

Agenda – Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon

| | |
|------------------------------------|--|
| Lleoliad: | I gael rhagor o wybodaeth cysylltwch a: |
| Ystafell Bwyllgora 3 – Senedd | Sian Thomas |
| Dyddiad: Dydd Iau, 29 Mehefin 2017 | Clerc y Pwyllgor |
| Rhag-gyfarfod Aelodau: 09.15 | 0300 200 6291 |
| Amser: 09.45 | Seneddlechyd@cynulliad.cymru |

Rhag-gyfarfod anffurfiol (09.15 – 09.45)

1 Cyflwyniad, ymddiheuriadau, dirprwyon a datgan buddiannau

2 Craffu ar Gyllideb Llywodraeth Cymru 2017–18 – Sesiwn graffu ariannol canol blwyddyn – Ysgrifennydd y Cabinet dros Iechyd, Llesiant a Chwaraeon a'r Gweinidog Iechyd y Cyhoedd a Gwasanaethau Cymdeithasol

(09.45 – 11.30)

(Tudalennau 1 – 66)

Vaughan Gething AC, Ysgrifennydd y Cabinet dros Iechyd, Llesiant a Chwaraeon
Rebecca Evans AC, Gweinidog Iechyd y Cyhoedd a Gwasanaethau Cymdeithasol
Andrew Goodall, Cyfarwyddwr Cyffredinol, Iechyd
Alan Brace, Cyfarwyddwr Cyllid, Iechyd
Albert Heaney, Cyfarwyddwr, Iechyd Cymdeithasol ac Integreiddio

3 Papurau i'w nodi

Ymchwiliad i unigrwydd ac unigedd – gwybodaeth ychwanegol gan

Confederasiwn GIG Cymru

(Tudalennau 67 – 106)

Llythyr oddi wrth y Pwyllgor Cyllid ynglŷn â Chraffu ar y gyllideb ddrafft

(Tudalennau 107 – 108)



Ymchwiliad i ofal sylfaenol – gwybodaeth ychwanegol gan Ysgrifennydd y Cabinet dros Iechyd, Llesiant a Chwaraeon

(Tudalennau 109 – 110)

4 Cynnig o dan Reol Sefydlog 17.42 i benderfynu gwahardd y cyhoedd o weddill y cyfarfod ac o'r cyfarfodydd ar 5 Gorffennaf a 13 Gorffennaf

- Ar 5 Gorffennaf, er mwyn trafod blaenraglen waith y Pwyllgor.
- Ar 13 Gorffennaf, er mwyn trafod adroddiad drafft y Pwyllgor ar ofal sylfaenol

5 Craffu ar Gyllideb Llywodraeth Cymru 2017–18 – Sesiwn graffu ariannol canol blwyddyn – trafod y dystiolaeth.

(11.30 – 11.45)

Mae cyfyngiadau ar y ddogfen hon

Vaughan Gething AC

Ysgrifennydd y Cabinet dros Iechyd, Llesiant a
Chwaraeon

Rebecca Evans AC

Gweinidog Iechyd y Cyhoedd a Gwasanaethau
Cymdeithasol

3 Mai 2017

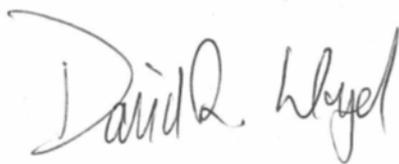
Craffu yn ystod y flwyddyn ar gyllideb ddrafft Llywodraeth Cymru ar gyfer 2016-17 a 2017-18

Annwyl Ysgrifennydd y Cabinet, ac annwyl Weinidog

Diolch am gytno i fynychu cyfarfod y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon rhwng 09.30 a 11:30 fore ddydd Iau 29 Mehefin 2017 ar gyfer sesiwn graffu yn ystod y flwyddyn ar y gyllideb Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon ar gyfer 2017-18.

Cyn y sesiwn, byddai'r Pwyllgor yn arbennig o ddiolchgar o gael gwybodaeth am y materion a amlygir yn yr atodiad i'r llythyr hwn. Byddai'n ddefnyddiol pe gallech ddarparu papur dwyieithog i'r Pwyllgor mewn perthynas â'r materion hyn erbyn 14 Mehefin 2017.

Yn gywir



Dr Dai Lloyd AC

Cadeirydd y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon



Atodiad: Craffu ar y gyllideb ar gyfer 2017–18

Y sesiwn i graffu ar y gyllideb ar 17 Tachwedd 2016 oedd y sesiwn gyntaf i graffu ar gyllideb flynyddol y Cynulliad newydd. Nododd ein gohebiaeth ar y pryd fod ein trafodaethau wedi bod yn eithaf eang eu cwmpas, ond ar lefel uchel ac yn cynrychioli llinell sylfaen ar gyfer y Pumed Cynulliad cyfan. Amlinellwyd ar y pryd y byddai llawer o faterion y byddem eisiau dychwelyd atynt mewn mwy o fanylder. Mae'r sesiwn hon yn cynrychioli rhan o'r broses graffu barhaus honno.

Hefyd, tynnwyd sylw ar y pryd at y ffaith bod y Pwyllgor yn awyddus i ganolbwyntio ein sylw ar allbynnau a chanlyniadau, a sut y mae'r rhain yn dangos gwerth am arian. Fel y cyfryw, byddwn yn parhau i ganolbwyntio ar y dewisiadau ariannol yr ydych yn eu gwneud a'r canlyniadau rydych yn disgwyl eu cael o ganlyniad i hynny.

Byddai'r Pwyllgor yn arbennig o awyddus i gael gwybodaeth am y polisiau a'r materion a ganlyn:

1 Cyllid ychwanegol a thrawsnewid gwasanaeth

Y newid mwyaf sylweddol yn y gyllideb ar gyfer 2016–17 a 2017–18 ar gyfer iechyd a gofal cymdeithasol oedd y buddsoddiad ychwanegol o £200 miliwn ac yn y drefn honno £240 miliwn i gefnogi'r GIG yng Nghymru. Yn eich llythyr dyddiedig 30 Tachwedd 2016 at y Pwyllgor ynghylch y gyllideb ddrafft, amlinellwyd fel a ganlyn:

Yn anochel, y peth cyntaf y bydd angen gwario'r cyllid hwn arno fydd galluogi sefydliadau'r GIG i ymateb i dwf arferol mewn costau, [...]

[...] Hefyd, rydym yn bwriadu defnyddio rhywfaint o'r cyllid hwn i ddatblygu ymhellach ein nod o ddarparu mwy o ofal yn nes at y cartref. Rydym yn ystyried opsiynau o ran y ffordd orau o gymell rhagor o gynnydd mewn perthynas â hyn, a rhoddir rhagor o fanylion i'r Pwyllgor ynghylch hyn maes o law.

A allwch roi'r wybodaeth ddiweddaraf am y canlynol:



- Pa ganlyniadau penodol y mae'r buddsoddiad ychwanegol yn 2016–17 wedi'u sicrhau o ran diwygio, gwella gwasanaethau ac ysgogi newid mewn gwasanaethau;
- Pa ganlyniadau yr ydych bellach yn eu disgwyl ar gyfer y buddsoddiad ychwanegol yn 2017–18 a sut y caiff y canlyniadau hyn eu mesur;
- I ba raddau y mae'r cyllid ychwanegol wedi cael ei ddefnyddio wrth gynnal gwasanaethau presennol GIG Cymru;
- Sut y mae buddsoddiad Llywodraeth Cymru yn sicrhau bod gweithlu a all ddiwallu anghenion iechyd a gofal yn y dyfodol yn cael ei ddatblygu;
- Sut y mae dyraniadau cyllid yn adlewyrchu nod Llywodraeth Cymru o symud gwasanaethau o'r ysbyty i'r gymuned;
- Dadansoddiad o sut y cafodd y £50 miliwn o arian ychwanegol ar gyfer pwysau'r gaeaf ei ddyrannu, a pha ganlyniadau a gafodd eu sicrhau;
- Tystiolaeth o sut y mae Llywodraeth Cymru yn monitro gweithgarwch i sicrhau bod gwasanaethau'n cael eu diwygio'n ystyrlon a sicrhau canlyniadau cadarnhaol i gleifion;
- Manylion am yr allbynnau a'r canlyniadau penodol a gafodd eu sicrhau drwy Gyllid Gofal Canolraddol yn 2016–17 a'r hyn yr ydych yn disgwyl iddo gael ei gyflawni drwy fuddsoddi parhaus yn 2017–18?

2 Perfformiad ac effeithlonrwydd

Byddai'r Pwyllgor yn croesawu gwybodaeth am y canlynol:

- Y targedau effeithlonrwydd a pherfformiad allweddol ar gyfer 2016–17 yn y sector iechyd, sut y mae GIG Cymru wedi perfformio yn erbyn y targedau hyn a sut y mae cyllid yn cael ei ddefnyddio i fynd i'r afael ag unrhyw feysydd sy'n peri pryder;
- Sut y mae'r dyraniad o £30 miliwn ar gyfer 2016–17 ar gyfer pobl hŷn ac iechyd meddwl, a'r cyllid ar gyfer gofal sylfaenol, cynllun cyflenwi, technoleg iechyd ac iechyd meddwl a ddyrannwyd wedi cael ei ddefnyddio a'r canlyniadau ar gyfer y buddsoddiad hwn.

3 Cynllunio ariannol a sefyllfa ariannol Byrddau Iechyd Lleol



Mae'r mater hwn yn parhau i achosi peth pryder i'r Pwyllgor. Nodwyd yn ystod y broses o graffu ar y gyllideb y dyraniad o refeniw ychwanegol gwerth £68 miliwn i'r Adran Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon i fynd i'r afael â'r gorwariant a ragwelir ar gyfer 2016–17 gan Fyrddau Iechyd Prifysgol Hywel Dda a Betsi Cadwaladr; at hynny, mae gan Fyrddau Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg a Chaerdydd a'r Fro ddiffygion diwedd blwyddyn sylweddol ar gyfer 2016–17.

Byddai'r Pwyllgor yn croesawu gwybodaeth am y canlynol:

- Eich barn ar y sefyllfa debygol y gall y Byrddau Iechyd Prifysgol hyn ddisgwyl ei sicrhau ar ddiwedd y flwyddyn 2016–17;
- A oes gennych bryderon am 2017–18 a'u sefyllfa ariannol yn yr hirdymor;
- A ydych yn parhau i fod yn hyderus y bydd y Prif Grŵp Gwariant cyffredinol ar gyfer 2016–17 yn mantoli;

Credwn fod y gorwel cynllunio tair blynedd a nodwyd yn Neddf Cyllid y GIG (Cymru) 2014 wedi bod yn offeryn defnyddiol ar gyfer Byrddau Iechyd Lleol o ran cysylltu cynllunio strategol ac ariannol. Fodd bynnag, rydym yn pryderu ynghylch y canlynol:

- Mae nifer o sefydliadau yn dal i weithredu ar sail Cynllun Tymor Canolig Integredig un flwyddyn oherwydd eich bod yn teimlo na allech gymeradwyo eu cynlluniau tair blynedd;
- Mae'r fframwaith tair blynedd presennol ar gyfer Cynlluniau Tymor Canolig Integredig yn dod i ben ac mae angen eglurder ar y cam nesaf mewn perthynas â sut y bydd cynllunio a rheolaeth ariannol yn cael ei gyflwyno o fewn GIG Cymru.

Rydym yn awyddus i glywed eich barn ar y materion hyn.

4 Atal

Byddai'r Pwyllgor yn croesawu gwybodaeth am y canlynol:

- Y dystiolaeth sydd ar gael am effaith yr agenda ataliol ar y galwadau ar wasanaethau'r GIG;



- Sut y mae newidiadau cyllido mewn cyllidebau llywodraeth leol, ac yn enwedig gwasanaethau cymdeithasol, wedi effeithio ar ofal cymdeithasol a gofal iechyd yn arbennig yn sgil cydnabod bod gwasanaethau cymdeithasol llywodraeth leol yn ffactor allweddol wrth leihau'r galw am wasanaethau'r GIG.

5 Sefyllfa ariannol Llywodraeth Leol a gofal cymdeithasol

Y cyllid ychwanegol a ddarperir ar gyfer gwasanaethau cymdeithasol yn 2017-18, sef cyfanswm o £55 miliwn, gan gynnwys £10 miliwn er mwyn helpu i gwrdd â phwysau cost y gweithlu a oedd yn setliad cyllideb derfynol 2017-18 ac £20 miliwn a gyhoeddwyd ar 27 Mawrth 2017. Byddai'r Pwyllgor yn croesawu eich barn ar y graddau y bydd hyn yn helpu'r sector i gwrdd â phwysau'r gweithlu a'r galw cynyddol am wasanaethau.

Mewn perthynas â 2016-17, y graddau y mae newidiadau mewn cyllidebau awdurdodau lleol wedi effeithio ar wariant gwasanaethau cymdeithasol a mesurau perfformiad gwasanaethau cymdeithasol.

A oes unrhyw arwydd bod Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014, sydd bellach wedi bod mewn grym am flwyddyn lawn, yn cael effaith ar wariant gwasanaethau cymdeithasol.

6 Chwaraeon ac ymarfer corff

Nodwn eich tystiolaeth fod y rhan fwyaf o waith Llywodraeth Cymru ar chwaraeon yn cael ei gyflwyno drwy Chwaraeon Cymru sydd, o ganlyniad, yn derbyn "llawer iawn" o'r gyllideb chwaraeon. Byddai gennym ddiddordeb clywed gennych am y canlynol:

- Ar gyfer 2017-18, y dyraniadau cyllideb; y canlyniadau yr ydych yn disgwyl iddynt gael eu sicrhau ar gyfer y buddsoddiad; a'r amserlen ar gyfer gwireddu'r canlyniadau hyn.

7 Buddsoddiad cyfalaf



Mae argaeledd cyllid cyfalaf yn lifer allweddol o ran trawsnewid gwasanaethau ar draws y sector, a gwyddom fod nifer o brosiectau uchelgeisiol ar y gweill y mae angen buddsoddiad cyfalaf sylweddol arnynt. Byddai'r Pwyllgor yn croesawu gwybodaeth am y canlynol:

- Y sefyllfa bresennol o ran cyllid cyfalaf, gan gynnwys yr adnoddau sydd ar gael a beth yw'r broses ar gyfer blaenoriaethu;
- Sut y mae'r materion cyllid cyfalaf ym maes gofal sylfaenol yn cael eu datrys, o ystyried y pryderon am ystâd gofal sylfaenol ac argaeledd cyfyngedig cyllid cyfalaf;
- Modelau ariannu arloesol sy'n cael eu hystyried ar gyfer codi arian cyfalaf ar gyfer cynlluniau cyfalaf yn y dyfodol, gan gynnwys y defnydd o'r GIG ac ystâd gofal sylfaenol fel liferi mewn unrhyw brosiectau.

8 Darpariaeth ar gyfer deddfwriaeth

Byddai'r Pwyllgor yn croesawu rhagor o wybodaeth am y canlynol:

- Maint a lleoliad y dyraniadau i ddarparu ar gyfer deddfwriaeth yn y portffolio iechyd a gwasanaethau cymdeithasol;
- Y symiau a'r lleoliad yn y gyllideb ar gyfer dyraniadau ar gyfer deddfwriaeth yng Nghymru sydd (a) yn cael ei phasio ar hyn o bryd yn y Cynulliad hwn, neu (b) a gynlluniwyd yn y rhaglen ddeddfwriaethol;
- Y symiau a neilltuwyd ar gyfer gweithredu Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014 a Deddf Rheoleiddio ac Arolygu Gofal Cymdeithasol (Cymru) 2016;
- A oes unrhyw gynlluniau i fwrw ymlaen â'r opsiwn, a nodir yn y Papur Gwyrdd 'Ein Hiechyd, Ein Gwasanaeth Iechyd', i roi pwerau benthyca cyfalaf i fyrddau iechyd fuddsoddi mewn prosiectau cyfalaf.



Cyllid ychwanegol a gweddnwid gwasanaethau

- **Pa ganlyniadau penodol y mae'r buddsoddiad ychwanegol yn 2016-17 wedi'u sicrhau o ran diwygio, gwella gwasanaethau ac ysgogi newid mewn gwasanaethau.**
- **Pa ganlyniadau yr ydych bellach yn eu disgwyl ar gyfer y buddsoddiad ychwanegol yn 2017-18 a sut y caiff y canlyniadau hyn eu mesur.**

Darparodd Cyllideb 2017-18 ar gyfer buddsoddiad ychwanegol o gyllid refeniw gwerth £240miliwn i gydnabod y pwysau o ran costau a galw sy'n wynebu'r GIG yng Nghymru a amlinellwyd yn adroddiad Ymddiriedolaeth Nuffield 2014, ac yn fwy diweddar yn adroddiad y Sefydliad Iechyd – The Path to Sustainability.

Mae dyraniadau yn ôl disgrisiwn 2017-18 ar gyfer Byrddau Iechyd wedi cynyddu £90miliwn er mwyn talu am ddyfarniadau cyflog gweithwyr cyflogedig y GIG, y costau i GIG Cymru sy'n deillio o Ardoll Brentisiaethau Llywodraeth y DU, a phwysau costau eraill ar sail chwyddiant. Mae hyn yn cyfateb i gynnydd o 2% i'r dyraniad rheolaidd yn ôl disgrisiwn a'r dyraniad sydd wedi'i glustnodi. Mae £20miliwn arall wedi'i neilltuo i dalu costau contractau gofal sylfaenol sy'n deillio o chwyddiant (gan gynnwys £12.7miliwn i dalu am godiad cyflog a threuliau meddygon teulu yn 2017/18) a chyllidebau canolog y GIG.

Bydd buddsoddiad mewn gwasanaethau meddygol cyffredinol yn cynyddu tua £27miliwn yn 2017-18. Mae hyn yn cynnwys codiad cyflog a threuliau meddygon teulu a nodwyd uchod, a buddsoddiad newydd gwerth £14.3miliwn i ariannu gwasanaethau newydd, gwell ar gyfer cartrefi gofal, rheoli warfarin, diabetes a darparu profion fflebotomi wedi'u trefnu gan y sector gofal eilaidd. Mae'r newidiadau y cytunwyd arnynt i'r contract ar gyfer gwasanaethau meddygol cyffredinol yn 2017-18 yn llwyfan cryf i feddygon teulu barhau i ddarparu gofal iechyd cynaliadwy o ansawdd uchel yn y cyfnod heriol hwn.

Mae £20miliwn ychwanegol wedi'i ddyrannu i'r byrddau iechyd fel rhan o'r dyraniad iechyd meddwl wedi'i glustnodi yn unol â'r cytundeb ar y gyllideb gyda Phlaid Cymru. Bydd hyn yn helpu cynnydd tuag at gyflwyno'r cynllun cyflenwi 'Law yn Llaw at Iechyd Meddwl'.

Nid ydym wedi gwneud penderfyniadau eto ynglŷn â dyrannu gweddill y buddsoddiad ychwanegol yn y GIG. Rydym yn bwriadu ei ddefnyddio i gymell gwelliannau parhaus mewn cynlluniau tymor canolig, ac i helpu i weddnwid gwasanaethau lleol, gan fynd â gofal yn agosach i'r cartref.

Fodd bynnag, bydd angen i ni ystyried y risgiau ariannol parhaus sy'n parhau i fod yn y system, yn enwedig yn y pedwar bwrdd iechyd â lefelau cyfeirio uwch. O ganlyniad, nid ydym yn bwriadu dyrannu'r cyllid hwn yn llawn ar hyn o bryd, a byddwn yn cadw'r cyllid yn ôl er mwyn mantoli cyllideb y GIG yn gyffredinol.

- **I ba raddau y mae'r cyllid ychwanegol wedi cael ei ddefnyddio wrth gynnal gwasanaethau presennol GIG Cymru;**
Fel yr amlinellwyd uchod, mae £110miliwn o'r cyllid refeniw £240miliwn ychwanegol wedi'i ddarparu i dalu am y costau uwch arferol ar sail chwyddiant i

gynnal gwasanaethau presennol y GIG. Mae hyn yn cyd-fynd ag ymrwymiad Llywodraeth Cymru i gydnabod y pwysau o ran costau a galw sy'n wynebu'r GIG yng Nghymru, fel y nodwyd yn adroddiad annibynnol Ymddiriedolaeth Nuffield yn 2014, ac yn fwy diweddar yn adroddiad y Sefydliad Iechyd – The Path to Sustainability.

- **Sut y mae buddsoddiad Llywodraeth Cymru yn sicrhau bod gweithlu a all ddiwallu anghenion iechyd a gofal yn y dyfodol yn cael ei ddatblygu;** Er gwaetha'r setliadau ariannol heriol, rydym yn parhau i ddatblygu a buddsoddi yng ngweithlu'r GIG a gofal cymdeithasol yng Nghymru er mwyn diwallu anghenion iechyd a gofal ar hyn o bryd ac yn y dyfodol. Dyma rai enghreifftiau:
 - Ein cronfa gofal sylfaenol o £42.6miliwn
 - Buddsoddiad parhaus mewn addysg a hyfforddiant gweithwyr iechyd proffesiynol
 - Pecyn gwerth £95 miliwn i gefnogi rhaglenni addysg a hyfforddiant
 - Rhaglen datblygu'r gweithlu gofal cymdeithasol gwerth £8 miliwn
 - Cyllid gwerth £0.733miliwn i dalu am nifer o leoedd hyfforddiant meddygol ychwanegol ledled Cymru
 - Cyllid parhaus o £1miliwn y flwyddyn ar ôl hynny
 - Parhau â bwrsariaethau ar gyfer gwaith cymdeithasol ac ehangu trefniadau Bwrsariaethau'r GIG
 - Ymrwymiad i sefydlu Addysg Iechyd Cymru erbyn mis Ebrill 2018
 - Cyllid gwerth £19miliwn i helpu'r sector i gyflwyno'r Cyflog Byw Cenedlaethol

Rydym wedi gofyn am uno'r amserlenni ar gyfer gwneud penderfyniadau ynglŷn â lleoedd hyfforddi meddygol a deintyddol a lleoedd hyfforddi anfeddygol. Mae proses 2018-19 ar waith ar hyn o bryd.

