu "*mai'r tebygolrwydd yw bod gweithgaredd anghyfreithlon wedi achosi'r marwolaethau*". Hysbysodd Mr Bibby y diwrnod canlynol am bryderon y meddygon ymgynghorol. Soniodd wrtho am ymchwiliad gan yr heddlu. Tystiolaeth Ms McCabe oedd ei bod hi'n credu, erbyn 27 Mawrth 2017, fod yr Ymddiriedolaeth wedi gwneud y penderfyniad i ffonio'r heddlu (rhywbeth a gadarnhaodd Mr Chambers mewn tystiolaeth).
- 3.175 Ymateb Mr Bibby oedd ei fod ar ddeall gan yr Ymddiriedolaeth bod y pediatregwyr "*wedi gweithredu'n annibynnol*". Cywirodd Ms McCabe ef am hyn ac, o ganlyniad, siaradodd Dr Michael Gregory, Cyfarwyddwr Clinigol, Comisiynu Arbenigol (Gogledd Lloegr), â Mr Harvey ar 29 Mawrth 2017. Mae anghytundeb rhyngddynt ynghylch beth yn union a ddywedwyd. Safbwynt Dr Gregory, a ategwyd gan ei e-bost dilynol, oedd bod Mr Harvey wedi gwrthod dweud beth oedd yn digwydd pan roddwyd pwysau arno.
- 3.176 Bythefnos yn ddiweddarach, aeth Dr Gregory ar ôl Mr Harvey, gan ofyn am y wybodaeth ddiweddaraf yn dilyn cyfarfod y Bwrdd ar 13 Ebrill 2017. Atebodd Mr Harvey i gynghori bod yr Ymddiriedolaeth yn bwriadu cysylltu â'r Panel Trosolwg Marwolaethau Plant (CDOP). Cafodd ymgais Dr Gregory i gael gafael ar adroddiad Dr Hawdon ar y cam

hwn ei wrthod gan Mr Harvey, a nododd, yn eironig, bryderon ynghylch cyfrinachedd cleifion. Ar y cam hwn, dywedodd Mr Robert Cornall, Cyfarwyddwr Rhanbarthol, Comisiynu Arbenigol (Gogledd Lloegr): “*Mae'r cyfan yn teimlo ychydig yn osgoilyd eto.*”

- 3.177 Erbyn diwedd mis Ebrill 2017, y safbwynt a gymerwyd gan Ms Margaret Kitching, Prif Nyrs Ranbarthol (Gogledd Lloegr), GIG Lloegr, oedd y dylid rhoi ychydig mwy o amser i'r Ymddiriedolaeth ymateb. Ar yr un diwrnod, cynigiwyd cyfarfod i Dr Gregory gan Mr Harvey, ond dim ond ar ôl i'r Ymddiriedolaeth “*gwblhau [ei] phroses*”. Arweiniodd hyn at fwy o negeseuon e-bost mewnol rhwng Dr Gregory a'i gydweithwyr a dynnodd sylw at yr oedi. Erbyn y cam hwn, roedd consensws yn datblygu o fewn tîm rhanbarthol GIG Lloegr bod angen i'r heddlu fod yn rhan o'r broses.
- 3.178 Fodd bynnag, dywedodd Ms Kitching mai galwad gyda Mr Chambers oedd y peth gorau. Gwnaeth yr alwad hon i Mr Chambers ar 27 Ebrill 2017, a dywedodd wrthi nad oedd unrhyw dystiolaeth i awgrymu unrhyw droseddoldeb nac achosion annaturiol. Safbwynt Mr Chambers yn yr alwad honno oedd mai dau feddyg ymgynghorol oedd y broblem. Pan arweiniodd hyn at y datgeliad bod y meddygon ymgynghorol hynny'n gwneud honiad yn erbyn aelod o staff, dywedodd Ms Kitching wrth Mr Chambers am ffonio'r heddlu.
- 3.179 Mewn cyfarfod dilynol rhwng Mr Harvey, Mr Cross, Ms Kitching a Mr Connolly yr un diwrnod, gwrthododd Mr Harvey yr awgrym na fu'n agored. Disgrifiodd y sefyllfa mewn perthynas â Letby (ond nid wrth ei henw) drwy ddweud “*y pennwyd*” nad oedd yn debygol bod ei chysylltiad â'r marwolaethau yn “*anarferol*”. Ni soniodd am bryderon y meddygon ymgynghorol ei bod yn achosi niwed bwriadol.
- 3.180 Yn dilyn yr ail gyfarfod gyda'r heddlu ar 12 Mai 2017, ysgrifennodd Mr Harvey at Ms Kitching i ddweud wrthi nad oedd yr heddlu'n bwriadu ymchwilio. Aeth ymlaen i ddweud, os na allai'r meddygon ymgynghorol ddangos tystiolaeth o weithgarwch troseddol, gan olygu na fyddai'r heddlu'n ymchwilio, y byddai angen delio â “materion diwylliant ac ati”. Dehonglodd Ms Kitching hyn fel bod yr Ymddiriedolaeth yn dal i ganolbwyntio ar y ffaith mai'r meddygon ymgynghorol oedd y broblem.
- 3.181 Ar y cyfan, roedd tystion o GIG Lloegr yn feirniadol iawn o ddull yr Ymddiriedolaeth o ddarparu gwybodaeth. Roedd Mr Chambers yn amwys ynghylch a ddylid bod wedi darparu mwy o wybodaeth. Er na ddylai gweithwyr GIG Lloegr fod wedi cytuno i oedi dro ar ôl tro a'u bod yn rhy barod i dderbyn sicrwydd, Mr Chambers, Mr Harvey a Ms Kelly sy'n bennaf gyfrifol am y methiant i sicrhau bod GIG Lloegr yn gwybod am y posibilrwydd bod niwed bwriadol yn cael ei achosi i fabanod.

## Cysylltu â'r heddlu

- 3.182 Dros ddiwedd mis Chwefror a dechrau mis Mawrth 2017, parhaodd y meddygon ymgynghorol, yn bennaf drwy Dr Brearey, i godi eu pryderon. Mewn cyfarfod ar 28 Chwefror, a fynychwyd gan Mr Harvey, Dr Brearey, Dr Jayaram, Dr Gibbs a Dr Subhedar (o'r Rhwydwaith Newyddenedigol), dywedodd y pediatregwyr wrth Mr Harvey na ellid esbonio'r cynnydd mewn marwolaethau newyddenedigol gan y ffactorau a grybwyllwyd yn adolygiad y Silver Command ym mis Gorffennaf 2016. Nododd Dr Subhedar fod gan unedau Lefel 2 eraill broblemau tebyg.

