



PRIFYSGOL
BANGOR
UNIVERSITY

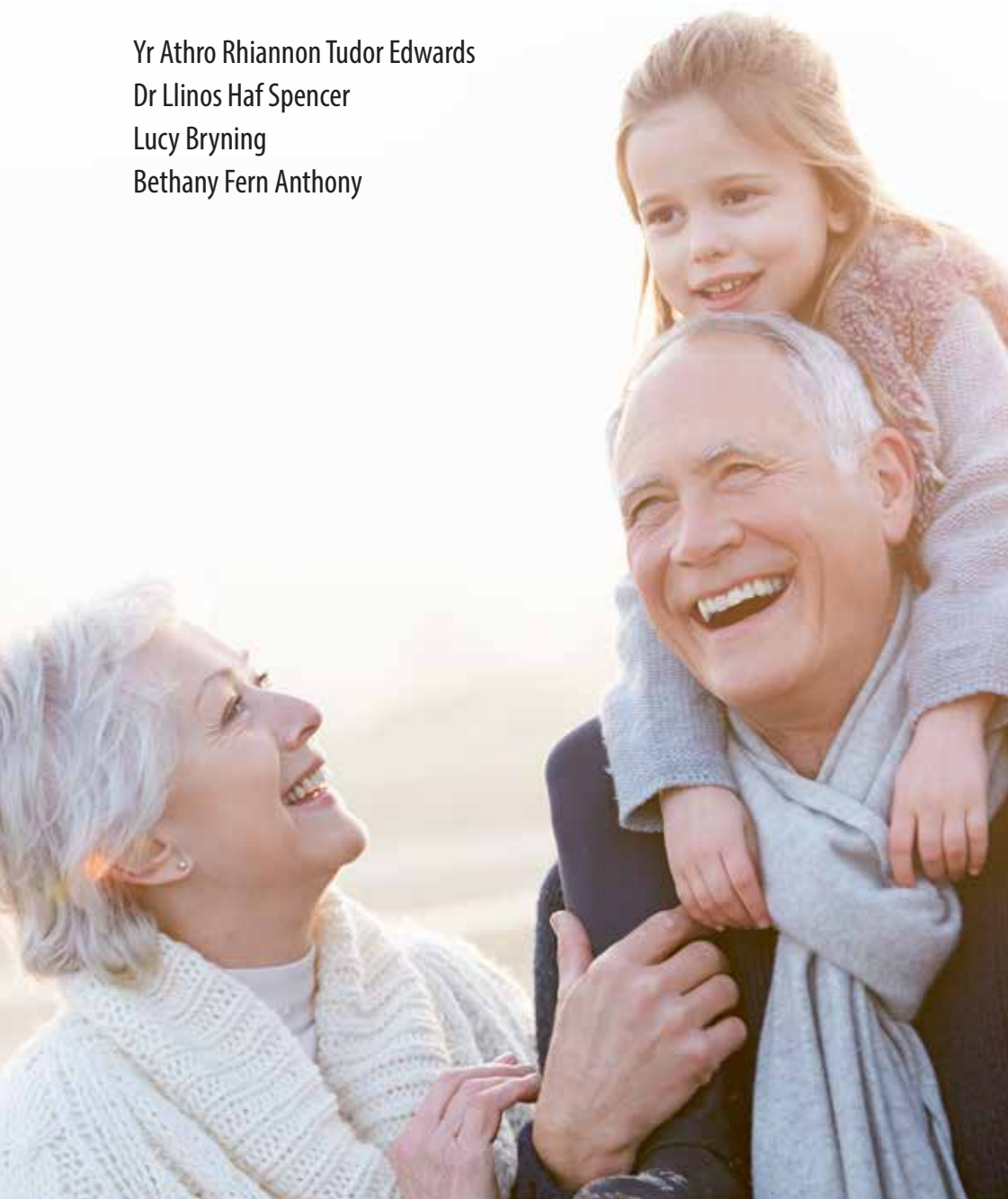
Byw yn dda yn hirach: Y ddadl economaidd dros fuddsoddi yn iechyd a llesiant pobl hŷn yng Nghymru

Yr Athro Rhiannon Tudor Edwards

Dr Llinos Haf Spencer

Lucy Bryning

Bethany Fern Anthony



Canolfan Economeg Iechyd a Gwerthuso Meddyginiaethau

CHEME

Centre for Health Economics and Medicines Evaluation

Cefndir yr adroddiad hwn a sut yr aethom ati i'w greu

Dyma'r ail mewn cyfres o adroddiadau sy'n cyflwyno'r ddadl economaidd dros fuddsoddi mewn gwaith ataliol ar wahanol gyfnodau yn ystod bywydau pobl. Yn ein hadroddiad diwethaf, cyflwynwyd y ddadl economaidd gennym dros fuddsoddi yn y Blynyddoedd Cynnar ledled Cymru. Yn yr adroddiad hwn, trown ein golygon at bobl hŷn. Yn yr adroddiad olaf yn y gyfres hon byddwn yn edrych ar y ddadl economaidd dros fuddsoddi mewn gwaith ac iechyd yng Nghymru.

Comisiynwyd yr adroddiad annibynnol hwn gan lechyd Cyhoeddus Cymru er mwyn edrych ar y dystiolaeth economaidd sy'n gysylltiedig â buddsoddi mewn pobl hŷn sy'n byw yng Nghymru. Fel economegwyr iechyd, rydym yn canolbwyntio ar dystiolaeth sy'n ymwneud â chostau materion economaidd i'r sector cyhoeddus a chymdeithas yn ehangach, ynghyd â'r dystiolaeth ynghylch yr adenillion ar fuddsoddiad **[gweler yr eirfa]** neu pa mor gost-effeithiol yw ymyriadau a wneir ar sail tystiolaeth sy'n ceisio mynd i'r afael â'r materion hyn. Mae'r adroddiad hwn yn cyflwyno tystiolaeth gadarn, o'r gymuned ryngwladol a'r Deyrnas Unedig, ynghylch yr adenillion ar fuddsoddiad a pha mor gost-effeithiol yn gymharol yw neilltuo adnoddau'r sector cyhoeddus ar gyfer rhaglenni ac arferion sy'n cefnogi pobl hŷn. Pan fydd hynny'n bosibl, rydym wedi dangos sut y byddai'r dystiolaeth o arbedion posibl o'r ymyriadau yn berthnasol yng nghyd-destun presennol Cymru, gan drosi arian cyfred, rhoi ystyriaeth i chwyddiant a graddio ffigurau (gweler yr adran ar fethodoleg yr adolygiad cyflym a'r gwaith dadansoddi isod). Y nod oedd y byddai ein cynulleidfau'n cynnwys cyrff iechyd cyhoeddus ac asiantaethau eraill yng Nghymru, Lloegr, yr Alban a Gogledd Iwerddon; y saith Bwrdd Iechyd yng Nghymru; llywodraeth leol Cymru a'r trydydd sector. Mae'r sefydliadau hyn i gyd yn cefnogi neu'n cael budd o'r bobl hŷn sy'n byw yng Nghymru ar hyn o bryd, neu fe allent wneud hynny yn y dyfodol.

Gwybodaeth am yr adroddiad

Dewiswyd y pynciau i'w cynnwys yn yr adroddiad hwn ar ôl ymgynghori â'n bwrdd cynghori aml-ddisgyblaeth, cydweithwyr yn lechyd Cyhoeddus Cymru, ac academyddion sy'n gweithio ym maes iechyd a gofal cymdeithasol pobl hŷn. Aethpwyd ati hefyd i adolygu polisïau ac arferion sy'n berthnasol i bobl hŷn yng Nghymru. Ymhlith y rhain y mae canllawiau'r Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal [NICE]; adnoddau'r Sefydliad Gofal Cymdeithasol er Rhagoriaeth [SCIE]; a'r rhaglenni cenedlaethol sydd ar waith yng Nghymru. Ymgynghorwyd ag aelodau Cynghrair Henoed Cymru a Chynghrair Pobl Hŷn Cymru (COPA) **[gweler yr eirfa]** er mwyn canfod ffynonellau perthnasol o werthusiadau economaidd yng Nghymru o wasanaethau a rhaglenni i bobl hŷn. Drwy ymgynghori â phobl hŷn sy'n byw yng Nghymru fel rhan o adolygiad Llywodraeth Cymru o'r Strategaeth ar gyfer Pobl Hŷn yng Nghymru, cafwyd barn pobl hŷn hefyd. Gobeithiwn y bydd yr adroddiad hwn yn adlewyrchu ein safbwynt cymdeithasol, yn hytrach na safbwynt meddygol, o iechyd a llesiant pobl hŷn.

Mae Heneiddio'n Dda yng Nghymru yn rhoi sylw i bum maes blaenoriaeth er mwyn gwella iechyd a llesiant pobl hŷn yng Nghymru (cymunedau sy'n gyfeillgar i oed; cymunedau sy'n cefnogi pobl â dementia; atal disgyn; unigrwydd ac arwahanrwydd; a chyfleoedd cyflogaeth a sgiliau)¹. Yn yr adroddiad hwn rydym yn edrych ar y ddadl economaidd dros fuddsoddi mewn pobl hŷn fel asedau, gan werthuso'r dystiolaeth economaidd sydd ar gael am bobl hŷn (a honno'n ymwneud ag ymyriadau, polisïau ac arferion sy'n berthnasol yng Nghymru).

Methodoleg yr adolygiad cyflym a gwaith dadansoddi

Mae adolygiadau cyflym yn ffordd effeithlon o gasglu gwybodaeth ac maent yn aml yn cael eu defnyddio gan y rhieni sy'n gwneud penderfyniadau yn y maes iechyd a gofal cymdeithasol². O'u cymharu ag adolygiadau systematig traddodiadol, gall adolygiadau cyflym gasglu tystiolaeth yn gynt ar gyfer y rheini sy'n gwneud penderfyniadau ac yn llunio polisi.

Penderfynwyd y dylai ein gwaith chwilio a'n gwaith synthesis ar y llenyddiaeth economaidd sy'n berthnasol i bobl hŷn yng Nghymru ganolbwyntio ar dri phrif faes (unigrwydd ac arwahanrwydd cymdeithasol; gofalu am ofalwyr hŷn; ac atal disgyn). Cynhaliwyd adolygiadau cyflym, cadarn o'r

llynyddiaeth a gyhoeddwyd ledled y byd yn Saesneg rhwng 2006 a 2017. Roedd yr adolygiadau cyflym yn fras yn dilyn cynllun, dulliau a phrosesau Grŵp Arferion Effeithiol a Threfnu Gofal Cochrane a Grŵp Dulliau Economeg Campbell a Cochrane (CCEMG)³. Mae ein holl strategaethau ar gyfer chwilio drwy'r llynyddiaeth ar gael yn ein hatodiad technegol electronig (cheme.bangor.ac.uk). Cafodd cwestiynau sylfaenol a chwestiynau eilaidd eu creu ar gyfer pob adolygiad a chwiliwyd drwy gronfeydd data PubMed, DARE, HTA, ac NHS EED. Cafodd teitlau, crynodebau a phapurau llawn eu sgrinio ar wahân gan ddau ymchwilydd a thynnwyd data o bapurau penodol. Daethpwyd o hyd i llynyddiaeth lwyd drwy chwilio â llaw a thrwy ddefnyddio'r rhyngwyd. Cafodd llynyddiaeth lwyd y teimlwyd ei bod yn berthnasol i'r adroddiad hwn ei chynnwys.

Er mwyn dangos gwerth presennol buddsoddiad posibl, rydym wedi addasu'r ffigurau drwy'r holl adroddiad yn unol â chwyddiant er mwyn adlewyrchu cyfraddau'r farchnad yn 2016. Mae Punnoedd Prydeinig (GBP) o flwyddyn wreiddiol y data (cyn 2016) wedi'u haddasu'n unol â chwyddiant i gyd-fynd â chyfraddau Banc Lloegr yn 2016 (<http://www.bankofengland.co.uk/education/Pages/resources/inflationtools/calculator/default.aspx>) a rhoddwyd y marc † ger y rhain. Mae arian gwledydd eraill wedi'i addasu'n unol â chwyddiant i adlewyrchu gwerthoedd 2016 yn yr arian lleol, cyn trosi'r ffigurau i Bunnoedd Prydeinig, ac mae'r rhain wedi'u marcio â††. Defnyddiwyd y cyfrifanellau chwyddiant canlynol ar gyfer arian lleol:

- Doleri Awstralia - <http://www.rba.gov.au/calculator/>
- Doleri Canada - <http://www.bankofcanada.ca/rates/related/inflation-calculator/>
- Doleri'r Unol Daleithiau - <http://www.usinflationcalculator.com/>
- Ewros - <http://www.in2013dollars.com/Euro-inflation>

Defnyddiwyd y gyfradd gyfnewid ar 31/03/2016 er mwyn trosi doleri Awstralia, doleri Canada, doleri'r Unol Daleithiau ac Ewros i Bunnoedd Prydeinig (<http://www.bankofengland.co.uk/boeapps/iadb/Rates.asp?TD=31&TM=Mar&TY=2016&into=GBP&rateview=D>).

Cafodd ffigurau ar gyfer y Deyrnas Unedig gyfan eu graddio (ar gyfradd pro rata **[gweler yr eirfa]**) ar y sail bod cyfran poblogaeth Cymru yn 4.7% o boblogaeth y Deyrnas Unedig yn ôl ystadegau poblogaeth y Swyddfa Ystadegau Gwladol (<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates>). Mae'r marc* wedi'i roi ger y ffigurau pro rata hyn. Mae cyfran fymryn yn uwch o bobl hyn ym mhoblogaeth Cymru o'i chymharu â phoblogaeth y Deyrnas Unedig gyfan. Gan hynny, gall y gwir arbedion a'r manteision i Gymru fod yn fwy na'r amcangyfrifon pro rata, ac maent wedi'u cynnwys er mwyn rhoi darlun o bethau'n unig.

Cyllidwyd gan Iechyd Cyhoeddus Cymru

Mae Iechyd Cyhoeddus Cymru yn un o sefydliadau'r GIG sy'n rhoi cyngor a gwasanaethau iechyd cyhoeddus proffesiynol ac annibynnol er mwyn diogelu a gwella iechyd a llesiant poblogaeth Cymru. Iechyd Cyhoeddus Cymru a gyllidodd yr adroddiad hwn. **Serch hynny, safbwyntiau'r awduron yn unig a geir yn yr adroddiad, ac ni ddylid tybio eu bod yr un fath â safbwyntiau Iechyd Cyhoeddus Cymru.**



Cynnwys

Cefndir yr adroddiad hwn a sut yr aethom ati i'w greu.....	2
Rhagair	5
Crynodeb Gweithredol	6
1. Cefndir	11
2. Buddsoddi mewn pobl hŷn fel asedau	15
3. Parhau i weithio wrth heneiddio.....	21
4. Tai a byw'n annibynnol mewn Cymru sy'n gyfeillgar i oed	25
5. Atal unigrwydd ac arwahanrwydd cymdeithasol.....	31
6. Gofalu am ofalwyr hŷn.....	39
7. Atal disgyn a lleihau arosiadau yn yr ysbyty	45
8. Trafodaeth	53
Geirfa	56
Cyfeiriadau.....	57
Cydnabyddiaethau	65
Gwybodaeth am yr awduron	66

Rhagair

Er gwaethaf y cyfraniad sylweddol y mae pobl hŷn yn ei wneud yng Nghymru – drwy wirfoddoli, rhoi gofal a chymorth, gweithio a thalu trethi – mae rhyw fath o syniad difriol wedi datblygu yn y blynyddoedd diweddar sy'n portreadu pobl hŷn fel baich ar gymdeithas, yn enwedig o ran costau darparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol. Nid yw hyn yn wir, wrth gwrs: hyd yn oed ar ôl ystyried y costau iechyd a gofal cymdeithasol, mae pobl hŷn yn dal i gyfrannu ar ffurf net i economi Cymru, ac mae eu cyfraniad yn parhau i gynyddu'n sylweddol. A minnau'n Gomisiynydd Pobl Hŷn, rwyf wedi gweithio'n galed, fel y mae sawl un arall, i herio'r naratif hwn ac i sicrhau bod pobl hŷn yn cael eu cydnabod am yr hyn ydynt: pobl sydd o fudd mawr i Gymru a phobl sy'n cyfoethogi ein bywydau mewn cynifer o wahanol ffyrdd. Rhan bwysig o'r gwaith hwn fu egluro sut y gall y gefnogaeth iawn, a honno wedi'i rhoi ar yr adeg iawn yn y ffordd iawn – sef dull sy'n ganolog i'r agenda atal gynyddol a hanfodol – helpu pobl hŷn i barhau i wneud y cyfraniad y maent yn ei wneud. Ond nid yn unig hynny; gall hefyd leihau'r costau uchel i'r pwrs cyhoeddus pan fydd angen gweithredu mewn argyfwng a phan fydd angen cefnogaeth iechyd a gofal cymdeithasol fwy helaeth.

Rwy'n croesawu cyhoeddi'r adroddiad hwn, sy'n rhoi tystiolaeth hynod o bwysig i'r rheini sy'n llunio polisi a'r rheini sy'n gwneud penderfyniadau ynghylch pam y bydd dull ataliol a dull ar sail asedau, a hwnnw wedi'i ddarparu fel rhan o system fwy cydlynol, yn hanfodol er mwyn rhoi ystod o fuddion i'n cymunedau a'n heconomi. Efallai'n bwysicach na dim, dyna pam hefyd y bydd hyn yn helpu pobl hŷn i fyw yn dda yn hirach.

Sarah Rochira, Comisiynydd Pol Hŷn Cymru

Rhagymadrodd

Yng Nghymru, rydym yn byw yn hirach ac yn gweithio yn hirach. Wrth heneiddio, mae hyn yn golygu ein bod yn cyfrannu mwy at gymdeithas drwy werth yr hyn a gynhyrchwn, y trethi a dalwn ar ein henillion, a gwerth yr hyn a wariwn. Ond rydym yn cyfrannu hefyd drwy'r gwaith gwirfoddol a wnawn a'r gofal heb dâl a roddwn i gymar, i aelodau hŷn y teulu ac i wyrion a wyresau.

Serch hynny, mae byw yn hirach yn golygu ei bod yn fwy tebygol y bydd angen gwasanaethau iechyd a gofal arnom. Mae angen tystiolaeth ar Lywodraeth Cymru a chyrrff cyhoeddus ynghylch y dulliau mwyaf cost-effeithiol o wario cyllidebau er mwyn i bobl hŷn allu byw yn dda wrth heneiddio, a'r dulliau gorau o reoli'r galw sydd am wasanaethau iechyd a gofal. Mae economeg iechyd yn astudio sut y mae cymdeithas yn defnyddio adnoddau prin neu gyfyngedig i ateb ein hanghenion iechyd a gofal. Yn yr adroddiad hwn, sydd wedi'i greu gan economegwyr iechyd sy'n byw ac yn gweithio yng Nghymru, rydym yn ystyried y dystiolaeth a fydd gobeithio yn helpu Byrddau Iechyd y GIG, gwasanaethau cymdeithasol awdurdodau lleol, gwasanaethau eraill awdurdodau lleol, Llywodraeth Cymru a'r sector gwirfoddol i wneud penderfyniadau ar sail tystiolaeth. Rydym wedi creu'r adroddiad gan fod yn ymwybodol iawn o egwyddorion gofal iechyd darbodus⁴, Deddf Llesiant Cenedlaethau'r Dyfodol 2015⁵ a strategaeth genedlaethol Ffyniant i Bawb 2017⁶. Gobeithio y byddwch chi'n mwynhau'r darllen.



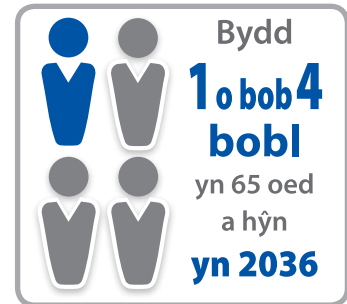
Serch hynny, mae byw yn hirach yn golygu ei bod yn fwy tebygol y bydd angen gwasanaethau iechyd a gofal arnom. Mae angen tystiolaeth ar Lywodraeth Cymru a chyrrff cyhoeddus ynghylch y dulliau mwyaf cost-effeithiol o wario cyllidebau er mwyn i bobl hŷn allu byw yn dda wrth heneiddio, a'r dulliau gorau o reoli'r galw sydd am wasanaethau iechyd a gofal. Mae economeg iechyd yn astudio sut y mae cymdeithas yn defnyddio adnoddau prin neu gyfyngedig i ateb ein hanghenion iechyd a gofal. Yn yr adroddiad hwn, sydd wedi'i greu gan economegwyr iechyd sy'n byw ac yn gweithio yng Nghymru, rydym yn ystyried y dystiolaeth a fydd gobeithio yn helpu Byrddau Iechyd y GIG, gwasanaethau cymdeithasol awdurdodau lleol, gwasanaethau eraill awdurdodau lleol, Llywodraeth Cymru a'r sector gwirfoddol i wneud penderfyniadau ar sail tystiolaeth. Rydym wedi creu'r adroddiad gan fod yn ymwybodol iawn o egwyddorion gofal iechyd darbodus⁴, Deddf Llesiant Cenedlaethau'r Dyfodol 2015⁵ a strategaeth genedlaethol Ffyniant i Bawb 2017⁶. Gobeithio y byddwch chi'n mwynhau'r darllen.