- **Sut y mae dyraniadau cyllid yn adlewyrchu nod Llywodraeth Cymru o symud gwasanaethau o'r ysbyty i'r gymuned;** Er mwyn cefnogi Cymru iachach a sicrhau gwasanaethau iechyd cynaliadwy, mae Llywodraeth Cymru yn bwriadu newid y drefn fel bod y system iechyd yn canolbwyntio llai ar salwch ac ysbytai a mwy ar wella iechyd. Bydd gan bobl fynediad cyfartal i'r rhan fwyaf o'r gofal sydd ei angen arnynt i wneud y pethau sy'n bwysig iddyn nhw mor agos i'w cartrefi â phosibl, ar sail ethos cyd-gynhyrchu.

Mae'r Gyllideb ar gyfer 2017-18 yn cefnogi'r amcan strategol hwn drwy nifer o ddyraniadau ariannu penodol, gan gynnwys y gronfa gofal sylfaenol, y gronfa gofal integredig, cyllid ar gyfer y cynlluniau cyflawni cenedlaethol, y gronfa ar gyfer effeithlonrwydd drwy dechnoleg, a chyllid ar gyfer pobl hŷn ac iechyd meddwl.

- **Dadansoddiad o sut y cafodd y £50miliwn o arian ychwanegol ar gyfer pwysau'r gaeaf ei ddyrannu, a pha ganlyniadau a gafodd eu sicrhau;** Dosbarthwyd yr arian £50miliwn i fyrddau iechyd yng Nghymru (gweler y manylion yn y bocs isod) i helpu i gynnal trywydd perfformiad gwell dros gyfnod y gaeaf. Fodd bynnag, er mwyn sicrhau bod y cyllid ond yn cael ei ddefnyddio i

wella perfformiad, cafodd £5.1 miliwn ei gymryd yn ôl gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg ar ddiwedd y flwyddyn ariannol gan nad oedd darpariaeth y Bwrdd yn cyd-fynd â'i gynlluniau y cytunwyd arnynt.

| | Fairshare split (£m) |
|------------------|----------------------|
| ABMU | 9.33 |
| Aneurin Bevan | 9.97 |
| BCU | 11.09 |
| Cardiff and Vale | 7.50 |
| Cwm Taf | 5.80 |
| Hywel Dda | 6.31 |
| All Wales | 50.00 |

| | Rhaniad cyfran deg (£m) |
|---|-------------------------|
| Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg | 9.33 |
| Aneurin Bevan | 9.97 |
| Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr | 11.09 |
| Caerdydd a'r Fro | 7.50 |
| Cwm Taf | 5.80 |
| Hywel Dda | 6.31 |
| Cymru Gyfan | 50.00 |

Dros gyfnod y gaeaf, roedd perfformiad o safbwynt amseroedd aros Rhwng Atgyfeirio a Thriniaeth yn well na'r flwyddyn flaenorol yn gyffredinol. Roedd perfformiad 26 wythnos ddiwedd mis Mawrth 2017 (88%) 1.2 pwynt canran yn uwch nag ym mis Mawrth 2016; roedd y niferoedd 36 wythnos 28% yn is nag ym mis Mawrth 2016, a'r ganran hon oedd yr orau ers mis Mawrth 2014; roedd amseroedd aros wyth wythnos diagnostig ar eu lefel isaf ers chwe blynedd; roedd perfformiad 62 diwrnod ym maes canser ar ei lefel uchaf ers mis Tachwedd 2014.

Yn ogystal, er nad oedd perfformiad ym maes gofal heb ei drefnu cystal â'n disgwyliadau, roedd y perfformiad pedair awr dros gyfnod y gaeaf yn well yn gyffredinol na pherfformiad y gaeaf blaenorol.

Mae perfformiad y gwasanaeth ambiwlans yn erbyn y targed wyth munud coch wedi bod yn well bob mis na'r un mis y llynedd, ac mae wedi bod dros 70% yn gyson.

Cafodd 564 (4%) yn llai o driniaethau eu gohirio ar ddiwrnod y driniaeth neu'r diwrnod cynt dros y gaeaf o'i gymharu â'r gaeaf blaenorol. Cafodd 965 (38%) yn llai o driniaethau eu gohirio oherwydd prinder gwelyau naill ai ar y diwrnod neu'r diwrnod cynt.

- **Tystiolaeth o sut y mae Llywodraeth Cymru yn monitro gweithgarwch i sicrhau bod gwasanaethau'n cael eu diwygio'n ystyrlon a sicrhau canlyniadau cadarnhaol i gleifion;**

Mae'r gofynion darpariaeth blynyddol ar gyfer y GIG wedi'u cynnwys yn fframwaith canlyniadau a chyflawni'r GIG. Mae'r fframwaith wedi'i rannu'n saith parth sy'n nodi'r meysydd blaenoriaeth yr oedd cleifion, clinigwyr a rhanddeiliaid eisiau mesur y GIG yn eu herbyn. Y saith parth yw:

- Cadw'n iach
- Gofal diogel
- Gofal effeithiol
- Gofal ag urddas
- Gofal amserol
- Gofal unigol
- Ein staff ac adnoddau

Mae Fframwaith Cyflawni GIG Cymru yn mesur y GIG gydol y flwyddyn i asesu darpariaeth gwasanaethau a phrosesau sy'n cyfrannu at set o ganlyniadau y cytunwyd arnynt.

- **Manylion am yr allbynnau a'r canlyniadau penodol a gafodd eu sicrhau drwy Gyllid Gofal Canolraddol yn 2016-17 a'r hyn yr ydych yn disgwyl iddo gael ei gyflawni drwy fuddsoddi parhaus yn 2017-18.**

Sefydlwyd y Gronfa Gofal Canolraddol yn 2014-15 i hyrwyddo gwaith partneriaeth drwy ddarparu gwasanaethau integredig ac arloesol ym meysydd iechyd, gwasanaethau cymdeithasol, tai a'r trydydd sector. Y Gronfa Gofal Integredig yw teitl newydd y gronfa er mwyn adlewyrchu ei diben yn well.

Yn 2016-17, roedd cyllid refeniw gwerth £50miliwn a chyllid cyfalaf gwerth £10miliwn ar gael. Mae byrddau partneriaethau rhanbarthol, a sefydlwyd o dan Ran 9 o Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014, yn gyfrifol am oruchwylio'r Gronfa Gofal Canolraddol ac am sicrhau ei bod yn cael ei defnyddio a'i gweithredu'n effeithiol.

Mae'r Gronfa Gofal Canolraddol wedi'i defnyddio i sefydlu amrywiaeth o fodelau gofal a chymorth gwahanol sydd wedi lleihau'r pwysau ar y system ysbytai, gan gynnwys lleihau nifer y derbyniadau diangen i ysbytai, lleihau nifer y derbyniadau amhriodol i ofal preswyl, a lleihau'r oedi cyn rhyddhau cleifion o'r ysbyty. Mae'r modelau hyn yn cynnwys:

- Gwasanaethau Man Mynediad Sengl;
- Addasu tai i helpu i atal codymau a sicrhau bod pobl yn gallu aros yn eu cartrefi eu hunain;
- Gwelyau adsefydlu cymunedol Cam i Fyny/Cam i Lawr;
- Cymunedau sy'n ystyriol o ddementia;

- Grantiau i helpu sefydliadau'r trydydd sector i leihau arwahanrwydd cymdeithasol pobl hŷn a gwella darpariaeth gwasanaethau cymunedol a mynediad iddynt.

Mae'r gwasanaethau hyn wedi creu capasiti ychwanegol ac wedi helpu i ganolbwyntio ar gadw ffigurau oedi wrth drosglwyddo gofal o dan 400 yng Nghymru.

Yn ystod y flwyddyn ariannol ddiwethaf, dyrannwyd elfen gwerth £15miliwn o'r Gronfa Gofal Canolraddol i gefnogi gofynion Deddf 2014 i ddarparu gwasanaethau ataliol, gan gynnwys atal datblygiad anghenion gofal a chymorth. Yn ogystal, mae elfennau o'r Gronfa Gofal Canolraddol wedi'u dyrannu'n benodol i helpu i roi'r canlynol ar waith:

- **Y Gwasanaeth Awtistiaeth Integredig i Gymru** – dull cyson o ddarparu gofal a chymorth i bobl ag awtistiaeth ledled Cymru;
- **System Wybodaeth Gofal Cymunedol Cymru**– sy'n galluogi rhagor o integreiddio rhwng timau iechyd a gofal cymdeithasol drwy ddarparu ar gyfer cofnod gofal cyffredin.

Disgwyliadau ar gyfer 2017-18

Mae'r Rhaglen Lywodraethu yn cynnwys ymrwymiad i gadw'r gronfa bwysig hon, ac mae cyfanswm o £60miliwn wedi'i neilltuo eto ar gyfer y flwyddyn ariannol hon.

Canolbwyntir mwy ar y Gronfa Gofal *Integredig* wedi'i hailfrandio fel dull gweithredu allweddol ar gyfer y Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru). Felly, mae amcanion y Gronfa Gofal Canolraddol yn gysylltiedig â meysydd blaenoriaeth integreiddio byrddau partneriaeth rhanbarthol:

- Pobl hŷn sydd ag anghenion cymhleth a chyflyrau hirdymor, gan gynnwys dementia;
- Pobl ag anabledau dysgu;
- Plant ag anghenion cymhleth oherwydd anabled neu salwch; ac
- (am y tro cyntaf) Gofalwyr, gan gynnwys gofalwyr ifanc.

Perfformiad ac effeithlonrwydd

- **Y targedau effeithlonrwydd a pherfformiad allweddol ar gyfer 2016-17 yn y sector iechyd, sut y mae GIG Cymru wedi perfformio yn erbyn y targedau hyn a sut y mae cyllid yn cael ei ddefnyddio i fynd i'r afael ag unrhyw feysydd sy'n peri pryder;**

Yn 2016-17, mae ffocws cenedlaethol o'r newydd wedi'i roi ar wella effeithlonrwydd drwy sefydlu Bwrdd Effeithlonrwydd cenedlaethol o dan gadeiryddiaeth Prif Weithredwr GIG Cymru.

Fel rhan o'r dull gweithredu cenedlaethol gwell ym meysydd effeithlonrwydd a gwerth o dan arweiniad y Bwrdd Effeithlonrwydd, mae nifer o raglenni a themâu yn cael eu rhoi ar waith o dan ddwy thema benodol:

- Mae Fframwaith Effeithlonrwydd a Chynhyrchiant a Thargedau Effeithlonrwydd ar gyfer 2017 wedi'u cymeradwyo a'u hanfon i Fyrddau Iechyd Lleol ac Ymddiriedolaethau'r GIG i'w cynnwys yng Nghynlluniau Tymor Canolig Integredig a Chynlluniau Blynyddol mis Mawrth 2017-18.

- Yn ystod 2017-18, bydd rhaglen waith y Grŵp Effeithlonrwydd (a fydd yn cael ei rhoi ar waith gan sefydliadau unigol y GIG a Grwpiau Gweithredol a Phroffesiynol Cymru Gyfan) yn cynnwys y canlynol:
 - Amrywiad clinigol o dan arweiniad Cyfarwyddwyr Meddygol
 - Rheoli meddyginiaethau o dan arweiniad Prif Fferyllwyr
 - Trosglwyddo cyfnodau dyletswydd nyrsys yn effeithiol o dan arweiniad Cyfarwyddwyr Nyrsio
 - Effeithlonrwydd digidol a TG o dan arweiniad Bwrdd Rheoli Gwybodeg y GIG

Hefyd, mae'r ffocws cenedlaethol hwn wedi ail-nodi meysydd blaenoriaeth i'w gwella gan fyrddau iechyd er mwyn helpu i gyrraedd targedau perfformiad cenedlaethol, fel atgyfeiriadau ar gyfer triniaeth a gofal heb ei drefnu. Er bod arian ychwanegol wedi'i ddarparu i helpu i wella perfformiad yn erbyn y targedau hyn, mae angen sicrhau effeithlonrwydd er mwyn newid gwasanaethau mewn ffordd fwy cynaliadwy wrth symud ymlaen.

Mae'r gwaith hwn ym maes cynaliadwyedd wedi'i gefnogi hefyd gan y rhaglenni cenedlaethol perthnasol, gan sicrhau rhagor o effeithlonrwydd a gwelliannau yn y maes. Dyma rai enghreifftiau:

- Mae'r Bwrdd gofal wedi'i gynllunio cenedlaethol yn amlygu ac yn monitro rhestr o driniaethau sy'n cael effaith gyfyngedig yn y pedwar maes darpariaeth.
- Datblygu dulliau rheoli llwybrau amgen i leihau'r galw gan gleifion newydd a chleifion allanol ym meysydd y rhaglen gofal wedi'i gynllunio
- Mae cyfraddau "Heb fynychu" wedi'u blaenoriaethu drwy'r rhaglen cleifion allanol genedlaethol er mwyn gwella capasiti, ac mae nifer o fyrddau iechyd wedi gwneud gwelliannau arwyddocaol
- Mae'r rhaglen gofal heb ei drefnu wedi herio cyfnodau aros mewn argyfwng drwy ffocws cenedlaethol ar brosesau rhyddhau cleifion, fel gwella nifer y cleifion sy'n cael eu rhyddhau cyn 11am, a defnyddio gwelyau cymunedol yn well
- Mae grŵp cenedlaethol theatrau llawdriniaethau wedi canolbwyntio o'r newydd ar fesurau cenedlaethol, ac mae dau ddigwyddiad wedi'u cynnal i rannu arferion da a gwella gwasanaethau.

Fel rhan o'r broses gynllunio ar gyfer Cynlluniau Tymor Canolig Integredig 2017-18, derbyniodd pob bwrdd iechyd adroddiad effeithlonrwydd penodol i amlygu eu meysydd ffocws a chynllunio ychwanegol wrth gyflwyno eu Cynlluniau Tymor Canolig Integredig. Bydd cynnydd yn erbyn y cynlluniau hyn yn cael ei fonitro yn ystod y flwyddyn.

Sefyllfa ar ddiwedd y flwyddyn ariannol – mis Mawrth 2017

Amseroedd aros Rhwng Atgyfeirio a Thriniaeth

Ddiwedd mis Mawrth 2017:

- Roedd y perfformiad ar gyfer amseroedd aros 26 wythnos yn 88.0%, sef cynnydd o 1.2 pwynt canran o'i gymharu â mis Mawrth 2016. Dyma'r perfformiad gorau ers mis Mawrth 2014;
- Roedd 12,354 o bobl yn aros dros 36 wythnos, sef gwelliant o 4,836 (28%) o'i gymharu â mis Mawrth 2016. Dyma'r nifer isaf ers mis Mawrth 2014.

Diagnosteg

Ddiwedd mis Mawrth 2017:

- Roedd 4,741 o bobl yn aros dros wyth wythnos am un o'r profion diagnostig penodedig. Mae'r ffigur hwn 4,061 (46%) yn is nag ym mis Mawrth 2016. Dyma'r nifer isaf o bobl yn aros dros wyth wythnos ers mis Mawrth 2011.

Gwasanaethau Therapi

Ddiwedd mis Mawrth 2017:

- Roedd 2,477 o bobl yn aros dros 14 wythnos am wasanaethau therapi. Mae'r ffigur hwn 94 (4%) yn is nag ym mis Mawrth 2016.

Damweiniau ac Achosion Brys

Yn ystod mis Mawrth 2017:

- Canran y perfformiad 4 awr oedd 80.9% yn erbyn targed o 95%. Mae'r ganran hon 4.4 pwynt canran yn uwch nag ym mis Mawrth 2016;
- Roedd 3,206 o bobl yn aros 12 awr, sy'n 1,187 (27%) yn llai nag ym mis Mawrth 2016.

Ambiwlans

Yn ystod mis Mawrth 2017:

- Cafwyd ymateb i 77.9% o alwadau coch ymhen wyth munud. Mae'r ganran hon 12.2 pwynt canran yn uwch nag ym mis Mawrth 2016;
- Trosglwyddwyd 56.3% o bobl o staff y gwasanaeth ambiwlans i staff Damweiniau ac Achosion Brys ymhen 15 munud. Mae'r ganran hon 10.3 pwynt canran yn uwch nag ym mis Mawrth 2016;
- Arhosodd 1,924 o bobl dros awr i gael eu trosglwyddo o staff y gwasanaeth ambiwlans i staff Damweiniau ac Achosion Brys. Mae'r ffigur hwn 1,610 (46%) yn llai nag ym mis Mawrth 2016.

Canser – 62 diwrnod

Yn ystod mis Mawrth 2017:

- Roedd y perfformiad 62 diwrnod yn 89.3%. Mae'r ganran hon 3.6 pwynt canran yn uwch nag ym mis Mawrth 2016.

Oedi Wrth Drosglwyddo Gofal

Yn ystod mis Mawrth 2017:

- Cafwyd 389 o achosion o oedi wrth drosglwyddo gofal am resymau iechyd meddwl a rhesymau nad oeddent yn gysylltiedig ag iechyd meddwl. Mae'r ffigur hwn 135 (26%) yn is nag ym mis Mawrth 2016.

Strôc

- Ym mis Mawrth 2017, derbyniwyd 45.4% o bobl yn uniongyrchol i uned strôc ymhen llai na phedair awr ledled Cymru, sef gwelliant o 7.2 pwynt canran o'i gymharu â mis Mawrth 2016;
- Ym mis Mawrth 2017, cafodd 95.3% o bobl sgan CT ymhen llai na 12 awr ledled Cymru, sef yr un ganran ag ym mis Mawrth 2016;
- Ym mis Mawrth 2017, cafodd 85.2% o bobl eu hasesu gan nyrs strôc ymhen llai na 24 awr ledled Cymru, sef gwelliant o 10.4 pwynt canran o'i gymharu â mis Mawrth 2016;

- Ym mis Mawrth 2017, cafodd 27.3% o bobl â thrombolysis gyffuriau o'r drws i'r nodwydd ymhen 45 munud ledled Cymru, sy'n 14.8 pwynt canran yn llai nag ym mis Mawrth 2016.
- **Sut y mae'r dyraniad o £30miliwn ar gyfer 2016-17 ar gyfer pobl hŷn ac iechyd meddwl, a'r cyllid ar gyfer gofal sylfaenol, cynllun cyflenwi, technoleg iechyd ac iechyd meddwl a ddyrannwyd wedi cael ei ddefnyddio a'r canlyniadau ar gyfer y buddsoddiad hwn.**

Cyllideb £30miliwn ar gyfer pobl hŷn ac iechyd meddwl

Mae'r cyllid hwn yn cael ei ddefnyddio mewn meysydd blaenoriaeth sydd wedi'u hamlygu yn y Rhaglen Lywodraethu a strategaethau cysylltiedig gan gynnwys cynllun cyflenwi *Law yn Llaw at Iechyd Meddwl*.

Mae'r meysydd blaenoriaeth yn 2016-17 wedi cynnwys:

- Creu timau adnoddau hyblyg mewn ysbytai i wella profiad cleifion drwy leihau'r defnydd o staff asiantaethau ar wardiau cyffredinol, gwella cydweithio rhwng yr adrannau brys ac adrannau seiciatrig, a rhwng staff iechyd meddwl ac iechyd corfforol.
- Sesiynau ychwanegol mewn clinigau cof sy'n ceisio lleihau amseroedd aros ar gyfer asesiad cychwynnol am ddiagnosis o ddementia. Erbyn mis Rhagfyr 2016 roedd tua 700 o sesiynau wedi'u darparu – rydym wedi gofyn i'r byrddau iechyd am y wybodaeth ddiweddaraf am eu cynnydd hyd at ddiwedd mis Mawrth 2017.
- Gwella mynediad i wasanaethau seicolegol seiliedig ar dystiolaeth drwy ddarparu capasiti ychwanegol ar gyfer gwasanaethau. Rydym eisoes wedi ymrwmo i adrodd ar darged o 26 wythnos ar gyfer amseroedd aros rhwng atgyfeirio a thriniaeth ar gyfer gwasanaethau iechyd meddwl arbenigol eilaidd, a bwriedir cyflwyno'r strwythur adrodd erbyn diwedd y flwyddyn ariannol. Yn y cyfamser, gofynnir i'r byrddau iechyd weithio tuag at gyrraedd y targed hwn – mae gwybodaeth gan reolwyr yn dangos bod cynnydd yn cael ei wneud.
- Mae buddsoddiad ychwanegol mewn gwasanaethau cymorth iechyd meddwl lleol sylfaenol i helpu i ddarparu gwasanaethau iechyd meddwl o dan y Mesur wedi arwain at welliannau ar lefel Cymru gyfan. Yn ôl data StatsCymru a gyhoeddwyd ym mis Rhagfyr 2016, cynhaliwyd 85.7% o asesiadau ymhen 28 diwrnod i ddyddiad derbyn yr atgyfeiriad, ac roedd 77.1% o ymyraethau therapiwtig wedi cychwyn ymhen 28 diwrnod i gynnal asesiad gwasanaethau cymorth iechyd meddwl lleol sylfaenol. Mae'r wybodaeth a ddarparwyd gan Fyrddau Iechyd Lleol yn eu trafodaethau â ni ar eu perfformiad ar ddiwedd y flwyddyn ariannol yn dangos eu bod yn hyderus y byddant wedi rhagori ar y targed o 80% ar gyfer asesiadau ac ymyraethau ar lefel Cymru gyfan. Mae'r sefyllfa hon yn well na'r sefyllfa ym mis Mawrth 2016 pan na lwyddwyd i gyrraedd y targed o 80% ar gyfer asesiadau neu ymyraethau ar lefel Cymru gyfan.
- Datblygu gweithwyr cymorth trosglwyddo / adsefydlu yng Ngwasanaethau Iechyd Meddwl Plant a'r Glasoed (CAMHS) mewn timau seicosis ymyrraeth gynnar, er mwyn hyrwyddo adferiad gweithredol drwy gyrchu cyfleoedd cymdeithasol, addysgol a chyflogaeth ar gyfer pobl ifanc â salwch meddwl difrifol. Mae byrddau iechyd wedi

cael eu hannog i gydweithio â sefydliadau trydydd sector i fanteisio'n llawn ar y cyllid sydd ar gael. Roedd pob bwrdd iechyd ond dau wedi penodi staff erbyn mis Ebrill 2017, ac mae'r ddau arall yn rhagweld y byddant yn penodi staff yn fuan.