- 3.183 Esboniodd y meddygon ymgynghorol yn ysgrifenedig gyfyngiadau adolygiad yr RCPCH (sef, nad ymchwiliodd i achosion y marwolaethau na'r pyliau o ddirywio) ac adolygiad Dr Hawdon (sef, nad oedd yn amllddisgyblaethol) a'u bod wedi nodi pedwar achos arall yn ogystal â phedwar Dr Hawdon yr oeddent yn ystyried bod angen eu hadolygu ymhellach.
- 3.184 Roedd Mr Harvey yn ddiystyriol o'r meddygon ymgynghorol, gan gynnwys Dr Subhedar. Mae'n ymddangos nad oedd ganddo ddiddordeb mewn cael gwybod rhywbeth a oedd yn mynd yn groes i'w naratif dewisol. Roedd hyn yn amharchus o'r meddygon ymgynghorol ond hefyd yn ffôl gan nad oedd ganddo unrhyw arbenigedd mewn neonatoleg ac, mor ddiweddar â 14 Chwefror 2017, roedd wedi dysgu gan Dr Hawdon, mewn ateb i gwestiwn ganddo, fod "*dirywiad annisgwyl mewn babi sydd fel arall yn sefydlog yn brin*", gan ychwanegu y bu mwy o achosion na'r disgwyl. Ymddengys nad oedd hyn wedi gwneud unrhyw wahaniaeth i'w ymagwedd at y pediatregwyr yn Ysbyty Iarlles Caer.
- 3.185 Ar yr un pryd ag yr oeddent yn ceisio egluro eu pryderon, roedd Dr Brearey a Dr Jayaram dan bwysau i ymgymryd â phroses gyfryngu ar ôl y gŵyn. Ychwanegodd Mr Harvey at y pwysau hyn drwy sôn am atgyfeiriad at y Cyngor Meddygol Cyffredinol mewn e-bost at y ddau ohonynt, gan nodweddu eu cydweithrediad fel ffordd o amddiffyn rhag hynny. Gwnaethant barhau i geisio gwrthsefyll y pwysau hyn, gyda Dr Jayaram yn tynnu sylw at y ffaith ei fod yn amhriodol o ystyried nad oedd eu pryderon wedi'u datrys.
- 3.186 Ni allai Dr Brearey fod yn bresennol ar ddyddiad y cyfarfod cyfryngu cyntaf a gynigiwyd ddechrau mis Mawrth. Anfonodd Ms Rees e-bost anghymedrol amdano at Ms Kelly, Ms Hodgkinson, Mr Harvey, Ms Hayley Cooper a Letby.
- 3.187 Erbyn 13 Mawrth 2017, mewn ymateb i'r pwysau a oedd arno, gofynnodd Dr Jayaram am gyfarfod â Ms Hodgkinson, a gynhaliwyd ddau ddiwrnod yn ddiweddarach. Datgelodd Dr Jayaram ei atgofion o dri achlysur yr oedd ganddo bryderon penodol amdanynt. Dywedodd Ms Hodgkinson mewn tystiolaeth y dylid bod wedi cysylltu â'r heddlu ar yr adeg hon. Ni wnaeth hynny. Mae'n debygol mai'r rheswm dros hyn oedd nad oedd hi'n credu'n llwyr yr hyn a ddywedwyd wrthi a'i bod am weld a oedd unrhyw gefnogaeth i'w adroddiad.
- 3.188 Cyfarfu'r swyddogion gweithredol y diwrnod canlynol. Gwnaethant drafod yr hyn a ddywedodd Dr Jayaram a'i awgrym ar gyfer cyfarfod. Dywedodd Ms Hodgkinson wrth ei chydweithwyr fod Dr Jayaram yn teimlo ei fod wedi cael ei fwlio. Awgrymodd fod y gydberthynas rhwng y meddygon ymgynghorol a'r swyddogion gweithredol wedi chwalu. Roedd yr hyn a ddilynodd yn y cyfarfod yn dystiolaeth dda o hynny. Mae'r cofnodion yn cynnwys y cofnod cyntaf o Mr Chambers yn codi'r posibilrwydd o gysylltu â'r Cyngor Meddygol Cyffredinol. Ni allai Ms Kelly gredu datgeliad Dr Jayaram. Yn y cyfarfod, cynigiodd y dylai Letby fynd yn ôl i'r uned newyddenedigol.
- 3.189 Cyfarfu Mr Chambers, Mr Harvey a Ms Hodgkinson â Dr Brearey a Dr Jayaram ar 27 Mawrth 2017. Roedd Ms McCabe a Dr Subhedar hefyd yn bresennol. Erbyn hyn, ar ôl colli ffydd yn y swyddogion gweithredol, roedd Dr Jayaram wedi penderfynu bod yn glir. Darllenwyd e-bost gan Dr Michael McGuigan. Roedd yn bediatregydd ymgynghorol a ymunodd â'r Ymddiriedolaeth ar ddechrau 2017 ac nid oedd ganddo unrhyw ran yn unrhyw un o'r marwolaethau na'r pyliau o ddirywio. Mynegodd y farn mai'r unig ymchwiliad priodol fyddai un dan arweiniad yr heddlu. Dywedodd Dr Brearey yn

y cyfarfod hwn ei fod ef a Dr Jayaram wedi gofyn neu ddweud wrth Mr Chambers i gysylltu â'r heddlu. Ymateb Mr Chambers oedd tynnu sylw at y ffaith y dylai'r meddygon ffonio'r heddlu. Roedd hwn yn ddull annoeth gan Brif Weithredwr. Ef oedd yn gyfrifol. Serch hynny, erbyn diwedd y cyfarfod, fel y deallodd yr holl gyfranogwyr, ac fel y cytunodd Mr Chambers yn ei dystiolaeth, roedd wedi penderfynu y dylid cysylltu â'r heddlu.

- 3.190 Ni chysylltwyd â'r heddlu am beth amser. Yn lle hynny, cynhaliwyd mwy o gyfarfodydd eto, a oedd yn cynnwys amryw o swyddogion gweithredol a Syr Duncan Nichol. Gwnaethant drafod cysylltu â'r heddlu. Gwnaethant hefyd drafod dychweliad Letby i'r uned newyddenedigol, a oedd wedi'i drefnu ar gyfer 3 Ebrill 2017. Mewn cyfarfod ar 28 Mawrth 2017, cofnodwyd bod Ms Hodgkinson a Ms Kelly yn dal i feddwl y byddai Letby yn dychwelyd i'r uned newyddenedigol ar y dyddiad hwnnw (er gwaethaf barn Ms Hodgkinson ar 13 Mawrth).
- 3.191 Ddeuddydd yn ddiweddarach, siaradodd Ms Hodgkinson â Ms Slingo o DAC Beachcroft. Mae'n amlwg o gofnod y sgwrs honno fod y swyddogion gweithredol yn dal i ystyried rhoi gwybod i'r Cyngor Meddygol Cyffredinol am Dr Brearey a Dr Jayaram.
- 3.192 Tua'r un pryd, roedd y swyddogion gweithredol yn ystyried ceisio cyngor gan fargyfreithiwr troseddol profiadol, Mr Simon Medland CB, yr oedd Mr Cross wedi gweithio gydag ef yn y gorffennol. Erbyn 3 Ebrill 2017, lluniwyd dwy ddogfen arwyddocaol. Yn gyntaf, paratôdd Mr Cross ddogfen gyda'r pennawd 'Rhesymeg'. Roedd yn cynnwys hanes dethol o'r hyn a ddigwyddodd dros y flwyddyn flaenorol, gan agor gyda'r llinell nad oedd unrhyw dystiolaeth i gyfiawnhau ymchwiliad troseddol. Dywedodd, fodd bynnag, y byddai'r mater yn cael ei adrodd i'r heddlu. Mae'n darllen fel ymgais olaf i berswadio pobl nad oedd sail i bryderon y meddygon ymgynghorol.
- 3.193 Lluniwyd yr ail ddogfen gan Mr Harvey. Roedd yn dilyn trywydd tebyg ac roedd yn cynnwys datganiad trawiadol am ba mor agored y bu'r Ymddiriedolaeth. Nid oedd hynny'n wir.
- 3.194 Dywedodd Mr Medland CB wrth Mr Cross y dylai gynghori'r ysbyty. Cyfarfu â Syr Duncan, Mr Harvey, Mr Cross a Mr Chambers ar 4 Ebrill 2017. Erbyn diwedd y cyfarfod, roedd Mr Medland CB yn deall y gofynnwyd iddo roi cyngor ynghylch a oedd digon o dystiolaeth i gyfiawnhau adrodd i'r heddlu. Gofynnodd am gyfarfod gyda'r meddygon ymgynghorol.
- 3.195 Cynhaliwyd y cyfarfod hwnnw ar 12 Mai 2017. Yn y cyfarfod hwnnw, roedd yn amlwg bod gwahaniaeth mewn dealltwriaeth ynghylch pwrpas cyflogi Mr Medland CB. Yn groes i'w ddealltwriaeth ef, roedd y meddygon yn meddwl, gyda rheswm da, bod y penderfyniad i gysylltu â'r heddlu eisoes wedi'i wneud. Gwnaethant drafod Beverly Allitt a beth y gallai disgwyliadau'r heddlu fod. Cynghorodd Mr Medland CB y meddygon ymgynghorol i baratoi ddogfen yn nodi eu pwyntiau gorau. Gwnaethant hefyd godi'r posibilrwydd o drafodaeth breifat gyda DCS Wenham, a oedd yn aelod o'r CDOP.
- 3.196 Ar 13 Ebrill 2017, mynychodd Mr Medland CB gyfarfod Bwrdd Eithriadol. Ailadroddodd ei gyngor ynglŷn â chysylltu â DCS Wenham a chynghorodd y swyddogion gweithredol i weithio gyda'r meddygon ymgynghorol. Ni ddigwyddodd hynny. Cytunodd y cyfarfod y dylid gofyn i Dr Hawdon beth oedd hi'n ei olygu wrth "*adolygiad fforensig*". Roedd Syr Duncan yn cofio bod Mr Medland CB wedi cynghori "*na chanfuwyd unrhyw*

*dystiolaeth o -- o droseddoldeb*” ond “*os bydd digwyddiadau’n dal i fod heb eu hesbonio ac os bydd gan bobl dda eu meddwl bryderon o hyd, yna dylid galw’r heddlu*”. Dywedodd Syr Duncan y byddai wedi hoffi iddynt fod wedi cael y cyngor hwnnw ym mis Gorffennaf 2016.