Yr Athro Rhiannon Tudor Edwards, Prifysgol Bangor

Crynodeb Gweithredol

Cefndir

Pobl hŷn yw'r grŵp demograffig mwyaf yng Nghymru, a'r grŵp sy'n tyfu fwyaf yn y boblogaeth. Mae'n hollbwysig felly creu Cymru sy'n gyfeillgar i oed. Mae pobl hŷn yn ased o bwys mawr i'r economi, i ddiwylliant ac i strwythur cymdeithasol Cymru. Wrth i wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol wynebu cyfyngiadau ariannol, mae'n rhaid manteisio ar yr ased hwn drwy gomisiynu gwasanaethau cost-effeithiol yn y sector cyhoeddus, gan gydgyhyrchu law yn llaw â'r sector gwirfoddol a'r sector preifat wrth wneud hynny^{7,8}.



Y Prif Negeseuon

Mae gan bobl dros 65 oed gyfraniad sylweddol i'w wneud wrth ddatblygu economi gylchol gynaliadwy yng Nghymru, a hynny drwy gydnabod y cyfleoedd sydd ar gael i ddefnyddio adnoddau'n effeithlon o'r dechrau'n deg a chefnogi'r genhedlaeth nesaf (yr egwyddor o'r crud i'r crud). Mae creu eiriolwyr a hwyluso cydgyhyrchu gyda phobl hŷn fel aelodau gweithgar o gymdeithas yn gallu arwain at gynhyrchu rhwng £0.79 a £112.42 mewn gwerth cymdeithasol am bob £1 a fuddsoddir⁹. Mae dull sy'n edrych ar yr Enillion Cymdeithasol ar Fuddsoddiad (SROI) **[gweler yr eirfa]** yn ystyried tri math o adenillion sylfaenol, sef rhai cymdeithasol, economaidd ac amgylcheddol. Enghraifft fyddai polisi lle mae pawb ar eu hennill, a buddsoddiad sy'n diogelu pobl hŷn rhag newid amgylcheddol ond sy'n cyfrannu at wella cynaliadwyedd amgylcheddol ar yr un pryd, fel gwella inswleddio yn y cartref^{10,11}.



Amcangyfrifwyd bod gwerth gofal plant gan neiniau a theidiau (50+) yn £325 miliwn*† yng Nghymru¹².

Mae pobl hŷn yn cyfrannu'n sylweddol yng Nghymru fel gwirfoddolwyr¹³, a'r cyfraniad hwnnw'n werth £483 miliwn†* y flwyddyn i economi Cymru. Mae disgwyl iddo gynyddu i £705 miliwn* y flwyddyn erbyn 2020¹⁴.

Gallai cynyddu'r gyfradd boblogaeth ymhlith pobl hŷn (55+ oed) i lefelau Sweden roi hwb o 4.2% i Gynnyrch Domestig Gros (GDP) y Deyrnas Unedig **[gweler yr eirfa]**, a fyddai'n werth £84.43 biliwn††, neu werth pro rata o £3.97 biliwn* yng Nghymru¹⁵. Cyfrannodd y gweithlu a oedd yn 65 oed neu'n hŷn yng Nghymru £1.94 biliwn (sef dros 4%) o'r holl Werth Ychwanegol Gros (GVA) **[gweler yr eirfa]** yn 2012¹².

Yng Nghymru, gellir dweud bod y 'bunt lwyd' (grym gwario'r rhai 65+ oed) yn werth tua £4.18 biliwn†*, ffigur y mae disgwyl iddo gynyddu i £5.97* biliwn erbyn 2030¹⁴.

Tai a byw'n annibynnol

Mae Llywodraeth Cymru'n gwario tua £50 miliwn y flwyddyn ar addasu cartrefi pobl hŷn a phobl anabl, gan eu helpu i fyw'n ddiogel ac yn annibynnol¹⁶. Mae pob £1 a fuddsoddir yn Gofal a Thrwsio yn arwain at arbedion o £7.50 i'r trethdalwr¹⁷. Mae darparu systemau gwresogi ac inswleiddio i grwpiau risg uchel o bobl dros 65 oed yn ddull cost-effeithiol o wella tai¹⁸.

Atal unigrwydd ac arwahanrwydd cymdeithasol

Mae cynnal llesiant meddyliol ac annibyniaeth pobl yn enghraifft o bolisi sy'n llesol i bawb o safbwynt iechyd y cyhoedd¹⁹. Yng Nghymru, mae 17% o bobl hŷn yn unig, sy'n cynyddu i 63% ymhlith y rheini sy'n 80 oed a hŷn²⁰. Mae effaith unigrwydd wedi'i gymharu â ffactorau risg hysbys eraill i iechyd, fel gordewdra, ac mae'n cael effaith negyddol debyg i ysmegu 15 o sigarennau y dydd²¹.

Mae'r sefyllfa bresennol a'r cyfraddau unigrwydd uchel yng Nghymru yn anfforddiadwy i'r GIG ac i wasanaethau gofal cymdeithasol^{22,23}. Mae gwaith ataliol yn allweddol er mwyn mynd i'r afael â'r broblem hon ac mae'n galw am ymdrechion rhagweithiol ar y cyd gan yr holl asiantaethau a chyrrff y sector cyhoeddus sy'n ymwneud â llesiant pobl hŷn. Mae costau a buddion atal unigrwydd yn berthnasol i nifer o sectorau a chymdeithas, ac felly mae angen ymateb aml-asiantaeth **[gweler yr eirfa]** gan y sector preifat a'r sector cyhoeddus ill dau²⁴.

Gall diffyg trafndiaeth gyfrannu at lefelau uwch o arwahanrwydd cymdeithasol ymhlith pobl hŷn²⁵. Mae trafndiaeth gymunedol yn rhoi adenillion positif ar fuddsoddiad, sef £3 am bob £1 a fuddsoddir^{26,27}.

Gall rhaglenni sy'n pontio'r cenedlaethau arwain at fanteision i'r naill ochr a'r llall, gan y gall pobl hŷn fwynhau ymwneud â phlant, tra gall plant feithrin hyder, sgiliau iaith a gwerthfawrogiad o oedolion hŷn²⁸⁻³⁰. Mae'r dystiolaeth ryngwladol o raglenni sy'n pontio'r cenedlaethau yn dangos bod cyfleoedd i bobl hŷn helpu plant i ddysgu drwy addysg gymdeithasol, ac y gallai hyn fod yn gost-effeithiol os nad arbed costau³¹.

Cymysg yw'r dystiolaeth ynghylch effaith technolegau newydd wrth atal unigrwydd, ond gallai hyfforddi pobl hŷn i ddefnyddio'r rhyngwrwyd, y cyfryngau cymdeithasol a dulliau cyfathrebu modern eraill fod yn ffordd gost-effeithiol o'u cefnogi a'u galluogi i gynnal cysylltiadau cymdeithasol da, yn enwedig ymhlith pobl hŷn sy'n byw mewn cymunedau gwledig iawn ac yn byw yn bell o blant sydd wedi tyfu a ffrindiau^{32,33}.

Gall rhaglenni sy'n darparu gweithgareddau celfyddydol a chrefftau fel rhaglenni Craft Café a Men's Sheds Cymru greu cyfraddau uchel o werth cymdeithasol, sef adenillion o rhwng £8.27³⁴ a £10³⁵ am bob £1 a fuddsoddir.

Mae dadl economaidd dros gyflwyno ymyriadau cymunedol i fynd i'r afael ag unigrwydd ac i gynyddu capasiti cymunedau, gan ddatblygu cysylltiadau cyfathrebu da rhwng asiantaethau a phobl hŷn sy'n agored i niwed ar yr un pryd³⁶⁻³⁸. Gall ymyriadau cymunedol roi adenillion positif ar fuddsoddiad, sef rhwng £1.11 a £4 mewn buddion sy'n gysylltiedig â gwella llesiant, budd cymdeithasol ehangch, ac arbedion i'r GIG.

Ar gyfartaledd, mae pobl hŷn sy'n unig:



3.5 gwaith yn fwy tebygol o gael gofal preswyl gan awdurdod lleol.



3.4 gwaith yn fwy tebygol o ddiodeff o iselder.



1.8 gwaith yn fwy tebygol o ymweld â'u meddyg teulu.



1.6 gwaith yn fwy tebygol o ymweld â'r adran damweiniau ac achosion brys.



1.3 gwaith yn fwy tebygol o fynd i'r ysbyty mewn argyfwng.



14% yn fwy tebygol o gael clefyd coronaidd y galon.



8% yn fwy tebygol o gael strôc.



7% yn fwy tebygol o gael diabetes.

Gofalu am ofalwyr hŷn

Gan Gymru y mae'r ganran uchaf o ofalwyr hŷn di-dâl drwy'r Deyrnas Unedig i gyd³⁹.

Ceir amrywiaeth fawr yn yr amcangyfrifon o gyfraniad economaidd holl ofalwyr y Deyrnas Unedig. Yn eu plith y mae'r amcangyfrif y gwneir arbedion o £91† biliwn y flwyddyn mewn costau gofal posibl⁴⁰, a'r amcangyfrif bod gwerth economaidd cyfraniad gofalwyr yn £139† biliwn y flwyddyn⁴¹. Yng Nghymru, amcangyfrifir bod gofalwyr hŷn di-dâl yn arbed £1.88 biliwn†* mewn costau gofal, a disgwylir y bydd y ffigur hwn yn cynyddu i £2.44 biliwn erbyn 2030¹⁴. Mae amcangyfrifon eraill yn dangos y gallai cyfanswm gwerth cyfraniadau gofalwyr yng Nghymru fod yn sylweddol uwch, sef £8.15 biliwn† y flwyddyn⁴¹.

Gall gofalwyr fod yn ffactor allweddol wrth benderfynu a fydd modd i rhywun barhau i fyw gartref neu wrth osgoi gorfod rhoi gofal ysbyty neu ofal preswyl yng Nghymru⁴². Serch hynny, mae defnydd gofalwyr eu hunain o wasanaethau gofal iechyd yn cynyddu wrth i'w baich gofalu gynyddu⁴³. Mae'r gost o beidio â gofalu am ofalwyr yn hynod uchel.

Mae manteision i'w cael drwy roi darpariaeth hyblyg a thrwy ddarparu ystod o raglenni i ofalwyr sy'n rhoi ystyriaeth i amgylchiadau amrywiol gofalwyr a nodweddion amrywiol y bobl sy'n cael gofal⁴⁴. Ymhlith yr enghreifftiau o ymyriadau cost-ffeithiol i gefnogi gofalwyr y mae addysg seicogymdeithasol (rhoi addysg a gwybodaeth i'r gofalwr) a chymorth i ofalwyr pobl sydd â dementia.

Gallai hyn fod yn gost-ffeithiol – amcangyfrifir mai'r gost yw £100.08†† ar gyfer pob gofalwr teulu⁴⁵. Mae rhaglenni gweithgareddau wedi'u teilwra sy'n cael eu darparu gan therapyddion galwedigaethol yn ymyriad cost-ffeithiol sy'n gallu rhoi seibiant gwerthfawr i ofalwyr teulu pobl sydd â dementia⁴⁶. Llwyddodd gofalwyr i arbed awr ychwanegol y diwrnod yn 'gwneud pethau' am gost o £1.65†† y diwrnod, ac awr ychwanegol y diwrnod o 'fod ar ddyletswydd' am gost o £0.86††⁴⁶.

Amcangyfrifir bod dementia yn costio £1.47 biliwn† y flwyddyn i economi Cymru⁴⁷. O ran costau gofal iechyd, caiff £206.13 miliwn† ei wario bob blwyddyn ac o ran costau gofal cymdeithasol, caiff £562.65 miliwn† ei wario bob blwyddyn (cyllid cyhoeddus a phreifat). Yng Nghymru, mae gwaith di-dâl gofalwyr pobl sydd â dementia yn cyfrannu £654.15 miliwn† y flwyddyn a chaiff £6.31 miliwn† ei wario ar gostau eraill, gan gynnwys costau ymholiadau pobl ar goll gan yr heddlu, gwasanaethau eirioli a gwaith ymchwil⁴⁷.

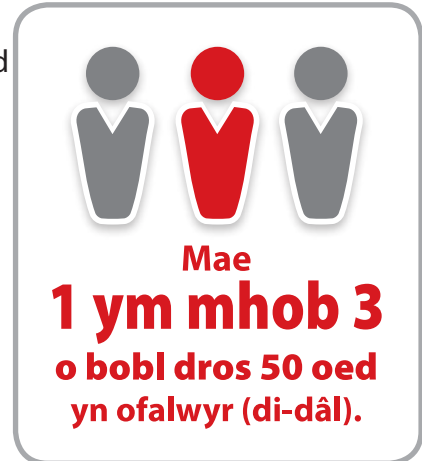
Dangoswyd bod cefnogaeth gan gyfoedion i bobl sydd â dementia a'u gofalwyr yn arwain at adenillion positif ar fuddsoddiad, gyda grwpiau'n creu gwerth cymdeithasol o rhwng £1.17 i £5.18 am bob £1 a fuddsoddwyd⁴⁸.

Mae pobl ganol oed yn cael eu hannog i fod yn fwy egniol yn gorfforol, i fod yn fwy gweithgar yn gymdeithasol, ac i ysgogi eu meddyliau er mwyn lleihau'r risg o ddementia wrth heneiddio, gan fod hynny'n lleihau straen, yn gwella hwyliau ac yn lleihau'r risg o unigrwydd ac iselder⁴⁹.

Atal disgyn

Amcangyfrifir bod disgyn yn costio dros £2.3 biliwn y flwyddyn i'r GIG yn y Deyrnas Unedig⁵⁰. Mae atal yn allweddol er mwyn mynd i'r afael â chostau disgyn, ac mae'n galw am gydweithio'n rhagweithiol ar y cyd er mwyn helpu pobl i heneiddio'n dda. Mae strategaethau ataliol yn gost-ffeithiol yn y tymor byr a'r tymor hwy⁵¹. Amcangyfrifir y gallai camau ataliol fel ffisiotherapi i bobl hŷn arwain at 9,396 yn llai o achosion o ddisgyn yng Nghymru bob blwyddyn, gyda'r posibilrwydd o arbed dros £15.87 miliwn y flwyddyn i'r GIG⁵². Ceir adenillion ar fuddsoddiad o dros £4 pan fuddsoddir £1 mewn ffisiotherapi i atal disgyn⁵².

Wrth i bobl heneiddio, mae cynnal cryfder yn y cyhyrau a chynnal cydbwysedd yn hanfodol er mwyn lleihau'r risg o ddisgyn. Mae t'ai chi ch'uan yn ymyriad ymarfer corff cost-ffeithiol i oedolion hŷn sy'n byw yn y gymuned. Y gost ychwanegol am bob achos o ddisgyn a gaiff ei osgoi yw tua £1,816.88††⁵³ a cheir tystiolaeth gref fod symud i roi gwell cydbwysedd yn arwain at adenillion o £5.09 am bob £1 a fuddsoddir⁵⁴.



Ceir tystiolaeth gref fod osgoi cyfnodau yn yr ysbyty drwy ymyriadau yn y gymuned sydd wedi'u cynllunio'n dda, a'r rheini'n targedu atal disgyn ymhlith pobl hŷn, yn arbennig o gost-effeithiol⁵⁵⁻⁵⁷.

Casgliadau – y prif feysydd i fuddsoddi ynddynt

Mae angen i Gymru ganolbwyntio ar y meysydd hollbwysig canlynol, a buddsoddi yn y meysydd hyn:

- Gwasanaethau iechyd a gofal cwbl integredig;
- Cynnal llesiant corfforol a meddyliol wrth i bobl heneiddio, gan ganolbwyntio ar leihau arwahanrwydd cymdeithasol ac unigrwydd;
- Cynnal gwasanaethau i hyrwyddo gwaith ataliol (ac atal disgyn yn enwedig), ailsefydlu ac ailalluogi;
- Buddsoddi mewn cartrefi, trafndiaeth a chymunedau cynaliadwy; a
- Rhoi cymorth i ofalwyr anffurfiol.

Dylai datblygu dull sy'n mynd ati'n wirioneddol i gwmpasu'r system gyfan wrth fonitro ansawdd gofal, costau a thueddiadau mewn gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol fod yn flaenoriaeth o bwys i'r llywodraeth wth ddatblygu dulliau gofal integredig ymhellach⁵⁸.

Mae galluogi pobl i weithio'n hirach, hwyluso gwirfoddoli a helpu rhieni sy'n gweithio drwy ofalu am wyrion a wyresau yn arwain at nifer o adenillion economaidd sy'n gwella llesiant; mae'n lleihau unigrwydd; ac mae'n helpu gwasanaethau cymunedol ffurfiol, ehangach. Mae cyd-gynhyrchu yn galluogi pobl hŷn i barhau'n weithgar yn y gymuned, a hynny'n rhoi buddion i'r naill gyfeiriad a'r llall yn y gymuned ac i wasanaethau'r sector cyhoeddus.

Gall rhaglenni sy'n hyrwyddo ymarfer corff a gwell cydbwysedd fod yn gost-effeithiol wrth wella llesiant corfforol a seicolegol ymhlith pobl hŷn, yn ogystal â lleihau'r achosion o ddisgyn a'r angen cysylltiedig am ofal ysbyty neu ofal yn y gymuned. Mae systemau trafndiaeth lleol sy'n hyrwyddo teithio llesol, gan gynnwys cerdded a seiclo, yn rhoi buddion economaidd ehangach. Er enghraifft, os oes digon o gysylltiadau trafndiaeth ar gael, gall neiniau a theidiau gymryd rhan weithgar wrth ofalu am wyrion a wyresau sydd mewn gwahanol lefydd.

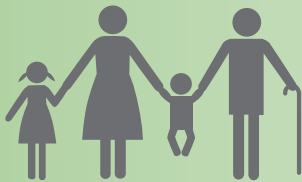
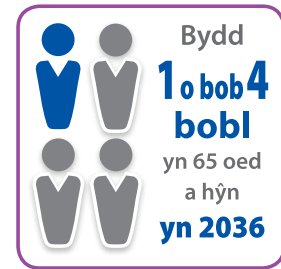
Mae cynnal cyllid yn y maes atal, ailsefydlu ac ailalluogi, gan gynnwys cyllid i Raglen Addasiadau Brys Gofal a Thrwsio Cymru ar gyfer addasu cartrefi pobl hŷn i sicrhau eu bod yn gynnes ac yn ddiogel, yn gallu arwain at fuddion economaidd drwy hyrwyddo byw'n annibynnol; lleihau'r angen i fynd i'r ysbyty; helpu i ryddhau pobl yn gynt o'r ysbyty; a lleihau'r galw am wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol.

Mae nifer o bobl hŷn yn ofalwyr anffurfiol eu hunain. Mae costau ynghlwm wrth ddarparu gofal i ofalwyr hŷn y mae angen cymorth cymdeithasol, meddygol a seicolegol arnynt. Gofalwyr, gan gynnwys gofalwyr pobl sydd â dementia, ar adegau fydd y ffactor allweddol sy'n galluogi rhywun i aros gartref neu i beidio â gorfod cael gofal ysbyty neu ofal preswyl. Mae dadl economaidd dros flaenoriaethu cymorth i ofalwyr hŷn yng Nghymru, gan fod mwy o ofalwyr hŷn di-dâl yng Nghymru nag yn unrhyw ran arall o'r Deyrnas Unedig.

Mae'r adroddiad llawn a'r atodiad technegol ar gael ar wefan CHEME. Ewch i <http://cheme.bangor.ac.uk>.

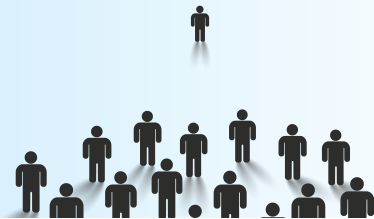


Byw yn dda yn hirach:
Y ddadl economaidd dros fuddsoddi yn iechyd a
llesiant pobl hŷn yng Nghymru

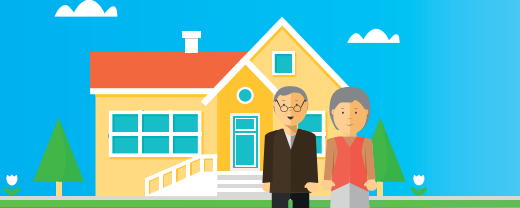


- Am bob **£1** sy'n cael ei buddsoddi mewn pobl hŷn mae modd cynhyrchu hyd at **£112** mewn cyfalaf cymdeithasol.
- Mae neiniau a theidiau yn darparu gwerth **£325** miliwn o ofal plant di-dâl yng Nghymru bob blwyddyn.

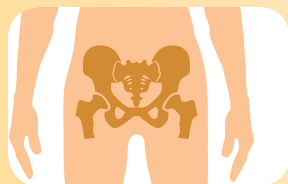
Mae effaith unigrwydd yn cael dylanwad negyddol tebyg i ysmegu 15 sigarét bob dydd.