- Darparu hyfforddiant ar siarad am salwch difrifol i ddatblygu sgiliau cyfathrebu sylfaenol staff gofal iechyd sy'n ymwneud â'r holl agweddau ar salwch difrifol a gofal ar gyfer cleifion sy'n marw fel rhan o'u gwaith o ddydd i ddydd. Mae'r ddarpariaeth hon ar gyfer staff nad ydynt wedi cael hyfforddiant gofal lliniarol arbenigol ac nad ydynt yn gweithio yn y maes hwnnw.

Mae gwaith yn mynd rhagddo i ddatblygu gwasanaethau a fydd yn cefnogi'r strategaeth ddementia (pan gaiff ei chyhoeddi), prosiectau sy'n cefnogi blaenoriaethau *Symud Cymru Ymlaen* yn uniongyrchol (gan gynnwys presgripsiynu cymdeithasol, cwlwm llesiant, cyswllt ysgolion CAMHS ac unigrwydd ac arwahanrwydd) a chefnogi'r gweithlu ymhellach.

Y Gronfa Gofal Sylfaenol

Mae'r Gronfa hon yn darparu cyllid rheolaidd gwerth £42.6miliwn i gefnogi cynlluniau byrddau iechyd. Tair blaenoriaeth y cyllid hwn yw helpu i sicrhau cynaliadwyedd gwasanaethau, gwella mynediad a darparu rhagor o wasanaethau yn y gymuned.

Mae arian y Gronfa wedi'i ddefnyddio i dalu am arweinydd proffesiynol cenedlaethol ar gyfer gofal sylfaenol, nifer fach o fentrau canolog fel hyb arloesi a datblygu gofal sylfaenol Iechyd Cyhoeddus Cymru, ac ehangu gwasanaethau iechyd galwedigaethol ar gyfer meddygon teulu.

Dyrannwyd y rhan fwyaf o'r Gronfa i'r byrddau iechyd. Dyrannwyd £26.081miliwn i'r byrddau iechyd ar gyfer eu cynlluniau gofal sylfaenol a nodwyd yn eu cynlluniau tymor canolig integredig neu eu cynlluniau blynyddol.

Dyma rai enghreifftiau o sut mae'r cyllid hwn wedi'i ddefnyddio yn 2016-17 a'r canlyniadau a ddeilliodd ohono:

- Mae buddsoddiad **Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg** wedi helpu i gynyddu capasiti, gan gynnwys ar gyfer ffisiotherapyddion anadlol, ac i uwchraddio a gwella gwasanaethau adsefydlu cleifion yr ysgyfaint sydd eisoes ar waith yn y gymuned.
- Ym mis Mawrth 2017, nododd y bwrdd iechyd fod darpariaeth gwasanaethau wedi symud allan o ysbytai a bod dosbarthiadau'n cael eu cynnal ym mhob un o'r 11 clwstwr.
- Nododd y bwrdd iechyd fod rhestr aros wedi lleihau yn sylweddol – o 12-18 mis i 2-5 mis.
- Mae **Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan** wedi buddsoddi mewn model sy'n helpu cleifion i reoli eu diabetes eu hunain i'r graddau posibl drwy gefnogi arferion a gwasanaethau cymunedol sy'n darparu gofal yn nes at gartrefi cleifion.
- Ym mis Mawrth eleni, nododd y bwrdd iechyd fod nifer y cleifion a fynychodd safleoedd adrannau brys Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan rhwng mis Mawrth 2016 a mis Chwefror 2017 wedi gostwng 14%.

- Mae **Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr** wedi buddsoddi yn ei wasanaethau awdioleg gofal sylfaenol.
- Mae'r model gwasanaeth newydd yn cynnwys hyfforddi a phenodi awdiolegwyr gofal sylfaenol ymarfer uwch y mae cleifion yn gallu mynd atynt yn uniongyrchol heb gael atgyfeiriad gan eu meddyg teulu.
- O ganlyniad i'r buddsoddiad hwn, mae'r gwasanaeth ar gael i bobl yn nes at eu cartrefi ac nid oes angen iddynt deithio i'r ysbyty.

Defnyddiwyd £4.948miliwn i gefnogi rhaglen fraenaru genedlaethol arloesol i brofi dulliau newydd o gynllunio, trefnu a darparu gofal sylfaenol. Dyma rai enghreifftiau o sut mae'r cyllid hwn wedi'i ddefnyddio yn 2016 –17:

- **Cwm Taf:** *Eich Meddyginiaethau, Eich Cynllun Braenaru Iechyd* – amcan y cynllun hwn yw creu a sefydlu newid diwylliant yn ymwneud â defnydd cyfrifol o feddyginiaethau gan gleifion a'r cyhoedd, gan addysgu cleifion a sicrhau eu bod yn berchen mwy ar eu gofal eu hunain er mwyn helpu i wella cynaliadwyedd cyffredinol gwasanaethau.
- **Powys:** Cafwyd buddsoddiad mewn cynllun peilot ar gyfer model brysbennu nyrsys ynghyd â rhagor o waith tîm amlddisgyblaethol i ryddhau capasiti meddygon teulu a sicrhau bod cleifion yn cael eu gweld gan y gweithiwr gofal iechyd proffesiynol mwyaf priodol.
- O ganlyniad i'r buddsoddiad hwn a nodwyd gan y bwrdd iechyd ym mis Mawrth eleni, arweiniodd 20.34% o'r holl gyswllt (ffôn a brysbennu nyrsys) at gyngor yn unig, ac roedd 8.68% o'r holl gyswllt ar ffurf apwyntiad arferol gyda meddyg teulu. Mae'r ganran wedi parhau i leihau ers adroddiad mis Rhagfyr (9.85%).
- Mae cyfanswm o 4,852 o apwyntiadau meddygon teulu wedi'u hosgoi ar gyfer y cyfnod cronol hyd at fis Chwefror 2017.
- Cafwyd buddsoddiad mewn tri chynllun peilot ar gyfer y cyflwr dirywiad macwlaidd gwlyb ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan, Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda a Bwrdd Iechyd Addysgu Powys.
- Mae'r cynlluniau peilot hyn wedi symud gwasanaethau asesu a thriniaeth ar gyfer cleifion â dirywiad macwlaidd gwlyb allan o ysbytai ac i gymunedau lleol. Mae'r gwasanaethau'n cael eu darparu yn y gymuned gan optometryddion a nyrsys o dan oruchwyliaeth offthalmolegydd.

Canlyniadau'r buddsoddiad hwn:

- **Aneurin Bevan:** yn ystod y flwyddyn ddiwethaf, aseswyd cyfanswm o 2254 o gleifion a gweinyddwyd cyfanswm o 2227 o bigiadau.
- **Hywel Dda:** yn ystod y flwyddyn ddiwethaf, trefnwyd 554 o apwyntiadau i gleifion a mynychwyd 528 ohonynt (95%). Cafwyd 285 o driniaethau (pigiadau), gan arwain at gyfradd driniaeth o 51% mewn lleoliad cymunedol.
- **Powys:** yn ystod y flwyddyn ddiwethaf, aseswyd 474 o gleifion a gweinyddwyd 259 o driniaethau.

Dyrannwyd £10miliwn i'r clystyrau gofal sylfaenol i benderfynu sut i ddefnyddio'r cyllid hwn i roi eu hatebion a'u blaenoriaethau lleol ar waith. Dyma rai enghreifftiau o sut mae'r cyllid hwn wedi'i ddefnyddio yn 2016 –17 a'r canlyniadau a ddeilliodd ohono:

- **Hywel Dda:** mae 505 o Gynlluniau Cadw'n lach wedi'u cwblhau yn un clwstwr eleni.
- Ers i fenter eiddilwch y clwstwr gychwyn ym mis Medi 2015, mae gan 976 o gleifion ledled yr ardal Gynllun Cadw'n lach.
- **Caerdydd a'r Fro:** mae un clwstwr wedi sicrhau cytundeb 12 mis gyda MIND Caerdydd i gynorthwyo cleifion sydd â chyflyrau iechyd meddwl lefel isel. Cyhoeddir adroddiad ym mis Mawrth eleni ac mae 192 o atgyfeiriadau wedi'u gwneud ers canol mis Rhagfyr 2016.
- **Aneurin Bevan:** mae un clwstwr wedi helpu nyrsys practis i ddatblygu sgiliau rheoli clwyfau.
- Mae'r nyrsys ardal yn gweithio ochr yn ochr â nyrsys practis i gynnal clinig mewn meddygfeydd, gan fynd ati i helpu i asesu a datblygu cynlluniau triniaeth ar gyfer cleifion gofal clwyf.

Cyllid Cynlluniau Cyflenwi

Mae £1 miliwn wedi'i ddyrannu ar gyfer pob un o naw cynllun cyflenwi'r prif gyflyrau iechyd (canser, diabetes, iechyd anadlol, clefyd yr afu, cyflyrau'r galon, cyflyrau niwrolegol, gofal critigol, strôc a diwedd oes), ac mae'r cyllid hwn wedi'i gynnwys mewn dyraniadau refeniw'r byrddau iechyd lleol.

Mae gan bob un o'r prif gyflyrau iechyd grŵp gweithredu sy'n gyfrifol am oruchwylio a dyrannu'r cyllid £1 miliwn. Mae'r grwpiau gweithredu yn defnyddio'r cyllid hwn i helpu i gyflawni'r amcanion a nodir ym mhob cynllun cyflenwi'r prif gyflyrau iechyd, ac i helpu i wireddu'r blaenoriaethau blynyddol a nodir gan y grŵp gweithredu.

Yn ogystal, mae cyllid £6.4 miliwn yn cael ei ddyrannu i'r byrddau iechyd bob blwyddyn i gefnogi gwasanaethau gofal lliniarol arbenigol sy'n cael eu darparu gan hosbisau ledled Cymru. Mae hyn yn sicrhau bod gwasanaeth ar gael i roi cyngor i weithwyr proffesiynol sy'n gofalu am gleifion yn eu cartrefi, mewn hosbisau ac mewn ysbytai ledled y wlad.

Rydym wedi darparu cyllid untro gwerth £1 miliwn eleni i helpu i gyflawni amcanion Gofal Diwedd Oes. Mae'r Bwrdd Gofal Diwedd Oes wedi nodi y bydd y cyllid hwn yn cael ei ddefnyddio i fabwysiadu agwedd gymunedol dosturiol at ofal diwedd oes, ar gyfer telefeddygaeth, i ddarparu rhagor o hyfforddiant ar siarad am salwch difrifol er mwyn helpu i ddatblygu uwch gofnod cynllunio gofal Cymru gyfan, i roi blaenoriaethau ymchwil ar waith ac i gefnogi clystyrau meddygon teulu yng Nghymru.

Mae Age Cymru wedi derbyn cyllid gwerth £241,950 i helpu i roi'r Rhaglen Heneiddio'n lach ar waith. Mae'r cyllid hwn yn cefnogi ymyraethau unigol sy'n canolbwyntio ar Fentrau Iechyd, Gŵyl Celfyddydau a Chreadigrwydd Gwanwyn a Mentrau Gweithgareddau Corfforol.

Cyllid Technoleg Iechyd

Nod y rhaglen Effeithlonrwydd drwy Dechnoleg yw cyflymu'r broses o arddangos, gwerthuso a mabwysiadu nwyddau a gwasanaethau newydd, gan wella effeithlonrwydd a gwella canlyniadau i gleifion yn unol ag egwyddorion

gofal iechyd darbodus. Disgwylir y bydd prosiectau ariannu technoleg iechyd yn arwain at enghreifftiau o effeithlonrwydd fel y canlynol:

- Llai o bobl yn cael eu derbyn i'r ysbyty (ar gyfer cyflyrau penodol)
- Llai o deithio (ar sail amser a chost)
- Llai o ddefnydd o gynhyrchion presgripsiwn (cyffuriau a nwyddau traul e.e. gorchuddion)
- Cleifion yn aros mewn ysbytai am lai o amser
- Gwella profiad cleifion (adborth)

Mae'r gronfa Effeithlonrwydd drwy Dechnoleg yn helpu sefydliadau iechyd a gofal i fynd ati'n ddi-oed i werthuso technolegau addawol a chynyddu eu defnydd hyd at lefel ranbarthol neu genedlaethol. Yn ogystal â'r cyllid £10miliwn a ddyrannwyd i'r gronfa gan Lywodraeth Cymru yn 2016-17, cafwyd cyfraniadau arian cyfatebol gwerth £4.2miliwn gan ein prosiectau. Mae'r gymhareb arian cyfatebol hon yn amcangyfrif ceidwadol gan nad yw'n ystyried adnoddau cyfatebol eraill (staff/gorbenion adeiladau) sy'n anos i'w mesur.

Cynllunio ariannol a sefyllfa ariannol Byrddau Iechyd Lleol

- **Eich barn ar y sefyllfa debygol y gall y Byrddau Iechyd Prifysgol hyn ddisgwyl ei sicrhau ar ddiwedd y flwyddyn 2016-17.**
- **A oes gennych chi unrhyw bryderon am 2017-18 a sefyllfa ariannol Byrddau Iechyd Lleol yn fwy hirdymor.**
- **A ydych yn parhau i fod yn hyderus y bydd y Prif Grŵp Gwariant cyffredinol ar gyfer 2016-17 yn mantoli.**

Mae gan fyrddau iechyd lleol ddyletswydd statudol i fantoli eu cyllideb dros dair blynedd ariannol yn unol â Deddf Cyllid y Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Cymru) 2014. Mae cyfrifon statudol Byrddau Iechyd Lleol ac Ymddiriedolaethau'r GIG yng Nghymru ar gyfer 2016-17 wedi'u harchwilio a'u rhoi gerbron y Cynulliad Cenedlaethol. Cyflwynais ddatganiad ysgrifenedig i aelodau ar 9 Mehefin yn amlinellu canlyniad y broses.

Fe wnaethom reoli diffygion 2016-17 a nodwyd gan y pedwar bwrdd iechyd yn y gyllideb iechyd gyffredinol, ac o ganlyniad, rydym yn hyderus ein bod wedi mantoli cyllideb y Prif Grŵp Gwariant Iechyd, Llesiant a Chwaraeon ar gyfer 2016-17. Credwn y bydd y ffaith hon yn cael ei chadarnhau ar ôl cwblhau'r gwaith o archwilio cyfrifon adnoddau Llywodraeth Cymru yn nes ymlaen yn yr haf.

Byddwn yn gwneud datganiad maes o law ar asesu a chymeradwyo Cynlluniau Tymor Canolig Integredig Byrddau Iechyd Lleol ac Ymddiriedolaethau'r GIG pan fydd y broses hon wedi'i chwblhau.

- **Credwn fod y gorwel cynllunio tair blynedd a nodwyd yn Neddf Cyllid y GIG (Cymru) 2014 wedi bod yn offeryn defnyddiol ar gyfer Byrddau Iechyd Lleol o ran cysylltu cynllunio strategol ac ariannol. Fodd bynnag, rydym yn pryderu ynghylch y canlynol:
Mae nifer o sefydliadau yn dal i weithredu ar sail Cynllun Tymor Canolig Integredig un flwyddyn oherwydd eich bod yn teimlo na allech gymeradwyo eu cynlluniau tair blynedd.**

Ers dechrau'r cylch cynllunio cyntaf yn 2014-15 pan gymeradwywyd pedwar sefydliad, mae nifer o sefydliadau wedi aeddfedu a datblygu.

Erbyn 2016-17, roedd Cynlluniau Tymor Canolig Integredig tair blynedd chwe sefydliad wedi'u cymeradwyo (Byrddau Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan, Cwm Taf a Phowys ac Iechyd Cyhoeddus Cymru, Ymddiriedolaeth GIG Felindre ac Ymddiriedolaeth GIG Gwasanaethau Ambiwylans Cymru).

Ni allai pedwar sefydliad (Byrddau Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg, Betsi Cadwaladr, Caerdydd a'r Fro a Hywel Dda) gyflwyno cynlluniau tair blynedd a oedd yn gynaliadwy, wedi'u mantoli'n unol â'r ddeddfwriaeth, ac y gallai eu Byrddau eu cymeradwyo. Gan na allai eu byrddau wneud hyn, ni allem gymeradwyo eu cynlluniau.

Mae dileu cymeradwyaeth dau sefydliad yn brawf o'r cymhwysedd a'r ddisgyblaeth sydd eu hangen. Mae'n dangos trylwyredd y broses sy'n cynnal y safonau a'r meini prawf wrth asesu cynlluniau.

Roedd Cynlluniau Tymor Canolig Integredig Abertawe Bro Morgannwg a Chaerdydd a'r Fro wedi'u cymeradwyo ynghynt, ond yn dilyn gwaith craffu ac asesu manwl, nodwyd nad oedd y cynlluniau'n gynaliadwy nac yn gytbwys yn ariannol. Nid yw'r sefydliadau hyn wedi datblygu o ran aeddfedwydd eu trefniadau ariannol a chynllunio yn unol â datblygiad sefydliadau eraill y GIG sydd â chynlluniau wedi'u cymeradwyo.

Ar ôl methu cyflwyno cynlluniau cymeradwy ac yn dilyn trafodaeth yn y cyfarfod teirochrog ag Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru a Swyddfa Archwilio Cymru, uwchgyfeiriwyd Byrddau Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg a Chaerdydd a'r Fro i lefel 'Ymyrraeth wedi'i thargedu', tra bod Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr yn aros mewn 'Mesurau Arbennig'. Er mwyn parhau i graffu'n fanylach ar y sefydliadau hyn a'u cefnogi wrth symud ymlaen, gofynnwyd iddynt gyflwyno cynlluniau gweithredu blynyddol i swyddogion.

Mae cynlluniau gweithredu blynyddol yn gyfle i ni weithio'n agos gyda sefydliadau a chael sicrwydd ynglŷn â meysydd ansawdd a pherfformiad pwysig. Ochr yn ochr â'r trefniadau uwchgyfeirio, mae'r dull hwn yn herio ac yn cynorthwyo sefydliadau i wella a gweithio tuag at allu cyflwyno cynllun tair blynedd cymeradwy yn y dyfodol.

Hefyd, mae'r trefniadau hyn yn dangos bod gwaith llywodraethu yn mynd rhagddo i sicrhau bod cynlluniau sefydliadol ar waith a'u bod yn parhau i ddatblygu pan fydd sefydliadau'n methu cyflwyno Cynllun Tymor Canolig Integredig tair blynedd cymeradwy.

- **Mae'r fframwaith tair blynedd presennol ar gyfer Cynlluniau Tymor Canolig Integredig yn dod i ben ac mae angen eglurder ar y cam nesaf mewn perthynas â sut y bydd cynllunio a rheolaeth ariannol yn cael ei gyflwyno o fewn GIG Cymru.**

Mae diwedd y cylch tair blynedd cyntaf yn gyfle i asesu'r cynnydd sydd wedi'i wneud hyd yn hyn mewn perthynas â chynllunio integredig. Byddwn yn ystyried

pa wersi sydd angen eu dysgu o'n gwerthusiad ac o unrhyw adolygiadau allanol eraill. Mae Fframwaith Cynllunio'r GIG yn cael ei adolygu a'i ailgyhoeddi bob blwyddyn.

Hwn yw'r dull o gyfleu disgwyliadau a blaenoriaethau polisi allweddol, ac o wneud newidiadau mwy sylfaenol i gynlluniau yn unol â'n disgwyliadau ar gyfer y system.

Mae'r gwaith o ddatblygu'r Fframwaith ar gyfer 2018-2021 ar fin cychwyn, a bydd yn ystyried unrhyw wersi ac adborth gan sefydliadau'r GIG, a gan gyhoeddiad disgwylidig Swyddfa Archwilio Cymru yn dilyn ei hadolygiad o "Gweithredu Deddf Cyllid y GIG (Cymru) 2014 (cynlluniau tymor canolig integredig)". Cyflwynir Fframwaith Cynllunio'r GIG i'r gwasanaeth yn yr hydref.

Mae'r Cyfarwyddwr Cyffredinol a Chyfarwyddwyr Grwpiau Iechyd a Gofal Cymdeithasol yn cyfarfod bob mis â sefydliadau sydd wedi'u huwchgwyfeirio er mwyn monitro eu cynlluniau a chynorthwyo sefydliadau i gyflwyno cynllun tair blynedd cymeradwy yn y dyfodol. Fel rhan o'r broses hon, aethom ati i gomisiynu adolygiadau llywodraethu ariannol ac adolygiadau eraill o sefydliadau sydd wedi cyrraedd lefel ymyrraeth wedi'i thargedu er mwyn nodi'r sefyllfa a deall yr heriau strategol a gweithredol sy'n wynebu sefydliadau.

Atal

Mae'r manteision iechyd sy'n deillio o atal yn amlwg. Mae'n ddoethach atal clefyd na wynebu ei ganlyniadau maes o law. Mae'r ddogfen *Gwneud Gwahaniaeth: Buddsoddi mewn Iechyd a Llesiant Cynaliadwy i Bobl Cymru* yn cyflwyno tystiolaeth ymchwil a barn arbenigol sy'n cefnogi atal afiechyd a lleihau anghydraddoldeb.

Datblygwyd yr adroddiad gan Iechyd Cyhoeddus Cymru ac mae £88.7miliwn o gyllid craidd wedi'i ddyrannu ar gyfer 2017-18.

Nid yw'r dyraniad cyllido wedi'i glustnodi ar gyfer unrhyw weithgaredd penodol. Mae hyn yn sicrhau'r lefel uchaf o hyblygrwydd i reoli adnoddau a bodloni amrywiaeth eang o flaenoriaethau ac ymrwymadau.