- 3.197 Yr wythnos ganlynol, ar 20 Ebrill 2017, ffoniodd Mr Harvey Ms Hayley Frame, Cadeirydd Annibynnol CDOP Swydd Gaer. Ei hatgof hi oedd mai pwrpas yr alwad oedd codi pryder yr RCPCH nad oedd protocol SUDIC yn cael ei ddilyn bob amser. Nid oedd unrhyw gyfeiriad at yr heddlu yn yr alwad.
- 3.198 Wythnos yn ddiweddarach, ar 27 Ebrill 2017, cynhaliwyd cyfarfod. Yn bresennol roedd Ms Hayley Frame, DCS Wenham, Mr Harvey, Mr Cross, Dr Jayaram a Dr Holt. Ar ryw adeg, symudodd ffocws y cyfarfod i drafod rotas staff. Roedd ymateb uniongyrchol Ms Hayley Frame yn un o bryder difrifol. Daeth yn amlwg iddi nad oedd yr adolygiadau wedi eithrio niwed bwriadol. Safbwynt DCS Wenham yn y cyfarfod oedd mai mater i’r heddlu oedd hwn. Yn dilyn y cyfarfod, hysbysodd DCS Wenham Mr Harvey ei fod wedi briffio’r Prif Gwnstabl Cynorthwyol (ACC) Darren Martland o Gwnstabliaeth Swydd Gaer a bod angen rhai dogfennau.
- 3.199 Ar 2 Mai 2017, ar ôl cyfarfod Bwrdd Eithriadol, ysgrifennodd Mr Chambers at Brif Gwnstabl Cwnstabliaeth Swydd Gaer. Roedd y cais a wnaeth wedi’i eirio’n rhyfedd. Sef “*cynnal ymchwiliad fforensig i amgylchiadau’r marwolaethau gyda’r bwriad o eithrio achosion annaturiol*”. Nid yw’r heddlu yn cynnal ymchwiliad o’r fath. Roedd yr iaith yn gyffredin i’r hyn a ddefnyddiwyd gan Mr Chambers, a oedd wedi treulio bron i flwyddyn yn ceisio eithrio achosion annaturiol.
- 3.200 Cynhaliwyd dau gyfarfod rhwng uwch-swyddogion heddlu ar y naill law, a Mr Chambers, Mr Harvey a Mr Cross ar y llaw arall. Cynhaliwyd y cyfarfodydd hynny ar 5 a 12 Mai 2017. Yn y ddau gyfarfod, methodd Mr Chambers â nodi pryderon y meddygon ymgynghorol ar eu huchaf.
- 3.201 Yn yr ail gyfarfod, ar 12 Mai, trafodwyd dogfen a baratowyd gan y meddygon ymgynghorol ar 10 Mai 2017. Dyma’r un diwrnod â phan ysgrifennodd Mr Harvey at Ms Kitching yn nodi mai’r meddygon ymgynghorol oedd y broblem. Roedd Mr Chambers yn ddiystyriol o’r ddogfen. Disgrifiodd Mr Harvey y pryderon fel “*mater adnoddau dynol*”, gan adleisio dull yr RCPCH yn ei lythyr dyddiedig Medi 2016. Barn DCS Wenham am ddull Mr Chambers a Mr Harvey oedd ei fod “*wir fel bod drysau yn ceisio cael eu cau*”. Cytunwyd y byddai’r heddlu’n cwrdd â Dr Jayaram. Gadawyd y penderfyniad a fyddai’r heddlu’n ymchwilio ai peidio yn agored. Yn seiliedig ar yr hyn a ddywedodd ACC Martland yn y cyfarfod, roedd posibilrwydd realistig ar y cam hwnnw na fyddent yn gwneud hynny.
- 3.202 Aeth Mr Chambers yn ôl at Ysbyty Iarlles Caer ar ôl y cyfarfod gyda’r heddlu a chafodd gyfarfod wedi’i drefnu gyda Ms Hodgkinson. Yn y cyfarfod hwnnw, gwnaeth gynllun ar gyfer y meddygon ymgynghorol, a nodwyd gan Ms Hodgkinson, yn seiliedig ar ei obaith a’i ddisgwyliad na fyddai’r heddlu’n ymchwilio. Y cynllun oedd atgyfeirio Dr Brearey a Dr Jayaram at y Cyngor Meddygol Cyffredinol, i gymryd camau i’w hatal rhag gallu dibynnu ar y Polisi Siarad Allan yn Ddiogel ac, yn y pen draw, eu rheoli allan o’r ysbyty. Roedd ei gynllun yn gyson â’i ddull gweithredu drwy gydol yr 11 mis blaenorol, sef mai’r meddygon oedd y broblem. Roedd wedi colli pob gwrthrychedd.

- 3.203 Ar 15 Mai 2017, yn dilyn cyfarfod rhwng DCS Wenham, y Ditectif Arolygydd (DI) Paul Hughes, Dr Brearey, Dr Holt a Dr Jayaram, ffoniodd DCS Wenham y swyddogion gweithredol i'w hysbysu bod yr heddlu'n agor ymchwiliad. Yn y cyfarfod hwnnw, roedd y meddygon wedi nodi'r un pryderon ag yr oeddent wedi'u nodi 11 mis ynghynt pan wnaethant gyfarfod â'r swyddogion gweithredol.
- 3.204 Dylai'r heddlu fod wedi cael gwybod yn gynharach. Ni ddylai Ms Kelly a Mr Harvey fod wedi caniatáu i Mr Chambers eu perswadio yn erbyn hyn ar 29 Mehefin 2016, heb hyd yn oed geisio siarad o'i blaid. Bwriad Mr Chambers drwyddi draw oedd oedi neu rwystro ymchwiliad heddlu ac roedd wedi llwyddo am bron i flwyddyn.
- 3.205 Dros yr 11 mis o fis Mehefin 2016, roedd Mr Cross wedi codi amhariad posibl ymchwiliad heddlu fwy nag unwaith. Ni ddaeth dim am ei ddisgrifiad o'r canlyniadau posibl yn wir pan gysylltwyd â'r heddlu. Arhosodd yr uned ar agor, roedd yr heddlu'n ddisylw, a gwnaeth y meddygon a'r nyrsys eu gorau yn ddiwyd i gefnogi ymchwiliad yr heddlu ar ôl oriau gwaith a heb amharu ar ofal cleifion.
- 3.206 Clywodd yr Ymchwiliad dystiolaeth gan rieni nad oeddent wedi clywed dim am y pryderon a'r amheuon ynghylch Letby nes i'r heddlu gysylltu â nhw pan gafodd Letby ei harestio ym mis Gorffennaf 2018. Roedd yn anfaddeuol bod hyn wedi cael digwydd. I'r graddau yr oedd y swyddogion gweithredol wedi meddwl am y rhieni o gwbl, roeddent yn ystyried ei bod yn well peidio â dweud dim gan gredu na fyddai ymchwiliad yr heddlu yn arwain i unman. Dylai'r ysbyty fod wedi hysbysu'r rhieni cyn gynted ag y cafodd yr heddlu ei hysbysu. Roedd ganddynt hawl i gael gwybod.