Mae gohirio mynd i ofal preswyl am ddim ond blwyddyn drwy addasu cartrefi ee toiledau wedi'u haddasu, cawodydd, offer codi a systemau gwresogi newydd yn arbed dros **£30k** y pen.



Roedd y gweithlu 65 oed neu hŷn yng Nghymru wedi cyfrannu **£2 biliwn** a oedd yn dros **4%** o gyfanswm y Gwerth Ychwanegol Gros (GVA) yn 2012.



Mae atal disgyn sy'n arwain at dorri clun yn arbed dros **£32k** ar gyfartaledd.

Mae'r 'bunt lwyd' (grym gwario'r rheini sydd dros 65 oed) yn werth tua **£4.18biliwn** y flwyddyn yng Nghymru.



1. Cefndir

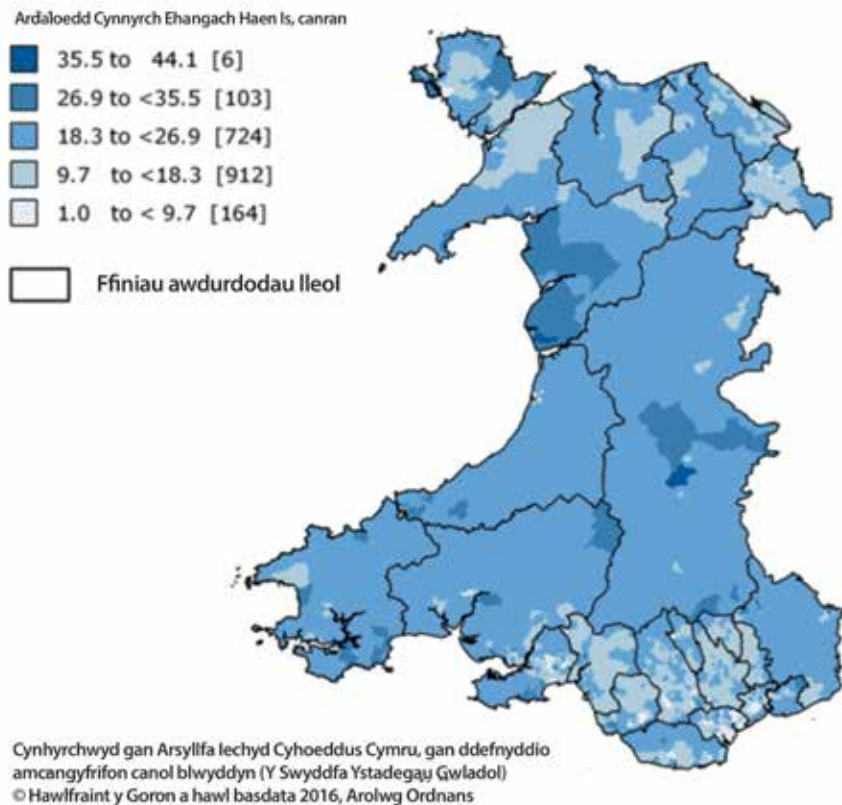


Pam ein bod yn dadlau'r achos economaidd dros fuddsoddi mewn pobl hŷn yng Nghymru

Mae'r adroddiad hwn yn ymwneud â phobl hŷn, sy'n cael eu diffinio yma fel pobl dros 65 oed. Bydd pobl yn heneiddio'n wahanol, ac felly bydd iechyd, safbwyntiau a phrofiadau bywyd y rheini dros 65 oed yn amrywio'n sylweddol. Mae pobl hŷn yng Nghymru heddiw wedi profi cryn newid cymdeithasol yn ystod eu hoes. Cawsant eu magu mewn cyfnod pan oedd eglwysi a chapeli, gweithgynhyrchu, pyllau glo a chwareli, y Gymraeg a rhwydweithiau teuluol agos yn ganolog i ddiwylliant Cymru. I bobl hŷn sy'n byw mewn ardaloedd trefol a gwledig yng Nghymru, mae cyni ariannol dros y degawd diwethaf yn benodol wedi arwain at gwtogi gwasanaethau. Mae Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru wedi pwysleisio pwysigrwydd gwasanaethau fel trafndiaeth gymunedol, toiledau cyhoeddus, llyfrgelloedd, cyfleusterau hamdden a chanolfannau dydd i bobl hŷn⁸. Law yn llaw â hyn, mae darpariaeth y GIG a gofal cymdeithasol yn wynebu cryn gyfyngiadau⁵⁹. Mae hyn i gyd yn golygu y gall pobl hŷn wynebu risg o iechyd gwael ac arwahanrwydd cymdeithasol. Yn ei dro, mae hyn yn rhoi straen anferthol a chynyddol ar wasanaethau iechyd, gwasanaethau gofal a gwasanaethau cymdeithasol. Mae pobl hŷn dros yr oed ymddeol arferol o 65 yn cyfrannu'n sylweddol at economi Cymru, ond mae'r cyni ariannol parhaus a newidiadau cymdeithasol yn golygu nad ydym efallai hyd yma wedi gweld goblygiadau economaidd llawn y newidiadau mewn patrymau gweithio, ymddeol a gwirfoddoli⁶⁰.

Rydym yn gosod y cefndir drwy gydnabod cyfraniad economaidd pobl hŷn (adran 2); pwysleisio effaith parhau i weithio wrth heneiddio (adran 3); a chydabod pwysigrwydd tai a galluogi pobl i fod yn annibynnol yn ddiweddarach yn eu bywydau mewn Cymru sy'n gyfeillgar i oed (adran 4).

Rydym yn rhoi tystiolaeth o'r adenillion ar fuddsoddiad neu pa mor gost-effeithiol yw buddsoddi i atal unigrwydd ac arwahanrwydd cymdeithasol (adran 5); yn trafod gofalu am ofalwyr hŷn (adran 6); ac yn rhoi sylw i atal disgyn a lleihau arosiadau mewn ysbytai (adran 7). Dewiswyd y pynciau hyn ar sail y mathau o astudiaethau y daethpwyd o hyd iddynt wrth chwilio am ddeunydd yn yr adolygiad o'r llenyddiaeth. Mae ein hadroddiad yn pwysleisio bod angen i wasanaethau'r sector cyhoeddus a'r trydydd sector i bobl hŷn yng Nghymru fod yn gost-effeithiol, a dylent roi gwerth am arian da i gymdeithas.



Ffigur 1.1 Amcangyfrif o'r boblogaeth rhwng 65 a 84 oed yng Nghymru, 2014⁶¹

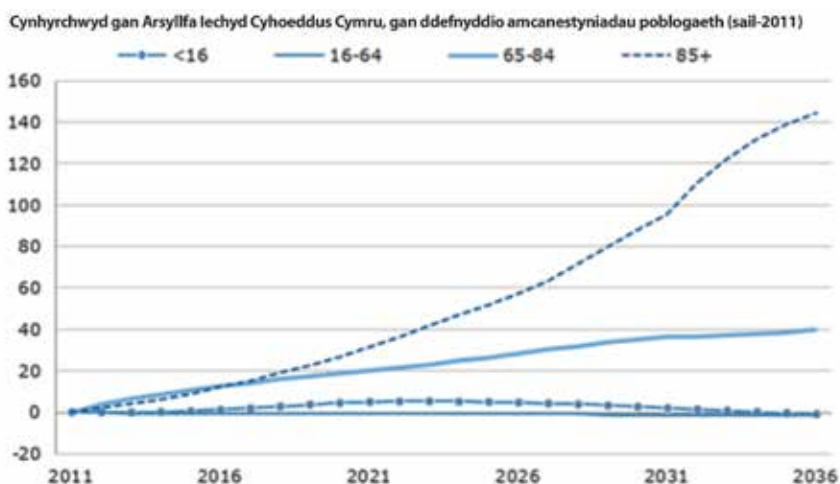
Pobl hŷn a phoblogaeth Cymru

Mae'r adroddiad hwn yn cyflwyno'r ddatl economaidd dros fuddsoddi ym mhobl hŷn Cymru er mwyn helpu pobl i fyw yn hirach ac yn iach wrth heneiddio. Mae Cymru yn wlad a chanddi gyfran sylweddol o bobl hŷn.

Mae Ffigur 1.1 yn dangos map o Gymru a chrynodiad y bobl rhwng 65 ac 84 oed⁶¹. Mewn rhai cymunedau – rhai arfordirol a gwledig yn bennaf (fel de Gwynedd, rhannau o Ynys Môn a chanolbarth Powys) – mae hyd at 44.1% o'r boblogaeth rhwng 65 ac 84 oed. Mae disgwyl i'r duedd hon barhau os bydd pobl canol oed yn aros yn eu cartrefi presennol, ar sail ystadegau sy'n dangos bod 54% o'r bobl sy'n byw mewn ardaloedd gwledig dros 45 oed, o'i gymharu â 42% mewn trefi mawr³⁹.

O'r holl boblogaeth, mae disgwyl i'r grwpiau 65 i 84 oed ac 85+ oed gynyddu fwyaf erbyn 2036, pan fydd 1 ym mhob 4 person yn 65 oed neu'n hŷn (gweler Ffigur 1.2).

Ffigur 1.2 Amcanestyniadau poblogaeth yn ôl grŵp oedran, a'r newid mewn canran ers 2011, Cymru, 2011-2036⁶¹



Heneiddio ac ystyriaethau iechyd

Yng Nghymru, gall gwrywod a menywod sy'n 65 oed heddiw ddisgwyl byw tan eu bod yn 83 ac 85 oed yn y drefn honno⁶². Mae'r tebygolrwydd o gael eich trin am wahanol fathau o salwch yn cynyddu wrth heneiddio. Yn eu plith mae pwysedd gwaed uchel, cyflyrau ar y galon, arthritis, diabetes, ac anawsterau gweld a chlywed⁶³. Drwy'r Deyrnas Unedig, bu cynnydd yn Nisgwyliad Oes Iach pobl⁶⁴ [**gweler yr eirfa**]. Mae'r tebygolrwydd y bydd rhywun yn mynd yn anabl yn cynyddu wrth heneiddio, a phan fyddant yn 65 oed, gall pobl hŷn yng Nghymru ddisgwyl treulio llai na hanner gweddill eu bywydau heb anabled⁶⁴ (gweler Blwch 1.1).

Mae'r Adran Iechyd yn Lloegr wedi cyfrifo bod 70% o gyfanswm y gwariant ar iechyd a gofal cymdeithasol yn Lloegr yn wariant sy'n trin ac yn gofalu am bobl sydd â chyflyrau hirdymor fel diabetes a chlefyd y galon. Serch hynny, mae nifer o ddewisiadau sy'n ymwneud â ffordd rhywun o fyw, fel ysmegu, diet wael sy'n arwain at ordewdra, a diffyg ymarfer corff yn arwain at ddatblygu'r cyflyrau hyn yn ddiweddarach mewn bywyd, ac mae modd eu hosgoi^{65,66}. Er bod cyfraddau goryfed mewn pyllau yn lleihau yng Nghymru wrth i bobl heneiddio⁶³, yn gyffredinol pobl hŷn yw hanner y bobl sy'n gorfod mynd i'r ysbyty am resymau sy'n ymwneud ag alcohol⁶⁷. Mae cyfran y bobl sy'n dweud eu bod dros bwysau neu'n ordew yn cynyddu gydag oedran, yn enwedig rhwng 60 a 69 oed, cyn gostwng ymhlith pobl dros 70 oed⁶³.

Blwch 1.1 Heneiddio, cyd-forbidrwydd a rheoli meddygol cost-effeithiol

Ceir tystiolaeth gref i awgrymu bod nifer y cyflyrau cronig yn cynyddu wrth i bobl heneiddio⁶⁸. Mae pobl hŷn a'r rheini sydd â salwch cronig yn aml yn cymryd nifer o feddyginiaethau gwahanol⁶⁹. Er mwyn i'r feddyginiaeth fod yn effeithiol yn glinigol ac er mwyn iddi fod yn gost-effeithiol, mae angen lefel o ymlyniad gan y claf, ond ceir tystiolaeth gadarn sy'n awgrymu nad yw hyd at hanner pobl hŷn yn ymlynu'n ddigonol wrth y triniaethau a argymhellir⁶⁹. Mae camau'n cael eu cymryd yn gynyddol ledled y byd i fynd i'r afael â hyn, fel y rheini sy'n defnyddio technolegau cyfathrebu newydd ar gyfer rhoi gofal iechyd, e.e. y defnydd o ffonau symudol ('m-Health') i wella ymlyniad at feddyginiaethau. Serch hynny, cymysg yw'r dystiolaeth ynghylch a yw'r camau hyn yn debygol o arwain at welliannau mawr mewn ymlyniad neu ganlyniadau clinigol, ac yn eu tro a ydynt yn cael unrhyw effaith ar wariant ar iechyd a gofal cymdeithasol^{70,71}. Mae adolygiadau o feddyginiaethau yn ddefnyddiol er mwyn helpu pobl hŷn i aros yn annibynnol ac atal disgyn⁷². Gall optimeiddio meddyginiaethau ac amlgyffuriaeth briodol (ar gyfer pobl sy'n cymryd mwy na phedwar math o feddyginiaeth) helpu i sicrhau bod pobl hŷn yn defnyddio meddyginiaeth mewn ffordd ddiogel ac effeithiol^{73,74}. Mae cyffuriau sy'n sicrhau bod pobl hŷn yn aros egniol ac yn iach hefyd yn cael eu hadolygu'n rheolaidd, ac ystyrir bod hyn yn arfer da gan fferyllwyr yng Nghymru, gan y gall nifer o gyffuriau cyffredin achosi problemau⁷⁵. Mae ymateb yn wael i feddyginiaeth yn gyfrifol am tua 7% o'r achosion o orfod mynd i'r ysbyty, ac ystyrir bod modd osgoi dau draean o'r achosion hyn⁷⁶. Mae pobl hŷn fregus yn arbennig o agored i niwed ac yn fwy tebygol o ymateb yn wael^{77,78}. Gallai'r effaith ar gostau fod yn sylweddol hefyd, ac ystyried lefel y cyffuriau a wastreffir a niferoedd uchel y bobl sy'n gorfod mynd i'r ysbyty mewn argyfwng am achosion sy'n gysylltiedig â chyffuriau, er y byddai modd osgoi'r achosion hynny⁷⁸.

2. Buddsoddi mewn pobl hŷn fel asedau



2. Buddsoddi mewn pobl hŷn fel asedau

Wrth i bobl fyw'n hŷn yng Nghymru, maent hefyd yn cyfrannu mwy at economi Cymru drwy fod yn rhan o'r gweithlu a thrwy gyfrannu at y sectorau gofalu a gwirfoddoli. Gall oedolion hŷn deimlo bod angen iddynt gyfrannu at y genhedlaeth nesaf, ac wrth wneud hynny byddant yn teimlo'u bod yn cyflawni rhywbeth neu'n llwyddo wrth heneiddio⁷⁹. Mae pobl hŷn yn asedau wrth roi gofal plant, cyfrannu at grwpiau cymunedol a gofalu am berthnasau neu gyfeillion hŷn eraill.

Cyfraniad economaidd pobl hŷn yng Nghymru

Yn groes i'r argraffiadau cyhoeddus negyddol o bobl hŷn fel baich ar y gwasanaeth iechyd⁸⁰, ceir tystiolaeth gref tu hwnt bod pobl hŷn yn gwneud cyfraniad net positif i'r economi¹⁴. Ar ôl ystyried yr holl gostau sy'n gysylltiedig â phoblogaeth sy'n heneiddio (yn enwedig drwy iechyd a gofal cymdeithasol a phensiynau), yn ogystal â chyfraniadau ariannol positif pobl hŷn (yn enwedig drwy wariant, trethi, gwirfoddoli a chyfrifoldebau gofalu) mae pobl hŷn yn gwneud cyfraniad net positif o £2.19 biliwn*† i economi Cymru (bron i £6 miliwn bob diwrnod *†). Rhagwelir y bydd cyfraniad ariannol net pobl hŷn i economi Cymru yn cynyddu i £3.52 biliwn* erbyn 2030. Mae disgwyl i gymhareb y cyfraniadau ochr yn ochr â'r costau gynyddu o 1.29 i 1 i 1.35 i 1, sy'n gynyddu o 89% mewn buddion net¹⁴. Ceir tri ffactor sy'n esbonio'r cynnydd disgwylidig hwn yng nghyfraniad net pobl hŷn i gymdeithas: newid demograffig, diddymu'r oedran ymddeol ffurfiol, a chynnydd mewn Disgwyliad Oes Iach. Bydd y tri yn golygu y bydd gan bobl hŷn gapasiti uwch yn gyffredinol i barhau i weithio a gwirfoddoli⁸¹. Mae hyn yn arbed miliynau o bunnoedd i'r trethdalwr⁷.

Gofal plant

Yn Lloegr, mae gan dros 62% o bobl dros 50 oed o leiaf un wŷr neu wyres⁸². Yn y Deyrnas Unedig, mae neiniau a theidiau yn rhoi llawer o ofal plant, gydag 1 ym mhob 3 theulu yn dibynnu arnynt yn hynny o beth. Serch hynny, prin yw'r ymchwil penodol yng Nghymru i rôl neiniau a theidiau⁸³. Mae tua 65% ohonynt yn rhoi rhyw fath o ofal plant, a chanolrif yr oriau gofalu bob wythnos yw 11.3⁸². Amcangyfrifwyd bod gwerth gofal plant gan neiniau a theidiau (50+) yn £6.94 biliwn† yn y Deyrnas Unedig, sy'n cyfateb i £325 miliwn*† yng Nghymru¹², bob blwyddyn.

Gwirfoddoli

Mae pobl hŷn yn cyfrannu'n sylweddol yng Nghymru fel gwirfoddolwyr¹³, a'r cyfraniad hwnnw'n werth £483 miliwn†* y flwyddyn i economi Cymru. Mae disgwyl iddo gynyddu i £705 miliwn* y flwyddyn erbyn 2020¹⁴. Mae dros hanner pobl hŷn (a dros ddau draean oedolion hŷn rhwng 55 a 64 oed) yn dweud eu bod yn gwneud rhywfaint o waith gwirfoddol anffurfiol, gyda'r gweithgareddau'n cynnwys cadw golwg ar rywun sy'n gaeth i'r tŷ a darparu cludiant¹³. Mae un ym mhob tri pherson hŷn yn dweud eu bod yn gwneud gwaith gwirfoddol ffurfiol gyda sefydliadau a grwpiau ffurfiol, gan gynnwys helpu gyda gweithgareddau i blant yn yr ysgol ac y tu allan i'r ysgol, gweithgareddau chwaraeon ac ymarfer corff, gwaith iechyd a gofal cymdeithasol, grwpiau cymunedol, grwpiau ffydd a gweithio mewn siopau elusen^{13,14}.

Y grym gwario (y 'bunt lwyd')

Mae'r farchnad i gwsmeriaid hŷn yn un fawr, ac mae'n tyfu. Gan bobl hŷn (50+ oed) y mae 60% o arbedion ariannol y Deyrnas Unedig, ac mae eu grym gwario yn gyfrifol am 40% o'r holl wario gan gwsmeriaid^{84,85}. Rhagwelir y bydd y farchnad i bobl hŷn yn tyfu 81 y cant rhwng 2005 a 2030, yn gwbl wahanol i'r twf disgwylidig o 7% ym marchnad gweddill cwsmeriaid y Deyrnas Unedig⁸⁵. Disgwylir y bydd pobl hŷn 65+ oed yn gyfrifol am 25% o boblogaeth cwsmeriaid y Deyrnas Unedig (16+) erbyn 2030, gan wario amcangyfrif o £127 biliwn bob blwyddyn¹⁴. Yng Nghymru gellir dweud bod y 'bunt lwyd' (grym gwario'r rhai 65+ oed) yn werth tua £4.18 biliwn†*, ffigur y mae disgwyl iddo gynyddu i £5.97* biliwn erbyn 2030¹⁴.

Gyrfaoedd (gweler hefyd adran 7: Gofalu am ofalwyr hŷn)

Yng Nghymru mae bron i 1 ym mhob 3 pherson dros 50 oed yn ofalwr anffurfiol. Gan Gymru y mae'r ganran uchaf o ofalwyr hŷn di-dâl yn y Deyrnas Unedig³⁹. Mae'r gofal sy'n cael ei roi gan ofalwyr hŷn di-dâl bob blwyddyn yn arbed tua £1.88 biliwn^{†*} i economi Cymru a disgwylir i hyn gynyddu i £2.44 biliwn^{*erbyn 2030}¹⁴.

Pobl hŷn mewn economi gylchol gynaliadwy

Mae cydnabod cyfraniad pobl hŷn i'r economi, yn enwedig drwy weithio a gwirfoddoli wrth heneiddio, yn cyd-fynd ag ethos yr economi gylchol. Mae'r economi gylchol yn wahanol i'r economi linol draddodiadol (gwneud, defnyddio, gwaredu), gan ei bod yn golygu parhau i ddefnyddio adnoddau cyhyd â phosibl. Mewn economi gylchol, byddwn yn ceisio sicrhau'r gwerth mwyaf posibl o gynnyrch wrth ei ddefnyddio, cyn adfer ac ail-greu cynnyrch a deunyddiau ar ddiwedd oes pob un⁸⁶.