Gordewdra

Amcangyfrifir bod mathau o salwch sy'n gysylltiedig â phobl sy'n rhy drwm neu'n ordew yn costio dros £86miliwn i'r GIG yng Nghymru. Ar y cyfraddau presennol, bydd y gost i'r GIG yn codi i £465miliwn y flwyddyn erbyn 2050, a gallai'r gost i gymdeithas a'r economi yng Nghymru gyrraedd £2.4biliwn¹. Mae Llywodraeth Cymru yn gweithredu mewn ffordd amlweddol i fynd i'r afael â gordewdra, gan gydnabod y ffactorau cymhleth sydd ar waith wrth ddylanwadu ar ymddygiad a ffordd o fyw.

¹ Ffynhonnell: Adroddiad Iechyd Cyhoeddus Cymru t.41. Mae ffigurau ychwanegol ym ymwneud â 2050 wedi'u tynnu o ddata'r DU gan Arsyllfa Iechyd y Cyhoedd t.8
http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/888/Making%20A%20Difference_Evidence%28E_web%29.pdf

Smygu

Mae'r Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn lechyd a Gofal yn awgrymu bod rhoi'r gorau i smygu yn un o'r ymyraethau gofal iechyd mwyaf cost-ffeithiol².

Mae'r rhan fwyaf o'r gwariant ar wasanaethau rhoi'r gorau i smygu wedi'i gynnwys yn nyraniad cyllido craidd lechyd Cyhoeddus Cymru. Er ei bod yn anodd priodoli union gostau i waith rhoi'r gorau i smygu, yn 2015-16 gwariodd lechyd Cyhoeddus Cymru £1.856miliwn ar wasanaethau rhoi'r gorau i smygu'r GIG, a gwariodd Llywodraeth Cymru £263,000 ar reoli a rhoi'r gorau i smygu. Os yw Llywodraeth Cymru yn gallu cyflawni ei hamcan o leihau lefelau smygu ymysg oedolion i 16%, mae'r buddsoddiad hwn yn debygol o arwain at arbedion sylweddol i Gymru.

Iechyd yn y Gweithle

Mae dewisiadau ffordd o fyw gwael yn effeithio ar unigolion, y GIG a'r economi. Mae Cymru iach ar Waith yn un elfen o'n dull ehangach o wella iechyd a gwaith.

Mae'r rhaglen wedi'i hariannu ar y cyd gan yr Adran Iechyd ac Adran yr Economi, gyda'r naill yn cyfrannu £196,000 a'r llall yn cyfrannu £617,000 yn 2016-17. Mae cyllid ar gyfer y rhaglen dros gyfnod tair blynedd (2017-2020) yn cael ei ystyried ar hyn o bryd.

Imiwneiddio

Rydym yn parhau i ymateb i gyngor ar raglenni imiwneiddio cenedlaethol gan Gyd-bwyllgor y DU ar Frechu ac Imiwneiddio. Mae'r cyllid ar gyfer y rhan fwyaf o'n rhaglenni sydd wedi'u hen sefydlu yn rhan o ddyraniadau'r byrddau iechyd bellach. Amcangyfrifir bod pob £1 sy'n cael ei gwario ar frechiadau rhag y fflw yn arwain at fudd gwerth £1.35³.

Bydd y rhaglen brechu plant rhag y fflw (£3.7 miliwn yn 2016-17) yn cael ei hystyried eto'r gaeaf hwn (tua £700,000).

Yn ogystal ag ymestyn y rhaglen yn 2017-18, yn ddiweddar mae Llywodraeth Cymru wedi cytuno i ychwanegu dwy flwyddyn ysgol at y rhaglen yn 2018-19, a fydd yn costio £1.4miliwn yn ychwanegol.

Sgrinio

Mae sgrinio'r boblogaeth yn wasanaeth ataliol pwysig. Cyfeirir at y rhan fwyaf o raglenni fel cymorth ataliol eilaidd sy'n nodi cyflyrau ymysg pobl y tybir eu bod yn iach yn gynnar pan fydd yn haws i'w trin. O ganlyniad, mae ymyraethau a thriniaethau costus yn cael eu hosgoi yn gynt, gan wella hyd ac ansawdd bywyd yr unigolion dan sylw.

² Ffynhonnell: Adroddiad costio NICE <https://www.nice.org.uk/guidance/ph45/resources/costing-report-69105277>

³ Ffynhonnell: Papur Dystiolaeth Iechyd Cyhoeddus Cymru – t. 85. http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/888/Making%20A%20Difference_Evidence%28E_web%29.pdf

Nid yw cyllid lechyd Cyhoeddus Cymru wedi'i glustnodi ar gyfer unrhyw weithgaredd penodol, ond rydym yn gwybod drwy ei Gynllun Tymor Canolig Integredig bod gan yr Is-adran Sgrinio gyllideb o tua £37miliwn.

Cynlluniau wedi'u targedu i atal clefydau

Mae'r Cynllun Cenedlaethol i Atgyfeirio Cleifion i Wneud Ymarfer Corff yn cael ei ariannu gan Lywodraeth Cymru a'i weithredu gan lechyd Cyhoeddus Cymru (trosglwyddwyd £3.5miliwn i ddyraniad craidd lechyd Cyhoeddus Cymru yn 2012-13). Datblygwyd y cynllun er mwyn safoni cyfleoedd atgyfeirio i wneud ymarfer corff ym mhob awdurdod lleol a bwrdd iechyd lleol yng Nghymru. Dyma rai enghreifftiau:

- Darparodd y **Grŵp Gweithredu ar gyfer Strôc** £78,000 yn 2016-17 ac yn 2017-18 i gefnogi'r model 'Stop a Stroke, who cares wins' ym Mwrdd lechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro.
- Mae'r model yn cynnwys gweithio gyda chlystyrau gofal sylfaenol i wella'r broses o nodi a rheoli ffibriliad atriaidd.
- Mae'r **Cynllun Gwên** wedi bod ar waith ers nifer o flynyddoedd.
- Mae'r rhaglen yn costio £3.7miliwn y flwyddyn ac mae tua 91,000 o blant yn cymryd rhan.

- **Sut y mae newidiadau cyllido mewn cyllidebau llywodraeth leol, ac yn enwedig gwasanaethau cymdeithasol, wedi effeithio ar ofal cymdeithasol a gofal iechyd yn arbennig yn sgil cydnabod bod gwasanaethau cymdeithasol llywodraeth leol yn ffactor allweddol wrth leihau'r galw am wasanaethau'r GIG.**

Ysgrifennydd y Cabinet dros Gyllid a Llywodraeth Leol sy'n gyfrifol am gyllid craidd llywodraeth leol. Yn 2017-18, bydd Llywodraeth Cymru yn rhoi £4.114biliwn o gyllid refeniw wedi'i neilltuo i awdurdodau lleol drwy'r setliad llywodraeth leol – cynnydd o £10miliwn (0.2%) o'i gymharu â 2016-17.

Mae'r setliad llywodraeth leol ar gyfer 2017-18 yn cynnwys £25miliwn i gydnabod pwysigrwydd gwasanaethau cymdeithasol lleol cryf i lwyddiant hirdymor y gwasanaeth iechyd yng Nghymru, ac i gydnabod y pwysau cynyddol y mae gwasanaethau cymdeithasol yn eu hwynebu.

Mae gwasanaethau cymdeithasol llywodraeth leol yn ffactor allweddol yn y broses o leihau'r galw am wasanaethau'r GIG

Mae Llywodraeth Cymru wedi blaenoriaethu gofal cymdeithasol fel sector o bwysigrwydd strategol cenedlaethol, ac mae'n parhau i fuddsoddi'n uniongyrchol mewn gofal cymdeithasol er mwyn sicrhau ein bod yn helpu'r GIG a gwasanaethau cyhoeddus eraill i atal ymyraethau mwy costus yn yr hirdymor.

Mae adroddiad 2016 y Sefydliad Iechyd – Y Llwybr i Gynaliadwyedd – yn dangos bod gofal cymdeithasol wedi'i ariannu'n ddigonol yn hollbwysig i wasanaeth iechyd cynaliadwy.

Mae integreiddio a chydweithio yn egwyddorion allweddol o Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru), sydd wedi gweddnewid y sector. Hefyd, mae'r fframwaith deddfwriaethol yn hyrwyddo dull gweithredu sy'n

seiliedig ar ymyrraeth gynnar ac atal. Mae'r egwyddorion hyn yn ganolog i'r buddsoddiad mewn gwaith cymdeithasol yn y gyllideb ar gyfer 2017-18.

Mae'r Ddeddf yn darparu ar gyfer byrddau partneriaethau rhanbarthol newydd i ddarparu gwasanaethau gofal integredig sy'n gwella canlyniadau llesiant. Hefyd, dylai'r byrddau newydd hyn sicrhau'r defnydd gorau o adnoddau, ac mae'n rhaid iddynt gyfuno cronfeydd ariannol, gan gynnwys ar gyfer darparu lleoedd mewn cartrefi gofal i oedolion. Ochr yn ochr â'r fframwaith cyfreithiol newydd, sefydlwyd y Gronfa Gofal Integredig i ddarparu cyllid refeniw a chyllid cyfalaf sylweddol ar gyfer byrddau rhanbarthol er mwyn helpu i ddatblygu modelau gweithio integredig newydd ac arloesol rhwng gwasanaethau cymdeithasol a'r sectorau iechyd, tai, y trydydd sector a'r sector annibynnol.

Mae'r gronfa wedi darparu arian sefydlu i ddatblygu arferion da presennol a datblygu modelau gofal a chymorth newydd ac arloesol. Nodir yn gyffredinol bod y gronfa wedi llywio'r broses o weddnewid datblygiad a darpariaeth gwasanaethau i'w gwneud yn fwy gwydn. O ganlyniad, mae adroddiadau gan ranbarthau yn dangos bod y cyllid wedi'i ddefnyddio i leihau pwysau ar y system ysbytai, gan gynnwys lleihau nifer y derbyniadau diangen i ysbytai, nifer y derbyniadau amhriodol i ofal preswyl, ac achosion o oedi wrth drosglwyddo gofal o ysbytai. Mae data ar gyfer cyfnod cyfrifiad mis Ebrill 2017 yn dangos bod y cyfanswm o dan 400 am bedwar mis yn olynol – llwyddiant unigryw yn ystod y 12 mlynedd o gofnodi ystadegau ar oedi wrth drosglwyddo gofal.

Mae Symud Cymru Ymlaen yn cynnwys ymrwymiad i gadw'r gronfa hon, ac mae cyllid gwerth £60miliwn wedi'i neilltuo ar gyfer 2017-18, gan gynnwys £10miliwn o gyllid cyfalaf. Mae'r Gronfa Gofal Integredig yn parhau i gefnogi'r gofyniad i ddarparu neu drefnu gwasanaethau ataliol yn unol ag adran 15 o Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru). Bydd y Gronfa Gofal Integredig ar gyfer 2017-18 yn parhau i ganolbwyntio ar y meysydd canlynol:

- Pobl hŷn ag anghenion cymhleth a chyflyrau hirdymor, gan gynnwys dementia
- Pobl ag anableddau dysgu
- Plant ag anghenion cymhleth oherwydd anabledd neu salwch
- Hefyd, am y tro cyntaf erioed bydd yn cynnwys gofalwyr, gan gynnwys gofalwyr ifanc

Er enghraifft, yn ystod 2016-17 cyflwynwyd nifer o brosiectau gwahanol yn y rhanbarthau a oedd yn unigryw i'r amgylchiadau lleol. Llwyddodd y prosiectau hyn i gefnogi gwelliannau i ffigurau oedi wrth drosglwyddo gofal:

- Yn y Gorllewin, defnyddiwyd £235,000 i ariannu Tîm Sefydliadau Gwirfoddol Canolraddol Sir Benfro (PIVOT). Ym mis Ionawr, nodwyd bod 1000 o ddyddiau gwely wedi'u harbed a bod dros 100 o dderbyniadau i ysbytai wedi'u hosgoi erbyn trydydd chwarter y flwyddyn.
- Yn y Gogledd, defnyddiwyd £95,000 i sefydlu tîm rhyddhau amlddisgyblaethol saith diwrnod yng Ngwynedd er mwyn ceisio osgoi derbyniadau i wardiau aciwt a'r system brysbennu, a chyfeirio mwy o gleifion i wasanaethau cymunedol. Aseswyd 297 o gleifion gan y tîm amlddisgyblaethol, a rhyddhawyd 119 (40%) ohonynt.

- Yn ardal Bwrdd Iechyd Caerdydd a'r Fro, defnyddiwyd £727,000 i gefnogi prosiect Atebion Llety, gan gynnwys darparu llety Camu i fyny/Camu i lawr. Cafodd y gwasanaeth ei ddefnyddio gan 116 o gleifion a oedd ar y rhestr oedi wrth drosglwyddo gofal, a llwyddwyd i osgoi 1,550 o ddyddiau gwely (gan arbed £426,250).
- Defnyddiodd Gwent £150,000 i ddarparu gwelyau gofal canolraddol i helpu i hwyluso'r broses o ryddhau cleifion o ysbytai. Mae hyn wedi arwain at 40 o dderbyniadau i welyau Camu i fyny/Camu i lawr, gan arbed tua 1928 o ddyddiau gwely.
- Ym Mae'r Gorllewin, ariannwyd tîm nyrsio arbenigol i helpu i osgoi derbyn cleifion i ysbytai. Cafodd 80 o dderbyniadau eu hosgoi diolch i'r gwasanaeth.
- Ym Mhowys, defnyddiwyd £217,000 i helpu i wella llif cleifion. Mae hyn wedi arwain at ostyngiad o 20% yn yr achosion o oedi wrth drosglwyddo gofal o ysbytai cymunedol, gan arbed tua 176 o welyau.
- Derbyniodd y Tîm Rhyddhau ar gyfer Achosion Cymhleth yn ardal Cwm Taf £100,000 i gefnogi gwasanaethau cydgysylltiedig rhwng gofal sylfaenol, gofal eilaidd, gofal cymunedol, gofal cymdeithasol a sefydliadau gwirfoddol. Darparodd y cynllun hwn gymorth i bron i 300 o bobl.

Mesur perfformiad

Cyflwynwyd mesurau perfformiad newydd yn 2016-17 fel rhan o'r fframwaith mesur perfformiad ar gyfer awdurdodau lleol mewn perthynas â'u swyddogaethau gwasanaethau cymdeithasol, yn unol â manylion y cod ymarfer ar gyfer mesur perfformiad gwasanaethau cymdeithasol, a gyhoeddwyd o dan adran 145 o Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru).

Dyma amcanion y fframwaith mesur perfformiad:

- Galluogi pobl i ddeall ansawdd gwasanaethau cymdeithasol a gwneud penderfyniadau ar sail gwybodaeth am eu gofal a'u cymorth;
- Atgyfnerthu cynlluniau strategol awdurdodau lleol i hwyluso adnoddau wedi'u targedu a gweithgareddau gwella. Helpu awdurdodau lleol i gymharu a meincnodi eu perfformiad yn erbyn eraill, a'u helpu i ddysgu a gwella;
- Darparu tystiolaeth o gyfrifoldeb ac atebolrwydd am ddarpariaeth leol i Weinidogion Cymru a llywio datblygiad polisi cenedlaethol;
- Cefnogi a llywio'r system reoleiddio, arolygu, archwilio a chraffu.

Bydd y mesurau perfformiad a nodir yn y cod ymarfer yn disodli'r holl fesurau perfformiad presennol ar gyfer gwasanaethau cymdeithasol awdurdodau lleol, a rhaid casglu'r mesurau cyn i'r Ddeddf ddod i rym. Mae awdurdodau lleol wrthi'n cyflwyno data 2016-17 i Lywodraeth Cymru, a bydd y data hwn yn cael ei gyhoeddi ym mis Hydref 2017.

Cyllid setliad llywodraeth leol

Yn 2017-18, byddwn yn rhoi £4.114biliwn o gyllid refeniw wedi'i neilltuo i lywodraeth leol drwy'r setliad llywodraeth leol – cynnydd o £10miliwn (0.2%) o'i gymharu â 2016-17.

Nid yw'r cyllid sy'n cael ei ddarparu drwy'r setliad llywodraeth leol yn gyllid wedi'i neilltuo, sy'n golygu bod gan awdurdodau lleol ryddid a chyfrifoldeb i wario'r cyllid yn unol â'u hanghenion a'u blaenoriaethau unigol.

Roedd datganiad y setliad terfynol ar gyfer 2017-18 yn cynnwys terfyn isaf sy'n sicrhau na fydd setliad terfynol unrhyw awdurdod mwy na 0.5% yn is nag yn 2017-18.

Y cyllid sy'n cael ei ddarparu gan Lywodraeth Cymru drwy'r setliad blynyddol yw'r elfen unigol fwyaf o gyllid llywodraeth leol, ond mae yna elfennau eraill hefyd. Mae awdurdodau lleol yn derbyn cyllid drwy'r dreth gyngor, incwm o werthiant, ffioedd a thaliadau, a grantiau eraill gan y llywodraeth.

Mae'r setliad llywodraeth leol ar gyfer 2017-18 yn cynnwys £25miliwn i gydnabod pwysigrwydd gwasanaethau cymdeithasol cryf i lwyddiant hirdymor gwasanaethau iechyd yng Nghymru, ac i gydnabod y pwysau cynyddol y mae gwasanaethau cymdeithasol yn eu hwynebu.

Fformiwla setliad llywodraeth leol

Mae'r cyllid refeniw craidd sy'n cael ei ddarparu gennym bob blwyddyn i awdurdodau lleol yn cael ei ddosbarthu yn ôl angen cymharol, gan ddefnyddio fformiwla sy'n ystyried llawer o wybodaeth am nodweddion demograffig, ffisegol, economaidd a chymdeithasol awdurdodau lleol.

Mae'r fformiwla cyllido hwn wedi'i ddatblygu mewn ymgynghoriad â llywodraeth leol drwy'r Is-grŵp Dosbarthu; gweithgor technegol sy'n cynnwys uwch swyddogion llywodraeth leol o bob cwr o Gymru, cynrychiolwyr CLILC ac arbenigwyr annibynnol er mwyn sicrhau bod y ffactorau gwahanol yn cael eu trin yn deg.

At ddibenion tryloywder, cyhoeddir y fethodoleg fanwl mewn *Llyfr Gwyrdd* blynyddol. Mae'r fformiwla'n cael ei hadolygu a'i gwella'n barhaus o dan oruchwyliaeth yr Is-grŵp Dosbarthu. Mae'r Grŵp yn llunio adroddiad blynyddol sy'n cael ei ystyried gan Is-grŵp Cyllid Cyngor Partneriaeth Cymru.

Ym mhob un o'r pedair blynedd diwethaf, cyflwynwyd terfyn cyllid isaf er mwyn sicrhau nad yw cyllid unrhyw awdurdod yn cael ei leihau'n anghymesur o'i gymharu ag awdurdodau eraill. Dros y ddwy flynedd diwethaf, ariannwyd y terfyn isaf yn llawn gan Lywodraeth Cymru ar gost o dros £4miliwn.

Yn 2016, cytunodd yr Is-grŵp Cyllid i gyflwyno newidiadau'n raddol i elfennau Gwasanaethau Cymdeithasol Personol fformiwla'r setliad er mwyn cydnabod costau amser teithio yn y sector gwasanaethau cymdeithasol. Mae cam cyntaf setliad 2017-18 wedi'i gwblhau, a bydd cam setliad 2018-19 yn cael ei gwblhau maes o law.

£19miliwn i ymateb i'r pwysau sy'n wynebu'r gweithlu gofal cymdeithasol

Yn ogystal â'r setliad llywodraeth leol, cyhoeddwyd grant Iechyd a Gofal Cymdeithasol £10miliwn adeg y gyllideb, a gynyddodd wedyn i £19miliwn i

gydnabod yr heriau ariannol penodol sy'n deillio o ddarparu gofal, gan gynnwys pwysau ar y gweithlu.

Sefyllfa ariannol Llywodraeth Leol a Gofal Cymdeithasol

- **Y cyllid ychwanegol a ddarperir ar gyfer gwasanaethau cymdeithasol yn 2017-18, sef cyfanswm o £55miliwn, gan gynnwys £10miliwn er mwyn helpu i gwrdd â phwysau cost y gweithlu a oedd yn setliad cyllideb derfynol 2017-18 ac £20miliwn a gyhoeddwyd ar 27 Mawrth 2017. Byddai'r Pwyllgor yn croesawu eich barn ar y graddau y bydd hyn yn helpu'r sector i gwrdd â phwysau'r gweithlu a'r galw cynyddol am wasanaethau.**
- **Mewn perthynas â 2016-17, y graddau y mae newidiadau mewn cyllidebau awdurdodau lleol wedi effeithio ar wariant gwasanaethau cymdeithasol a mesurau perfformiad gwasanaethau cymdeithasol.**
- **A oes unrhyw arwydd bod Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014, sydd bellach wedi bod mewn grym am flwyddyn lawn, yn cael effaith ar wariant gwasanaethau cymdeithasol.**

Mae £20miliwn o gyllido rheolaidd ychwanegol ar gael ers 2017-18 drwy gyllido canlyniadol yn dilyn cyllideb mis Mawrth Llywodraeth y DU.

Bydd y cyllid yn cael ei fuddsoddi mewn tri maes allweddol:

- Bydd £9miliwn yn cynyddu lefel y cyllid sydd eisoes ar gael i reoli costau'r gweithlu a hyrwyddo sefydlogrwydd y farchnad gofal cymdeithasol (mae hyn yn ychwanegu at y £10miliwn a gyhoeddwyd eisoes)
- Bydd £8miliwn yn cefnogi gwaith i atal plant rhag mynd i ofal ac yn gwella canlyniadau ar gyfer y rhai sy'n derbyn gofal
- Bydd £3miliwn yn cael ei ddarparu i awdurdodau lleol i gefnogi gofal seibiant ar gyfer gofalwyr mewn ymateb i'w cyfraniad hollbwysig

Mae'r cyllid £20miliwn hwn yn cynyddu buddsoddiad ychwanegol mewn gofal cymdeithasol i £55miliwn ar gyfer 2017-18.

Fel rhan o adolygiad cynhwysfawr o Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014, bydd y fframwaith mesur perfformiad yn cael ei werthuso.