## 2018

- 3.207 Ar 30 Ebrill 2018, cyfarfu'r wyth pediatregydd ymgynghorol â Mr Cross a Mr Harvey. Nid oedd cyfarfod wedi bod ers i'r heddlu gael eu cynnwys yn yr ysbyty flwyddyn ynghynt. Mewn llythyr a roddwyd yn y cyfarfod, nododd y meddygon ymgynghorol yn glir eu bod yn teimlo bod eu barn wedi cael ei thrin â dirmyg gan y Prif Weithredwr a rhai aelodau o'r Bwrdd. Ymgynghorodd Mr Chambers â Syr Duncan Nichol ynglŷn â'i ymateb. Yn ei ddrafft, roedd wedi cynnwys y canlynol: *"Mae ... wir eisiau i aelodau'r tîm newyddenedigol wybod ei fod ef a'r bwrdd cyfan a chydweithwyr ledled yr ymddiriedolaeth yn eu cefnogi ac yn eu parchu'n llwyr ac nad yw hyn erioed wedi newid.."* Nid oedd hyn yn adlewyrchu barn Mr Chambers o gwbl. Roedd wedi mynegi barn gwbl groes yn ei sgysiau gyda theulu Letby a gyda swyddogion gweithredol eraill mewn cyfarfodydd yn 2017. Ei nod oedd cael y meddygon ymgynghorol i ufuddhau neu eu symud allan.
- 3.208 Ymddeolodd Mr Harvey, fel y bwriadwyd ers amser maith, ym mis Awst 2018. Dechreuodd Dr Susan Gilby yn Ysbyty Iarlles Caer fel Cyfarwyddwr Meddygol ddechrau mis Awst, yn fuan ar ôl i Letby gael ei harestio. Disgrifiodd fod pobl yn yr ysbyty mewn sioc. Roedd dan yr argraff nad oedd pobl yn meddwl y byddai dim yn dod o'r mater. Dywedodd: "Roedd y ffocws yn parhau i fod ar y bobl a oedd wedi codi pryderon." Dywedwyd wrthi nad oedd adolygiad yr RCPCH wedi canfod tystiolaeth o niwed bwriadol ac nad oedd adolygiad arbenigol manwl o'r achosion wedi dod o hyd i unrhyw dystiolaeth o niwed bwriadol. Ni ddywedodd Mr Harvey, fel y dylai fod wedi'i wneud,

nad oedd y naill adolygiad na'r llall wedi diystyru hynny. Ar y cam hwnnw, nid oedd Dr Gilby wedi cael yr un o'r adroddiadau. Ar ôl iddi eu darllen, eglurodd wrth Syr Duncan fod y Bwrdd a'r Tîm Gweithredol "yn anghywir" yn ei barn hi ac eglurodd pam.

- 3.209 Tua'r un pryd, roedd Pwyllgor Staff Meddygol yr ysbyty yn ceisio pleidlais o ddiffyg hyder yn Mr Chambers. Roedd Mr Chambers yn ystyried symud o Ysbyty Iarlles Caer ac roedd yn awyddus i osgoi pleidlais o ddiffyg hyder. Yn ei arfarniad gyda Syr Duncan, roedd wedi cytuno "*y byddai'n chwilio am ... swydd newydd, gyda'r blynyddoedd gorau y tu ôl iddo o bosibl*". Cafodd gymorth i chwilio am rôl newydd gan y Rheolwr Gyfarwyddwr Gweithredol Rhanbarthol (Gogledd Lloegr) yn NHS Improvement, Ms Lyn Simpson. Fel y digwyddodd, daeth Mr Chambers o hyd i rôl arall heb ei chymorth hi. Derbyniodd ei gyflogwyr newydd gyllid llawn ar gyfer ei becyn cyflog gan Ysbyty Iarlles Caer am gyfnod o naw mis. Drafftiodd Mr Chambers a Syr Duncan gyhoeddiad, a gyhoeddwyd ar 19 Medi. Roedd yn cynnwys y darn canlynol: "*Tony's stepping down as CEO at the Countess is as a result of extraordinary circumstances and is not a judgment on his ability as a CEO but more a reflection of his integrity as a leader.*" Sbin oedd hyn unwaith eto." Roedd yn camu i lawr i osgoi pleidlais o ddiffyg hyder ac felly i ddiogelu ei yrfa.

## Yr Ymchwiliad

- 3.210 Cyhoeddwyd yr Ymchwiliad yn y Senedd gan yr Ysgrifennydd Gwladol dros lechyd a Gofal Cymdeithasol ar y pryd, y Gwir Anrh. Steve Barclay AS, ar 4 Medi 2023. Pennwyd y Cylch Gorchwyl gan yr Ysgrifennydd Gwladol, ar ôl ymgynghori â mi a rhieni'r babanod a fu farw neu a anafwyd a gyda Chyfranogwyr Craidd eraill. Sefydlwyd yr Ymchwiliad yn ffurfiol ar 19 Hydref 2023. Mae'r Cylch Gorchwyl ar wefan yr Ymchwiliad ac yn Atodiad 1.

## 4. Rhan Dau

- 4.1 Mae'r crynodebau byr canlynol o bob pennod yn Rhan Dau yn nodi'r prif faterion. Mae angen darllen y penodau ymhellach i ddeall y manylion.

### Pennod 31: Rhoi argymhellion ymchwiliadau ar waith

- 4.2 Y gwaith manwl cyntaf a wnaed gan yr Ymchwiliad hwn oedd adolygiad o'r holl argymhellion a wnaed ym mhob ymchwiliad i'r GIG yn ystod y 30 mlynedd diwethaf. Mae'r adolygiad yn dangos, er bod rhai newidiadau sylweddol wedi'u cyflwyno mewn ymateb i argymhellion yr ymchwiliad dros y 30 mlynedd diwethaf, nid yw'r rhan fwyaf wedi'u rhoi ar waith.
- 4.3 Hyd yn oed pan gaiff argymhellion eu derbyn, nid oes mecanwaith clir na hygyrch i olrhain eu cynnydd na gorfodi eu rhoi ar waith dros gyfnod rhesymol o amser. Caiff y broblem ei gwaethygu yn y GIG oherwydd newid strwythurol dro ar ôl tro. Gellir nodi sawl rheswm arall dros fethu â rhoi argymhellion ar waith: yn gyntaf, y nifer mawr o argymhellion a wnaed; yn ail, diffyg eglurder ynghylch pwy sy'n gyfrifol am weithredu; ac yn drydydd, diffyg ewyllys wleidyddol.
- 4.4 Ym mis Medi 2024, argymhellodd Pwyllgor Ymchwiliadau Statudol Tŷ'r Arglwyddi y dylai Pwyllgor Cyswllt Tŷ'r Cyffredin hwyluso'r broses o ffurfio cyd-bwyllgor o'r Senedd i sicrhau bod argymhellion yr ymchwiliad yn cael eu dilyn a'u gweithredu. Cyn belled â bod y pwyllgor yn cael digon o amser, adnoddau a hyblygrwydd i gyflawni'r gwaith hwn, gallai a dylai hyn weithio.
- 4.5 O fewn y llywodraeth, mae angen monitro'r broses o roi argymhellion o ymholiadau statudol ar waith yn effeithiol ac yn annibynnol. Rwy'n argymhell y dylid rhoi cyfrifoldeb i'r Swyddfa Archwilio Genedlaethol am archwilio'r broses o roi argymhellion ymchwiliadau statudol i gyrff y GIG ar waith.

### Pennod 32: Archwilwyr meddygol

- 4.6 Ym mis Gorffennaf 2003, yn ei thrydydd adroddiad ar Ymchwiliad Shipman, argymhellodd y Fonesig Janet Smith DBE system lle byddai cyfrif meddyg mewn perthynas â marwolaeth claf yn cael ei groeswiro'n effeithiol. Cynigiodd llywodraeth y dydd system o archwilwyr meddygol ac arhosodd y cynnig yn ei unfan. Ym mis Chwefror 2013, mynegodd Syr Robert Francis CB ei gefnogaeth i system o archwilwyr meddygol. Daeth y system statudol o archwilwyr meddygol i rym ar 9 Medi 2024. Dylai fod wedi cael ei gyflwyno ddegawd ynghynt, erbyn canol 2014 fan bellaf, ddeng mlynedd ar ôl cytuno arno.