Yn rhyngwladol, mae Sefydliad Iechyd y Byd wedi cydnabod nad yw canolbwyntio ar iechyd ynddo'i hun, heb gyd-destun cynaliadwyedd economaidd, cymdeithasol ac amgylcheddol, yn ddigon. Bydd nodau datblygu cynaliadwy yn dylanwadu ar iechyd, gan eu bod i gyd yn rhoi sylw i'r pethau hynny sy'n effeithio ar iechyd pobl. Mae Agenda 2030 ar gyfer datblygu cynaliadwy, ac iddi 17 o amcanion yn ymwneud â thlodi, cydraddoldeb, yr amgylchedd, addysg ac iechyd, yn creu cysylltiad rhwng gwahanol agweddau ar ddatblygu ar y naill law (gan gynnwys iechyd), a'r amgylchedd, ffyniant a'r camau a'r polisiau sy'n effeithio ar lesiant pobl ar y llaw arall⁸⁷. Mae Deddf Llesiant Cenedlaethau'r Dyfodol (Cymru) yn cyfeirio at dri maes allweddol sy'n creu dangosyddion llesiant i Gymru: blaenoriaethau cymdeithasol, amgylcheddol ac economaidd.

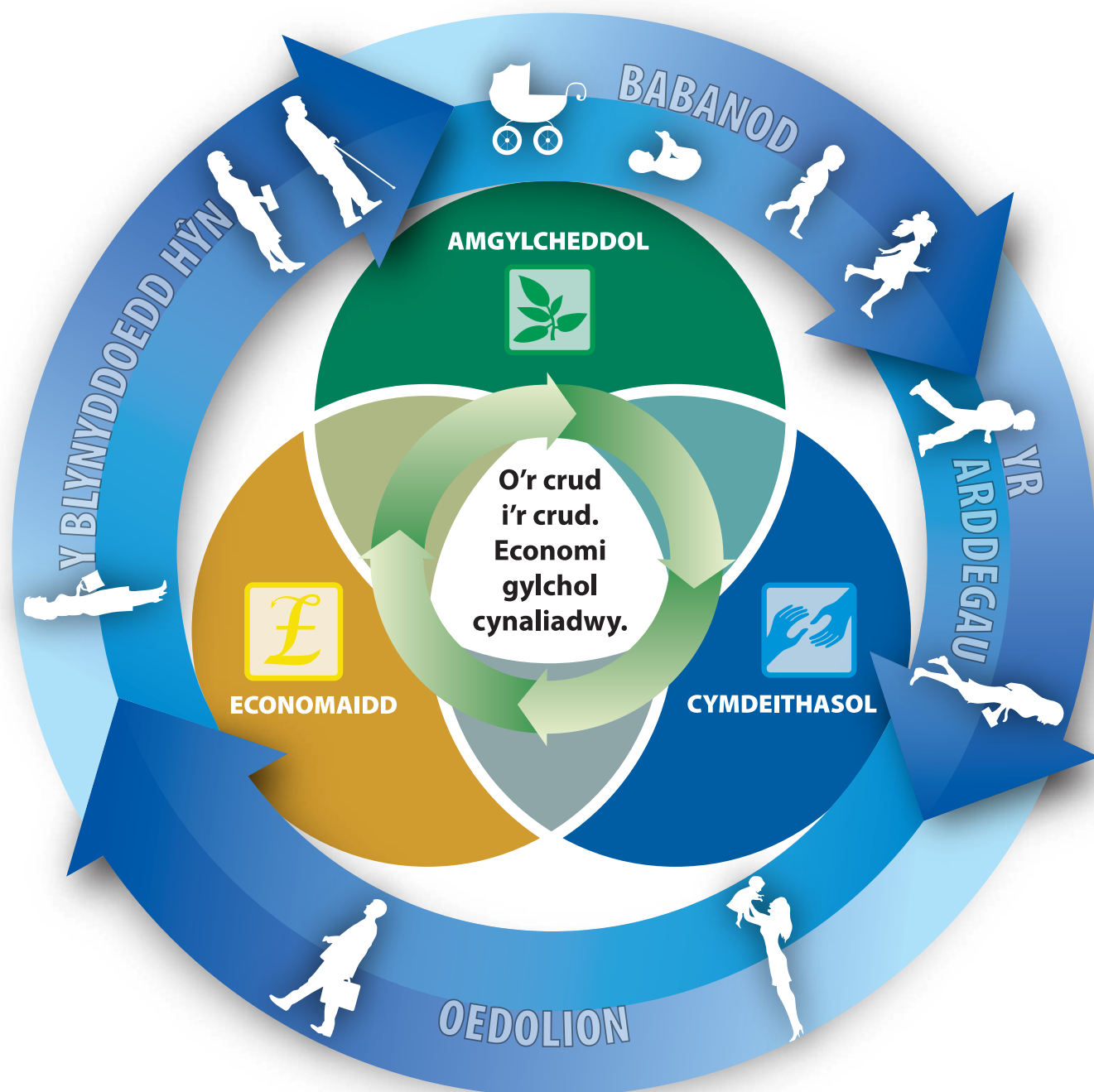
Mae Ffigur 2.1 yn dangos egwyddor economi gylchol gynaliadwy o'r crud i'r crud, yn hytrach nag o'r crud i'r bedd. Athroniaeth crud i'r crud yw fframwaith economaidd, diwydiannol a chymdeithasol cyfannol sy'n ceisio creu systemau sy'n effeithlon ond sydd hefyd yn ddiwastraff⁸⁸. Nid yw'r model hwn wedi'i gyfyngu i ddylunio a gweithgynhyrchu diwydiannol; gall fod yn berthnasol hefyd i fywydau pobl a phethau fel amgylcheddau trefol, adeiladau, economeg a systemau cymdeithasol. Er enghraifft, byddai rôl neiniau a theidiau wrth ofalu am wyrion a wyresau, gan alluogi rhieni i weithio, yn cyd-fynd â model o'r fath. Enghraifft arall fyddai cydleoli cyfleusterau cyn-ysgol a gofal dydd i'r henoed (gweler yn nes ymlaen).

Cyfraniadau cymdeithasol pobl hŷn

Yn ogystal â'r cyfraniadau economaidd sylweddol a nodir uchod, mae pobl hŷn hefyd yn gwella'r llefydd y maent yn byw ynddynt drwy fod yn aelodau gweithgar o'u cymunedau. Dywedir weithiau bod y gwaith y mae pobl hŷn yn ei wneud yn hyn o beth fel 'glud cymdeithasol', ac mae'n anodd meintioli hyn yn rhydd mewn termau ariannol. Mae pobl hŷn yn fwy tebygol na phobl ifanc i wirfoddoli, i fod yn rhan o sefydliadau cymunedol, i gyfrannu at sefydliadau democrataidd, ac i bleidleisio¹⁴.

Pobl hŷn a'r amgylchedd

Mae pobl hŷn yn arbennig o fregus pan fydd peryglon amgylcheddol, ac efallai na fyddant yn gallu ymdopi cystal yn gorfforol, yn ariannol nac yn emosiynol wrth wynebu effeithiau newid yn yr hinsawdd, gan gynnwys digwyddiadau fel llifogydd a newid sydyn yn y tymheredd¹⁰. Mae dull Enillion Cymdeithasol ar Fuddsoddiad (SROI) yn ystyried tri math o adenillion sylfaenol, sef rhai cymdeithasol, economaidd ac amgylcheddol. Enghraifft fyddai polisi lle mae pawb ar eu hennill, a buddsoddiad sy'n diogelu pobl hŷn rhag newid amgylcheddol ond sy'n cyfrannu at wella cynaliadwyedd amgylcheddol ar yr un pryd, fel gwella inswleiddio yn y cartref^{10,11}. Mae gan bobl hŷn bob math o sgiliau a gwybodaeth y gellir manteisio arnynt, ac fel cyfran fawr (sy'n cynyddu) o'r boblogaeth, mae ganddynt hefyd gyfle gwyb i leihau ein hól-troed amgylcheddol cyffredinol.



Ffigur 2.1 Yr economi gylchol gynaliadwy: o'r crud i'r crud

Cyfleoedd i alluogi pobl hŷn - cael gwared ar rwystrau

Drwy'r holl adroddiad hwn rydym yn tynnu sylw at fuddsoddiadau posibl a allai hwyluso pethau a chael gwared ar y rhwystrau sy'n atal pobl hŷn rhag cyfrannu'n llawn ac yn gadarnhaol at gymdeithas. Yng Nghymru, mae'r cysyniad o gydgyhyrchu yn rhan hollbwysig o ofal iechyd a gofal cymdeithasol darbodus [**gweler yr eirfa**], sef dull sy'n galluogi pobl hŷn i ymwneud â'u cymunedau ac sy'n cael gwared ar y rhwystrau i hynny. Mae gan y Sefydliad Gofal Cymdeithasol er Rhagoriaeth (SCIE) adnoddau i hyrwyddo cydgyhyrchu, gan gynnwys i bobl hŷn, fel y gall pobl hŷn helpu i gynllunio'r modd y caiff gwasanaethau eu darparu a datblygu ffyrdd o gyfrannu'n effeithiol⁸⁹. Rydym yn canolbwyntio yn fan hyn ar ddwy enghraifft sy'n berthnasol i Gymru, a'r rheini'n ymwneud â chydgyhyrchu a chael gwared ar rwystrau.

Creu eiriolwyr ac annog pobl i gymryd rhan

Gall pobl hŷn sy'n gwirfoddoli fod yn eiriolwyr, gan fanteisio ar eu profiadau bywyd wrth wneud hynny. Canfu rhaglen o'r enw *Altogether Better* yn Swydd Efrog a Humberside, sef rhaglen a ariannwyd gan y Gronfa Loteri Fawr, fod rhoi cyfrifoldebau lleig cymunedol yn y maes iechyd cyhoeddus i bobl hŷn yn gwella'u hiechyd personol (yn enwedig iechyd meddwl ac elfennau cymdeithasol ar iechyd). Canfu hefyd y gallai hyn ddylanwadu'n gadarnhaol ar iechyd pobl eraill yn y gymuned⁹⁰. Mae'r astudiaeth yn argymhell defnyddio rhwydweithiau pobl hŷn fel ffordd o recriwtio hyrwyddwyr i rolau lleig yn y maes iechyd cyhoeddus, gan ddangos pa gymorth y gall fod eu hangen arnynt mewn sefyllfaoedd o'r fath. Dylai hyn fod yn rhywbeth ychwanegol at wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol ffurfiol, yn hytrach na rhywbeth sy'n eu disodli⁹¹. Mae dadansoddiad sy'n edrych ar yr Enillion Cymdeithasol ar Fuddsoddiad yn dangos bod pob £1 a fuddsoddir yn creu rhwng £0.79 a £112.42 mewn gwerth cymdeithasol⁹. Dylid ystyried mabwysiadu a gwerthuso'r profiad hwn o Loegr yng Nghymru.

Gan weithio law yn llaw â gweithwyr iechyd a gweithwyr gofal cymdeithasol proffesiynol mewn amryw o leoliadau, gan gynnwys meddygfeydd ac adrannau argyfwng, mae gan Eiriolwyr Iechyd Cymunedol gyfle i helpu pobl i reoli eu cyflyrau iechyd ac i wneud dewisiadau cadarnhaol am eu ffordd o fyw, a hynny'n arwain at arbedion sylweddol^{9,90}.



Sut y gall trafndiaeth rwystro a hwyluso pethau i bobl hŷn sydd am wneud cyfraniad cadarnhaol

Mae cyfleoedd mawr ar gael i wella iechyd poblogaeth Cymru a lleihau'r pwysau ariannol ar wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol drwy gynyddu lefelau gweithgarwch corfforol rheolaidd ymhlith oedolion. Mae hyrwyddo teithio llesol, gan gynnwys cerdded a seiclo, yn arwain at fanteision ychwanegol ar ben y rheini sy'n dod drwy wneud mwy o weithgarwch corfforol, gan ei fod yn lleihau llygredd awyr a sŵn ac yn gwella ansawdd bywyd trefol a gwledig ill dau. Er mwyn i bobl hŷn elwa ar hyn, mae angen i wahanol sectorau gydweithio'n effeithiol ym meysydd iechyd, trafndiaeth, defnydd tir a'r amgylchedd, gan groesawu cydgynhyrchu⁹².

Mae galluogi pobl i barhau i symud wrth heneiddio yn golygu eu bod yn gallu bod yn annibynnol; mae'n lleihau arwahanrwydd cymdeithasol; ac mae'n helpu pobl i barhau i wneud gweithgarwch corfforol²⁰. Gall diffyg trafndiaeth gyfrannu at lefelau uwch o arwahanrwydd cymdeithasol ymhlith pobl hŷn²⁵. Ceir corff cynyddol o dystiolaeth bod cysylltiad rhwng defnyddio trafndiaeth gyhoeddus a gostyngiad mewn gordewdra gan fod defnyddio bysiau a threnau'n aml yn golygu cerdded neu seiclo i gyfnewidfeydd fel arosfannau bysiau⁹³. Efallai y bydd rhai pobl hŷn yn credu bod methu â gyrru yn golygu colli annibyniaeth⁹⁴, ond ar y llaw arall mae cysylltiad rhwng defnyddio bysiau a mwy o ryngweithio â theulu a ffrindiau⁹⁵ a chynnal lefelau gweithgarwch corfforol¹⁶.

Mae cyflogaeth ffurfiol a gwirfoddoli yn golygu bod angen i bobl hŷn ddefnyddio trafndiaeth breifat neu gyhoeddus. Mae cyfraniad economaidd pobl hŷn i gymdeithas yn ddibynnol ar eu gallu i deithio o fan i fan. Yn y Deyrnas Unedig, gallai gwella gallu pobl hŷn i deithio er mwyn gweithio neu wirfoddoli eu helpu i gyfrannu 10% yn fwy nag ar hyn o bryd, sy'n cyfateb i £19.3 biliwn† y flwyddyn yn fwy yn y Deyrnas Unedig⁹⁶, neu £907 miliwn* yng Nghymru.

O ran ardaloedd gwledig Cymru yn benodol, mae Strategaeth Llywodraeth Cymru ar gyfer Pobl Hŷn 2013-2023 yn amcangyfrif y gall trafndiaeth gymunedol ddarparu adenillion o £3 am bob £1 a fuddsoddi²⁶. Yn ôl tystiolaeth o fenter gymdeithasol Buchan Dial-a-Community Bus (DACB) yng ngogledd-ddwyrain Aberdeenshire, sef menter sy'n ceisio lleihau allgáu cymdeithasol drwy ddarparu gwasanaethau trafndiaeth gymunedol, mae pob £1 a fuddsoddir yn arwain at adenillion sydd â gwerth cymdeithasol o £3.03²⁷.

Mae gwaith wedi'i wneud yn Lloegr i adolygu mentrau teithio sy'n cael eu cyllido drwy gynlluniau i ddigolledu'r trethdalwr, a dangoswyd y gallai fod angen opsiynau trafndiaeth hyblyg mwy hygrych a fforddiadwy er mwyn helpu pobl i weithio a gwirfoddoli wrth heneiddio⁹⁷. Gallai dewisiadau eraill ar wahân i roi tocyn bws am ddim i bobl hŷn yn Lloegr gynnwys cynnal prawf modd cyn rhoi'r tocyn. Serch hynny, mae'n debygol y byddai costau gweinyddol ynghlwm wrth hyn a gallai effeithio'n andwyol ar y rheini sy'n wynebu'r risg mwyaf o gael eu hallgáu'n gymdeithasol a'u hallgáu yn sgil trafndiaeth. Er gwaetha'r pwysau ar wariant cyhoeddus, gallai caniatáu i bobl hŷn deithio'n rhatach ar fysiau arwain at wella iechyd a llesiant yn sylweddol, ac mae angen rhagor o ymchwil i ba mor gost-effeithiol fyddai cynlluniau o'r fath⁹⁸. Yng Nghymru, ac mewn ardaloedd gwledig yn enwedig, mae galluogi pobl hŷn i symud yn fater o bwys, a dylid asesu i ba raddau y mae pobl dros 60 oed yn manteisio ar gynlluniau fel teithio am ddim ar fysiau ochr yn ochr â pha mor gost-effeithiol yw amryw o gynlluniau trafndiaeth, gan gynnwys cadw neu gynyddu gwasanaethau bysiau lleol, cymorth gan awdurdodau lleol neu'r trydydd sector ar gyfer cynlluniau trafndiaeth gymunedol, a'r tacsis a'r ffrindiau a'r cymdogion sydd ar gael i roi lifft i bobl hŷn.

3. Parhau i weithio wrth heneiddio



3. Parhau i weithio wrth heneiddio

Cyflogaeth

Yn yr adran hon ar gyflogaeth a phobl hŷn, edrychwyd ar lenyddiaeth lwyd, gan gynnwys y dystiolaeth gymedrol (n=8) a'r dystiolaeth gref (n=8) (gweler yr atodiad technegol) sy'n dangos y gall ymestyn bywyd gweithio gael effaith fawr ar gyfraniad economaidd cyffredinol pobl hŷn. Ceir tystiolaeth gref i awgrymu bod y gyfradd gyflogaeth yn is ymhlith pobl hŷn yn y Deyrnas Unedig na gwledydd eraill yr OECD. Er enghraifft, yn y Deyrnas Unedig, mae 63.4% o bobl rhwng 55 a 64 oed mewn gwaith, o'i gymharu â 75.5% yn Sweden (y wlad sy'n perfformio orau yn yr Undeb Ewropeaidd yn ôl y Mynegai Golden Age)¹⁵. Yng Nghymru, mae 66.5% o bobl rhwng 50 a 64 oed yn gweithio¹⁵. Gallai cynyddu'r gyfradd boblogaeth ymhlith pobl hŷn (55+ oed) i lefelau Sweden roi hwb o 4.2% i Gynnyrch Domestig Gros (GDP) y Deyrnas Unedig, a fyddai'n werth £84.43 biliwn††, neu werth pro rata o £3.97 biliwn* yng Nghymru¹⁵. Cyfrannodd y gweithlu a oedd yn 65 oed neu'n hŷn yng Nghymru £1.94 biliwn (sef dros 4%) o'r holl Werth Ychwanegol Gros (GVA) yn 2012¹². Mae angen strategaethau er mwyn helpu pobl hŷn i weithio hyd at oed ymddeol a'r tu hwnt i hynny. Yn benodol, mae angen creu cyfleoedd gwaith ac amgylcheddau gweithio sy'n addas i weithlu hŷn. Gallai helpu pobl hŷn i aros yn rhan o'r gweithlu am gyfnod hwy hefyd arwain at well lefelau cynhyrchiant, gan y byddai'n cadw llawer o brofiad a sgiliau yn y gweithle⁹⁹. Mae tri chwarter o bobl hŷn yn credu nad yw'r Deyrnas Unedig yn gwneud defnydd da o sgiliau a galluoedd pobl hŷn^{100,101}.

Er y gallai helpu mwy o bobl hŷn i weithio'n hirach leihau nifer y bobl hŷn sydd ar gael i wirfoddoli, mae'r Gwasanaeth Gwirfoddol Brenhinol (yr RVS, neu Wasanaeth Gwirfoddol Brenhinol y Menywod [WRVS] yn ffurfiol) yn amcangyfrif bod cynnydd yn nisgwylad oes iach pobl yn golygu y byddant yn gallu gwirfoddoli am gyfnod hirach¹⁴.

Gan nad oes gan y Deyrnas Unedig oedran ymddeol penodol bellach¹⁰², mae nifer cynyddol o bobl hŷn yn gweithio yn hwyrach yn eu bywydau. Yng Nghymru a Lloegr, roedd cyfran y boblogaeth rhwng 65 a 74 oed a oedd yn weithgar yn economaidd yn 2011 (16%) bron i ddwbl y gyfran yn 2001 (9%)¹⁰³. Yng Nghymru, mae 66.5% o bobl hŷn rhwng 50 a 64 oed yn gweithio¹⁵.

Drwy'r Deyrnas Unedig, ers 1985 mae cyfraddau cyflogaeth ymhlith pobl rhwng 50 a 64 oed wedi cynyddu'n sylweddol o 55% i 70%¹⁰². O ran menywod rhwng 50 a 64 oed, roedd 64% yn gweithio yn 2015, o'i gymharu â 42% yn 1985¹⁰². Mae'r gyfradd gyflogaeth ymhlith pobl dros 65 oed wedi dyblu o 5% i 10%¹⁰². Mae cyfran y rheini rhwng 70 a 74 oed sy'n gweithio hefyd wedi cynyddu o 6% i 10%¹⁰². Mae tystiolaeth gref i awgrymu bod parhau i weithio yn golygu y bydd pobl hŷn yn ennill mwy o arian, ac yn sgil hynny yn gwario mwy o arian ac yn talu mwy o dreth i lywodraeth y Deyrnas Unedig⁸¹.