Mae trafodaethau eisoes ar waith rhwng swyddogion ac awdurdodau lleol i ddeall sut mae'r mesurau yn gweithio yn y cyfnod cynnar a sut i'w gwella. Bydd canfyddiadau ar gael tua diwedd eleni.

O'r cychwyn, rydym wedi nodi pwysigrwydd gwerthuso effaith Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014 er mwyn asesu i ba raddau y mae'r Ddeddf wedi llwyddo i wella llesiant pobl y mae angen gofal a chymorth arnynt a llesiant gofalwyr y mae angen cymorth arnynt. Gwaith hirdymor a hynod bwysig yw hwn a fydd yn mynd rhagddo mewn partneriaeth ag amrywiaeth eang o randdeiliaid. Bydd yn cynnwys:

- monitro polisiau o dan y Ddeddf yn ystod y flwyddyn gyntaf er mwyn deall a yw'r polisiau'n cael eu rhoi ar waith yn unol â'r bwriad, ac er mwyn helpu i wella polisiau
- cynnal gwerthusiad parhaus drwy'r fframwaith canlyniadau cenedlaethol a fframwaith mesur perfformiad awdurdodau lleol

- gwerthusiad untro a fydd yn cychwyn yn ystod trydedd flwyddyn gweithredu'r Ddeddf.

Chwaraeon ac ymarfer corff

- **Ar gyfer 2017-18, y dyraniadau cyllideb yn eich portffolio ar gyfer chwaraeon ac ymarfer corff; y canlyniadau yr ydych yn disgwyl iddynt gael eu sicrhau ar gyfer y buddsoddiad; a'r amserlen ar gyfer gwireddu'r canlyniadau hyn.**

Mae cyllideb gwerth £22.767miliwn ar gael ar gyfer chwaraeon ac ymarfer corff yn 2017-18. Mae hyn yn cynnwys cymorth grant gwerth £22.515miliwn ar gyfer Chwaraeon Cymru, gan gynnwys Cyllid Refeniw gwerth £21.313miliwn a Chyllid Cyfalaf gwerth £423,000 i gynorthwyo'r gwaith parhaus o adnewyddu'r Canolfannau Cenedlaethol.

Mae Llythyr Cylch Gwaith 2017-18 Chwaraeon Cymru yn ei gwneud yn ofynnol i'r corff fuddsoddi mewn ffordd ragweithiol i fynd i'r afael a'r agendâu iechyd, anghydraddoldeb a threchu tlodi.

Wrth helpu i gyflwyno'r rhaglen "*Symud Cymru Ymlaen*", dylai Chwaraeon Cymru gefnogi pobl ifanc o ardaloedd difreintiedig a datblygu cyfleoedd newydd ar gyfer ein pobl ifanc dlotaf, pobl ifanc anabl a grwpiau eraill heb gynrychiolaeth ddigonol.

Dylai buddsoddiadau ddarparu rhaglenni sy'n ymgysylltu â phobl mewn cymunedau nad ydynt yn cymryd rhan mewn chwaraeon ac ymarfer corff, neu nad ydynt yn cymryd rhan i'r graddau sy'n ei argymhell gan y Prif Swyddog Meddygol.

Bydd Chwaraeon Cymru yn archwilio sut y gall partneriaid newydd a llwybrau ymgysylltu arloesol greu newid sylweddol, gan dreialu rhaglenni newydd lle bo hynny'n briodol.

Hefyd, dylai buddsoddiadau gefnogi'r llwybr ar gyfer y rhai sydd eisoes yn cymryd rhan mewn chwaraeon ac ymarfer corff, er mwyn annog cyfranogiad rheolaidd a nodi a datblygu talent.

Bydd Chwaraeon Cymru yn parhau i weithio i ddatblygu dull gweithredu newydd ym meysydd chwaraeon cymunedol ac ymarfer corff.

Bydd Chwaraeon Cymru yn comisiynu adolygiad allanol o'i raglenni chwaraeon ysgolion a'i ddau gynllun Nofio am Ddim, gan adrodd i'r Gweinidog Iechyd y Cyhoedd a Gwasanaethau Cymdeithasol erbyn hydref 2017.

Hefyd, mae'r cyllid refeniw yn cynnwys darpariaeth barhaus i roi'r Fenter Nofio am Ddim ar waith (£3.75miliwn).

Mae'r gweddill (£252,000) yn cael ei ddyrannu i gefnogi prosiectau sy'n ymwneud â chwaraeon, gan gynnwys:

| | |
|---|---------|
| Gemau Cymru | £55,000 |
| Cwpan y Byd i Bobl Ddigartref | £5,000 |
| Adolygiad o Gyfleusterau Chwaraeon | £40,000 |
| Gemau Olympaidd Arbennig | £10,000 |
| Nofio am Ddim i Aelodau'r Lluoedd Arfog | £75,000 |

Buddsoddiad cyfalaf

- **Y sefyllfa bresennol o ran cyllid cyfalaf, gan gynnwys yr adnoddau sydd ar gael a beth yw'r broses ar gyfer blaenoriaethu.**

Cyllideb cyfalaf 2017-18 ar gyfer Iechyd, Llesiant a Chwaraeon yw £251.971 miliwn.

Mae hyn yn cynnwys cyllid afreolaidd gwerth £36.689 miliwn o gronfeydd wrth gefn Llywodraeth Cymru i gefnogi buddsoddiad penodol mewn genomeg (£1.5 miliwn) a'r ystâd gofal sylfaenol (£5 miliwn). Bydd gweddill y cyllid afreolaidd yn cael ei ddefnyddio ar gyfer gwaith cynnal a chadw i'r ystâd ac i brynu cyfarpar newydd.

Mae buddsoddi mewn seilwaith y GIG yn flaenoriaeth allweddol o hyd, ac mae'r gyllideb sydd wedi'i chyhoeddi yn dangos y byddwn yn buddsoddi dros £1 biliwn o gyllid cyfalaf dros y pedair blynedd nesaf. O safbwynt argaeledd cyllid cyfalaf, bydd y gyllideb yn cefnogi nifer o brosiectau arwyddocaol yn y dyfodol agos.

Mae hyn yn cynnwys adeiladu Canolfan Gofal Critigol Arbenigol yng Nghwmbrân, cwblhau'r gwaith ailddatblygu yn Ysbyty Glan Clwyd a moderneiddio ac ehangu cyfleusterau newyddenedigol yn Ysbyty Athrofaol Cymru, Ysbyty'r Tywysog Siarl, a'r Ganolfan Is-ranbarthol ar gyfer Gofal Newyddenedigol Dwys yn y Gogledd.

Hefyd, mae cyllid wedi'i glustnodi i gyflwyno nifer o gynlluniau eraill ledled Cymru, yn ogystal â rhaglenni cenedlaethol sy'n cefnogi datblygiadau ym meysydd gofal sylfaenol a gofal cymunedol, delweddu a diagnosteg, a TGCh.

Mae'r flaenraglen fuddsoddi yn seiliedig ar flaenoriaethau gam wrth gam a nodwyd gan gyrff y GIG drwy eu Cynlluniau Tymor Canolig Integredig. Hefyd, mae'r blaenoriaethau hyn yn cael eu hasesu i weld a ydynt yn cyd-fynd â meini prawf buddsoddi GIG Cymru, sef gwella iechyd, cynaliadwyedd referniw, perfformiad ac effeithlonrwydd, sgiliau clinigol a chynaliadwyedd.

- **Sut y mae'r materion cyllid cyfalaf ym maes gofal sylfaenol yn cael eu datrys, o ystyried y pryderon am ystâd gofal sylfaenol ac argaeledd cyfyngedig cyllid cyfalaf.**

Mae datblygu'r ystâd gofal sylfaenol a chymunedol yn flaenoriaeth allweddol ar gyfer buddsoddiad cyfalaf y GIG, ac mae'n cael ei adlewyrchu yn y rhaglen *Symud Cymru Ymlaen* drwy'r ymrwymiad i ddatblygu cyfres o gyfleusterau integredig ledled Cymru.

Amcan y cyfleusterau hyn yw arwain y gwaith o ddatblygu modelau gwasanaeth cydweithredol a hwyluso mynediad lleol ac uniongyrchol i amrywiaeth o ddarparwyr cyhoeddus a darparwyr trydydd sector mewn un lle.

Rydym eisoes wedi cyhoeddi y bydd cyllid cyfalaf gwerth £40miliwn ar gael dros y pedair blynedd nesaf i helpu i ddarparu'r cyfleusterau hyn, a byddwn yn cyhoeddi cam cyntaf y buddsoddiad yn yr hydref.

Yn ogystal, y tu hwnt i'r cyllid hwn sydd wedi'i dargedu, mae'r rhaglen bresennol yn cefnogi nifer o ddatblygiadau ym maes gofal sylfaenol a fydd yn cael eu cwblhau yn ystod y flwyddyn ariannol hon.

Mae'r rhain yn cynnwys cyfleusterau ym Mlaenau Ffestiniog, y Fflint, y Bala, Cricieth, Aberdâr, Cam 1 Ysbyty Dewi Sant Pontypridd, a Chanolfan Iechyd Heol Dyfed yng Nghastell-nedd.

- **Modelau ariannu arloesol sy'n cael eu hystyried ar gyfer codi arian cyfalaf ar gyfer cynlluniau cyfalaf yn y dyfodol, gan gynnwys y defnydd o'r GIG ac ystâd gofal sylfaenol fel liferi mewn unrhyw brosiectau.**

Fel rhan o'n pwerau benthycu cyfalaf newydd a amlinellwyd yn wreiddiol yn Neddff Cymru 2014, mae Llywodraeth Cymru wedi datblygu rhaglen waith sy'n golygu bod modd gwneud £1.5biliwn o fuddsoddiad ychwanegol yn y seilwaith cymdeithasol ac economaidd yng Nghymru dros y chwe blynedd nesaf.

Mae tri phrif brosiect cyfalaf yn ganolog i'r rhaglen £1.5biliwn hon, a byddant yn cael eu rhoi ar waith drwy fath newydd o bartneriaeth gyhoeddus – preifat, y Model Buddsoddi Cydfuddiannol, a lansiwyd ym mis Mawrth 2017.

Y Ganolfan Canser newydd yn Felindre, sydd â gwerth cyfalaf o tua £210miliwn, yw un o'r prif brosiectau i'w rhoi ar waith drwy ddefnyddio'r dull ariannu hwn.⁴

Ar hyn o bryd, mae ein swyddogion yn ystyried sut y gall y GIG gydweithio mwy ag awdurdodau lleol a Landlordiaid Cymdeithasol Cofrestredig i fodloni gofynion tai a darparu gwasanaethau gofal sylfaenol, cymunedol a gwasanaethau cymdeithasol.

Rydym yn disgwyl derbyn yr achos busnes terfynol ar gyfer cynllun Cylch Caron yn Nhregaron cyn diwedd y flwyddyn, ac mae'r cynllun hwn yn defnyddio cyfuniad o gyllid grant a benthyciadau Landlordiaid Cymdeithasol Cofrestredig i gyfuno iechyd, gofal cymdeithasol a thai yn yr un lle.

O safbwynt codi cyfalaf, ni chynigir rhoi pwerau benthycu i'r byrddau iechyd lleol yng Nghymru.

Mae rhaglen gwaredu tir dros ben ar waith ledled GIG Cymru, ac mae sefydliadau yn gallu trefnu bod enillion o werthu tir yn cael eu hail-fuddsoddi mewn blaenoriaethau seilwaith lleol.

⁴ Prisiau 2013-14

Mae gan GIG Cymru hanes da o weithio gyda chyrrff eraill yn y sector cyhoeddus i archwilio cyfleoedd i ddefnyddio tir a chyfleusterau sydd eisoes yn bodoli er budd ehangach cymunedau.

Anogir cydweithio rhwng GIG Cymru a sefydliadau eraill yn y sector cyhoeddus i wella'r broses o reoli a defnyddio tir ac adeiladau.

Cyflawnwyd hyn drwy sefydlu Cronfa Ddata Eiddo Sector Cyhoeddus Cymru.

Darpariaeth ar gyfer deddfwriaeth

- **Maint a lleoliad y dyraniadau i ddarparu ar gyfer deddfwriaeth yn y portffolio iechyd a gwasanaethau cymdeithasol;**

| Deddfwriaeth | Lefel Cyllid | Cam Gweithredu |
|--|---------------------|---|
| Deddf Trawsblannu (Cymru) 2013 | £0.2 miliwn | Darparu Gwasanaethau'r GIG wedi'u Targedu |
| | £0.2 miliwn | Darparu Gwasanaethau Craidd y GIG |
| Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014 | £0.2 miliwn | Y Strategaeth Gwasanaethau Cymdeithasol |
| | £2.8 miliwn | Cyllid Llywodraeth Leol (drwy Grant Cynnal Refeniw) |
| Deddf Rheoleiddio ac Arolygu Gofal Cymdeithasol (Cymru) 2016 | £1.8 miliwn | Gwasanaethau Cymdeithasol Cynaliadwy |

- **Y symiau a'r lleoliad yn y gyllideb ar gyfer dyraniadau ar gyfer deddfwriaeth yng Nghymru sydd (a) yn cael ei phasio ar hyn o bryd yn y Cynulliad hwn neu a gynlluniwyd yn y rhaglen ddeddfwriaethol;**
Ar gyfer y Papur Gwyn 'Ansawdd a Llywodraethu mewn iechyd a gofal yng Nghymru', nid ydym yn rhagweld ar hyn o bryd y bydd y cynigion deddfwriaethol yn debygol o arwain at gostau neu arbedion sylweddol gan eu bod yn ymwneud yn bennaf â galluogi a datblygu'r trefniadau presennol.

Fodd bynnag, mae'r costau a'r arbedion yn cael eu hystyried wrth i'r gwaith polisi ar y cynigion ddatblygu. Mae trafodaethau cychwynnol wedi dechrau, a bydd rhagor o gynnydd yn cael ei wneud yn y maes hwn pan fydd canlyniad y Papur Gwyn yn hysbys.

Bil Iechyd y Cyhoedd (Cymru)

Pasiwyd y Bil gan y Cynulliad Cenedlaethol ar 16 Mai, ac yn amodol ar Gydsyniad Brenhinol, bydd y costau gweithredu'n dechrau cael eu hysgwyddo o 2017-18 ymlaen.

Mae amcangyfrif o oblygiadau ariannol gweithredu'r Bil wedi'i nodi yn yr Asesiad Effaith Rheoleiddiol, sy'n nodi'r costau posibl ar gyfer amrywiaeth o sectorau, gan gynnwys Llywodraeth Cymru a llywodraeth leol. Mae amcangyfrif o'r costau i Lywodraeth Cymru a llywodraeth leol dros gyfnod o bum mlynedd wedi'i grynhoi isod:

| | 2017-18 (£) | 2018-19 (£) | 2019-20 (£) | 2020-21 (£) | 2021-22 (£) | Cyfanswm (£) |
|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| Llywodraeth Cymru | 198,400 | 42,300 | 11,500 | 27,200 | 25,300 | 304,700 |
| Awdurdodau lleol | 365,900 | 683,600 | 362,500 | 390,900 | 342,800 | 2,145,700 |

Bydd costau gweithredu Llywodraeth Cymru yn dod o gyllideb Is-adran y Grŵp Gwasanaethau Iechyd a Gofal Cymdeithasol â phrif gyfrifoldeb polisi am feysydd gwahanol y Bil. Yn y rhan fwyaf o achosion, bydd yr arian yn dod o'r gyllideb Gwella Iechyd a Chymru Iach ar Waith.

Cydnabyddir y bydd llywodraeth leol yn sector allweddol wrth gyflwyno'r ddeddfwriaeth, yn enwedig trwy ei chyfrifoldebau gorfodi presennol.

Mae ymdrechion wedi'u gwneud drwy'r Bil cyfan i leihau'r baich ariannol ar awdurdodau lleol, er enghraifft trwy greu ffrydiau ariannu newydd o ffynonellau fel trwyddedau gweithdrefnau arbennig a hysbysiadau cosb benodedig. Nodwyd y bydd angen posibl dod o hyd i arian pontio ychwanegol fel bod awdurdodau lleol yn gallu helpu i weithredu'r Bil yn gynnar.

Hefyd, rhagwelir y bydd cyfleoedd ar gael i leihau costau o'i gymharu â'r hyn a nodir yn yr Asesiad Effaith Rheoleiddiol os yw rhai agweddau ar weithredu'r Bil yn cael eu cydgyssylltu ledled y meysydd gwahanol.

- **Y symiau a neilltuwyd ar gyfer gweithredu Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014 a Deddf Rheoleiddio ac Arolygu Gofal Cymdeithasol (Cymru) 2016.**

Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014

Mae £0.2miliwn yn cael ei gadw i gefnogi gweithgareddau cenedlaethol i sicrhau dulliau gweithredu cyson a phrosesau cyffredin ledled y rhanbarthau sy'n cyflawni dyletswyddau o dan y Ddeddf (e.e. rheoli perfformiad, dulliau ymarfer newydd). Hefyd, mae £2.8miliwn yn cael ei ychwanegu at y setliad llywodraeth leol i gefnogi darpariaeth drwy fyrdau partneriaeth rhanbarthol.

Deddf Rheoleiddio ac Arolygu Gofal Cymdeithasol (Cymru) 2016

Rhagwelir mai £1.765miliwn fydd y gwahaniaeth blyneddol rhwng y gost o 'fusnes fel arfer' a'r gost o ddatblygu trefn newydd, sy'n cyfuno elfennau diogelu hanfodol ochr yn ochr â dull rheoleiddio sy'n seiliedig ar ganlyniadau.

Mae'r ffigur hwn yn seiliedig ar weithredu'r Ddeddf yn ei chyfanrwydd, ond bydd y ffigur yn llai os yw rhai elfennau'n cael eu cyflwyno'n raddol (fel graddfeydd).

Mae'r gost o £1.765miliwn yn deillio o'r Asesiad Effaith Rheoleiddiol a gyhoeddwyd. Cyflwynodd yr Asesiad hwn broffil cost pum mlynedd ar gyfer gweithredu llawn, ac at ddibenion enghreifftiol, y flwyddyn gyntaf lawn oedd 2017-18.

Yn unol â chyhoeddiad y weinyddiaeth flaenorol, mae'r rheoliadau gwasanaeth o dan y Ddeddf yn cael eu datblygu a disgwylir iddynt ddod i rym o fis Ebrill 2018 ymlaen. Disgwylir i'r Ddeddf gael ei gweithredu'n llawn erbyn mis Ebrill 2019.

Rhagwelir y bydd yn costio tua £1 miliwn i AGGCC weithredu'r Ddeddf yn ystod 2017-18.

Mae Llywodraeth Cymru wedi dyrannu £2.780miliwn yn 2017-18 i gefnogi'r broses o weithredu Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014 a Deddf Rheoleiddio ac Arolygu Gofal Cymdeithasol (Cymru) 2016.

- **A oes unrhyw gynlluniau i fwrw ymlaen â'r opsiwn, a nodir yn y Papur Gwyrdd 'Ein Hiechyd, Ein Gwasanaeth Iechyd', i roi pwerau benthyca cyfalaf i fyrddau iechyd fuddsoddi mewn prosiectau cyfalaf.**

Yn dilyn y Papur Gwyrdd, rhoddwyd ystyriaeth i'r posibilrwydd o roi pwerau benthyca i fyrddau iechyd lleol fuddsoddi mewn prosiectau cyfalaf.

Fel y nodwyd yn adroddiad "Ymgynghoriad – crynodeb o ymatebion" y Papur Gwyn a gyhoeddwyd ym mis Chwefror 2016, cafwyd ymateb cymysg i'r cwestiwn o bwerau benthyca.

Roedd rhai o blaid pwerau benthyca, gan gyfeirio at y gallu i gyflymu buddsoddiadau cyfalaf a datblygu cynlluniau ac achosion busnes yn fwy effeithiol. Fodd bynnag, roedd eraill yn gwrthwynebu pwerau benthyca, gan nodi y gallent arwain at risgiau sylweddol gan nad yw'r byrddau iechyd wedi dangos digon o aeddfedrwydd ym meysydd cynllunio neu ariannu i gefnogi darpariaeth o'r fath.

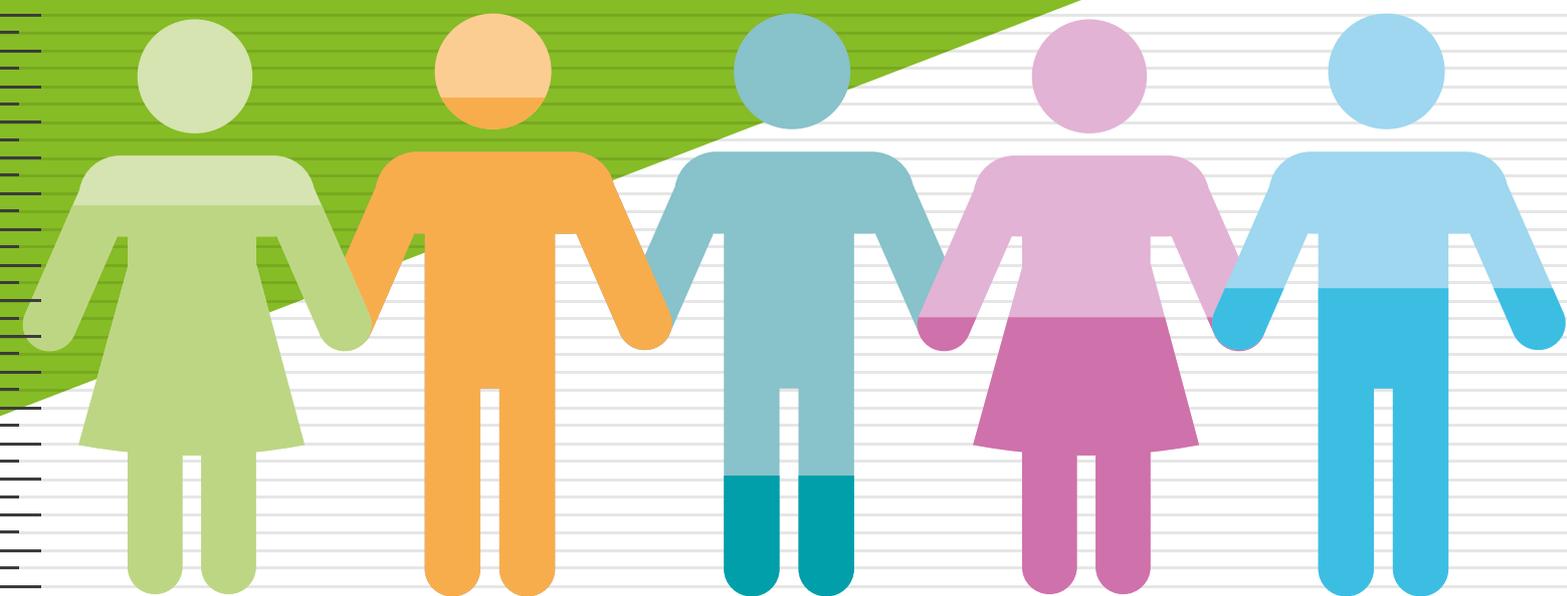
Mae Deddf Cymru 2014 wedi cyflwyno pwerau benthyca newydd i Lywodraeth Cymru naill ai drwy'r Gronfa Benthyciadau Cenedlaethol neu fenthyciwr arall, sy'n galluogi Llywodraeth Cymru i fenthyca o fis Ebrill 2018 ymlaen.