- 4.7 Mae'r cynllun statudol yn rhoi darpariaeth i archwilwyr meddygol – meddygon sy'n annibynnol ar y prif feddyg sy'n trin – adolygu'r marwolaethau hynny nad yw'r crwner wedi'u cymryd i ymchwilio iddynt. Rhan o rôl archwilwyr meddygol yw nodi patrymau gofal gwael, gan gynnwys gofal sy'n esgeulus neu'n fwriadol niweidiol. Dylent weithredu fel system rhybuddio cynnar, gan nodi unrhyw broblemau a'u cyfeirio at y crwner, prosesau llywodraethu clinigol neu'r Archwiliwr Meddygol Cenedlaethol, yn ôl yr angen. Mae hwn yn ddatblygiad cadarnhaol. Dylai'r GIG adolygu digonolrwydd y cyllid ar gyfer archwilwyr meddygol, gan gynnwys a ddylid clustnodi'r cyllid. Rwyf hefyd yn gwneud nifer o argymhellion ynghylch sut y gellid gwella'r system.
- 4.8 Roedd y Gwir Anrh. Jeremy Hunt AS, cyn Ysgrifennydd Gwladol dros Iechyd, o'r farn y byddai'r system archwilwyr meddygol wedi atal nifer o'r marwolaethau yn Ysbyty Iarlles Caer. Adroddwyd am farwolaethau Babi A, Babi C, Babi D a Babi I i'r crwner a gorchmynnwyd a derbyniwyd archwiliadau post-mortem, felly mae'n debyg na fyddai'r archwilydd meddygol wedi cael ei gynnwys. Fodd bynnag, mae'n bosibl iawn y byddai'r archwilydd meddygol wedi cael gwybod am y cynnydd anarferol yn nifer y marwolaethau newyddenedigol neu wedi dod yn ymwybodol o hyn fel arall. Byddai'r system hefyd wedi caniatáu i'r clinigwyr siarad am eu pryderon gyda rhywun y tu allan i'r Ymddiriedolaeth. Mae'n debyg y byddai trafodaethau o'r fath wedi arwain at gamau i amddiffyn babanod erbyn mis Mai 2016.

## Pennod 33: Teledu cylch cyfyng a monitro

- 4.9 O ddechrau'r Ymchwiliad, gofynnwyd i Gyfranogwyr Craidd a thystion am eu barn ynghylch a ddylai'r Ymchwiliad wneud argymhellion ynghylch monitro teledu cylch cyfyng mewn unedau newyddenedigol. Rwy'n crynhoi rhai o'r ymatebion a ddarparwyd ym Mhennod 33. Roedd y rhieni'n gryf o'r farn y byddai teledu cylch cyfyng yn amddiffyn babanod yn yr uned newyddenedigol. Rwy'n cytuno. Bydd hyn yn rhoi tawelwch meddwl i rieni babanod ifanc iawn. Bydd hefyd yn atal y bobl brin hynny sy'n ceisio niweidio babanod. Nid wyf wedi fy argyhoeddi bod y goblygiadau cost, hyfforddiant a 'llwyth gwaith' yn drech na'r manteision hynny, os oes unrhyw bwysau gwirioneddol i'r goblygiadau hynny o gwbl. Rwy'n siŵr y dylid gosod offer camerâu yn y crud gyda fideo yn cael ei ffrydio'n fyw ym mhob crud a chrud cynnal ym mhob uned newyddenedigol fel y gall rhieni arsylwi ar eu baban o bell ar unrhyw adeg. Dylai'r cyllid cymedrol sy'n ofynnol ar gyfer hyn gael ei reoli'n ganolog a'i glustnodi.

## Pennod 34: Inswlin

- 4.10 Gwenwynodd Letby Fabi F a Babi L drwy roi inswlin iddynt. Mae gwenwyno ag inswlin yn ddull o niweidio a lladd pobl yn fwriadol yn yr ysbyty. Mae achosion Beverly Allitt, Victorino Chua a Colin Norris yn enghreifftiau eraill yn y DU. Roedd yn un o'r dulliau lladd a drafodwyd gan dîm adolygu'r RCPCH ym mis Medi 2016.
- 4.11 Nid yw inswlin yn gyffur rheoledig ac felly nid yw'n ddarostyngedig i'r prosesau a'r gweithdrefnau llym a gymhwysir i gyffuriau rheoledig. Nid oes neb yn awgrymu y dylai fod. Fodd bynnag, cytunir y dylai fod systemau effeithiol i atal a chanfod achosion o gael mynediad at inswlin, a'i ddefnyddio heb awdurdod. Roedd cefnogaeth eang ymhlith Cyfranogwyr Craidd i ehangu'r defnydd o dechnoleg at y dibenion hyn.

- 4.12 Mae GIG Lloegr wedi cymryd camau i gyflawni hyn. Ym mis Ionawr 2026, cyhoeddodd y GIG ganllaw Gwneud Pethau'n lawn y Tro Cyntaf o'r enw *GIRFT Neonatology: Guide to safe insulin use*. Mae hyn yn nodi rhestr wirio cyflawni ar gyfer mynediad diogel, storio, trin, presgripsiynu, rhoi a gwaredu inswlin. Mae hyn yn cynnwys rheolyddion mynediad y gellir eu hadnabod a'u harchwilio'n unigol, ac oergelloedd neu gypyrddau wedi'u cloi. Mae'n gorchymyn bod dau berson yn gwirio'r broses o baratoi a rhoi inswlin, ac yn gweithio tuag at weithredu systemau rhoi 'dolen gaeedig'.
- 4.13 Rwy'n argymhell y dylid defnyddio dyfeisiau digidol i gyfyngu mynediad i unedau storio inswlin i bobl awdurdodedig a chofnodi'r mynediad hwnnw. Dylai pob uned newyddenedigol fodloni'r gofynion a nodir yn y canllaw Gwneud Pethau'n lawn y Tro Cyntaf erbyn 31 Mawrth 2027. Nes bod mynediad wedi'i gyfyngu gan ddata biometrig (ac felly'n atal y broses o gyfnewid cardiaid), dylai pob Ymddiriedolaeth osod camera cylch cyfyng sy'n canolbwyntio ar y cwpwrdd neu'r uned storio inswlin, gan storio recordiadau am o leiaf 28 diwrnod.
- 4.14 Rwy'n croesawu'r ffaith bod canllawiau trin labordy Gwneud Pethau'n lawn y Tro Cyntaf ar gyfer canlyniadau inswlin uchel C-peptide isel wedi cael eu cyhoeddi ym mis Hydref 2025. Mae'r canllawiau'n nodi y dylid sefydlu protocolau lleol ar gyfer achosion o ganfod lefelau inswlin uchel a C-peptid isel. Rwy'n awgrymu y dylid rhoi ystyriaeth ddifrifol i lunio un protocol templed cam wrth gam. Dylai'r protocol nodi'n benodol y dylid cynnal trafodaeth ar unwaith rhwng clinigwyr labordy a chlinigwyr sy'n trin a rhwng pennaeth y labordy a chyfarwyddwr meddygol yr ysbyty. Rhaid i uwch-reolwyr hysbysu GIG Lloegr a'r Comisiwn Ansawdd Gofal ac, os nad oes esboniad cyflawn dros y canfyddiad, rhaid cysylltu â'r heddlu.