Mae tystiolaeth gref i awgrymu bod gwaith cyflogedig yn llesol i bobl hŷn o ran profiad a rhannu arbenigedd¹⁰⁴ ac o ran cadw'n iach¹⁰⁵. Mae pobl hŷn iach sy'n gallu gweithio mewn sefyllfa well na phobl hŷn nad ydynt yn gallu gweithio oherwydd salwch, neu bobl sy'n gorfod treulio'u amser ar bethau eraill. Efallai na fydd rhai pobl hŷn sy'n sâl yn gallu gweithio o gwbl¹⁰⁶, ac yng Nghymru, ceir tystiolaeth gref i awgrymu bod nifer cynyddol o bobl hŷn yn methu â fforddio ymddeol wrth gyrraedd oed pensiwn y wladwriaeth^{107,108}. Ceir tystiolaeth gref hefyd i awgrymu y gall diffyg gwaith effeithio'n andwyol ar lesiant person hŷn oherwydd na fydd dim ganddynt i greu cysylltiadau cymdeithasol, i ysgogi'r meddwl, i roi hyder, i roi gwerthfawrogiad, ac i wneud cyfraniad cadarnhaol i gymdeithas¹⁰⁹.

Mae llywodraeth y Deyrnas Unedig wedi newid ei pholisïau'n ddiweddar er mwyn ymestyn oed gweithio, ac mae hyn yn effeithio ar bobl hŷn sy'n byw yn y Deyrnas Unedig. Ymhlith y polisïau hyn y mae'r ymdrech i symud pobl oddi ar fudd-daliadau i waith cyflogedig, newidiadau i'r oedran pan gaiff pobl bensiwn y wladwriaeth ac incwm budd-daliadau, a chael gwared ar y rhwystrau rhag gweithio yn hirach¹⁰⁸. Mae canllawiau NICE ar iechyd yn y gweithle a'r dystiolaeth economaidd sy'n sail i'w hargymhellion wedi'u hamlinellu ym Mluch 3.1.



3. Parhau i weithio wrth heneiddio

Dyma ddywed canllawiau NICE ar iechyd yn y gweithle: "Demographic changes, and changes to the state pension age, mean the proportion of older employees in the workforce is likely to continue to increase. Productivity depends on the workforce being in good health, and a person's health will affect their ability to stay in work and continue earning an income. However, older employees may wish to remain in work for a variety of reasons other than financial. Continuing to work can have both social and health benefits for older people. So there is a need to further understand what can help to maintain and improve outcomes in this group from a health and wellbeing perspective".

Gall rhoi sylw i anghenion gweithwyr hŷn a gwella'u hiechyd drwy well arferion ac ymyriadau yn y gweithle helpu i gadw staff, gwella'u cynhyrchedd, a lleihau cyfradd yr absenoldebau. Mae NICE yn tynnu sylw at adnoddau modelu economaidd ar gyfer y rheini sy'n gwneud penderfyniadau os ydynt am weld a fydd ymyriad iechyd i weithwyr hŷn yn y gweithle yn gost-effeithiol i'w sefydliad hwy.

Mae NICE yn argymhell ymyriadau cost-effeithiol i helpu gweithwyr hŷn yn benodol o ran:

1. Cynnal a gwella iechyd a llesiant pobl yn y gwaith;
2. Sicrhau bod pobl yn gweithio yn hirach neu'n ailddechrau gweithio;
3. Cynllunio a pharatoi at ymddeoliad;
4. Herio stereoteipio yn y gweithle o ran agweddau at weithwyr hŷn.

Blwch 3.1 Iechyd yn y gweithle: arferion rheoli a thystiolaeth economaidd (NICE, 2015, diweddarwyd yn 2016) [NG13, 2015, diweddarwyd yn 2016]¹¹⁰

Dylai gweithwyr hŷn allu manteisio ar yr un hyfforddiant, yr un cyfleoedd i wneud cynnydd, yr un cynlluniau mentora a'r un arweinyddiaeth â gweithwyr o bob oedran arall. Mae hyn yn cynnwys rhoi cymorth i wella llesiant pobl a gwneud addasiadau corfforol priodol, darparu cyfarpar, cynnig trefniadau gweithio hyblyg, a phob math o addasiadau eraill sy'n arferol yn y gweithle¹⁰⁴.

Mae trefniadau gweithio hyblyg, oriau byrrach neu'r gallu i addasu'r amser a'r man gweithio yn hanfodol er mwyn i waith fod yn addas i'r rheini dros 50 oed a all fod â chyfrifoldebau gofalu dros deulu neu ffrindiau. Yn 2017, roedd dros 1.9 miliwn o bobl dros 50 oed yn gweithio ar eu liwt eu hunain¹⁰⁰. Mae bod yn hunangyflogedig yn fanteisiol gan y gall pobl hŷn weithio mewn ffordd hyblyg wedyn.

Mae cysylltiad rhwng ymddygiadau nad ydynt yn iach mewn canol oed a'r modd y bydd pobl yn pontio rhwng cyflogaeth a henaint. Ceir tystiolaeth gref i awgrymu y gall hyrwyddo ymddygiadau iach ymhlith pobl canol oed helpu gyda'r polisiau presennol sy'n ceisio ymestyn oes gweithio pobl¹¹¹.

4. Tai a byw'n annibynnol mewn Cymru sy'n gyfeillgar i oed

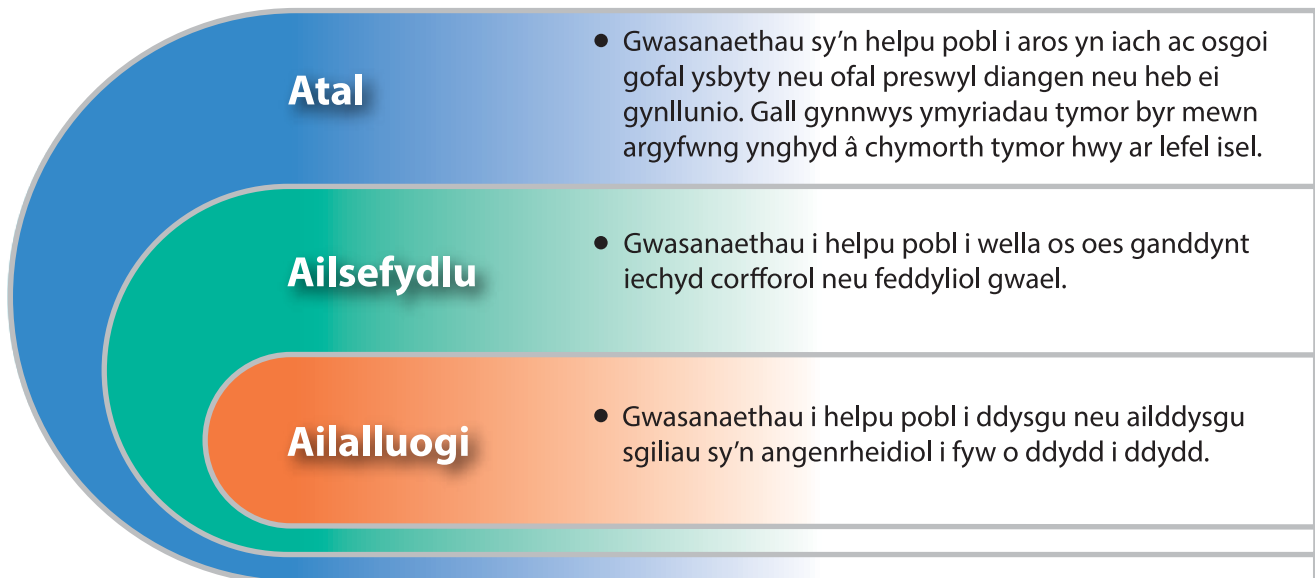


4. Tai a byw'n annibynnol mewn Cymru sy'n gyfeillgar i oed

Yn yr adran hon ar dai a byw'n annibynnol, cyfeirir at lenyddiaeth lwyd (y rhan fwyaf ohoni o Gymru) a llenyddiaeth fwy rhyngwladol a oedd yn rhan o'r adolygiad cyflym. Mae darnau o'r dystiolaeth hon yn wan gan mai adroddiadau ydynt yn hytrach nag ymchwil empirig (n=14); cymedrol yw ansawdd y dystiolaeth mewn rhai darnau (n=21); ac mae ansawdd y dystiolaeth yn gryfach mewn darnau eraill – yr erthyglau yn y cyfnodolion a adolygwyd gan gymheiriaid yw'r rhain yn bennaf (n=10).

Mae sicrhau bod pobl hŷn yn byw'n annibynnol ac yn ddiogel yn flaenllaw ar agenda llywodraeth Cymru¹¹². Ers adroddiad Wanless yn 2007¹¹³, mae polisiâu a chanllawiau newydd wedi cael eu datblygu yng Nghymru sy'n pwysleisio bod angen darparu gwasanaethau mewn ffyrdd integredig, gyda'r nod o helpu pobl i fyw bywydau annibynnol ac iach. Er enghraifft, roedd Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) (2014) yn ddatblygiad ar Strategaeth Llywodraeth Cymru ar gyfer Pobl Hŷn yng Nghymru²⁶, yn ogystal â'r ymrwymadau yn Rhaglen Heneiddio'n Dda yng Nghymru 2012²⁶. Mae'r polisiâu a'r modelau yn cynnwys integreiddio ystod o wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol drwy Gymru, yn enwedig wrth osgoi oedi wrth drosglwyddo gofal o'r ysbyty i'r gymuned. Er y gall y gwahanol ddulliau amrywio, mae egwyddorion cyffredin yn sail iddynt oll, gan gynnwys yr angen i ddechrau gydag anghenion y dinesydd a'r gwasanaeth, a chreu dulliau o ddarparu gwasanaethau sy'n fwyaf tebygol o ateb yr anghenion hyn. Mae'r rhain yn aml yn ymatebion aml-ddisgyblaethol gan amryw o sefydliadau⁵⁸.

Credir bod systemau iechyd a gofal cymdeithasol integredig yn effeithiol ac yn fwy cost-effeithiol (a chan hynny yn fwy cynaliadwy). Serch hynny, ceir cydnabyddiaeth gyffredinol bod y gallu i ddilyn data ariannol ac arbedion drwy wahanol rannau o'r system yn hynod gyfyngedig ar hyn o bryd. Dylai datblygu dull sy'n mynd ati'n wirioneddol i gwmpasu'r system gyfan wrth fonitro ansawdd gofal, costau a thueddiadau mewn gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol fod yn flaenoriaeth o bwys i'r llywodraeth wth ddatblygu dulliau gofal integredig ymhellach⁵⁸. Ceir nifer o wahanol fathau o ofal a phwyntiau ymyrryd posibl sy'n berthnasol i bobl hŷn yng Nghymru (gweler ffigur 4.1). Er mwyn helpu pobl hŷn i fyw yn y gymuned, mae angen rhwystro'u hiechyd rhag dirywio a'u helpu i adsefydlu, ac i wneud hynny mae'n hollbwysig eu bod yn cael y lefel iawn o gymorth. Yn aml iawn, gall y cymorth hwnnw fod yn gymhleth a bydd angen cydlynu pethau'n ofalus, yn enwedig gan fod gan nifer o bobl hŷn sawl cyflwr hirdymor.



Ffigur 4.1 Y mathau o ymyriadau iechyd a gofal cymdeithasol i bobl hŷn a phobl sydd ag anghenion cymhleth¹¹⁴

Drwy wella gofal cymdeithasol i bobl hŷn sydd â sawl cyflwr hirdymor, gan eu helpu i aros yn y gymuned, mae'n bosibl y gellir osgoi'r angen am ofal cartref neu ofal preswyl dwys yn y dyfodol. Gallai hyn arwain at arbedion i awdurdodau lleol. Mae canllawiau NICE ar anghenion cymdeithasol i'w gweld ym Mluch 4.1.

Mae cynnal gwerthusiadau o ba mor gost-ffeithiol yw gofal cymdeithasol yn galw am ddull gwahanol i'r un a ddefnyddir i gynnal gwerthusiadau economaidd o ofal iechyd. Fel dull o fesur ansawdd bywyd yn gysylltiedig ag iechyd, bwrir nad yw'r QALY yn adlewyrchu'r canlyniadau sy'n bwysig mewn gofal cymdeithasol, ac felly nid dyna'r canlyniad y cytunwyd arno er mwyn seilio penderfyniadau am gost-ffeithiolrwydd. At hynny, yn wahanol i werthusiadau economaidd o ofal iechyd, pan ystyrir yn gyffredinol bod ymyriadau'n gost-ffeithiol os bydd y trothwy rhwng £20,000 a £30,000 ar gyfer pob QALY, nid oes trothwy y cytunwyd arno wrth gynnal gwerthusiadau economaidd o ofal cymdeithasol¹¹⁵. Yn ddiweddar mae dull mesur ASCOT wedi'i greu i ganfod gwybodaeth am ansawdd bywyd sy'n gysylltiedig â gofal cymdeithasol (SCRQoL), a hynny mewn wyth maes i ddefnyddwyr a saith maes i ofalwyr. Y meysydd i ofalwyr yw Rheolaeth dros fywyd bob dydd; Glendid a chyfforddusrwydd personol; Bwyd a diod; Diogelwch personol; Cyfranogiad ac ymwneud cymdeithasol; Galwedigaeth; Llety; Glendid a chyfforddusrwydd; ac Urddas.

Blwch 4.1 Pobl hŷn sydd ag anghenion gofal cymdeithasol a chyflyrau hirdymor niferus: ystyriaethau wrth werthuso'n economaidd [NG22]¹¹⁵ a dull o fesur ansawdd bywyd sy'n gysylltiedig â gofal cymdeithasol (ASCOT)¹¹⁶

Amgylcheddau sy'n gyfeillgar i oed

Mae amgylcheddau sy'n gyfeillgar i oed yn bwysig gan y gallai buddsoddi mewn nodweddion amgylcheddol ohirio neu osgoi sefyllfa lle bydd dirywiad yng ngallu unigolion yn arwain at yr angen i'w hadleoli neu gynyddu'r angen am ofal ffurfiol¹¹⁷. Mae canllaw Sefydliad Iechyd y Byd ar ddinasoedd sy'n gyfeillgar i oed¹¹⁷ yn tynnu sylw at wyth o feysydd y gallai dinasoedd a chymunedau roi sylw iddynt er mwyn addasu eu strwythurau a'u gwasanaethau mewn ffordd a fydd yn cyd-fynd ag anghenion pobl hŷn. Mae'r rhain yn ymwneud â'r amgylchedd adeiledig, trafniadaeth, tai, cyfranogiad cymdeithasol, parch a chynhwysiant cymdeithasol, cyfranogiad dinesig a chyflogaeth, cyfathrebu, a chymorth cymunedol a gwasanaethau iechyd¹¹⁷. Gall addasiadau sy'n ymwneud â chynllunio trefol gynnwys lleoliad arosfannau bysiau, prisiau ac amserlenni trafniadaeth, llefydd parcio i bobl anabl, y seilwaith i gerddwyr, a pha mor agos yw pethau at siopau a gwasanaethau gan gynnwys toiledau¹¹⁸. O ran defnyddio manau cyhoeddus, roedd Bil Iechyd Cyhoeddus (Cymru) 2016 yn pwysleisio pwysigrwydd toiledau cyhoeddus. Mae pobl hŷn ym aml yn dioddef o gyflyrau sy'n gysylltiedig ag ymataliaeth, ac mae hyn yn eu cyfyngu pan fyddant yn gadael eu cartrefi. Mewn rhai achosion, gall eu rhwystro rhag gadael y cartref yn llwyr. Canfu Help the Aged nad oedd tua 80% o ymatebwyr yn ei chael yn rhwydd dod o hyd i doiled cyhoeddus, roedd 78% yn darganfod nad oedd toiledau cyhoeddus ar agor pan oedd angen toiled arnynt, a chytunai dros hanner (52%) bod diffyg darpariaeth yn eu rhwystro rhag mynd allan mor aml ag y byddent yn dymuno¹¹⁹. Dangosodd ymgynghoriad gan Age Cymru yn 2011¹²⁰ y gall diffyg toiledau cyhoeddus gyfyngu ar weithgareddau cymdeithasol pobl hŷn, gan arwain at ddirywiad mewn ansawdd bywyd. Mae darparu digon o doiledau cyhoeddus glân yn ffactor o bwys yng nghanllawiau Sefydliad Iechyd y Byd ar ddinasoedd sy'n gyfeillgar i oed¹¹⁷. Mae costau sylweddol ynghlwm wrth osod a chynnal a chadw toiledau cyhoeddus, ond mae awdurdodau lleol wedi cael eu hannog i werthuso'r costau llawn a manteision darparu toiledau cyhoeddus yng nghyd-destun y Deyrnas Unedig¹²¹.

Tai a chartrefi sy'n gyfeillgar i oed

Mae tai yn elfen bwysig wrth fynd i'r afael ag arwahanrwydd ac unigrwydd, ac mae'n sylfaen i alluogi pobl hŷn i fyw bywydau llawn ac annibynnol¹²². Fel grŵp o bobl, mae pobl hŷn yn fregus gan y gallant gael damweiniau yn eu cartrefi ac o amgylch eu cartrefi¹²³ wrth i'w gallu ddirywio, a bydd angen mwy o ofal a chyfarpar arnynt yn eu cartrefi¹²⁴. Mae gan Gymru bolisi o geisio caniatáu i bobl heneiddio gartref wrth ddarparu tai i bobl hŷn, gan annog pobl hŷn i fyw'n annibynnol yn eu cartrefi eu hunain tan y bydd angen eu hadleoli mewn cartref preswyl⁶⁵. Gall pobl hŷn ddewis aros gartref gyda gofal, neu ddewis symud, ac fe'u cefnogir i wneud y dewis iawn¹²². Mae'r dewisiadau o ran tai yn amrywio o dai anghenion cyffredinol gyda neu heb rywfaint o gymorth (e.e. addasiadau, teleofal) i dai gwarchod, tai gofal

4. Tai a byw'n annibynnol mewn Cymru sy'n gyfeillgar i oed s

ychwanegol a chartrefi nyrsio a gofal preswyl. Mae rhywfaint o fodolau cydgynhyrchu a chyd-drigo yn cael eu datblygu hefyd⁶⁵.

Mae tai gwarchod yn un o'r opsiynau ar gyfer tai â chymorth, lle gall pobl hŷn fyw mewn byngalos neu fflatiau, a'r holl gynnal a chadw allanol yn cael ei wneud ar eu rhan. Fel arfer bydd llinell ofal i'w ffonio mewn argyfwng a warden yn byw naill ai ar y safle neu oddi arno¹²⁵ (gweler Blwch 4.2).

Ers 2002, mae Llywodraeth Cymru wedi datblygu model cymdeithasol o anabled¹²⁶, ynghyd â datblygu mwy o ymwybyddiaeth o rôl bosibl tai cynhwysol wrth alluogi pobl hŷn (llawer ohonynt yn fregus neu'n byw gyda chlefyd cronig neu anabled) i fyw'n annibynnol yn y gymuned. Mae grŵp arbenigol ar dai wedi argymhell y dylai llywodraeth Cymru chwilio am ffyrdd i ddatblygu tai'r farchnad sydd ar rent neu ar werth er mwyn ateb anghenion tai poblogaeth sy'n heneiddio, gan sicrhau'r cyfraniad mwyaf pobl gan y sector hwn¹²². Bydd camau fel hyn yn arwain at ddarparu cyflenwad mwy o dai addas ac yn rhoi mwy o ddewis o lety a ffyrdd o fyw sy'n ateb anghenion amrywiol y boblogaeth sy'n heneiddio yng Nghymru. Mae Llywodraeth Cymru yn gwario tua £50 miliwn y flwyddyn ar addasu cartrefi pobl hŷn a phobl anabl, gan eu helpu i fyw'n ddiogel ac yn annibynnol¹⁶. Gall gwneud mân addasiadau i'r cartref osgoi'r angen i fynd â rhywun i'r ysbyty, neu fe allai helpu'r rheini sydd yn yr ysbyty i gael eu rhyddhau'nt gynt. Mae ymchwil a wnaed ar ran y Swyddfa dros Faterion Anabled yng Nghymru wedi dangos bod rhoi cymorth i bobl anabl fyw'n annibynnol yn fwy cost-ffeithiol na darparu gofal traddodiadol, neu o leiaf nad yw hynny'n fwy drud¹²⁷.

Gall darparu gofal yn y cartref i bobl sydd ag anghenion isel i gymedrol osgoi'r angen am ofal cartref mwy dwys (a drud), gofal preswyl, neu ofal yn yr ysbyty yn y dyfodol. Os cynigir gofal priodol yn y cartref, yna ceir cyfleoedd i wneud arbedion mewn gofal iechyd, a hynny drwy leihau'r defnydd o adnoddau gofal ysbyty (e.e. llai o ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys, llai o gyfnodau yn yr ysbyty a chyfnodau byrrach yn yr ysbyty). Mae potensial i awdurdodau lleol arbed arian drwy alluogi pobl hŷn i aros yn y gymuned, yn hytrach na thalu am gyfnod mewn lleoliad preswyl. Mae pobl hŷn sy'n cael gofal gartref yn fwy tebygol o gael sgoriau seicolegol uwch, a hynny am gost cymharol isel am bob uned o gynnydd¹²⁸. Serch hynny, prin iawn yw'r dystiolaeth economaidd sy'n ymwneud â'r cyd-destun gofal cartref yn y Deyrnas Unedig²⁸⁶. Mae NICE yn dweud bod angen rhagor o dystiolaeth economaidd yn hyn o beth, yn enwedig o ran gwerthuso pecynnau gofal cartref dwys yn y Deyrnas Unedig, gwasanaethau teleiechyd a roddir fel rhan o ofal cartref, a chymorth arbenigol yn y cartref ar gyfer dementia.