Gan y byddai benthyciadau Byrddau Iechyd Lleol yn cyfrif yn erbyn terfyn benthyca Llywodraeth Cymru, ac o ystyried yr ymatebion cymysg, ni chynigir cyflwyno pwerau benthyca i'r byrddau iechyd.

MEASURING YOUR **IMPACT** **ON LONELINESS** IN LATER LIFE

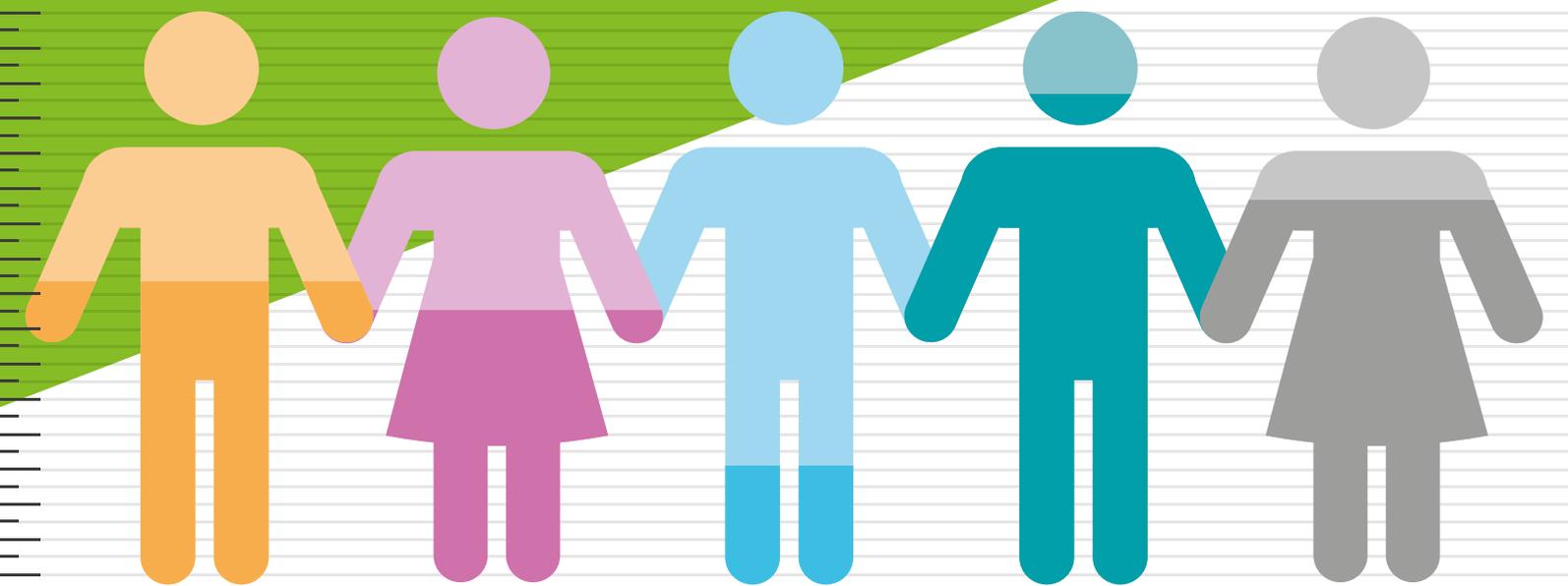


Campaign to
EndLoneliness
CONNECTIONS IN OLDER AGE



Contents

| | |
|--|----|
| What does this guidance cover? | 5 |
| Why measure loneliness? | 5 |
| Why use a scale? | 6 |
| Choosing the right scale for you | 6 |
| Summary of Scales | 7 |
| Introduction | 8 |
| What is loneliness? | 8 |
| Who experiences loneliness? | 9 |
| Why evaluate? | 9 |
| About these scales | 10 |
| The Scales | |
| 1 The Campaign to End Loneliness Measurement Tool | 11 |
| 2 The De Jong Gierveld Loneliness Scale | 14 |
| 3 The UCLA Loneliness Scale | 17 |
| 4 Single-item questions | 20 |
| How to use your chosen scale | 22 |
| a. Introducing a survey | 22 |
| b. Encouraging staff or volunteers to use a loneliness scale | 23 |
| c. How regularly should you use a scale? | 23 |
| d. How to sample | 24 |
| e. Gaining informed consent | 26 |
| f. Understanding and minimising bias | 26 |
| g. Advice on different modes of data collection | 27 |
| h. Asking open, follow-up questions | 27 |
| i. Collecting demographic data | 29 |
| j. Keeping personal information confidential | 29 |
| Using a scale with people with sensory loss | 30 |
| Acknowledgements | 32 |
| Appendices | 34 |



What does this guidance cover?

Are you working to prevent or reduce loneliness in your community?

Can you articulate the difference you are making to the lives of older people?

We're all working in an increasingly competitive funding environment, and we all need to be able to demonstrate robustly that we make a difference. Funders across the public, voluntary and private sectors also face their own financial pressures and need evidence that the programmes they fund are delivering real change for the people they support.

This guidance offers information and advice on choosing and using a scale to measure the impact of your services on loneliness in older age.

Why measure loneliness?

In a recent report, published with Age UK, we demonstrate that there is a lack of good quality evidence on the impact of different types of services on loneliness.¹ This concerns us, as feeling lonely is linked to risk of an earlier death², depression³, dementia⁴ and poor self-rated health⁵. We need to know more about 'what works' to prevent or alleviate it.

You might be thinking about measuring how your service is reducing social isolation or improving wellbeing. Whilst isolation and wellbeing are linked to feelings of loneliness, they are distinct experiences and concepts (we talk more about this later on, in the Introduction to this guidance). We would like to encourage you to measure loneliness for two reasons. Firstly, loneliness has a negative impact on our quality of life, and mental and physical health. Secondly, measuring loneliness will help you to demonstrate the positive impact of your work on the way people *feel* about their relationships and connections – and give you a more detailed understanding than a wellbeing measure can.

1 Jopling, K. 2015. *Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life*. Age UK and Campaign to End Loneliness: London.

2 Penninx, B., van Tilburg, T., Kriegsman, D. Deeg, D., Boeke, J. and van Eijk, J. 1997. Effects of Social Support and Personal Coping Resources on Mortality in Older Age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*. 146(6) pp. 510-519

3 Green B. H, Copeland J. R, Dewey M. E, Shamra V, Saunders P. A, Davidson I. A, Sullivan C, McWilliam C. 1992. Risk factors for depression in elderly people: A prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 86(3) pp.213-7

4 Holwerda, T. J. Deeg, D., Beekman, A. van Tilburg, T.G., Stek, M.L., Jonker, C., and Schoevers, R. 2012. Research paper: Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL) *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*

5 Stickley, A., Koyanagi, A., Roberts, B., Richardson, E., Abbott, P., Tumanov, S. and McKee, M. 2013. Loneliness: Its Correlates and Association with Health Behaviours and Outcomes in Nine Countries of the Former Soviet Union. *PLOS One*

Why use a scale?

A scale is simply a way of numerically measuring an opinion or emotion, and it one way to gather evidence about the effectiveness of a service. There are other approaches to collecting information, for example qualitative methods collect evidence without focusing on numbers. They can be used to gain an in-depth understanding about *how* or *why* someone came to feel lonely, and allow you to produce detailed case studies about how you've helped prevent or alleviate it. Examples of qualitative research techniques include one-to-one interviews and focus groups.

However, facing continued financial pressures, services across the health, social care and voluntary sectors need more 'hard' evidence on the effectiveness of loneliness interventions. Using a scale will enable you to ask about loneliness in a more structured way – and produce numbers that can help you illustrate *how much* of a difference you've made. Using a scale could also allow you to compare the impact of different activities or services on loneliness.

Choosing the right scale for you

As you read through this guidance and look at the different scales we suggest, you may also want to bear the following questions in mind to help you make a decision about the right tool for you:

- Are you comfortable asking **direct questions** about loneliness or painful experiences?
- How much **time** do you have to ask people about loneliness?
- **Who** will be asking the questions, and analysing the results?
- What does your service or activity **do**? For example, are you only addressing the 'social' dimension of loneliness?
- How much **time and money** can you allocate to monitoring and evaluation?

Summary of Scales

In this guidance we describe four different scales, which have been developed by different people, and have their own strengths and limitations. We encourage you to read on to learn more about their particular strengths and limitations, but this page presents their 'vital statistics' – four initial categories to help you compare them:

- **Length** – how many questions does the scale contain?
- **Language** – are the questions negatively or positively worded, or both?
- **Initially developed for...** – was this originally intended for use by researchers or services?
- **Mentioning the 'L' word** – does it ask directly about loneliness, or ask around the topic?

The Campaign to End Loneliness Measurement Tool

Scale
1

Length: 3 Questions

Language: Positive wording

Initially developed for: Service providers

Does it mention loneliness? No

This scale is for you if: you want a short and sensitively-worded tool that is easy to use.

De Jong Gierveld Loneliness Scale

Scale
2

Length: 6 Questions

Language: Mixes positive and negative wording

Initially developed for: Researchers

Does it mention loneliness? No

This scale is for you if: you want an academically rigorous tool that distinguishes between different causes of loneliness.

The UCLA Loneliness Scale

Scale
3

Length: 3 Questions

Language: Negative wording

Initially developed for: Service providers

Does it mention loneliness? No

This scale is for you if: you want a short and academically rigorous tool, with a simple scoring system.

Single-Item 'Scales'

Scale
4

Length: 1 Question

Language: Negative wording

Initially developed for: Researchers

Does it mention loneliness? Yes

This scale is for you if: you want to get to the heart of the issue with just one question.

Introduction

In 2013, a survey of Campaign to End Loneliness supporter organisations found over half said that they would value more support in evaluating their impact on loneliness. The brief was clear: services said they wanted a straightforward, flexible loneliness measurement tool that was suitable to use with older people who may be vulnerable.

What is loneliness?

It may surprise you to learn that there is no agreed definition of “loneliness” in research. One explanation of loneliness is that it is a painful feeling that occurs when there is a gap, or a mismatch, between the number and quality of social relationships and connections that we have, and those we would like.⁶

Others suggest that there are two dimensions to loneliness: social and emotional. Social loneliness occurs when someone is missing a wider social network and emotional loneliness is caused when you miss an “intimate relationship”.⁷

On the whole, loneliness is described as an unwelcome, painful and unpleasant feeling.⁸ There is a general agreement that loneliness is distinct from social isolation and wellbeing. Social isolation is an objective state that only measures the number and/or frequency of social contact.⁹ Wellbeing is a broader concept, which examines our psychological and physical resources, as well as social connections.¹⁰

Loneliness is a fluid experience: it can come and go over a short time, or persist in the longer term. Recent research found that over 8 years, 7% of older people in England said they were always lonely, 10% of people moved out of loneliness, 9% moved into loneliness and 9% fluctuated in and out of loneliness.¹¹

It is worth thinking about what the different tools and questions in this document are measuring, and how this relates to your service or activity.

6 Perlman, D. and Peplau, L. A. Chapter 2: Toward a Social Psychology of Loneliness, in Duck and Gilmour (eds.) 1981. *Personal Relationships in Disorder*. London: Academic Press.

7 de Jong Gierveld, J. and van Tilburg, T. 2006. 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness: Confirmatory Tests on Survey Data *Research on Ageing* 28(5) pp. 582-598

8 Hauge, S. and Kirkevold, M. 2010. Older Norwegians’ understanding of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 5: 4654

9 Victor, C., Scambler, S., Bond, J. and Bowling, A. 2001. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Clinical Gerontology* 10(04) pp. 407 - 417

10 Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. 2012. The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing* 2(3), 222-235.

11 Victor, C. 2013. Professor Christina Victor, Brunel University - Who is lonely and when? [video online] Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=U7u1kvDFAng> [Accessed 15 March 2015]

Who experiences loneliness?

Loneliness is also a common emotion and it is likely that, at some point in our lives and whatever our age, we will experience it. Various studies estimating the levels of loneliness in Great Britain show that 5 – 16% of people aged 65 or over report feeling lonely all or most of the time and up to a further 30% say they feel lonely “sometimes”.¹² As our population ages, there may be an increase in the real numbers of older people experiencing loneliness. You can learn more about the triggers for loneliness in the Campaign’s recent report: *Hidden Citizens: how can we identify the most lonely adults?*¹³

Why evaluate?

Evaluation can help you to demonstrate that you are really helping the people your service has contact with. It can also help you better understand how a particular service or activity works. Anyone can collect and use data, and you needn’t be discouraged from evaluating your intervention just because you don’t have past experience of doing this.

In essence, planning an evaluation involves asking yourself the following things:

- What are your desired outcomes
- What services or mechanism is delivering these outcomes
- How they will be measured
- Who will measure them – and when
- How long the evaluation will run for
- How will the information be used

A good evaluation has been shown to have two overarching principles. Firstly, *independence*, i.e. those carrying out an evaluation can produce independent and objective reports. Secondly, *transparency* – the research methods used and findings are accessible and available to all. There are a number of comprehensive resources – from the Charities Evaluation Services¹⁴ and Joseph Rowntree Foundation¹⁵ – about evaluating the work of charities and community projects, which may be helpful to read alongside this guidance.

12 Cann, P. and Jopling, K. 2011. *Safeguarding the Convoy: A call to action from the Campaign to End Loneliness*. Oxfordshire: Age UK Oxfordshire. <http://tinyurl.com/njsgx6z>

13 Goodman, A., Adams, A., & Swift H.J. 2015. *Hidden citizens: How can we identify the most lonely older adults?* The London: Campaign to End Loneliness. <http://www.campaigntoendloneliness.org/hidden-citizens/>

14 Charities Evaluation Services. *Tools and Resources*: <http://www.ces-vol.org.uk/tools-and-resources/tools-and-resources> [Accessed 27 April 2015]

15 Joseph Rowntree Foundation. *Evaluating community projects A practical guide*: <http://www.jrf.org.uk/system/files/1859354157.pdf> [Accessed 27 April 2015]

About these scales

In the following section, we have described and provided advice on how to use the following four loneliness scales:

- **The Campaign to End Loneliness Measurement Tool**
- **The De Jong Gierveld Loneliness Scale**
- **The UCLA Loneliness Scale**
- **Single-item ‘scale’**

We have chosen these four scales because we think they have a range of different strengths and limitations. For example, the Campaign tool has been developed specifically for people providing services or running activities, whilst the Gierveld scale is a well evaluated measure of different types of loneliness.

However, you’ll see that loneliness scales can vary in a number of ways. This is because they have been developed for different contexts and circumstances. For example, the De Jong Gierveld Scale was developed in the Netherlands for use in large surveys but has since been adapted for smaller questionnaires and evaluating interventions.

All the scales in this publication can measure the *intensity* of loneliness and, if you use them regularly, how it *changes over time*. However, you can only ask about how often loneliness occurs in someone’s daily life by asking this directly, for example: in the past month, how often would you say you felt lonely?

There are a number of limitations to these scales that you should bear in mind.

- Firstly, they only give you a ‘snapshot’ of how someone is feeling on a particular day because feelings of loneliness can fluctuate
- Whilst the scales are designed to pick up small changes in loneliness we cannot know, exactly, the intensity that the different scores represents. For example someone with a score of “4” may not be half as lonely as someone with a score of “8” (although we can confidentially say one is less lonely than the other)
- It may also be difficult to tell if another person, experience or circumstance – independent of your service – is having a positive or negative impact on changes in someone’s loneliness. However, we do make some suggestions for how to overcome this in “Asking open follow-up questions” on page 27)

The following sections outline the structure and design of four different scales, explains how to score and interpret your results, and sets out their strengths and limitations.

The Campaign to End Loneliness Measurement Tool

Scale
1

This tool contains the following statements:

- 1. I am content with my friendships and relationships**
- 2. I have enough people I feel comfortable asking for help at any time**
- 3. My relationships are as satisfying as I would want them to be**

To each of these statements, ask your respondents to give one of the following answers:

Strongly Disagree / Disagree / Neutral / Agree / Strongly Agree / Don't Know

In order to avoid a 'response set' – where people give the same answer to a question almost by rote, it is important to alternate the direction of answers. E.g. for questions 1 and 3 you start with the 'Strongly Disagree' end of the scale and for question 2 you start with 'Strongly Agree'.

Asking all three of these questions together produces the most reliable information on people's experience of loneliness. You can see a copy of the questions in full scale form in Appendix A.

Using this scale: how to score and interpret your results

In order to score somebody's answers, their responses should be coded as follows:

| Response | Score |
|-------------------|--------------|
| Strongly disagree | 4 |
| Disagree | 3 |
| Neutral | 2 |
| Agree | 1 |
| Strongly agree | 0 |

The scores for each individual question need to be added together. This gives a possible range of scores from 0 to 12, which can be read as follows:



So someone with a score of 0 or 3 can be said to be unlikely to be experiencing any sense of loneliness, whereas anyone with a score of 10 or 12 is likely to be experiencing the most intense degree of loneliness. Scores in-between these two extremes are on a spectrum of feelings of loneliness; however it is not possible to say that each point on the scale represents an equal increase or decrease in the degree of loneliness someone might be feeling.

The main purpose of this tool is to measure the change that happens as a result of an intervention to address loneliness. The key thing to focus on is how people's scores change over time. If someone scores "9" at one point, and then "7" three months later (after having been matched with a befriender, for example) it is reasonable to assume that their experience of loneliness has decreased. You should not say "this person's loneliness has decreased by 22%" because it is not possible to say by how much it has decreased – just that it has improved.

SUMMARY

The Campaign to End Loneliness Measurement Tool

Scale
1

Length: 3 Questions

Language: Positive wording

Initially developed for: Service providers

Does it mention loneliness? No

This scale is for you if: you want a short and sensitively-worded tool that is easy to use.

STRENGTHS

- **Positive language about a tricky issue:** The particular strength of this tool is that it is written in language which is non-intrusive and unlikely to cause any embarrassment or distress.
- **Practical:** It is therefore a very practical resource for organisations in the field to use in their face-to-face work with older people.
- **Co-designed:** It has been designed with a number of different people and organisations, to try and ensure it is appropriate for a ranges of contexts.
- **Length:** It has been kept as short as possible and is easy to score.
- **Validity:** The tool has undergone academic tests to ensure it is valid and reliable.

LIMITATIONS

- **Newness:** This tool has not yet been used extensively by services, so we do not yet know how it picks up changes over time – although the Campaign to End Loneliness will be working with services in 2015 and 2016 to monitor how it performs, and it worked well in an initial pilot.
- **Only using positive language:** The use of only positive worded questions could also lead to respondents under-reporting their loneliness, although we cannot test for this.
- **Not a screening tool:** Finally, we strongly advise organisations not to use these questions as a "screening tool" to establish eligibility to their services. It has not been designed for this purpose and may therefore give misleading results.

How was this tool developed?

All tools should be based upon a way of seeing the issue (a conceptualisation) and the Campaign to End Loneliness Measurement Tool is based upon the following definition: loneliness occurs when there is a gap between the number and quality of relationships and contacts that we have, and those that we want. This is sometimes known as a cognitive discrepancy theory of loneliness.¹⁶

This tool was developed over the course of 2014 by the Campaign, in partnership with over 50 older people, service providers, commissioners and housing associations. Three focus groups were held with older people in Bristol and London. These were followed by three design workshops, during which the organisations and older people present created an outcome 'map' of the steps that can be taken to address loneliness, and wrote questions reflecting these outcomes.

These draft questions were then reviewed and short-listed. Four prototype tools were drafted, and voted upon, and two prototypes were tested across 18 organisations and 785 older people (over 350 people per tool), alongside the De Jong Gierveld Scale which is considered by many researchers specialising in older age as the gold standard for measuring loneliness.

A statistical validation process was conducted on the results, and the tool that was shown to be the most accurate measure of loneliness was selected. You can request a report from the Campaign that explains this validation process in more detail, if you are interested in learning more.¹⁷

¹⁶ Perlman, D. and Peplau, L. A. Chapter 2: Toward a Social Psychology of Loneliness, in Duck and Gilmour (eds.) 1981. *Personal Relationships in Disorder*. London: Academic Press.

¹⁷ Please email info@campaigntoendloneliness.org.uk

The De Jong Gierveld 6-Item Loneliness Scale

Scale
2

In this 6-item scale, 3 statements are made about 'emotional loneliness' and 3 about 'social loneliness'. (Social loneliness (SL) occurs when someone is missing a wider social network and emotional loneliness (EL) is caused when you miss an "intimate relationship".¹⁸)

1. I experience a general sense of emptiness [EL]
2. I miss having people around me [EL]
3. I often feel rejected [EL]
4. There are plenty of people I can rely on when I have problems [SL]
5. There are many people I can trust completely [SL]
6. There are enough people I feel close to [SL]

The scale generally uses three response categories: **Yes / More or less / No**

See Appendix B for the scale and responses in full.