## Pennod 35: Data – darllen yr arwyddion

- 4.15 Roedd y cynnydd yn nifer y marwolaethau newyddenedigol yn Ysbyty Iarllles Caer yn 2015 yn ddata arwyddocaol. Roedd yn ddigon i gynhyrchu signal rhybuddio. Mae'r signal rhybuddio i'w weld yn glir yn y cyfraddau marwolaethau crai a sefydlog ac addasedig ar gyfer babanod a aned yn Ysbyty Iarllles Caer yn 2015, fel y'u cofnodwyd yn nata goruchwyliaeth MBRRACE-UK (Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries). Fodd bynnag, nid adroddwyd ar ddadansoddiad data MBRRACE-UK ar gyfer 2015 tan fis Mehefin 2017, ac erbyn hynny roedd yr heddlu wedi'i alw. Adroddwyd ar y ffigurau ar gyfer 2016 ym mis Mehefin 2018. Collwyd defnyddioldeb y signal rhybuddio a ddarparwyd gan y data oherwydd amser.
- 4.16 O ran canfod aelod o staff yn achosi niwed bwriadol yn gynnar, monitro amser real neu fonitro parhaus fyddai'n cynnig y gwerth mwyaf. Yn 2019, rhoddodd MBRRACE-UK fynediad i bob Ymddiriedolaeth GIG at wylwyr data amser real neu barhaus, gan sicrhau bod modd monitro'r marw-enedigaethau a'r marwolaethau newyddenedigol a adroddwyd iddo yn fwy uniongyrchol a pharhaus. Mae'r nifer mawr o systemau electronig o fewn y GIG, nad yw llawer ohonynt yn siarad â'i gilydd, yn parhau i gymhlethu prosesau adrodd ar ddata amser real. Rwy'n argymhell y dylai GIG Lloegr a/neu'r Adran Iechyd a Gofal Cymdeithasol ymrwymo i ddarparu llwybr clir ac amserol i sicrhau bod systemau cyfrifiadurol wedi'u cysoni ar draws y GIG erbyn 31 Mawrth 2027, fel y gellir nodi ac adolygu data sy'n ymwneud â babanod a babanod newydd-anedig yn yr ysbyty mewn modd amserol ac ar sail proses fonitro parhaus erbyn mis Rhagfyr 2028.

## Pennod 36: Y GIG

- 4.17 Mae'r GIG yn gynulliad mawr a chymhleth o sefydliadau, sydd gyda'i gilydd yn darparu gwasanaeth gofal iechyd cenedlaethol. Mae wedi cael ei ad-drefnu sawl gwaith, gyda'r holl aflonyddwch cysylltiedig. Mae adnoddau dirifedi wedi cael eu gwario ar dasgau a dogfennau nad ydynt yn gwneud unrhyw wahaniaeth yn y pen draw i ansawdd gofal cleifion. Ni ddylid neilltuo amser (rheolaethol, meddygol, nyrsio na fel arall) nac arian i unrhyw dasg nad yw'n gwella gofal cleifion, neu o leiaf yn ei gynnal i safon dda. Mae hynny'n wir am broses diwygio gweinyddol (na ddylid ei rhoi ar waith er ei mwyn ei hun), targedau a orfodir (sy'n rhy niferus) a dogfennau a gylchredir (y mae pobl yn treulio gormod o amser yn eu cynhyrchu a'u darllen). Dylai'r broses ymarferol o ddiddymu GIG Lloegr hefyd gynnwys gostyngiad sylweddol yn nifer y cyrff rheoleiddio. Dylid paratoi ac adolygu dadansoddiad gwybodus o'r hyn y mae pob un ohonynt yn ei wneud. Dylid gwneud penderfyniadau ynghylch pa gyrff sy'n angenrheidiol, pa rai y gellir eu cyfuno a pha rai y gellir eu diddymu fel y gellir cyfeirio'r rhai sy'n gweithio ynddynt at y rhannau hynny o'r GIG sydd angen eu sgiliau i wella gofal cleifion.

## Pennod 37: Hyfforddi a rheoleiddio rheolwyr

- 4.18 Prif bwrpas ysbyty yw gwneud diagnosis cywir a thrin cleifion â salwch, cyflyrau a chlefydau yn effeithiol, a gofalu am y cleifion hynny gyda charedigrwydd a pharch. Rôl uwch-reolwyr mewn ysbyty yw sicrhau bod prif bwrpas yr ysbyty yn cael ei gyflawni. Mae angen i reolwyr ddeall beth mae pobl sy'n gweithio yn yr ysbyty yn ei wneud mewn gwirionedd, a chydweithio â nhw i wneud yn siŵr bod yr ysbyty yn addas i gyflawni ei brif bwrpas. Rhaid i brosesau recriwtio a hyfforddi rheolwyr adlewyrchu hyn. Ar hyn o bryd mae gormod o reolwyr nad ydynt yn cyrraedd y safonau y dylid eu disgwyl ganddynt. Mae angen brys i wella ansawdd y bobl sy'n cael eu recriwtio ac i gadw rheolwyr rhagorol.
- 4.19 Mae'r Cylch Gorchwyl yn ei gwneud yn ofynnol i mi ystyried a ddylid cryfhau atebolrwydd uwch-reolwyr, ac os felly sut. Un ffordd o wneud hyn yw rheoleiddio. Mae'r cwestiwn ynghylch a ddylid rheoleiddio rheolwyr wedi cael ei ystyried, ei anwybyddu a'i ailystyried ers degawdau.
- 4.20 Clywodd yr Ymchwiliad ddigon o dystiolaeth o'r gyflogaeth 'drws troi' a ddarparwyd i reolwyr y GIG yr oedd pryderon difrifol wedi'u codi yn eu cylch. Rhaid i'r GIG fod yn barod i ddiswyddo uwch-reolwyr am gamymddwyn difrifol. Ni ddylai rheolwyr o'r fath allu sicrhau cyflogaeth fel rheolwr yn y GIG eto. Cynigion sylfaenol yw'r rheiny. Mae dirfawr angen newid sylfaenol.
- 4.21 Y cynnig presennol gan y llywodraeth ar reoleiddio yw cyflwyno system wahardd statudol ar gyfer cyfarwyddwyr lefel bwrdd a'r rhai sy'n adrodd yn uniongyrchol iddynt. Er y gallai system wahardd helpu i gael gwared ar reolwyr y GIG sy'n troseddu ac yn perfformio'n wael, mae cyfyngiadau i'r cynnig presennol. Nid yw'n glir sut y bydd rheoleiddio'r rheolwyr uchaf yn unig yn helpu i broffesiynoli arweinwyr y GIG yn gyffredinol.

- 4.22 Yn fwy sylfaenol, dylai'r ffaith nad yw safonau proffesiynol llawn yn ofynnol ar gyfer rheolwyr y GIG, ac na fydd hynny'n newid o dan gynigion y llywodraeth, beri pryder i ni. Y cam hanfodol yw codi safonau. Dylid cyflwyno system wahardd statudol ar gyfer rheolwyr ond, ar ôl ei chyflwyno a'i gweithredu, dylid ei hadolygu gyda'r bwriad o symud i system reoleiddio statudol lawn.

## Pennod 38: Dyletswydd gonestrwydd

- 4.23 Mae gan bob sefydliad GIG ddyletswydd statudol i fod yn onest. Nid yw'r ddyletswydd statudol yn berthnasol i unigolion, er bod sefydliadau'n anochel yn cyflawni eu dyletswydd drwy weithredoedd eu staff a'u cyfarwyddwyr. Mae gan staff clinigol sy'n weithwyr gofal iechyd proffesiynol cofrestredig ddyletswydd gonestrwydd proffesiynol, dan oruchwyliaeth eu rheoleiddwyr proffesiynol priodol, fel y Cyngor Meddygol Cyffredinol, y Cyngor Nyrsio a Bydwreigiaeth a'r Cyngor Deintyddol Cyffredinol. Nid oes gan reolwyr nad ydynt wedi'u cymhwyso'n glinigol unrhyw ddyletswydd gyfatebol.
- 4.24 Methodd ymateb y llywodraeth i'r ymgynghoriad ar gynigion i reoleiddio rheolwyr ymdrin â'r cwestiwn o gyflwyno dyletswydd gonestrwydd broffesiynol ar gyfer rheolwyr y GIG. Felly hefyd God Fframwaith Arweinyddiaeth a Rheolaeth y GIG, a gyhoeddwyd ym mis Gorffennaf 2026. Nid oes gennyf unrhyw amheuaeth y dylai rheolwyr anghlinigol fod yn destun dyletswydd gonestrwydd. Mae rheolwyr ysbytai yn rheoli'r holl adnoddau ac yn gwneud penderfyniadau sy'n effeithio ar bob agwedd ar redeg yr ysbyty a gofal cleifion. Dylid gosod dyletswydd unigol ar reolwyr, gan adlewyrchu'r ddyletswydd ar nyrsys, meddygon a gweithwyr gofal iechyd proffesiynol eraill.