Blwch 4.2 Gofal cartref: darparu gofal personol a chymorth ymarferol i bobl hŷn sy'n byw yn eu cartrefi eu hunain [NG21, 2015]¹²⁸

Gallai gohirio mynd i ofal preswyl am ddim ond blwyddyn drwy addasu cartrefi arbed £34,381.85† y person¹³⁰. Mae addasiadau i'r cartref yn cynnwys toiledau a chawodydd wedi'u haddasu, cyfarpar codi a systemau gwresogi newydd. Mae Llywodraeth Cymru'n cefnogi 'Gofal a Thrwsio Cymru', sef corff elusennol cenedlaethol sy'n helpu pobl hŷn i fyw mewn cartrefi a chymunedau sy'n addas i'w hanghenion²⁶. Mae Rhaglen Addasiadau Brys Gofal a Thrwsio Cymru yn golygu bod modd ymateb yn gyflym er mwyn addasu cartrefi pobl hŷn, gan leihau achosion o orfod mynd i'r ysbyty a helpu pobl i gael eu rhyddhau'n effeithlon o'r ysbyty. Am bob £1 a fuddsoddir yn Gofal a Thrwsio mae £7.50 o arbedion i'r trethdalwr¹⁷. Mewn arolwg, dywedodd 4,472 (14%) o'r cleientiaid na fyddent wedi gallu aros yn eu cartrefi eu hunain heb gymorth Gofal a Thrwsio, a dywedodd 6,191 fod Gofal a Thrwsio wedi gwella'u hannibyniaeth. Pobl dros 75 oed oedd dros 64% o gleientiaid gwasanaethau Gofal a Thrwsio, ac roedd 26% o'r holl gleientiaid a gafodd gymorth dros 85 oed¹⁷.

Gall adeiladau sydd wedi'u dylunio'n arbennig ar gyfer pobl hŷn gynnwys nodweddion fel panel gwydr o boptu'r drws ffrynt a stribedyn lliw arno i helpu pobl sydd â dementia i adnabod eu cartrefi eu hunain, basgedi i ddal y post rhag syrthio i'r llawr, tyllau sbio yn y drysau, coridorau yn y fflatiau sy'n ddigon mawr i sgwters a sydd â phwyntiau trydan. Efallai y bydd gan adeiladau newydd o'r fath fannau storio canolog ar gyfer cyfarpar. Serch hynny, gall cost fflatiau o'r fath fod yn uchel ac mae angen ystyried pa mor gost-ffeithiol ydynt¹³¹.

Yng Nghymru, er bod y risg y bydd pobl hŷn mewn tloedi wedi gostwng dros y 15 mlynedd diwethaf, amcangyfrifir bod o hyd 84,000 o bobl hŷn yn byw mewn tloedi, gyda 50,000 o'r rheini mewn tloedi 'difrifol'¹³¹. Mae hyn yn golygu incwm wythnosol o £188.53† neu lai¹³³. Mae cynnydd mewn prisiau tanwydd, effeithlonrwydd ynni gwael mewn nifer o gartrefi, y cymhlethdod o newid cyflenwyr ynni ac incwm isel yn golygu bod amcangyfrif o 140,000 o aelwydydd pobl hŷn yn wynebu tloedi tanwydd, gan effeithio ar tua 360,000 o bobl hŷn²⁶. Mewn rhannau gwledig o Gymru'n enwedig, mae pobl hŷn sy'n byw mewn cartrefi sydd â waliau solet yn hytrach nag waliau ceudod, a'r rheini nad ydynt wedi'u cysylltu â'r prif gyflenwad nwy, yn fwy tebygol o ddiodef o dlodi tanwydd, yn sgil byw ar incwm sefydlog a chostau cynhesu cartrefi drwy olew a thanwyddau solet^{132,134}.

Dywedir mai'r gallu i dalu biliau ynni yw prif bryder pobl hŷn, gyda thros draean yr aelwydydd lle mae'r bobl sy'n byw ynddynt wedi ymddeol yn gwario llai ar fwyd, gwresogi a gweithgareddau cymdeithasol o ganlyniad i hynny¹³². Ceir rhywfaint o dystiolaeth gref bod cysylltiad rhwng dirywiad yng nghyflwr tai pobl a dirywiad yn eu hiechyd¹³⁵. Mae'r risgiau o ddamweiniau ac anabledd posibl yn lleihau pan fydd cartrefi wedi'u haddasu'n briodol²⁶. Diffinnir marwolaethau ychwanegol y gaeaf fel marwolaethau'r gaeaf heb gyfartaledd y marwolaethau y tu allan i'r gaeaf. Roedd 24,300 o farwolaethau ychwanegol y gaeaf yng Nghymru a Lloegr yn 2015/16. Roedd y rhan fwyaf o'r bobl a fu farw yn 85 oed a hŷn^{133,136}. Mae'r ddadl economaidd dros wella tai i grwpiau risg uchel o bobl dros 65 oed wedi'i hamlinellu yng nghanllawiau NICE ar farwolaethau ychwanegol y gaeaf (gweler Blwch 4.3).

Yn ôl Age UK, yn 2012, amcangyfrifwyd mai tua £1.26 biliwn y flwyddyn oedd y gost yn sgil y ffaith bod pobl yn byw mewn cartrefi rhy oer, a hynny o ran y galw am ofal iechyd (gofal sylfaenol ac eilaidd) a gwasanaethau gofal cymdeithasol. Mae Age UK yn credu y byddai gweithredu canllawiau NICE¹⁸ ynghylch y risgiau i iechyd sy'n gysylltiedig â chartrefi oer yn lleihau'r galw hwn a'r gost.

Mae gwella tai drwy ddarparu gwres a inswleiddio i grwpiau risg uchel o bobl dros 65 oed (h.y. pobl hŷn sydd â chlefyd rhwystrol cronig yr ysgyfaint neu glefyd y galon) yn gost-effeithiol o safbwynt y gwasanaeth iechyd (gan ragdybio nad y sector iechyd sy'n talu'n llawn am gostau ymarferol gwneud gwaith ar yr adeilad). Mae'r modelu economaidd hefyd yn dangos, mewn rhai achosion, y gellid cyfiawnhau holl gostau'r ymyriad ar sail y manteision iechyd yn unig¹⁸. Mae'r gwaith modelu economaidd a oedd yn sail i'r canllawiau hyn yn dangos bod dull penodol o dargedu buddsoddiad (gan ganolbwyntio ar raglenni sy'n targedu cartrefi lle mae'r effeithlonrwydd ynni yn isel, a phobl yn wynebu risg o fod yn sâl) yn fwy cost-effeithiol na dull ehangach o ymyrryd (gyda'r rhaglenni'n rhai ar gyfer yr holl gartrefi lle mae pobl yn wynebu risg o fod yn sâl).

Dywed y canllawiau ymhellach: "Fuel subsidies are less cost effective than home energy efficiency measures, but the former may be more suitable over shorter time frames. That's because they avoid a large capital investment cost for people who may have a comparatively short life expectancy, or who expect to move home in a comparatively short period. Quantification of the risks and benefits associated with home energy efficiency and fuel subsidy interventions is based on a model involving a complex chain of assumed causal links. For some of those links, the evidence base is limited and the results should, therefore, be interpreted as indicative only."¹⁸

Blwch 4.3 Salwch a marwolaethau ychwanegol y gaeaf a'r risgiau iechyd sy'n gysylltiedig â chartrefi oer: y dystiolaeth economaidd [NG6, 2015]¹⁸

Ailalluogi

Mae ailalluogi wedi'i ddiffinio fel gwasanaethau i bobl sydd ag iechyd corfforol neu iechyd meddyliol gwael. Y nod yw eu helpu i ymdopi â'u salwch drwy ddysgu neu ailddysgu'r sgiliau y mae eu hangen ar gyfer byw o ddydd i ddydd, tud. 8¹¹⁴. Mae ailalluogi yn enghraifft o wasanaeth ataliol sy'n ceisio mynd

4. Tai a byw'n annibynnol mewn Cymru sy'n gyfeillgar i oed

i'r afael â phethau cyn iddynt ddigwydd. Gall hynny arwain at arbedion i'r gwasanaethau a fyddai wedi gorfod delio â'r goblygiadau¹³⁷. Mae'r achos economaidd dros ailalluogi yn cael ei ddisgrifio ymhellach ym Mlwch 4.4.

Gwelwyd bod ailalluogi yn ffordd gost-effeithiol o leihau costau gwasanaethau, gan ei fod yn gwella canlyniadau pobl ac yn lleihau, yn gohirio neu'n osgoi'r angen am ofal iechyd a gofal cymdeithasol.¹³⁷ Yng Nghymru, caiff gwasanaethau ailalluogi eu cyllido naill ai drwy wariant awdurdodau lleol neu drwy gyllidebau'r byrddau iechyd (a thrwy gydweithio a chyd-gyllido mewn rhai achosion), yn dibynnu ar flaenoriaethau'r awdurdodau lleol a'r byrddau iechyd¹³⁸.

Blwch 4.4 Briff ymchwil SCIE 36: Ailalluogi: llwybr cost-effeithiol i sicrhau canlyniadau gwell¹³⁷

Mae gwasanaeth cymorth cartref y Groes Goch Brydeinig, sy'n cael ei ddarparu mewn rhannau o Gymru, yn cynnwys gweithgareddau fel helpu pobl i ddychwelyd gartref ar ôl cyfnod yn yr ysbyty, sicrhau eu bod yn cymryd eu meddyginiaeth, ac yn fwy cyffredinol, helpu pobl drwy ail-feithrin eu hyder a'u hannibyniaeth¹³⁹. Gall y rhaglen ddarparu arbedion cost o £880 y person, yn sgil gostyngiad mewn anghenion gofal a chymorth¹⁴⁰.

I bobl hŷn sy'n ddall ac yn rhannol ddall, ystyrir bod ymyrryd drwy adsefydlu yn wasanaeth ailalluogi hollbwysig. Mae'n arwain at arbedion wrth sicrhau nad yw pobl yn colli'u annibyniaeth ac yn gorfod dibynnu ar wasanaethau eraill, a hynny drwy helpu pobl sydd angen dysgu set newydd o sgiliau fel ymolchi, gwisgo, paratoi prydau, symud o amgylch y tŷ'n ddiogel, a gofalu am eiddo¹⁴¹.

Mewn arolwg o fyrddau iechyd Cymru, canfuwyd bod gwasanaethau ailalluogi yn canolbwyntio'n bennaf ar wella iechyd corfforol a symudedd, a chymharol brin oedd y pwyslais ar fanteision ymyriadau cymdeithasol. Mae ailalluogi yn rhoi manteision economaidd hirdymor drwy ymyrryd yn y tymor byr, ond mae angen buddsoddiad digonol er mwyn gallu datblygu gwasanaethau addas ac effeithiol¹⁴⁰. Mae'n werth nodi bod gwahanol fyrddau iechyd drwy Gymru yn defnyddio'r termau ailalluogi, gofal canolraddol a galluogi yn gyfystyr â'i gilydd¹³⁸.

Teleiechyd

Mae gofal sy'n cael ei ddarparu drwy dechnoleg yn rhan o strategaeth Llywodraeth Cymru ar gyfer iechyd a gofal cymdeithasol^{4,142}. Mae gwasanaethau teleiechyd, telefyddyginiaeth a theleofal dros y ffôn neu drwy fideogynadledda yn cael eu darparu drwy Gymru¹⁴³. Serch hynny, o ran fideogynadledda, ceir diffyg ystafelloedd addas mewn rhai byrddau iechyd, fel Hywel Dda, Powys a Betsi Cadwaladr yn y gogledd. Ystyrir bod hyn yn rhwystr i'r timau ailalluogi. Mae mwy o gyfle i ddatblygu teleiechyd yng Nghymru er mwyn lleihau'r angen i deithio i'r ysbyty, a hynny drwy roi mwy o ofal cartref neu ofal lleol yn y gymuned. Gallai hyn leihau'r costau i gleifion a gofalwyr. Serch hynny, mae rhwystrau wrth geisio sicrhau bod fideogynadledda yn gost-effeithiol. Yn eu plith mae'r costau gosod a gweinyddu; y cysylltiad rhyngwyd yng nghartref y claf; a gallu digidol y person hŷn, a fydd o bosibl yn ffafrio cyswllt wyneb yn wyneb. Gall teleofal roi ystod o fathau gwahanol o gymorth, gan gynnwys cymorth i bobl sydd â dementia, cymorth i atal disgyn a chymorth i wneud y cartref yn ddiogel. Mae 'teleofal' yn gymharol rhad (amcangyfrifir ei fod yn costio £43 y person bob wythnos) a gellir rhoi mwy ohono pan fydd angen¹⁴⁴. Mae arbedion cost posibl o hyd at £400 y person bob wythnos wrth ddefnyddio teleofal yn y cartref o'i gymharu â chost gofal preswyl¹⁴⁴.

Cyfyngedig o ran nifer ac ansawdd yw'r gwerthusiadau economaidd sy'n edrych ar effaith buddsoddi mewn teleofal a theleiechyd, yn enwedig yn y Deyrnas Unedig¹⁴⁵⁻¹⁴⁷. Ceir rhywfaint o dystiolaeth gref y gall teleofal fod yn gost-effeithiol ymhlith grwpiau penodol o oedolion sydd â chyflyrau cronig (e.e. clefydau cardiofasgwlaidd)¹⁴⁸ ac fel strategaeth i helpu pobl sydd newydd gael eu rhyddhau o'r ysbyty ar ôl cael trawiad ar y galon¹⁴⁹. Serch hynny, mae'r dystiolaeth economaidd fwyaf cynhwysfawr ynghylch teleofal yn y Deyrnas Unedig yn dangos ei fod yn annhebygol o fod yn gost-effeithiol o'i gymharu â gofal arferol ar ei ben ei hun¹⁵⁰.

5. Atal unigrwydd ac arwahanrwydd cymdeithasol



5. Atal unigrwydd ac arwahanrwydd cymdeithasol

Yn y Deyrnas Unedig, mae llawer o bobl hŷn yn byw mewn arwahanrwydd cymdeithasol, gyda'r rheini sydd dros 65 oed ddwywaith yn fwy tebygol na grwpiau eraill o dreulio dros 21 awr y dydd ar eu pennau'u hunain¹⁵¹. Yng Nghymru, amcangyfrifir bod 17% o bobl hŷn yn unig, a thrwy'r Deyrnas Unedig mae'r ffigurau hyn yn cynyddu'n sylweddol gydag oedran, gyda 63% o'r rheini sy'n 80 oed a hŷn yn dweud eu bod yn unig²⁰. Mae cysylltiad cryf rhwng arwahanrwydd cymdeithasol ac unigrwydd ar y naill law a chanlyniadau iechyd meddyliol a chorfforol gwael ar y llaw arall¹⁵² (gweler blychau 5.1 -5.3 isod). Mae pobl sy'n dioddef o hyn yn fwy tebygol o fod angen cymorth iechyd a gofal ychwanegol. Er enghraifft, mae pobl hŷn sy'n unig 3.5 gwaith yn fwy tebygol o orfod cael gofal preswyl yn gynnar¹⁵³. Mae unigrwydd yn effeithio'n sylweddol ar adnoddau'r sector cyhoeddus, gyda chyfraddau sylweddol uwch o ymweliadau â'r meddyg, cyfnodau yn yr ysbyty ac ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys ymhlith y rheini sy'n unig na'r rheini sy'n dweud nad ydynt byth yn unig^{56,153,154}.

Unigrwydd ac iechyd meddwl

Mae pobl hŷn sy'n dioddef o unigrwydd yn fwy tebygol o brofi iselder^{155,156}. Mae cysylltiad hefyd rhwng unigrwydd a diffyg rhyngweithio cymdeithasol a risg uwch o hunanladdiad wrth heneiddio¹⁵⁷.

Unigrwydd a dirywiad gwybyddol

Ceir tystiolaeth gref fod pobl hŷn sy'n unig yn wynebu risg uwch o ddirywiad gwybyddol^{158,159} ac maent 64% yn fwy tebygol o ddatblygu dementia clinigol¹⁶⁰.

Unigrwydd ac iechyd corfforol gwael

Mae unigrwydd yn cynyddu'r tebygolrwydd o farwolaeth gynnar 26%^{161,162}. Mae modd cymharu effaith unigrwydd ar iechyd corfforol ag effaith ffactorau sy'n hysbys fel gordewdra, a cheir tystiolaeth gref i awgrymu ei fod yn cael dylanwad debyg i ysmegu sigarennau²¹. Ceir tystiolaeth go gadarn bod cysylltiad rhwng unigrwydd a risg uwch o ddatblygu cyflyrau corfforol cronig fel diabetes, clefyd coronaidd y galon a strôc^{163,164}.

Blychau 5.1 – 5.3: Effaith unigrwydd ar iechyd meddyliol, gwybyddol a chorfforol

Gall iechyd gwael hefyd fod yn un o achosion anuniongyrchol unigrwydd, yn enwedig pan fydd iechyd gwael yn arwain at lai o ryngweithio cymdeithasol a llai o gyfrannu at gymdeithas, ffactorau y mae cysylltiad cryf rhyngddynt ac unigrwydd wrth heneiddio¹⁶⁵. Gwelwyd bod rhwydweithiau cymdeithasol cryf yn ffactorau o bwys wrth warchod gwydnwch seicolegol a gwybyddol pobl^{162,166-168} a cheir tystiolaeth sylweddol y gall rhwydweithiau cymdeithasol haneru'r risg o farwolaeth cyn pryd²¹. Mae'r rheini sy'n llunio polisi yn annog cynlluniau iechyd ataliol ar gyfer pobl hŷn gyda'r nod o leihau morbidrwydd, gwella ansawdd bywyd a chyfyngu ar ddibyniaeth pobl ar wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol costus^{66,151,169-173}. Gall unigrwydd hefyd gael effaith negyddol ar iechyd meddyliol a chorfforol gofalmwr, gan arwain at gynnydd mewn gwariant ariannol a llai o gyfleoedd i'r gofalmwr eu hunain ryngweithio'n gymdeithasol^{38,174}.

Dywedir bod cynnal llesiant meddyliol ac annibyniaeth pobl yn fanteisiol i bawb yn y maes iechyd cyhoeddus **[gweler yr eirfa]**¹⁹. Mae Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru wedi cydnabod bod unigrwydd ac arwahanrwydd cymdeithasol yn bryder o bwys yn y maes hefyd¹⁷⁵. Mae unigrwydd ymhlith dynion yn enwedig yn broblem gynyddol yng Nghymru¹⁷⁶. Nodwyd mai dynion hŷn yng Nghymru

yw'r grŵp mwyaf unig drwy'r Deyrnas Unedig gyfan a gallai ymyrryd yn gynnar i atal unigrwydd fod o'r budd mwyaf i'r rhain^{20,175}. Mae'r sefyllfa bresennol, o ran y cyfraddau unigrwydd uchel yng Nghymru, anfforddiadwy i'r GIG ac i wasanaethau gofal cymdeithasol^{22,23}. Mae gwaith ataliol yn allweddol er mwyn mynd i'r afael â'r broblem hon, ac mae hynny'n galw am ymdrech ragweithiol ar y cyd gan yr holl asiantaethau a'r cyrff cyhoeddus sy'n ymwneud â llesiant pobl hŷn. Mae costau a buddion atal unigrwydd yn berthnasol i nifer o sectorau a sawl elfen mewn cymdeithas, ac felly mae angen ymateb aml-asiantaeth [**gweler yr eirfa**] gan y sector cyhoeddus a phreifat ill dau²⁴. Rhaid i'r ymateb 'system gyfan' hwn i unigrwydd hefyd roi sylw i nifer o'r rhwystrau cymdeithasol y mae pobl hŷn yn eu hwynebu, fel prinder amgylcheddau hygyrch sy'n gyfeillgar i oed, yn enwedig o ran pethau ymarferol iawn fel trafndiaeth a thoiledau³². Gweler Blwch 5.4.