Using this scale: how to score and interpret your results

To score the answers to the scale, the neutral and positive answers are scored as "1" on the negatively worded questions (in this instance, questions 1-3). On the positively worded items (questions 4-6), the neutral and negative answers are scored as "1". Therefore, someone's responses to the negative, emotional loneliness questions should be coded as follows:

| Response | Score |
|--------------|-------|
| Yes | 1 |
| More or less | 1 |
| No | 0 |

To score somebody's answers to the positive, social loneliness questions, use the following coding:

| Response | Score |
|--------------|-------|
| Yes | 0 |
| More or less | 1 |
| No | 1 |

¹⁸ de Jong Gierveld, J. and van Tilburg, T. 2006. 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness: Confirmatory Tests on Survey Data Research on Ageing 28(5) pp. 582-598

Note: this does mean that an answer of ‘more or less’ is given the same score as ‘yes’ or ‘no’, depending on the question. This produces an emotional loneliness score, ranging from 0 (not emotionally lonely) to 3 (intensely emotionally lonely) and a social loneliness score, also ranging from 0 (not socially lonely) to 3 (intensely socially lonely). The scores for each individual question can be added together although you should also look at the individual scores for emotional and social loneliness. This gives a possible range of scores from 0 to 6, which can be read as follows:



You can use the complete scale, or the 3 question emotional or social loneliness subscales separately.

SUMMARY

De Jong Gierveld Loneliness Scale Scale
2

Length: 6 Questions

Language: Mixes positive and negative wording

Initially developed for: Researchers

Does it mention loneliness? No

This scale is for you if: you want an academically rigorous tool that distinguishes between different causes of loneliness.

STRENGTHS

- **Different types of loneliness:** The focus on both emotional and social loneliness produces results that can give insight into why someone might be experiencing loneliness. For example, are they lonely because they’d like larger social networks, or is it because of the loss of a key relationship?
- **Designed for older people:** The Gierveld scale was designed for use with older people, and also tested with large samples of people aged 18+.
- **Extensively used and tested:** This scale is widely used across Europe, and very well-tested and evaluated for use in a number of languages and countries.
- **Avoids automatic answers:** The mix of positive and negative can help avoid a ‘response set’ – where someone falls into giving automatic answers rather than considering what they are asked.

LIMITATIONS

- **Length:** a significant limitation – for service providers at least – is its length, which can make it difficult to insert into existing monitoring and evaluation. This could be because it was initially designed for use by researchers and larger population surveys.
- **Tricky questions on a tricky subject:** Some staff or volunteers may also find it difficult to ask negatively-worded questions, and may require some support and training to ask these sensitively.

How was this tool developed?

The scale was developed in the Netherlands in the early 1980s and was initially based on Weiss's 1973 theory which defines loneliness as a subjective experience that occurs when the number of friendships or relationships someone has is smaller than desired (social loneliness) or when someone is missing intimacy from their relationships, friendships or acquaintances (emotional loneliness). 34 questions were initially developed in the 1980s by analysing over 100 accounts written by people experiencing loneliness. The questions were then tested with a further 59 men and women, and refined to pick up less intense feelings of loneliness.

From this long-list of questions, an 11 question-long scale was developed with six questions asking about emotional loneliness, and five asking about dimensions of social loneliness. This was piloted and used extensively before a shorter 6 question version was created in 2006 for use in larger surveys. The shorter version of the scale has been tested for reliability and validity in seven countries, including the Netherlands, France, Russia and Japan.

The UCLA 3-Item Loneliness Scale

Scale
3

This scale comprises 3 questions that measure three dimensions of loneliness: relational connectedness, social connectedness and self-perceived isolation. The questions are:

- 1. How often do you feel that you lack companionship?**
- 2. How often do you feel left out?**
- 3. How often do you feel isolated from others?**

The scale generally uses three response categories: **Hardly ever / Some of the time / Often**

See Appendix C for the scale and responses in full.

Using this scale: how to score and interpret your results

In order to score somebody's answers, their responses should be coded as follows:

| Response | Score |
|------------------|--------------|
| Hardly ever | 1 |
| Some of the time | 2 |
| Often | 3 |

The scores for each individual question can be added together to give you a possible range of scores from 3 to 9. Researchers in the past have grouped people who score 3 – 5 as “not lonely” and people with the score 6 – 9 as “lonely”.¹⁹



¹⁹ Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. and Wardle, J. 2013. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 110(15) pp.5797–5801

SUMMARY

The UCLA Loneliness Scale

Scale
3

Length: 3 Questions

Language: Negative wording

Initially developed for: Service providers

Does it mention loneliness? No

This scale is for you if: you want a short and academically rigorous tool, with a simple scoring system.

STRENGTHS

- **Widely used:** Both the longer and shorter versions of the UCLA loneliness scale are widely used across the world. The original paper has been cited over 1,500 times.
- **Can be used in different ways:** The tool has been found to be accurate when it is part of a self-completed questionnaire, and when an interviewer asks questions over the phone.²⁰
- **Comparability to national studies:** The scale is regularly asked of over 12,000 people aged 50+ as part of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). This means that UCLA results from a small population can be compared to a national sample, which may be of benefit to some services.

LIMITATIONS

- **Original development:** One of the main criticisms of the full UCLA scale is that it was developed in the USA with students – and therefore is not necessarily suitable for a UK context or use with older adults. However, the shorter, 3-item questionnaire has since been tested with older people.
- **Only uses negative wording:** Another limitation is that it does not use a mix of positive and negative wording, which could lead to a ‘response set’ – where participants give the same answer without really thinking about what they are being asked.
- **Easy to distort results:** The results of the UCLA scale across a population are sometimes turned into an average, e.g. a mean score of 4.2 in a group of 30 older adults. Creating a mean could prove unreliable as the scale does not quantify loneliness but simply gives it a numerical category.
- **Tricky questions on a tricky subject:** Some staff or volunteers may also find it difficult to ask negatively-worded questions, and may require support and training to ask these sensitively.

²⁰ Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C. and Cacioppo, J. T. 2004. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results from two population-based studies. *Research on Ageing*. 26(6) pp.655-672.

How was this tool developed?

Developed in the 1970s and revised in the 1990s, the scale uses the cognitive discrepancy theory of loneliness (i.e. loneliness occurs when there is a gap between the quantity and quality of connections we have and want). It is drawn from two older scales, including a 75-item scale based on statements describing loneliness from 20 psychologists. 25 questions were selected from these scales and tested with 239 students. Finally 20 items were selected, which aimed to measure both loneliness and social isolation.²¹

The longer scale was shortened to three questions in 2004 so that it could be used in larger surveys and over the telephone. The 3-item version was first tested with over 2,100 older adults and found to be a reliable and valid measure of loneliness by comparing the results against a self-identifying statement. The researchers concluded that the 3 question UCLA scale gauged general feelings of loneliness “quite well” and it was a robust measure of loneliness in self-administered questionnaires and telephone interviews.²²

21 Russell, D., Peplau, L. A. and Ferguson, M. L. 1978. Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment* 42(3) pp.290-294

22 Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C. and Cacioppo, J. T. 2004. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results from two population-based studies. *Research on Ageing*. 26(6) pp.655-672.

Single-item questions are sometimes known as self-rating measures of loneliness as they have to ask directly for the individual's assessment of how lonely they feel. There are many variants on this theme, and we suggest three here that come from different studies and use slightly different wording. The first example was first used by Joseph Sheldon in 1948.²³ He asked people:

Are you:

- Very lonely
- Lonely at times
- Never lonely

Our second example is currently used in the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA):

How often do you feel lonely?

- Hardly ever or never
- Some of the time
- Often

The third example is adapted from the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), which is commonly used screening questionnaire for depression. This is 20 questions long but includes one question about loneliness:

During the past week, have you felt lonely:

- Rarely or none of the time (e.g. less than 1 day)
- Some or a little of the time (e.g. 1-2 days)
- Occasionally or a moderate amount of time (e.g. 3-4 days)
- All of the time (e.g. 5-7 days)

²³ Sheldon, J. 1948. *The Social Medicine of Old Age: Report of an Inquiry in Wolverhampton*. Arno Press.

²⁴ See example on Counselling Resource website: <http://counsellingresource.com/lib/quizzes/depression-testing/cesd/>

SUMMARY

Single-Item 'Scales'

Scale
4

Length: 1 Question

Language: Negative wording

Initially developed for: Researchers

Does it mention loneliness? Yes

This scale is for you if: you want to get to the heart of the issue with just one question.

STRENGTHS

- **Short:** A single-item measure of loneliness has a number of benefits. It is short, asks directly about the issue of interest and is easy to administer and score. It may also be a starting point for a more in-depth conversation about experiences of loneliness.
- **Age-friendly:** Some research suggests that single questions are more appropriate with an older age group, particularly if someone is experiencing cognitive decline or has difficulty communicating.²⁵
- **Academics use it:** Single, self-reporting questions are also the most commonly used measure in academic research studies.²⁶
- **Challenges stigma?** There is an argument for asking directly about someone's loneliness as it challenges the stigma attached to the issues. This should be done in a private environment, where the interviewee has the opportunity to explain further about how they are feeling.

LIMITATIONS

- **May not be reliable:** These questions have never been thoroughly examined for their reliability, and ability to pick up change over time.
- **Ignores stigma?** There is also a concern that asking directly about loneliness can lead to underreporting, as the stigma that is attached to the experience means that people may be unwilling to admit to feeling lonely.²⁷
- **May be too 'blunt':** Using a single-item scale will make it harder pick up on smaller gradations of change in loneliness, that you might expect after someone has had contact with a service.
- **Limitations of adding a time period:** a question that asks about loneliness over a certain time period (e.g. the CES-D question) may produce a misleading result, if that person has had an unusually stressful or difficult week or month.²⁸ It would also fail to reflect any long term feelings of loneliness.

25 Holmen, K., Ericsson, K., Andersson, L., and Winblad, B. 1992. Loneliness among elderly people living in Stockholm: A population study. *Journal of Advanced Nursing* 17 pp.43-51

26 Pinquart, M. & Sorenson, S. 2001. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology* 23 pp.245-266.

27 Victor, C., Scambler, S., Bond, J. and Bowling, A. 2001. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology* 10(04) pp. 407 - 417

28 Pikhartova, J., Bowling, A. and Victor, C. 2014. Does owning a pet protect older people against loneliness? *BMC Geriatrics* 14(106) Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/106#B11> [Accessed 21 April 2015]

How to use your chosen scale

This section shares some advice on how to design and deliver a robust evaluation of your service. It recommends sampling techniques, how to introduce and complete a survey and suggests additional open questions, amongst other things, to help you to get the best results.

a. Introducing a survey

In most situations, it will be important to give some introduction and guidance about the questions and how to answer them, to those taking part in your evaluation. The following wording could be used:

We would like to ask you a few questions to enable us to measure how helpful our services are. You can choose to answer all or none of the questions, and choosing not to answer will not affect your access to any of our services in any way. When answering the questions, you could take account of the following:

- There are no right or wrong answers
- We would like you to be completely honest
- In answering the questions it is best to think of your life as it generally is now (we all have some good or bad days)
- You don't have to answer any question you don't want to

You may like to remind people being interviewed that the research questions are separate from the rest of the support offered by your organisation, and that there will be other opportunities for them to tell you about their situation in more detail, and for you to provide support. You may wish to set time aside after an interview to make it easier to discuss any issues or questions that arise because of the questions.

This additional time, post-survey, can help you to feel comfortable asking direct questions about loneliness in a dispassionate style, as a 'researcher'. You could use wording such as:

The questions are quite brief and only require brief answers. Some of the questions are quite personal, so if you want to have a chat about anything in more detail, let me know and we will make sure we talk about it afterwards or at a later date.

b. Encouraging staff or volunteers to use a loneliness scale

It can be difficult to ask people about how they feel, particularly when questions might evoke memories of a painful experience like loneliness. There are a number of things you could do to ensure that staff and volunteers get on board with your evaluation and help you survey your members, including:

- Clearly explaining to them the purpose and value of asking the questions, and giving them time to ask questions of you about the survey
- Ensuring that there is support available that staff can offer or signpost to, if the person being interviewed feels upset after the interview
- Reassuring staff that most people are happy to answer questions about loneliness (even negatively-worded ones) and may welcome the opportunity to talk about it with someone

It may also help to add an open-ended question at the end of the survey and invite the interviewee to make any further observations they want to. Sometimes, closed questions do not perfectly capture an experience or feeling and this might be frustrating for both the interviewer and the interviewee.

c. How regularly should you use a tool or scale?

The principal aim of this guidance is to provide information on different scales that organisations can use to measure the impact of their interventions on loneliness in older age. In order to do this, you will need to incorporate your chosen scale into any procedures for recording information about a new service user – sometimes called a baseline survey.

To see if there have been any positive or negative changes, you will then need to ask people to answer the same questions again periodically (for example, at three or six monthly intervals) and again when they stop taking part.



Comparing the results over these kinds of time periods should allow a decision to be made about whether someone's experience of loneliness has changed in the intervening period. If so, judgements can be made about whether the service that you have provided has been of benefit to individuals.

It may be difficult to ask personal questions of someone when you have only just met them. However, if your evaluation is to have any chance of showing positive change, you do need to make sure that a scale is used before someone starts using your service or taking part in your activity or group. You may want to use the words in the above section – “Introducing a survey” – to help explain why you are asking the questions at an early stage.

d. How to sample

Depending on how many people take part in your service or activity, it may be possible to ask a survey of everyone you are supporting. However, if that is not practical – or would take too much time or money – then you can survey a sample of your population instead.

Sampling is the process of selecting people to take part in your evaluation from a whole population of interest (i.e. everyone who is receiving support from you, or attending your activities). The aim is to be able to assume the results from the people in the sample are typical of the population from which they were chosen. There are three steps to creating a sample:

1. CREATE YOUR SAMPLING FRAME

This is simply a comprehensive list of everyone who is taking part in your service or activity. You may have this list already, or you may need to ask service managers to create one for you. Whether or not you have a sampling frame will influence the next stage – choosing the way that you are going to create a sample.

2. CHOOSE A SAMPLING STRATEGY

A ‘random’ approach to sampling is called **probability sampling**. A simple example of probability sampling would be to put everyone’s names into a hat, and then pick a certain number and only approach those people to take part. The simplest type of probability sampling is **simple random sampling**, which is easy to do and it is reasonable to generalise the results from the sample back to the population. First, create your sampling frame and then randomly select the number of people you’d like to interview, e.g. 100.²⁹

If you want to be sure to represent certain sub-groups within your research (for example various ages, genders, ethnicities) you may want to use **stratified sampling**. This will generally have more statistical precision than simple random sampling. To do this, you will need a bit more information about your population in your sampling frame. For example if you’d like to sample a representative number of men and women, you’ll need this recorded by their name. Simply separate your sampling frame into the sub-groups of interest and then carry out simple random sampling on each group, selecting the same proportion (not number – e.g. 20%) from each group.

If you do not have a sampling frame, you may wish to use a non-probability (non-random) sampling strategy. The benefits of this are that they are much easier to assemble and can be lower cost. The main problem is that you *cannot* make any claims about your whole population based on this sample – because it will not be representative.

²⁹ Excel has a random number feature that can be used to generate a random sample. To use this, paste everyone’s names into an Excel column. In the column alongside, enter the function =RAND() alongside each entry, then sort both columns by the random numbers (select “Sort and Filter” and then “Sort A to Z”). They will appear in number order and you can use the first 100 names that appear as your random sample

Two of the most common non-probability sampling strategies are convenience sampling and quota sampling. Convenience sampling is also known as accidental or haphazard sampling as you simply interview a selection of people who are easy to reach and likely to agree to answer questions. For example, when a television reporter interviews the ‘person on the street’ to gauge public opinion. There is no way of knowing if these samples are representative of the wider population.

Instead, we could sample with purpose to target specific groups of people. An example is **quota sampling** – selecting people non-randomly according to some fixed quota. The stricter form of quota sampling is **proportional quota sampling** which aims to represent the major characteristics of the population by sampling a comparative amount of each. For instance, if you know the population you are interested in has 40% women and 60% men, and that you want a total sample size of 100, you will continue sampling until you reach those percentages and then you will stop. The problem here is that you have to decide the specific characteristics on which you will base the quota.

The less strict form of quota sampling is non-proportional quota sampling. In this method, you specify the minimum number of people you want in each category. You may decide to sample at least 40 women, at least 40 men and let the remaining 20 respondents ‘fall out naturally’. Here, you simply want to have enough respondents to be able to talk about even small groups in the population.

3. DECIDING ON YOUR SAMPLE SIZE

Your sample size is the number of people you are going to survey, within your ‘population’. Choosing your sample size may be decided by the capacity of your team to conduct surveys and analyse their results. However, if you would like to generalise from your sample to your larger population you can use a Sample Size Calculator, such as the one from Survey Monkey.³⁰

To calculate your sample size, simply enter the total population size, keep the confidence level at 95% and set the margin of error at 5%. (You can learn more about what these things represent via the Survey Monkey Sample Calculator – referenced above). You’ll notice that a big population does not necessarily need a big sample but if your population is small, the sample may make up a large proportion of it. If you would like to learn a bit more about the principles behind sampling, we’d recommend the Research Methods Knowledge Base website.³¹

30 Survey Monkey. 2015. *Sample Size Calculator*. [online] Available at: <https://www.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/> [Accessed 27 April 2015]

31 Research Methods Knowledge Base. 2006. *Sampling* [online] Available at: <http://www.socialresearchmethods.net/kb/sampling.php> [Accessed 27 April 2015]

e. Gaining informed consent

The principle of informed consent is used widely in academic research. In essence, it means making sure that the people you are interviewing fully understand what you are doing, and have given permission to you to ask questions, and store and use their information.

It is therefore important that the older people you work with fully understand:

- What the evaluation is aiming to do
- How you will be using, storing and publishing any information about them
- How you will make sure their information remains confidential, and how anything they tell you will be kept anonymous if published
- How to opt-out, at any point, during the process, should they no longer want to take part

You may wish to provide this information both in writing and verbally, to make sure that people understand – and have something to refer back to later in case they have any questions about the evaluation.

f. Understanding and minimising interviewer bias

The researcher (the person asking the questions) has a key role in obtaining high quality data, which depends on their clarity, consistency and neutrality – in terms of their words spoken, tone of voice and body language. It is important to ask all questions in a completely open way, without assuming what the likely response will be. If the person has not understood the question:

- Try to slow down the delivery of the question
- Ask which parts of the question they do not understand
- Try to keep to the original wording, maybe with additional explanations if needed

The researcher's reaction to each response should acknowledge what has been said without empathising or encouraging as this can lead the user to alter their future responses to gain a certain reaction. For anyone more used to working in a supportive role, this can take some practice.

Sometimes research participants will like to digress and engage the researcher in conversation. Try to gently bring them back to the task in hand, with perhaps the promise that you can resume that conversation later, after the research questions.

Prepare and practice a brief, consistent response to typical queries you may encounter, such as:

- Queries about use of the data
- Refusal to answer certain questions or parts of questions
- Options within questions, such as the list of ethnicities or 'marital status'

g. Advice on different modes of data collection

It will be important to consider how the new user is to provide the information. There are three main ways that you could collect data about the people taking part in your service:

- Asking questions of your users, face-to-face, and recording their answers yourself
- Asking questions over the phone, and recording their answers yourself
- Asking people to complete the survey on paper by themselves (they could do this on the spot, and hand it back – or you could send them the survey by post and ask them to send it back to you)

There are pros and cons to all of these methods. It can sometimes be hard, for example, to get a good response rate on postal surveys, and people may not answer all questions - unlike in a face-to-face interview. Tests on the De Jong Gierveld Scale and the CTCL tool have both shown there can be a difference in how people answer, depending on whether they completed it themselves or had some assistance from a member of staff or volunteer. When people were helped to complete it they tended to report much lower levels of loneliness compared to those who completed it on their own. This is not that surprising. Given the stigma surrounding loneliness people can be reluctant to reveal how they truly feel in front of someone.

So, where possible, our advice is that people are encouraged to answer the questions without help. Where this is not possible the tool could still be used as a useful measure of impact as long as the same method of asking the questions is used at each subsequent application of the tool.

h. Asking open, follow-up questions

Open-ended questions can allow you to understand more about *what* is happening, *how* it is happening, *why* someone is, or is not, experiencing loneliness and *who* may be particularly affected by loneliness in your local area. Asking open questions can also help people to feel listened to and valued.

Before you write your open questions, do take a moment to consider and clarify your purpose in asking them. It may be worth bearing in mind that open-ended questions can generate a lot of data that you will need to record and analyse later on. You will need to record full responses so that you can reduce the risk of misinterpreting answers.

If you would like to attribute quotes verbatim, you can:

- Keep it anonymous – quote only, with no attribution
- Attribute the quote with a description, such as Male, aged 75
- Attribute the quote with a pseudonym – can be a useful technique for writing up a case study

If you do want to use verbatim quotes from people interviewed, make sure you ask their permission and explain or show them how you will be using the quotes. They may be interested to receive a copy of your report or case study when it is ready.

The timing for asking any open questions is important. It should take place after completing the scale so as not to influence responses to any scale questions.

Even though open questions are more conversational than survey questions, it is still good practice to ask the same questions of all your interviewees. Try to give your interviewees as much chance to talk about the positive as the negative. It can help to start with a very general question before moving on to more targeted questions.

You may want to ask questions about the context someone is in, such as existing family or friendship relationships, or their aspirations for change. Some examples of open-ended questions that you may wish to ask include:

- *Can you tell me a little bit about any contact you have with friends or family right now?*
- *What aspects of your relationships with friends or family are working well for you?*
- *Are there any changes you would like to make to those relationships with friends or family?*
- *Do you consider loneliness to be an issue for you/someone like you?*
- *What do you think could be the main factors that contribute to loneliness?*
- *Is there anything else that you'd like to add?*
- *Can you tell me about how taking part in/becoming a member of <<ORGANISATION NAME>> has made any difference to your life, if at all?*

The final question, or something like it, can be used to demonstrate just how your service has helped. You may also want to ask about any other changes that have happened since you last interviewed them. For example, changes in circumstances or use of other services – and how these too have helped or hindered.