## Pennod 39: Diwylliant y GIG

- 4.25 Mae diwylliant wedi bod yn thema ailadroddus mewn ymchwiliadau i'r GIG yn ystod y ddau ddegawd a hanner diwethaf. Mae ffocws sylweddol wedi'i roi ar wella diwylliant y GIG. Er gwaethaf hyn, mae cleifion wedi dal i ddioddef niwed y gellid ei osgoi drwy weithredoedd staff y GIG a phrinder adnoddau.
- 4.26 Roedd y symudiad tuag at ddiwylliant o beidio â bwrw bai yn y GIG, a ddechreuodd yn 2000, yn gamgymeriad. Roedd y ffocws ar ddiffygion system yn hytrach na methiannau unigolion, ynghyd â diwylliant dysgu nad oedd yn cydnabod cyfrifoldeb neu fai, yn golygu bod sgysiau anodd am ymddygiad yn cael eu hosgoi. Roedd hyn yn tanseilio diogelwch cleifion.
- 4.27 Yn y bôn, mae'r cysyniad o 'ddiwylliant' yn gyfyngedig. Ymddygiadau sydd angen eu newid. Rhaid i ddiogelwch cleifion fod yn fan cychwyn i bawb. Rhaid iddo fod yn flaenoriaeth uchel i bob rheolwr. Rhaid i reolwyr sy'n awyddus i godi safonau gael eu harwain gan yr egwyddor sylfaenol bod cleifion wrth wraidd popeth a wneir mewn ysbyty.

## Pennod 40: Gwarcheidwaid Rhyddid i Godi Llais

- 4.28 Mae Gwarcheidwaid Rhyddid i Godi Llais yn gweithio ochr yn ochr â thimau arweinyddiaeth yr Ymddiriedolaeth i sicrhau bod gan staff y gallu i godi llais yn effeithiol a chael eu cefnogi'n briodol. Daethant yn rhan o contract safonol y GIG yn 2017, yn dilyn Adolygiad Rhyddid i Godi Llais Syr Robert Francis yn 2015. Daeth

Swyddfa'r Gwarcheidwad Cenedlaethol (NGO) i fodolaeth yn 2016. Roedd yn darparu hyfforddiant gorfodol, yn cynnig galwadau cymorth i Warcheidwaid ac yn casglu data dienw. Sefydliad bach ydoedd, gydag adnoddau a phwerau cyfyngedig. Diddymwyd Swyddfa'r Gwarcheidwad Cenedlaethol ddiwedd mis Mehefin 2026 a throsglwyddwyd ei swyddogaethau i GIG Lloegr.

- 4.29 Mae amrywioldeb sylweddol yn y ffordd y mae Ymddiriedolaethau unigol yn gweithredu eu system Gwarcheidwaid FTSU. Mae yna lawer o staff y GIG o hyd nad ydynt yn teimlo ei bod hi'n bosibl codi pryderon ynghylch diogelwch cleifion heb wynebu effaith andwyol ar eu gyrfaedd, gan gynnwys bygythiad o gael eu cyfeirio at reoleiddiwr a bygythiad o achos disgyblu. Digwyddodd hyn yn Ysbyty Iarlles Caer. Yn y cyd-destun hwnnw y mae angen corff goruchwyllo cenedlaethol o hyd. Dylai swyddogaethau Swyddfa'r Gwarcheidwad Cenedlaethol gael eu trosglwyddo i'r Ombwdsmon Seneddol a Gwasanaeth Iechyd yn Lloegr. Rhaid cynyddu pwerau'r Ombwdsmon i gynnwys: (a) ymchwilio i gwynion nad ymdriniwyd yn ddigonol ag achosion o chwythu'r chwiban yn y GIG; (b) cynorthwyo chwythwyr chwiban drwy atgyfeirio eu pryderon at gyrff perthnasol y GIG a goruchwyllo'r ymateb.

## Pennod 41: Diogelwch cleifion, diogelu a chyfraith cyflogaeth

- 4.30 Yn Ysbyty Iarlles Caer yn 2016, cafodd pryderon ynghylch diogelwch a diogelu cleifion eu hisraddio islaw ymchwiliad adnoddau dynol diffygiol i gŵyn Letby. Roedd hyn yn anghywir. Pan godir pryderon ynghylch diogelu neu bryderon eraill ynghylch diogelwch cleifion yn ddiwyll, rhaid i'r cydbwysedd y mae'n rhaid i gyflogwr cyfrifol yn y GIG ei daro, rhwng risg o hawliad cyflogaeth a'r risg i ddiogelwch cleifion, fod yn gadarn o blaid amddiffyn y claf.
- 4.31 Pan godir pryderon ynghylch niwed bwriadol yn erbyn staff gofal iechyd neu amheuron ynghylch hynny, yr ymateb mwyaf arferol a chywir yw symud y person y mynegwyd y pryder amdano i swydd lle na all wneud unrhyw niwed, neu ei atal yn llwyr dros dro wrth ymchwilio i'r mater. Mae hon yn weithred niwtral sy'n hanfodol i amddiffyn diogelwch cleifion.
- 4.32 Os bydd amheuaeth o lofruddiaeth wedi'i chodi mewn ysbyty, rhaid galw'r heddlu hefyd. Lle nad oes digon o wybodaeth i arwain at amheuaeth, ond bod pryder yn dod i'r amlwg, y ffordd ddelfrydol ymlaen fyddai mynd â'r pryder at arbenigwr neu arbenigwyr addas o ysbyty arall, a all adolygu'r achos a rhoi eu barn. Rhaid rhoi datgeliad llawn a gonest iddynt o'r pryder a'r deunydd sy'n ofynnol i'w ystyried.
- 4.33 Dylai'r Adran Iechyd a Gofal Cymdeithasol roi ystyriaeth ddifrifol i sefydlu panel o arbenigwyr annibynnol o bob arbenigedd i'w galw mewn sefyllfaoedd pan fydd pryderon yn dod i'r amlwg ynghylch unigolyn a niwed i glaf neu gleifion. Byddai tîm o unrhyw arbenigedd neu gyfuniad o arbenigeddau yn cael ei ddewis o'r panel i gynnal ymchwiliad technegol cyflym i'r pryderon a godwyd. Pan fydd pryderon bod niwed yn cael ei achosi neu wedi cael ei achosi'n anfwriadol y gall hyn fod yn angenrheidiol gan amlaf. Dylai'r Adran Iechyd a Gofal Cymdeithasol benderfynu ar union gyfansoddiad y panel ond gallai gynnwys, er enghraifft:
- dau feddyg a dwy nyrs o bob arbenigedd clinigol
  - pedwar uwch-reolwr

- patholegwyr pediatriig ac amenedigol
- arbenigwyr eraill yn ôl penderfyniad yr Adran Iechyd a Gofal Cymdeithasol.

Lle bo angen, byddai tîm bach (sydd bob amser yn cynnwys clinigwyr o'r arbenigedd/ arbenigeddau perthnasol) yn cael ei ddewis o'r panel i gynnal ymchwiliad annibynnol i bryderon clinigol. Dylai ymchwiliadau o'r fath gynnwys ystyriaethau diogelu bob amser (gan gynnwys cysylltu â'r heddlu). Yn ogystal â chyflwyno adroddiad ar eu canfyddiadau i'r Ymddiriedolaeth a'r Adran Iechyd a Gofal Cymdeithasol, byddai'r arbenigwyr ar gael i'w galw fel tystion mewn unrhyw achos a allai ddilyn.

- 4.34 Clywodd yr Ymchwiliad dystiolaeth am y diffyg eglurder mewn polisiau cyflogaeth ar gyfer ymdrin â phryderon difrifol. Dylai pob polisi cyflogaeth gynnwys amcan cyffredinol sydd wedi'i nodi'n glir, sef diogelwch cleifion. Dylai fod yn ofynnol i ymddiriedolaethau ymgorffori'r Protocol Amheuaeth o Niwed Bwriadol a'r canllawiau (gweler Argymhelliad 9 ym Mhennod 45). Ni ddylai unrhyw aelod o staff, clinigol na rheolaethol, fod ag unrhyw amheuaeth ynghylch beth i'w wneud pan godir amheuan bod aelod o staff (neu unrhyw berson arall) wedi achosi niwed i blentyn.