Gwelwyd bod helpu pobl hŷn i aros yn annibynnol ac yn iach yn feddyliol wedi bod yn fuddiol a'i fod yn arbed arian wrth gyflwyno ymyriadau i osgoi unigrwydd a gwella ansawdd bywyd¹⁷⁷. Ceir tystiolaeth gref o'r Deyrnas Unedig sy'n dangos y gall ymyriadau canu yn y gymuned helpu i gynnal a gwella ansawdd bywyd sy'n gysylltiedig ag iechyd meddwl, ac maent yn debygol o fod yn gost-effeithiol (o'u cymharu â gweithgareddau arferol) i bobl 60 oed a hŷn¹⁷⁸. Yng Nghymru, mae corau 'Canwch gyda ni' Gofal Canser Tenovus wedi cael eu sefydlu yn y de, y canolbarth a'r gogledd, ac maent yn dod â phobl o bob oed ynghyd gan gynnwys nifer o bobl hŷn sydd wedi bod yn gleifion canser, sydd wedi goroesi canser, sydd wedi gofalu am gleifion canser, neu sydd wedi cael profedigaeth yn sgil canser¹⁷⁹. Er nad yw cost-effeithiolrwydd hyn wedi'i werthuso hyd y gwyddom ni, mae'r corau 'Canwch gyda ni' yn enghraifft o fodel cyllido ar y cyd gyda'r cyfranogwyr yn talu £2 bob wythnos a hynny'n helpu i dalu am gostau darparu'r rhaglen.

Gan adleisio galwad y Sefydliad Gofal Cymdeithasol er Rhagoriaeth (SCIE) am gynnwys mwy o ddulliau mesur costau mewn gwaith ymchwil ar unigrwydd yn y dyfodol¹⁸⁰, mae NICE yn pwysleisio bod angen rhagor o ymchwil economaidd yn y maes hwn, yn enwedig o ran:

- 1 Edrych ar ba mor gost-effeithiol yw ymyriadau yn y Deyrnas Unedig sy'n ceisio amddiffyn grwpiau o bobl hŷn sydd â risg o wynebu mwy o arwahanrwydd cymdeithasol, llai o annibyniaeth a gwaeth llesiant meddyliol;
2. Canfod y ffactorau allweddol sy'n ymwneud â'r 'rôl gydlynol leol' er mwyn sicrhau'r gwerth gorau am arian wrth hyrwyddo llesiant ac annibyniaeth pobl hŷn;
3. Edrych ar ba mor gost-effeithiol yw ymyriadau ataliol ar gyfer grwpiau canol oes sy'n wynebu'r risg fwyaf o brofi iechyd meddwl gwael yn ddiweddarach yn eu bywydau.

Mae angen cyllid o ffynonellau presennol er mwyn darparu gweithgareddau i bobl hŷn. Gellid talu costau o arbedion a wneir drwy leihau nifer yr apwyntiadau â meddygon teulu sy'n gysylltiedig ag achosion o ddisgyn, diabetes, strôc, clefyd coronaidd y galon, iselder a dementia.

Blwch 5.4 Canllawiau NICE ar annibyniaeth a llesiant meddyliol pobl hŷn – y dystiolaeth economaidd [NG32, 2015]¹⁸¹



Ymyriadau effeithiol a chost-effeithiol i atal unigrwydd ac arwahanrwydd cymdeithasol

Ceir ystod eang o ymyriadau i fynd i'r afael ag arwahanrwydd cymdeithasol neu unigrwydd, gan gynnwys ymyryd un-i-un, gweithgareddau grŵp ac ymgysylltu ehangach yn y gymuned¹⁸². Nid oes consensws ynghylch pa fath o ymyriad yw'r mwyaf effeithiol na pha sector a ddylai fod yn gyfrifol am ddarparu'r ymyriad hwnnw^{170,180,182}. Er bod llenyddiaeth helaeth yn bodoli i ddangos y cyfleoedd sydd i fuddsoddi mewn camau i atal arwahanrwydd cymdeithasol ac unigrwydd, fel rhaglenni cyfeillgarwch, cyfyngedig yw'r dystiolaeth economaidd am ba mor gost-effeithiol yn gymharol yw'r rhain^{36,180}.

Amcangyfrifir y gallai camau ymyrryd effeithiol fel rhaglenni cyfeillgarwch i atal unigrwydd a lleihau'r defnydd o wasanaethau cyhoeddus yn y dyfodol arwain at arbedion cymharol isel yn ystod oes rhywun o hyd at £2,075.40†¹⁵³. At hynny, yn ôl adroddiadau interim gan y London School of Economics, a'r rheini'n defnyddio dull modelu dadansoddi penderfyniadau i edrych ar gost hirdymor unigrwydd, amcangyfrifir y gellid arbed tua £7.2 miliwn† dros ddeg mlynedd drwy atal unigrwydd¹⁸³.

Mae gan gamau ymyrryd effeithiol i atal unigrwydd, a'r rheini'n cael eu gweithredu'n gywir [**gweler yr eirfa**] ac ar y raddfa iawn, y potensial i arwain at arbedion cost ar draws y sector cyhoeddus^{32,153,183}. Ceir enghreifftiau o'r rhaglenni hyn yn y paragraffau nesaf. Modelodd McDaid a chydweithwyr effeithiau lleihau unigrwydd gan amcangyfrif y byddai modd arbed £1,700 y person dros gyfnod o 10 mlynedd. Byddai'r arbedion hyn yn deillio o osgoi rhoi gofal ysbyty heb ei gynllunio a llai o ymweliadau â meddygon teulu. Amcangyfrifwyd y gallai rhagor o arbedion cost ddeillio o osgoi'r angen am wasanaethau dementia¹⁸³. Yn gyffredinol, gall gweithgareddau grŵp i leihau unigrwydd ymhlith pobl hŷn fod yn fwy cost-effeithiol nag ymyriadau un-i-un i hyrwyddo iechyd, yn ôl y diffiniad ohonynt (gan eu bod yn costio llai ar gyfer pob person), ac mae rhywfaint o dystiolaeth i awgrymu y gallant fod yn fwy llwyddiannus fel camau i atal unigrwydd o'u cymharu â chymorth unigol¹⁸². Cafwyd tystiolaeth gref, wedi'i seilio ar dreialon mewn astudiaeth yn y Ffindir, yn dangos bod gweithgareddau grŵp cymdeithasol yn gallu lleihau arwahanrwydd ac unigrwydd ymhlith pobl hŷn, ond yn ogystal â hynny yn gallu gwella llesiant a gallu gwybyddol, a'u bod yn gost-effeithiol¹⁸⁴. Drwy adolygu'r llenyddiaeth ar y dystiolaeth economaidd ynghylch camau ymyrryd i leihau unigrwydd ymhlith grwpiau oedran hŷn, mae'r ymyriadau canlynol yn cael sylw isod:

Rhaglenni cyfeillgarwch

Gall ymyriadau sy'n canolbwyntio ar gyfeillgarwch fod yn hynod gost-effeithiol a gallant hefyd arwain at arbedion net i gymdeithas³³. Mae'r rhain fel arfer yn cael eu darparu gan sefydliadau gwirfoddol neu gymunedol, ac yn golygu gweithgareddau cyfeillgarwch un-i-un³⁸. Gellir eu darparu am gost cymharol isel (tua £105.90† y person bob blwyddyn) gan arwain at wella ansawdd bywyd a chyfraddau iselder is, a gallant arwain hefyd at arbedion wrth wario ar adnoddau iechyd a gofal cymdeithasol³⁸.

Gall rhaglenni cyfeillgarwch dros y ffôn fod yn effeithiol er mwyn lleihau arwahanrwydd cymdeithasol ymhlith pobl hŷn a gellir darparu hyn am gost isel^{37,185}. Mae rhai wedi awgrymu y gall telegynadledda fod yn strategaeth gost-effeithiol i leihau unigrwydd a chynyddu rhyngweithio cymdeithasol, yn enwedig mewn ardaloedd anghysbell yn ddaeryddol³⁷ ond nid oedd modd canfod unrhyw werthusiad economaidd i asesu'r dystiolaeth hon ymhellach. Yn fwy diweddar, mae treialon rhaglenni cyfeillgarwch dros y ffôn wedi dangos bod rhwystrau wrth recriwtio a chadw gwirfoddolwyr i wneud y galwadau, a gall hyn olygu y byddai heriau wrth roi rhaglen o'r fath ar waith yn llwyddiannus¹⁸⁶.

Mae targedu grwpiau risg yn fwy tebygol o fod yn fwy effeithiol nag ymyriadau i'r holl bobl hŷn (e.e. pobl hŷn sy'n cael eu rhyddhau o'r ysbyty, pobl sy'n byw ar eu pennau'u hunain, gofalwyr, y rheini sydd wedi cael profedigaeth yn ddiweddar)³² a gallai olygu mwy o adenillion ar y buddsoddiad³⁸.

Gall rhaglenni i gyfoethogi cyfeillgarwch ymhlith menywod fod yn effeithiol er mwyn gwella iechyd, a gallant arbed costau. Efallai mai nad y gwasanaeth iechyd fydd o anghenraid yn darparu'r rhaglenni hyn (er mai'r gwasanaeth iechyd fydd yn elwa), ond yn hytrach sefydliadau gwirfoddol neu gymunedol. Wrth ymyrryd am gost isel (£77 – £120 y person bob blwyddyn), amcangyfrifir bod cyfanswm yr arbedion cost i'r gwasanaeth iechyd yn £391 am bob unigolyn, a bod 0.035 o flynyddoedd bywyd o ansawdd da wedi'u haddasu (QALYs) [gweler yr eirfa] yn cael eu hennill gan bob unigolyn (yn cyfateb i fymryn o dan bythefnos o ansawdd bywyd ychwanegol llawn sy'n gysylltiedig ag iechyd)¹⁸⁷. Mae'r amcangyfrifon hyn o'r arbedion yn cyfateb i adenillion o £5.10 am bob £1 a gaiff ei gwario³³.

Gall rhaglenni sy'n dod a'r cenedlaethau ynghyd arwain at fanteision i'r naill ochr a'r llall, gan y gall pobl hŷn fwynhau ymwneud â phlant, tra gall plant feithrin hyder, sgiliau iaith a gwerthfawrogiad o oedolion hŷn²⁸⁻³⁰. Mae'r dystiolaeth ryngwladol o raglenni sy'n pontio'r cenedlaethau yn dangos y gallai rhoi cyfleoedd i bobl hŷn helpu plant i ddysgu drwy addysg gymdeithasol fod yn gost-effeithiol,

5. Atal unigrwydd ac arwahanrwydd cymdeithasol

ac y gallai hyn hyd yn oed arbed costau³¹. Gallai rhannu cyfleusterau a gorbenion drwy raglenni sy'n pontio'r cenedlaethau fod yn ffordd synhwyrol yn economaidd o sicrhau manteision i'r naill ochr a'r llall, fel lleihau unigrwydd ymhlith pobl hŷn a gwella sgiliau cymdeithasol plant⁷⁹.

Rhaglenni gyda chymorth technoleg

Mae technolegau cyfathrebu fel e-bost a thechnoleg galwadau fideo fel Skype yn gallu golygu bod cadw mewn cysylltiad yn haws pan fydd plant sydd wedi tyfu'n byw ymhell, neu pan fydd oedolion hŷn yn byw mewn ardaloedd mwy gwledig²⁰, cyn belled â bod band eang ar gael. Cymysg yw'r dystiolaeth o werth posibl technolegau newydd wrth atal unigrwydd, ond gall rhoi hyfforddiant ar ddefnyddio'r rhyngwrwd fod yn ffordd gost-effeithiol o helpu a galluogi pobl hŷn i gynnal cysylltiadau cymdeithasol da, yn enwedig pobl hŷn sy'n byw mewn cymunedau gwledig iawn^{32,33}. Mae hyn yn berthnasol i ni yng Nghymru. Serch hynny, gall dibynnu ar dechnoleg fodern i gyfathrebu hefyd effeithio'n negyddol ar iechyd a llesiant pobl hŷn, gan na fyddant yn ymwneud cymaint â phobl wyneb yn wyneb, a chan y gallai fod llai o resymau ganddynt dros adael y tŷ (os ydynt yn gallu gwneud hynny)¹⁸⁸.

Gall defnyddio'r rhyngwrwd leihau unigrwydd a helpu pobl hŷn i gynnal cysylltiadau cymdeithasol, yn enwedig ymhlith oedolion sy'n byw mewn cymunedau byw â chymorth a byw'n annibynnol¹⁸⁹. Gall ymyriadau i roi hyfforddiant grŵp ar y rhyngwrwd a chyfrifiaduron fod yn gost-effeithiol, gyda'r amcangyfrif o'r gost ar gyfer pob QALY yn £16,238.99^{†33}, sydd yn is na'r trothwy uchaf o £20,000 - £30,000 ar gyfer pob QALY a argymhellir gan NICE¹⁹⁰. Dangosodd rhaglen SeniorNet Plymouth bod pobl hŷn yn gwerthfawrogi cael help i ddefnyddio'r rhyngwrwd yn fwy na sawl math arall o gymorth ymarferol¹⁹¹. Gall gwerth blynyddol bod ar-lein, felly, fod yn £1,017.35[†] - £1,322.56[†]. Er nad yw'n astudiaeth sy'n edrych ar yr adenillion cymdeithasol llawn ar fuddsoddiad **[gweler yr eirfa]**, mae'n ddiddorol gan ei bod yn dangos pwysigrwydd cymharol helpu pobl hŷn i ddysgu defnyddio'r rhyngwrwd a'r gallu i barhau i ddefnyddio'r rhyngwrwd.

Ymyriadau wedi'u seilio ar y celfyddydau a chrefft

Gall ymyriadau sydd wedi'u seilio ar y celfyddydau fod yn effeithiol wrth leihau unigrwydd gan roi adenillion sylweddol ar fuddsoddiad^{32,34}. Ceir rhywfaint o gefnogaeth dros ddefnyddio'r 'celfyddydau ar bresgripsiwn', sy'n un ffurf ar 'bresgripsiynu cymdeithasol'¹⁹², sef pan fydd meddygon teulu wedi cyfeirio cleifion at brosiectau celfyddydol, gan fod yn ymwybodol o'r effaith gadarnhaol y mae'r rhain yn debygol o'i chael ar ysbryd a mwynhad pobl, a hynny am bris isel iawn; tud. 14¹⁹³. Yn ôl y King's Fund, mae presgripsiynu cymdeithasol yn enghraifft o ddatblygiad arloesol sydd ar ei dwf, gyda'r potensial i leihau'r pwysau ariannol ar ofal sylfaenol yn y GIG¹⁹⁴. 'Presgripsiynu cymdeithasol' yw'r enw a roddir weithiau ar gamau i gysylltu pobl â gwasanaethau cymorth cymunedol a gwasanaethau nad ydynt yn rhai meddygol.

Ar sail yr egwyddor o gydgyhyrchu, sefydlwyd y Craft Café yn ardal Glasgow fel peilot i geisio helpu pobl hŷn a allai wynebu unigrwydd ac arwahanrwydd cymdeithasol, drwy eu galluogi i ailgysylltu â'u cymunedau mewn amgylchedd diogel, cefnogol a chreadigol, a dysgu sgiliau crefftau newydd. Mae'r cynllun hwn wedi'i dreialu'n llwyddiannus mewn ardaloedd sy'n dioddef o amddifadedd lluosog, gan dargedu grwpiau o bobl hŷn a wynebai risg o arwahanrwydd cymdeithasol (e.e. pobl hŷn a oedd yn byw ar eu pennau'u hunain). Mae dadansoddiad o'r adenillion cymdeithasol ar fuddsoddiad wedi amcangyfrif bod gwerth cymdeithasol o £8.27 yn cael ei greu am bob punt o fuddsoddiad³⁴. Bydd ymchwil dan arweiniad Prifysgol Bangor sy'n edrych ar fanteision gweithgareddau celfyddydol i bobl sydd â dementia a'u gofalwyr, a hynny mewn canolfannau yng ngogledd Cymru, gogledd-ddwyrain Lloegr a Derbyshire, yn ceisio canfod faint yw'r adenillion cymdeithasol ar y buddsoddiad yn hyn o beth^{195,196}.

Rhaglenni cymunedol

Mae gan bobl hŷn sy'n byw yng Nghymru ystod eang o ddiddordebau. Er enghraifft, sefydliad rhyngwladol yw Prifysgol y Drydedd Oes (U3A) sy'n weithgar ledled Cymru e.e. mae'n cydlynu

prosiect ar yr arfordir, prosiectau archeoleg ac anthropoleg, ac yn cynnal trafodaethau cymunedol am athroniaeth, gwleidyddiaeth a diwylliant. Mae'r digwyddiadau hyn yn cael eu trefnu gan bobl hŷn ar gyfer pobl hŷn yng Nghymru. Mae U3A ar y cyd â Chynghrair Pobl Hŷn Cymru, y Sefydliad Dysgu a Gwaith, Men's Sheds Cymru, y Brifysgol Agored a'r Gwasanaeth Gwirfoddoli Brenhinol yn trefnu digwyddiadau dysgu a chyflogadwyedd gan gynnwys helpu gyda chynhwysiant digidol. Mae angen gwerthuso rhwydweithiau a chydweithio o'r fath, gan y gallent roi adenillion ar fuddsoddiad, ond nid oes sicrwydd yn y byddent yn gwneud hynny ar hyn o bryd.

Mae tystiolaeth i ddangos y gall gweithgareddau grŵp sydd wedi'u seilio ar ddiddordebau fod yn gost-effeithiol. Gall y rhain helpu pobl i greu ffrindiau a grymuso pobl hŷn. Mae gweithgareddau grŵp yn cynnwys y celfyddydau, grwpiau ysgrifennu, grwpiau ymarfer corff a thrafod iechyd, nofio, hyfforddiant cryfder a dawns¹⁷⁷. Roedd rhaglenni seicogymdeithasol i hyrwyddo gweithgareddau o'r fath wedi arwain at ostyngiad net cymedrig yng nghostau gofal iechyd o £901.36†† y person bob blwyddyn¹⁷⁷, sy'n arbed £59.26†† y person bob blwyddyn.

Cynllun o Awstralia yw Men's Sheds yn wreiddiol, a hwnnw'n rhoi cymorth cymdeithasol i ddynion hŷn sy'n wynebu risg o arwahanrwydd cymdeithasol. Gwelwyd ei fod yn helpu i feithrin hunanhyder drwy alluogi dynion i ddatblygu cyfeillgarwch â dynion eraill³⁵. Mae'r dynion hŷn sy'n rhan o waith y rhaglen yn gwneud hynny fel gwirfoddolwyr neu drwy gymryd rhan mewn gweithgareddau crefftau mewn sied, fel turnio coed. Mae hynny hefyd yn gallu golygu eu bod yn cyfrannu'n ôl i'r gymuned. Mae dadansoddiad economaidd o'r cynllun Men's Sheds cyntaf yn yr Alban yn dangos adenillion ar fuddsoddiad cymdeithasol o £10 am bob £1³⁵. Mae tua 35 o gynlluniau Men's Sheds ar waith yng Nghymru¹⁹⁷.

Mae'n ymddangos bod ymyriadau i atal unigrwydd sy'n helpu i roi ymdeimlad o gymuned a pherthyn i bobl hŷn yn gymorth i hyrwyddo iechyd meddwl da, ac yn gallu bod yn effeithiol wrth atal arwahanrwydd cymdeithasol³². Yng Nghymru, mae'r Gymraeg yn ddiddordeb cyffredin i nifer o grwpiau cymunedol ac mae 'cymdeithasau Cymraeg' sy'n trefnu darlithoedd ar bynciau gwahanol, boreau coffi a phrydau bwyd gyda'r nos yn gyffredin mewn sawl ardal, e.e. Cymdeithas Gymraeg Dinbych. Mae grwpiau aelodaeth fel y rhain yn rhoi cyfleoedd i siaradwyr Cymraeg ddod ynghyd, gan greu a chynnal cyfeillgarwch.

Gall gwasanaethau llywio cymunedol neu raglenni 'didoli' helpu i ganfod a chyfeirio pobl hŷn sy'n wynebu arwahanrwydd cymdeithasol ond nad ydynt wedi dod i sylw cyson gwasanaethau^{36,37}. Mae'r rhaglenni hyn yn debygol o fod yn gost-effeithiol³⁷. Wrth gael eu darparu yn y bôn fel gwasanaeth presgripsiynu cymdeithasol, maent yn cynnig ystod o fanteision economaidd posibl, gan gynnwys gostyngiad yn y tarfu ar gyflogaeth (o ganlyniad i broblemau iechyd meddwl, er enghraifft), neu gollu swyddi, llai o ymweliadau â meddygon teulu (unwaith y bydd anghenion iechyd unigolyn wedi'u hasesu a'u trin), gwell iechyd a gwell llesiant yn gyffredinol; tud. 8³⁸. Drwy fodelu'r costau a'r manteision posibl, gwelwyd bod arbedion net cymedrig, gyda chostau'r rhaglen yn rhwng £353.00 a £564.80† y person bob blwyddyn, a hynny'n sylweddol is na'r manteision economaidd o £1059.00† y person yn y flwyddyn gyntaf³⁸. Mae tuedd i raglenni 'didoli' llwyddiannus gael eu harwain gan y gymuned, ac mae hyn yn golygu bod modd datblygu cysylltiadau cyfathrebu da ag asiantaethau a datblygu capasiti cyffredinol y gymuned³⁷. Mae llywyr cymunedol o'r Groes Goch ac Age Connects wedi bod yn gweithio yng Nghymru fel rhan o gynllun gan Gyngor Sir Ddinbych¹³⁹.