The best strategy for obtaining full and honest answers is to leave enough time for your interviewee to respond. There may be some moments of silence as they consider their response but this does not need to feel uncomfortable for either of you.

i. Collecting demographic data

You will need to consider what level of demographic data you wish to collect as part of your evaluation. It is good practice to ask for information about some key characteristics of the people taking part in your project, e.g. age, gender, ethnicity and location.

This information can be particularly important if you would like to compare your sample to a larger population. For example, you could take a look at the demographic characteristics of your local population – the Office for National Statistics, your local council and the census³² will be good place to start for this – and see how the people taking part in your evaluation compare to this.

If you are able to survey or interview a large enough group, it could even enable you to differentiate between different sub-groups (for example, people from different cultural backgrounds). This segmentation might offer you insights that you would have missed by only looking at the whole group. Examples of commonly used questions to collect demographic data on age, gender, marital status and ethnicity, are set out at Appendix D. To ask about location, simply ask for someone's postcode.

j. Keeping personal information confidential

Respecting and maintaining confidentiality can help build trust between you and the people you support, and encourage them to take part in your research. Personal information can be defined as anything that can be used to identify someone – be that their name, or other things like age or where they live.

In smaller communities, it may be easier to identify someone from less information. There are a number of steps you can take to keep information about someone confidential.

1. Assign everyone who is taking part in your evaluation an ID number, and keep a record of this ID number and their name in a secure file that can only be accessed by staff that need to use the information (e.g. a password protected Excel file)
2. Use this number – not their name – on the questionnaire, and in any file that records responses
3. If you want to go back to the people you interviewed at baseline, refer to the identification file, get their ID number and ask the survey again using the ID number

It is important that you do not make public any information that could be used to identify someone, without their permission. For example, you may have interviewed a retired doctor, who is the only person in your group with that past occupation. Even if you do not reveal their name, writing about a retired doctor in an evaluation report could lead to them being identified, and personal information becoming accidentally public.

Using a tool with people with sensory loss

Written by Nicola Venus-Balgobin, Project Manager, Sense

There are an increasing number of older people in the UK who have sensory loss. 70% of those over 70 have hearing loss³³, one in five people aged over 75 have sight loss³⁴ and an estimated 250,000 have a dual sensory loss³⁵. However older people's sensory loss often goes unrecognised and undiagnosed due to an assumption by staff, and older people themselves, that it is a common part of ageing.

It is therefore likely that – even if you aren't aware of it – many of the older people you support will have some kind of sensory loss and may need additional help or adaptations to be able to participate fully in an evaluation. This will also ensure the information you gather is accurate.

Before you start, try and find out whether any of your participants have any sensory needs before you decide how to implement the tool. You should also people with sensory needs what adaptations they will need to be able to participate fully in the tool. You may want to ask:

- Is it better to conduct a survey in person or via post?
- If in person, does the person have any particular communication needs? Ask them how you should best to communicate (See Top Tips 1 below)
- If via post, what will make the information accessible to them? (See Top Tips 2)

TOP TIPS 1: COMMUNICATING WITH PEOPLE WITH SENSORY LOSS:

- Ask the person what works best for them
- Make sure you have the person's attention before trying to communicate with them
- Gently touching the top of a person's arm is one way to attract attention without startling them
- Identify yourself clearly
- Check that you are in the best position to communicate

33 Action on Hearing Loss. 2014. Factsheet: Caring for Older People with Hearing Loss. Action on Hearing Loss: London. Available at: <http://tinyurl.com/me9mlou> [Accessed 27 April 2015]

34 RNIB. 2015. Key Information and Statistics. [Online] RNIB: London. Available at: <http://www.rnib.org.uk/knowledge-and-research-hub/key-information-and-statistics> [Accessed 27 April 2015]

35 Emerson, E & Robertson, J. 2010, *Estimating the Number of People with Co-Occurring Vision and Hearing Impairments in the UK*. Centre for Disability Research

- Avoid noisy places and background noise
- Adapt the conditions to suit the individual
- Speak clearly and a little slower, but don't shout
- Make your lip patterns clear without over-exaggerating
- Keep your face visible – don't cover your mouth
- Use gestures and facial expressions to support what you are saying
- If necessary, repeat phrases or re-phrase the sentence
- Be aware that communicating can be hard work. Take regular communication breaks
- Try writing things down, experiment with different sizes of letters and coloured paper and pens
- For phone conversations consider using a text relay service
- Some people with sensory loss will use a particular communication method, e.g. British Sign Language, deafblind manual or Block and you may need a communication support professional.

TOP TIPS 2: MAKING INFORMATION ACCESSIBLE

- Ask people how they would like the tool provided; if they are using technology to read the document they may need it in a different format e.g. plain text, without boxes, outside of tables
- Many people will be able to read large print – usually size 14 bold or above. It is a good idea to provide information in size 14 as standard
- Some people will need the information in an accessible format such as braille, moon or audio, a good transcription service will be able to provide this

For more information on communicating with people who have a sensory impairment visit:

www.sense.org.uk/content/communicating-people-who-are-deafblind

Acknowledgements



The Campaign to End Loneliness would like to express our gratitude to a large number of people and organisations who helped us to develop and pilot our impact measurement tool, and write this guidance. In particular, we'd like to thank Guy Robertson of Positive Ageing Associates, for overseeing the development the Campaign to End Loneliness Measurement Tool and members of our Research Hub who provided advice along the way and contributed to this report:

Professor Christina Victor, Brunel University

Chris Ring, Nottingham Trent University

Dr Tracy Collins, Salford University

Dr Bernadette Bartlam, Keele University

Julie Wrigley and Kay Silversides, Qa Research

Thank you to our tool steering group, who guided the Campaign team and Guy over the course of a year:

Sue Arthur, Independent Age

Jason Bergen, Calouste Gulbenkian Foundation

Karl Demian, Royal Voluntary Service

Jonathan Eastwood, Big Lottery Fund

Lilias Gillies, Wandsworth Older People's Forum

Sarah Handley, Big Lottery Fund

Andrea Hare, Public Health England

Lucy Harmer, Independent Age

Heather Heathfield, OPM

Phil Rossall, Age UK

Nicola Venus-Balgobin, Sense

And, finally, thank you to the following organisations that sent staff to development workshops and webinars, piloted the tool and gave comments on this guidance:

The Abbeyfield Society

Age UK Bromley and Greenwich

Age UK Cheshire

Age UK Wiltshire

Alzheimer's Society

Anchor Trust

Archway Foundation

Beth Johnson Foundation

Brighton & Hove Neighbourhood Care Scheme

Careline

Care Network Cambridgeshire

Carers Centre Bristol

Community Network

Cotswold District Council

Cotswolds Volunteers North

Coventry University

Cruse Bristol

CSV (now Volunteering Matters)

Dorset Partnership for Older People Programme

Family Mosaic

Friends of the Elderly

Growing Support

Halton Borough Council

Holbeck Elderly Aid

Holborn Community Association

Jigsaw Support Scheme

John Ellerman Foundation

Knowsley Council

London South Bank University

LinkAge Bristol

Link Line

Macular Society

Mentoring and Befriending Foundation

Mindings

NBFA Assisting the Elderly

*New Dynamics of Ageing Older Peoples'
Reference Group*

NHS Warwickshire

Nottingham City Council

Oxfordshire County Council

RNIB

Rootless Garden

Rural Coffee Caravan Information Project

Salford City Council

Salford Royal NHS Foundation Trust

The Silver Line

*Stafford and Surrounds Clinical
Commissioning Group*

Southville Centre Bristol

The Sovini Group

Staffordshire County Council

Stitchlinks CIC

Time to Talk Befriending

Together We Are Better

Tower Hamlets Borough Council

Tower Hamlets Friends and Neighbours

Toynbee Hall

Volunteer Edinburgh

West Sussex County Council

This guidance was written by Anna Goodman, Learning and Research Manager at the Campaign to End Loneliness, with contributions from Julie Wrigley and Kay Silversides (Qa Research) and Nicola Venus-Balgobin (Sense).

Appendix A: Campaign to End Loneliness Measurement Tool

We would like to ask you a few questions to enable us to measure how helpful our services are. You can choose to answer all or none of the questions, and choosing not to answer will not affect your access to any of our services in any way. When answering the questions, you could take account of the following:

- There are no right or wrong answers
- We would like you to be completely honest
- In answering the questions it is best to think of your life as it generally is now (we all have some good or bad days)

Questions

1. I am content with my friendships and relationships

| | | | | |
|-------------------|----------|---------|-------|----------------|
| Strongly disagree | Disagree | Neutral | Agree | Strongly agree |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

2. I have enough people I feel comfortable asking for help at any time

| | | | | |
|----------------|-------|---------|----------|-------------------|
| Strongly agree | Agree | Neutral | Disagree | Strongly disagree |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. My relationships are as satisfying as I would want them to be

| | | | | |
|-------------------|----------|---------|-------|----------------|
| Strongly disagree | Disagree | Neutral | Agree | Strongly agree |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

Appendix B: The De Jong Gierveld 6-Item Loneliness Scale

We would like to ask you a few questions to enable us to measure how helpful our services are. You can choose to answer all or none of the questions, and choosing not to answer will not affect your access to any of our services in any way. When answering the questions, you could take account of the following:

- There are no right or wrong answers
- We would like you to be completely honest
- In answering the questions it is best to think of your life as it generally is now (we all have some good or bad days)

Questions

1. I experience a general sense of emptiness

| | | |
|-----|--------------|----|
| Yes | More or Less | No |
| 1 | 1 | 0 |

2. There are plenty of people I can rely on when I have problems

| | | |
|-----|--------------|----|
| Yes | More or Less | No |
| 0 | 1 | 1 |

3. There are many people I can trust completely

| | | |
|-----|--------------|----|
| Yes | More or Less | No |
| 0 | 1 | 1 |

4. I miss having people around me

| | | |
|-----|--------------|----|
| Yes | More or Less | No |
| 1 | 1 | 0 |

5. There are enough people I feel close to

| | | |
|-----|--------------|----|
| Yes | More or Less | No |
| 0 | 1 | 1 |

6. I often feel rejected

| | | |
|-----|--------------|----|
| Yes | More or Less | No |
| 1 | 1 | 0 |

Appendix C: The UCLA 3-Item Loneliness Scale

We would like to ask you a few questions to enable us to measure how helpful our services are. You can choose to answer all or none of the questions, and choosing not to answer will not affect your access to any of our services in any way. When answering the questions, you could take account of the following:

- There are no right or wrong answers
- We would like you to be completely honest
- In answering the questions it is best to think of your life as it generally is now (we all have some good or bad days)

Questions

1. How often do you feel that you lack companionship?

| | | |
|-------------|------------------|-------|
| Hardly ever | Some of the time | Often |
| 1 | 2 | 3 |

2. How often do you feel left out?

| | | |
|-------------|------------------|-------|
| Hardly ever | Some of the time | Often |
| 1 | 2 | 3 |

3. How often do you feel isolated from others?

| | | |
|-------------|------------------|-------|
| Hardly ever | Some of the time | Often |
| 1 | 2 | 3 |

Appendix D: Demographic Data

The following text can be used to introduce the need for demographic data:

We are asking these questions in order to better understand who is taking part in our social group/ project. This information will remain confidential and will not be shared with anyone else.

Gender

What is your gender?

1. Male
2. Female
3. Other _____

Age

What was your age last birthday? OR

What is your age?

1. Under 50 years old
2. 50-59 years old
3. 60-69 years old
4. 70-79 years old
5. 80-89 years old
6. Over 90 years old
7. Rather not say

Marital Status

Are you:

1. Single, that is, never married and never registered in a same-sex civil partnership
2. Married
3. Separated, but still legally married
4. Divorced
5. Widowed
6. In a registered same-sex civil partnership
7. Separated, but still legally in a same-sex civil partnership
8. Formerly in a same-sex civil partnership which is now legally dissolved
9. Surviving partner from a same-sex civil partnership
10. Rather not say

Ethnic group

Which of the following options best describes your ethnic group or background?

White

1. English/Welsh/Scottish/Northern Irish/British
2. Irish
3. Gypsy or Irish Traveller
4. Any other White background, please describe

Mixed/Multiple ethnic groups

5. White and Black Caribbean
6. White and Black African
7. White and Asian
8. Any other Mixed/Multiple ethnic background, please describe

Asian/Asian British

9. Indian
10. Pakistani
11. Bangladeshi
12. Chinese
13. Any other Asian background, please describe

Black/African/Caribbean/Black British

14. African
15. Caribbean
16. Any other Black/African/Caribbean background, please describe
17. Arab
18. Any other ethnic group, please describe
19. Rather not say

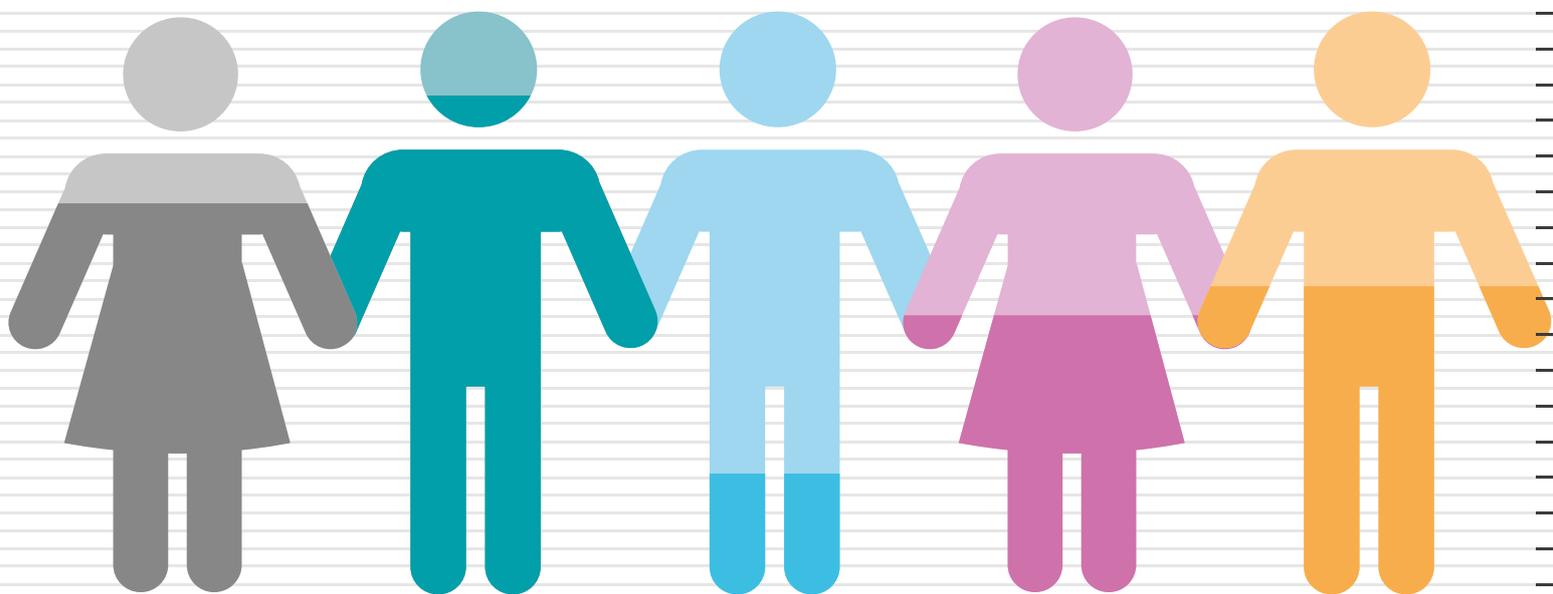
If you would like additional standardised questions on demographic data, for example on disability and impairment, we recommend the Office for National Statistics webpage on harmonised concepts and questions.³⁶

Sexual orientation

What is your sexual orientation?

1. Lesbian
2. Gay
3. Bisexual
4. Heterosexual
5. Other _____

³⁶ Primary set of harmonised concepts and questions. Available at: <http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/harmonisation/primary-set-of-harmonised-concepts-and-questions/index.html> [Accessed 30 April 2015]



About the Campaign

The Campaign to End Loneliness inspires thousands of people and organisations to do more to tackle loneliness in older age. We are a network of national, regional and local organisations and people working through community action, good practice, research and policy to create the right conditions to reduce loneliness in later life. We were launched in 2011, are led by five partner organisations, Age UK Oxfordshire, Independent Age, Manchester City Council, Royal Voluntary Service and Sense, and work alongside more than 2,000 supporters, all tackling loneliness in older age. Our work is funded by the Calouste Gulbenkian Foundation, the Tudor Trust, the Esmée Fairbairn Foundation and the John Ellerman Foundation.

Campaign to End Loneliness
3 Rufus Street
London
N1 6PE

For general queries, email us at
info@campaigntoendloneliness.org.uk
or call us on 020 7012 1409.

@EndLonelinessUK

www.campaigntoendloneliness.org.uk



Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon

15 Mehefin 2017

Annwyl Dai Lloyd AC

Craffu ar y gyllideb ddrafft

Rwy'n ysgrifennu atoch yn dilyn ystyriaeth y Pwyllgor Busnes o'i adroddiad drafft ar newidiadau i'r Rheolau Sefydlog mewn perthynas â chraffu ar y gyllideb ddrafft, cyn i'r newidiadau i'r Rheolau Sefydlog a'r Protocol o ran Proses y Gyllideb gael eu hystyried yn y Cyfarfod Llawn yr wythnos nesaf.

Mae'r newidiadau i broses y gyllideb yn benllanw darn o waith a ddechreuwyd gan y Pwyllgor Cyllid yn y Pedwerydd Cynulliad; mae datganoli pwerau cyllidol yn Neddf Cymru 2014 wedi golygu bod yn rhaid i waith craffu'r Cynulliad bellach ystyried nid yn unig gynlluniau gwariant Llywodraeth Cymru, ond sut y bydd y cynlluniau hyn yn cael eu hariannu, drwy drethi a benthycyca.

Mae'r prif newidiadau sy'n cael eu cynnig yn cynnwys bod y gwaith craffu ar y gyllideb yn dod yn broses dau gam, lle mae'r wybodaeth ar lefel uwch y byddai'r Pwyllgor Cyllid yn craffu arni yn cael ei chyhoeddi cyn y manylion sydd eu hangen gan y pwyllgorau polisi, a chaniateir mwy o amser ar gyfer y gwaith craffu. Yn benodol, y gobaith yw y bydd yr amser ychwanegol hwn yn caniatáu i'r pwyllgorau polisi ymgymryd â gwaith craffu manylach o'r gwariant yn eich portffolios, ac ni fydd yn ofynnol mwyach ichi adrodd i'r Pwyllgor Cyllid. Gallwch adrodd yn eich rhinwedd eich hun os byddwch am wneud hynny.



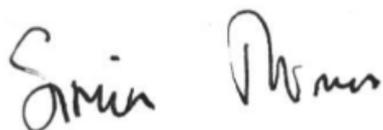
Rwyf wedi gofyn am drafodaeth ynghylch y newidiadau hyn yn fforwm nesaf y Cadeiryddion, er mwyn ein galluogi ni i drafod y newidiadau mewn mwy o fanylder a gallwn ystyried y canlynol:

- sut y bydd gwaith craffu'r Pwyllgor yn gweithio yn ymarferol;
- sut y gall y Pwyllgor Cyllid gadw rôl oruchwyllo;
- sut y gallwn weithio gyda'n gilydd i ymgysylltu cymaint â phosibl â'r cyhoedd;
- sut y gellir diwallu unrhyw anghenion hyfforddi a datblygu ar gyfer pwyllgorau.

Cyn y drafodaeth yn y Cyfarfod Llawn [mae'r newidiadau arfaethedig i'r Rheolau Sefydlog wedi cael eu cyflwyno](#), yn yr un modd â'r [protocol diwygiedig](#).

Os bydd gennych unrhyw gwestiynau am hyn, mae croeso ichi roi gwybod imi, ac edrychaf ymlaen at drafod y newidiadau hyn ymhellach yng nghyfarfod Fforwm y Cadeiryddion ar 12 Gorffennaf 2017.

Yn gywir



Simon Thomas AC

Cadeirydd y Pwyllgor Cyllid





Dr. Dai Lloyd AC
Cadair, Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon
Cynulliad Cenedlaethol Cymru
CF99 1NA

Darfonwyd at: Seneddlechyd@Cynulliad.Cymru

22 Mehefin 2017

Annwyl Dai,

Ymhellach i'r pwynt gweithredu wedi'i gofnodi ar fy mhresenoldeb yng nghyfarfod y Pwyllgor Iechyd, Lles a Chwaraeon ar 7 Mehefin, gweler y dolenni isod i'r cynlluniau clwstwr, fel y gofynnwyd.

Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg:

<http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=480&pid=89064>

Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan:

<http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=480&pid=89065>

Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr:

<http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=480&pid=89066>

Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro:

<http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=480&pid=89067>

Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf:

<http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=480&pid=89068>

Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda:

Bae Caerdydd • Cardiff Bay
Caerdydd • Cardiff
CF99 1NA

Canolfan Cyswllt Cyntaf / First Point of Contact Centre:
0300 0604400

Gohebiaeth.Vaughan.Gething@llyw.cymru
Correspondence.Vaughan.Gething@gov.wales

Rydym yn croesawu derbyn gohebiaeth yn Gymraeg. Byddwn yn ateb gohebiaeth a dderbynnir yn Gymraeg yn Gymraeg ac ni fydd gohebu yn Gymraeg yn arwain at oedi.

We welcome receiving correspondence in Welsh. Any correspondence received in Welsh will be answered in Welsh and corresponding in Welsh will not lead to a delay in responding.

<http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=480&pid=89070>

Bwrdd Iechyd Addysgu Powys:

<http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=480&pid=89071>

Yn gywir

A handwritten signature in black ink that reads "Vaughan Gething". The signature is written in a cursive style with a large 'V' and 'G'.

Vaughan Gething AC/AM

Ysgrifennydd y Cabinet dros Iechyd, Llesiant a Chwaraeon
Cabinet Secretary for Health, Well-being and Sport