## Pennod 42: Y Comisiwn Ansawdd Gofal

- 4.35 Diben y Comisiwn Ansawdd Gofal yw sicrhau bod y gwasanaethau iechyd a gofal a ddarperir yn ddiogel, yn effeithiol, yn dosturiol ac o ansawdd uchel. Mae hyn yn cynnwys dyletswydd i gynnal arolygiadau o ddarparwyr gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol a chyhoeddi adroddiad ar ei ganfyddiadau.
- 4.36 I ddechrau, mabwysiadodd y Comisiwn Ansawdd Gofal ddull cyffredinol o gynnal arolygiadau. Newidiodd hyn yn 2013 i arolygu a graddio ysbytai'r GIG, gan ddefnyddio timau mwy a mwy arbenigol o arolygwyr. Cafodd y newid ei sbarduno gan sawl methiant proffil uchel mewn gofal. Yn 2015, cyhoeddwyd *The Report of the Morecambe Bay Investigation* gan Dr Bill Kirkup CBE. Canfu fod methiant sefydliadol sylweddol ar ran y Comisiwn Ansawdd Gofal. Dylai hyn fod wedi rhybuddio'r Comisiwn Ansawdd Gofal am yr angen brys i ofyn mwy o gwestiynau, ac i archwilio'r atebion a roddwyd, yn ystod ei arolygiadau, gan gynnwys ei arolygiad o Ysbyty Iarlles Caer yn 2016. Gallai dull o'r fath fod wedi datgelu'r cynnydd yn y gyfradd marwolaethau yn yr uned newyddenedigol yn Ysbyty Iarlles Caer.
- 4.37 Dilynodd newidiadau pellach yn strategaeth y Comisiwn Ansawdd Gofal yn 2016 a 2021. Ym mis Hydref 2024, cyhoeddodd Dr Penny Dash ei hadolygiad i effeithiolrwydd gweithredol y Comisiwn Ansawdd Gofal. Canfu Dr Dash fethiannau sylweddol yng ngwaith mewnol y Comisiwn Ansawdd Gofal, a oedd wedi arwain at golli hygyrdd sylweddol a dirywiad yng ngallu'r Comisiwn i nodi perfformiad gwael. Yn yr un mis, cyhoeddodd yr Athro Syr Mike Richards ei adolygiad o strategaeth 2021 y Comisiwn Ansawdd Gofal. Canfu'r adroddiad fod y newidiadau wedi arwain at ganlyniadau niweidiol mawr a'u bod wedi methu â chyflawni'r manteision a fwriadwyd. Derbyniodd y Comisiwn Ansawdd Gofal y canfyddiadau hyn.

- 4.38 Mae'r Comisiwn Ansawdd Gofal wedi methu â chyflawni ei ddiben yn aml ers ei sefydlu yn 2009. Mae bellach angen iddo ganolbwyntio ar ei brif ddiben a datblygu timau sy'n gweithio i gyflawni'r diben hwnnw. Rhaid i'r Prif Weithredwr newydd fod yn arweinydd a rheolwr eithriadol, sy'n cael ei gefnogi gan dîm rhagorol. Ni ddylid caniatáu i'r Comisiwn Ansawdd Gofal fethu eto.

## Pennod 43: Corff Ymchwilio Diogelwch Gwasanaethau Iechyd

- 4.39 Sefydlwyd Corff Ymchwilio Diogelwch Gwasanaethau Iechyd (HSSIB) o dan Ddeddf Iechyd a Gofal 2022. Ei rôl yw cynnal ymchwiliadau annibynnol sy'n nodi risgiau i gleifion ac yn hwyluso gwelliant systemau ac arferion diogelwch wrth ddarparu gwasanaethau gofal iechyd yn Lloegr. Mae'r ymchwiliadau'n canolbwyntio ar faterion diogelwch cleifion sy'n codi mewn sawl lle ledled y wlad, ac ar faterion lle mae HSSIB yn ystyried y gallant ychwanegu gwerth a mynd i'r afael ag anghydraddoldebau. Mae dysgu gwersi am ddiogelwch yn cael blaenoriaeth dros atebolrwydd unigol.
- 4.40 Roedd y broblem yn Ysbyty Iarlles Caer yn ymwneud â nyrs benodol ar uned benodol. Fodd bynnag, fel y nodir mewn man arall yn yr Adroddiad hwn, mae'r Ymchwiliad wedi datgelu problemau yn Ysbyty Iarlles Caer a oedd bron yn sicr yn fwy eang. Roedd staff a rheolwyr wedi camddeall canllawiau a gweithdrefnau, ac wedi methu â'u dilyn. Roedd hyfforddiant annigonol ynghylch beth i'w wneud pan godwyd pryderon am aelod o staff yn niweidio plentyn. Nid oedd y staff yn teimlo eu bod yn gallu codi pryderon. Roedd meddygon yn ofni camau disgyblu neu atgyfeiriad at y Cyngor Meddygol Cyffredinol, gyda rheswm da dros hynny. Mae'r angen am gorff allanol fel HSSIB yn parhau. Mae HSSIB yn parhau i gyflawni swyddogaeth angenrheidiol ac mae angen yr adnoddau a'r staff arno i barhau i wneud hyn yn effeithiol.

## Pennod 44: Memorandwm Cyd-ddealltwriaeth

- 4.41 Nod Memorandwm Cyd-ddealltwriaeth yw sefydlu fframwaith ffurfiol ar gyfer cydweithredu a chyfathrebu effeithiol rhwng asiantaethau cyhoeddus. Cyhoeddwyd Memorandwm Cyd-ddealltwriaeth gyda'r teitl 'Investigating patient safety incidents involving unexpected death or serious untoward harm: a protocol for liaison and effective communication between the National Health Service, Association of Chief Police Officers and Health & Safety Executive' ym mis Chwefror 2006. Ymddengys y rhoddwyd y gorau i'w ddefnyddio tua'r adeg y disodlwyd Cymdeithas Prif Swyddogion yr Heddlu gan Gyngor Cenedlaethol Prif Swyddogion yr Heddlu yn 2015.
- 4.42 Ym mis Rhagfyr 2024, cytunwyd ar Femorandwm Cyd-ddealltwriaeth newydd rhwng nifer o heddluoedd, cyfiawnder troseddol a gofal iechyd. Mae'n berthnasol pan fo angen i fwy nag un o'r llofnodwyr ymchwilio i unrhyw ddigwyddiad lle mae amheuaeth resymol bod trosedd wedi'i chyflawni neu y gall fod wedi'i chyflawni gan unigolyn sy'n darparu gwasanaethau gofal iechyd, sy'n arwain at farwolaeth neu niwed difrifol sy'n newid bywyd claf neu ddefnyddiwr gwasanaeth neu'n cyfrannu'n sylweddol at hynny. Mae'r Memorandwm Cyd-ddealltwriaeth yn darparu canllawiau defnyddiol a chynhwysfawr. Fodd bynnag, mae wedi'i anelu at swyddogion gweithredol neu uwch-reolwyr yn y sefydliadau dan sylw. Nid yw wedi'i gyfeirio at weithwyr gofal iechyd proffesiynol a allai fod ag amheuan ynghylch eu cydweithwyr, ac nid yw'n darparu gwybodaeth ddefnyddiol iddynt. Mae hefyd wedi'i seilio ar allu prosesau

adrodd mewnol i nodi'r pryderon hynny sy'n sbarduno ymateb pellach. Er mwyn i'r Memorandwm Cyd-ddealltwriaeth fod yn effeithiol, rhaid i swyddogion gweithredol ysbytai barchu barn ddilys clinigwyr.

- 4.43 Nid yw'r Memorandwm Cyd-ddealltwriaeth presennol yn adlewyrchu unrhyw fewnbwn o ran diogelu ond rwy'n deall bod angen unioni hynny. Nid yw ychwaith yn cynnwys cyngor penodol mai'r ymarfer gorau yw cysylltu â'r heddlu ar gam cynnar. Dylid unioni hyn hefyd. Rwyf hefyd yn ystyried bod dogfen fyrrach, gysylltiedig, yn hanfodol i arwain y rhai sy'n wynebu un o'r sefyllfaoedd a nodwyd yn y Memorandwm Cyd-ddealltwriaeth.