Er nad oes unrhyw werthusiadau o Gymru wedi'u cyhoeddi ynghylch gwasanaethau i leihau arwahanrwydd cymdeithasol, mae tystiolaeth o ardaloedd eraill yn y Deyrnas Unedig, gan gynnwys rhaglen Village and Community Agents Swydd Gaerloyw, yn dangos drwyddi draw bod adenillion cadarnhaol ar fuddsoddiad o £3.10 am bob £1 a gaiff ei gwario, gyda'r manteision posibl yn cynnwys arbedion ar wasanaethau ymyrryd sy'n rhoi sylw i unigrwydd ac arwahanrwydd cymdeithasol, fel gwasanaethau cyfeillgarwch, gweithgareddau cymdeithasol, trafndiaeth a gwirfoddoli¹⁹⁸. Mae Living Well Cornwall yn gweithredu mewn ffordd syml i raglenni llywio cymunedol eraill, gyda chydlynedd wedi'i hyfforddi o Age UK yn gweithio i gynnal cyfweiliadau ysgogol er mwyn helpu a galluogi pobl

5. Atal unigrwydd ac arwahanrwydd cymdeithasol

hŷn i ddod o hyd i adnoddau sy'n bodoli eisoes a'u defnyddio. Mae'r dadansoddiad o'r adenillion ar fuddsoddiad yn y cyfnod peilot yn dangos gostyngiad fan lleiaf o 29% yn nifer yr achosion o orfod mynd i'r ysbyty a chynnydd o rhwng 20% a 23% mewn sgoriau llesiant ymhlith pobl hŷn yn y cyfnod pan fyddant yn rhan o raglen Living Well Cornwall, a hynny am gost o tua £406.94† y person²⁴. Amcangyfrifir am bob £1 a fuddsoddir yn y rhaglen y ceir adenillion o £4²⁴.

Mae Cydlynu Ardaloedd Lleol yn ddull ataliol sy'n gallu helpu pobl hŷn a all wynebu arwahanrwydd i ddefnyddio'r system iechyd gofal cymdeithasol yn well. Mae'r rhaglen hefyd yn helpu pobl i greu cysylltiadau o fewn eu cymunedau, yn ogystal â datblygu capasiti cymunedol cyffredinol. Mae Cydlynwyr Ardaloedd Lleol wedi cael eu treialu'n llwyddiannus a'u gwerthuso mewn ardaloedd o amddifadedd economaidd-gymdeithasol yng Nghymru¹⁹⁹. Mae'r Cydlynwyr Ardaloedd Lleol yn creu adenillion ar fuddsoddiad, sef rhwng £2 a £4 am bob £1 a gaiff ei buddsoddi^{199,200}.

Mae rhaglenni ymarfer corff yn y gymuned wedi'u gwerthuso ac maent yn ddull ymyrryd effeithiol i bobl hŷn sy'n byw yn y gymuned²⁰¹. Er na roddir unrhyw ffigurau economaidd ar gyfer y manteision, mae dadansoddiad o effaith gyllidebol gweithredu'r rhaglenni hyn yn awgrymu mai'r gost yn y flwyddyn gyntaf fyddai tua £147.09††.

Mae adroddiadau ar gynllun presgripsiynu cymdeithasol Rotherham yn dangos adenillion posibl ar fuddsoddiad o £3.38 yn yr hirdymor (os bydd y manteision i'w cynnal am gyfnod o bum mlynedd). Ymhlith manteision y rhaglen y mae gostyngiad sylweddol yn nifer yr achosion o orfod mynd i'r ysbyty fel cleifion preswyl, gostyngiad yn nifer yr ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys, a gostyngiad yn nifer yr apwyntiadau i gleifion allanol²⁰². Mae'r adenillion cadarnhaol posibl ar fuddsoddiad wrth bresgripsiynu'n gymdeithasol yn amrywio rhywfaint, gyda'r amcangyfrifon dros gyfnod o dair blynedd yn cyfateb i adenillion o fymryn o dan £1.98 am bob £1 a fuddsoddir o ran yr arbedion i'r GIG, a £1.11 am bob £1 a fuddsoddir o ran y manteision llesiant ehangach. Mae hyn yn dangos y gellid disgwyl adenillion cadarnhaol ar fuddsoddiad yn yr hirdymor (tair blynedd neu ragor)²⁰³.

Elusen ym Mryste yw LinkAge, a'i phrif nod yw lleihau arwahanrwydd cymdeithasol ac unigrwydd ymhlith pobl 55 oed a hŷn²⁴. Mae LinkAge yn gweithio ar sail egwyddorion cydgynhyrchu, ac mae grŵp cynghori lleol o bobl hŷn yn rhan greiddiol o redeg a datblygu'r rhaglen. Mae gan y rhaglen nifer o ganolfannau cymunedol sy'n galluogi pobl hŷn i ddarganfod beth sydd ar gael yn eu cymuned leol, ac mae'n cynnig ystod o weithgareddau gan gynnwys coginio, corau, pêl-droed wrth gerdded ac ioga. Yn ogystal â thargedu unigrwydd a gwella canlyniadau fel llesiant, hapusrwydd a lefelau gweithgarwch corfforol, mae gan y rhaglen elfen sy'n pontio'r cenedlaethau a honno'n ceisio herio stereoteipio ar sail oed a dathlu amrywiaeth ddiwylliannol. Mae'r sefydliad yn dibynnu'n drwm ar wirfoddolwyr ac mae wedi datblygu cynaliadwyedd mewnol drwy rymuso pobl hŷn sy'n dechrau fel defnyddwyr y gwasanaeth i ddod yn wirfoddolwyr eu hunain. Canfu dadansoddiad o'r adenillion cymdeithasol yn 2012 y byddai pob £1 a fuddsoddir yn y rhaglen yn creu lleiafswm o £1.20 mewn manteision cymdeithasol²⁴.

Ceir nifer o gynlluniau i geisio mynd i'r afael ag unigrwydd ac arwahanrwydd ledled Cymru¹³⁹; serch hynny, prin yw'r gwerthusiadau economaidd sydd wedi'u cyhoeddi. Er bod y crynodeb o'r adroddiadau yn yr adran hon yn dangos bod arbedion posibl i'w gwneud neu bod enillion economaidd neu gymdeithasol i'w cael, mae'r amcangyfrifon hyn wedi'u seilio ar ragfynegiadau o ymarferion modelu neu o ddadansoddiadau o'r adenillion ar fuddsoddiad. Mae'r rhan fwyaf o'r rhain wedi'u cyhoeddi mewn llenyddiaeth lwyd sydd heb ei hadolygu'n feirniadol gan gymheiriaid. O ran yr amcangyfrifon o'r adenillion ar fuddsoddiad a geir yn adroddiadau cyhoeddus sefydliadau, cyfyngedig yw'r manylion am y fethodoleg a ddefnyddiwyd er mwyn gallu gwerthuso'r dystiolaeth yn feirniadol. Er mwyn sicrhau arbedion, mae angen ymyrryd mewn ffyrdd effeithiol a chost effeithiol³⁸.

6. Gofalu am ofalwyr hŷn



6. Gofalu am ofalwyr hŷn

Yn yr adran hon, sy'n rhoi sylw i ofalu am ofalwyr hŷn, cyfeirir at lenyddiaeth lwyd (o Gymru a'r byd) a llenyddiaeth fwy rhyngwladol a oedd yn rhan o'r adolygiad cyflym. Mae darnau o'r dystiolaeth hon yn wan gan mai adroddiadau ydynt yn hytrach nag ymchwil empirig (n=6); cymedrol yw ansawdd y dystiolaeth mewn rhai darnau (n=12); ac mae ansawdd y dystiolaeth yn gryfach mewn darnau eraill – yr erthyglau yn y cyfnodolion a adolygwyd gan gymheiriaid yw'r rhain yn bennaf (n=37) (gweler <http://cheme.bangor.ac.uk>).

Wrth i bobl heneiddio ac wrth iddynt ei chael yn fwy anodd rheoli gweithgareddau byw o ddydd i ddydd, mae'r angen am ofal gan bobl eraill yn cynyddu²⁰⁴. Mae hyn yn arbennig o wir ymhlith pobl hŷn sydd â chanser, pobl sydd wedi cael strôc neu bobl sy'n dioddef o dementia. Mae'r termau 'gofalwr anffurfiol' neu 'roddwr gofal' yn cyfeirio at aelod o'r teulu, ffrind neu gymydog sy'n darparu gofal am ddim i berson y mae angen cymorth arno i reoli tasgau fel cymryd meddyginiaeth, bwyta, ymolchi a gwisgo²⁰⁴.

Drwy'r Deyrnas Unedig, mae dros 1.4 miliwn o ofalwyr yn gofalu am dros 50 awr yr wythnos²⁰⁵. Mae hyn yn cyfateb i waith 1.3 miliwn o staff y GIG²⁰⁶. Gall gofalwyr fod yn ffactor hollbwysig er mwyn i rywun allu parhau i fyw gartref neu er mwyn osgoi gofal mewn ysbyty neu ofal preswyl. Yng Nghymru⁴², mae 32% o'r boblogaeth dros 50 oed yn ofalwyr³⁹. Amcangyfrifir y bydd tri ym mhob pum person yn dod yn ofalwyr rywbyrd yn eu bywydau²⁰⁷. O'r gofalwyr yng Nghymru, mae 58% yn fenywod a 42% yn wrywod³⁹. Ceir amrywiaeth fawr yn yr amcangyfrifon o gyfraniad economaidd holl ofalwyr y Deyrnas Unedig. Yn eu plith mae'r amcangyfrif y gwneir arbedion o £91† biliwn y flwyddyn mewn costau gofal posibl⁴⁰, a'r amcangyfrif bod gwerth economaidd cyfraniad gofalwyr yn £139† biliwn y flwyddyn⁴¹. Yng Nghymru, amcangyfrifir bod gofalwyr hŷn di-dâl yn arbed £1.88 biliwn†* mewn costau gofal i economi Cymru, a disgwylir y bydd y ffigur hwn yn cynyddu i £2.44 biliwn* erbyn 2030¹⁴. Mae amcangyfrifon eraill yn dangos y gallai cyfanswm gwerth cyfraniadau gofalwyr yng Nghymru fod yn sylweddol uwch, sef £8.15 biliwn† y flwyddyn⁴¹.

Yn y Deyrnas Unedig, mae'r gyfran uchaf o ofalwyr di-dâl yn byw yn ardal Castell-nedd Port Talbot, lle mae 14.6% o'r boblogaeth yn darparu gofal yn ddi-dâl³⁹. O'i chymharu â gweddi y Deyrnas Unedig, mae gan Gymru nifer uwch o ofalwyr hŷn sydd eu hunain yn dioddef o iechyd gwael⁴⁰. Gall fod angen mwy o gymorth ar bobl sy'n fregus ac yn hŷn na phobl iau a mwy abl, a gall hyn effeithio ar ansawdd bywydau gofalwyr gan arwain at fwy o straen, gorbryder ac iselder yn ogystal â phroblemau iechyd cyffredinol fel problemau gyda'r cefn yn sgil cario a chodi²⁰⁸.

Mae'n farn gyffredin bod gofalwyr di-dâl i bob pwrpas yn helpu i gynnal y systemau iechyd a gofal cymdeithasol yng Nghymru⁴⁰. Ceir cyd-ddibyniaeth rhwng iechyd cleifion ac iechyd eu gofalwyr anffurfiol ar y naill law, a chostau gofal iechyd ar y llaw arall. Ceir tystiolaeth gref bod defnydd gofalwyr o wasanaethau iechyd yn cynyddu wrth i'w baich gofalu gynyddu⁴³. Yn yr Unol Daleithiau, mae tystiolaeth gref i awgrymu bod gwŷr neu wragedd pobl sydd â dementia yn defnyddio Medicare yn amlach bob mis na gwŷr a gwagedd pobl sydd heb ddementia²⁰⁹. Ceir tystiolaeth gref i ddangos bod gofalwyr sy'n wŷr neu'n wragedd i bobl sydd â dementia yn dirywio'n wybyddol ar gyfradd uwch na gwŷr neu wragedd eraill sy'n gofalu²¹⁰.

Mae'r gost o beidio â gofalu am ofalwyr yn uchel iawn. Dywed chwech ym mhob deg gofalwr eu bod wedi cyrraedd pen eu tennyn ar ryw adeg²⁰⁵. Mae adroddiadau diweddar wedi argymhell darparu mwy o gyllid ar gyfer gofal cymdeithasol a mwy o gymorth ariannol i ofalwyr, gan gynnwys yr hawl i gael absenoldeb gofalu gyda thâl a pholisïau a fyddai'n galluogi gofalwyr i barhau i weithio⁴¹.

Ymyriadau effeithiol a chost-effeithiol i helpu gofalwyr hŷn

Ar wahân i gostau uniongyrchol gofalu am bobl hŷn, mae costau hefyd ynghlwm wrth ddarparu gofal i ofalwyr hŷn y mae angen cymorth cymdeithasol, meddygol a seicolegol arnynt. Ceir tystiolaeth gref i awgrymu bod ymyriadau fel grwpiau cymorth yn cael effaith ar ganlyniadau cymdeithasol a llesiant seicolegol gofalwyr, ynghyd â gwella iselder²¹¹. Gall ymyriadau fel grwpiau seicoaddysgol gael effaith gadarnhaol ar lesiant ac iselder. Gall grwpiau addysgol roi gwybodaeth ddefnyddiol am faterion fel sgiliau gofalu, sut i addasu i rôl gofalwr a materion cyfreithiol. Gallant hefyd helpu wrth gynnal gweithgareddau chwarae rhan a thrafodaethau, a helpu gofalwyr i ddod o hyd i adnoddau er mwyn lleihau'r baich gofalu. Mae tystiolaeth gref i awgrymu bod problemau ymddygiad a'r gallu i wneud gweithgareddau bywyd beunyddiol yn ffactorau o bwys o ran defnyddio adnoddau a chostau²¹². Mae pa mor gost-effeithiol yw darparu gofal i ofalwyr yn amrywio'n fawr a dibynnu ar y math o ymyriad dan sylw.



Seibiant

Gellir rhoi gofal seibiant yn y cartref neu yn y gymuned er mwyn rhoi seibiant i'r gofalwr o'i gyfrifoldebau gofalu²⁰⁸. Cynhaliwyd adolygiad systematig o ansawdd da yn 2007 i edrych ar ba mor effeithiol a chost-effeithiol oedd y seibiant a roddwyd i ofalwyr pobl hŷn fregus; cymysg oedd y canlyniadau²⁰⁸. Roedd y gwerthusiadau economaidd o bump o'r astudiaethau a adolygwyd²¹³⁻²¹⁷

6. Gofalu am ofalwyr hŷn

i gyd yn canolbwyntio ar ofal seibiant wedi'i seilio ar ofal dydd, ac roedd costau hynny'n dueddol o fod yn debygol neu'n uwch na chostau gofal arferol²⁰⁸.

Yn ystadegol, roedd costau gofal dydd yn sylweddol uwch na chostau gofal arferol wrth asesu costau unedau yn lleol ac yn genedlaethol²¹⁷. Nid oedd unrhyw un o'r astudiaethau a gafodd eu cynnwys yn yr adolygiad²⁰⁸ yn edrych ar ddulliau mesur ansawdd bywyd cyffredinol yn gysylltiedig ag iechyd, sy'n golygu ei bod yn anodd gwybod pa mor gost-ffeithiol oedd hyn o'i gymharu â rhaglenni iechyd a gofal cymdeithasol eraill. Nid oedd gwerthusiad economaidd o seibiant drwy deulu lletya wedi'i gynnwys yn yr adolygiad hwn o'r dystiolaeth ychwaith.

Ceir tystiolaeth gref fod gofal seibiant dydd yn effeithiol er mwyn ysgafnhau cyfrifoldebau gofalwyr^{213,214,216,217} a lleihau iselder ymhlith gofalwyr²¹⁸. Mae'n debygol mai ystod o wasanaethau sy'n helpu i ofalu am bobl hŷn fregus yw'r mwyaf priodol⁴⁴. Byddai dull hyblyg o ddarparu seibiant o fudd i ofalwyr gan fod anghenion gofal y sawl sy'n cael gofal yn newid dros gyfnod o amser⁴⁴. Gan hynny, er bod rhywfaint o dystiolaeth i ddangos bod seibiant yn cael effaith gadarnhaol ar ofalwyr, mae'r dystiolaeth economaidd yn dal i fod yn gyfyngedig ac mae angen treialon cadarnach, mwy o faint ac o ansawdd da sy'n cynnwys gwerthusiadau economaidd⁴⁴.

Ymyriadau seicogymdeithasol i ofalwyr pobl sydd â dementia

Mae ymyriadau seicogymdeithasol i ofalwyr pobl sydd â dementia, a hynny ar ffurf gwasanaethau cyfeillgarwch ac addysg a chymorth seicolegol, wedi cael eu gwerthuso'n ddiweddar. Cymysg yw'r canlyniadau.

Ceir tystiolaeth gref i awgrymu nad yw cyfarfodydd teulu i leihau baich gofalu yn debygol o fod yn ymyriad cost-ffeithiol i ofalwyr pobl sydd â dementia²¹⁹.

Ceir tystiolaeth gref i awgrymu y gall addysg seicogymdeithasol (rhoi addysg a gwybodaeth i'r gofalwr) a chymorth i ofalwyr cleifion sydd â dementia fod yn gost-ffeithiol. Amcangyfrifir mai'r gost yw £100.08†† am bob gofalwr teulu⁴⁵.

Gall ymyriadau sy'n ymwneud â chyfeillgarwch (y gallu i gael gwasanaeth hwylusydd cyfeillgarwch) wella llesiant seicolegol ac ansawdd bywyd gofalwyr pobl sydd â dementia. Er gwaethaf hyn, nid yw'r nifer sy'n manteisio ar wasanaethau o'r fath yn uchel²²⁰. Gall cyfanswm y gost yn gymdeithasol fod yn £2,407.36† am bob gofalwr, ond nid yw'r gallu i gael gwasanaeth hwylusydd cyfeillgarwch yn ymyriad effeithiol na chost-ffeithiol er mwyn helpu gofalwyr pobl sydd â dementia²²⁰.

Rhaglenni sy'n teilwra gweithgareddau i ofalwyr pobl sydd â dementia

Ceir tystiolaeth gref o'r Unol Daleithiau sy'n dangos bod rhaglenni sy'n teilwra gweithgareddau, a'r rheini'n cael eu darparu gan therapyddion galwedigaethol, yn ymyriad cost-ffeithiol a all ryddhau amser gwerthfawr i ofalwyr teulu pobl sydd â dementia⁴⁶. Roedd gofalwyr yn arbed awr ychwanegol bob dydd yn 'gwneud pethau' am gost o £1.65†† y diwrnod ac awr ychwanegol y diwrnod o 'fod ar ddyletswydd', am gost o £0.86††⁴⁶.

Ceir tystiolaeth gref o ddadansoddiadau economaidd o safbwynt y sector cyhoeddus nad yw grwpiau hel atgofion ar y cyd i bobl sydd â dementia a gofalwyr yn debygol o fod yn gost-ffeithiol. Cymysg yw'r dystiolaeth o ran pa mor effeithiol yw therapi hel atgofion, sy'n ceisio sbarduno atgofion cynnar pan fydd gan bobl ddementia, a'r therapi honno'n canolbwyntio ar y gallu sydd gan bobl yn hytrach na phwysleisio'r diffygion. Cyfartaledd costau'r rhaglen REMCARE, a ddatblygwyd ac yr ymchwiliwyd iddi yng Nghymru, oedd £10,222.04† am bob rhaglen o 19 sesiwn²²¹. Er bod atgofion personol pobl a oedd â dementia wedi gwella ar ôl y sesiynau REMCARE, ynghyd ag ansawdd perthnasau ac ansawdd bywyd yn gyffredinol, dywedai gofalwyr bod y canlyniadau'n negyddol iddynt hwy. Ar ôl mynd i grwpiau hel atgofion ar y cyd, roedd yr effeithiau negyddol hynny'n cynnwys cynnydd mewn gorbryder a lefelau straen²²¹.

Dementia

Mae dementia yn fater o bwys yn y maes iechyd cyhoeddus yng Nghymru. Mae clefyd Alzheimer wedi disodli clefyd isgemig y galon fel prif achos marwolaeth pobl (11.6% o'r holl farwolaethau a gofrestrwyd yn 2015)²²². Mae gan tua 42,000 o bobl yng Nghymru ddementia²²³. Mae dementia yn effeithio ar un ym mhob pedwar person ar ddeg dros 65 oed ac ar un ym mhob chwe pherson dros 80 oed²²⁴. Wrth i ddisgwyliad oes gynyddu, bydd mwy o bobl hŷn yn byw yng Nghymru ac yn sgil hynny bydd mwy o bobl a chanddynt ddementia²²³.

Yng Nghymru, rydym yn dysgu mwy am fywyd wrth heneiddio drwy'r Astudiaeth Gweithrediad Gwybyddol a Heneiddio (CFAS Cymru), sef astudiaeth a gyllidir gan y Cyngor Ymchwil Economaidd a Chymdeithasol, a honno'n dilyn 5,000 o bobl hŷn sy'n byw ledled Cymru²²⁵. Mae rhwng 15 ac 20% o'r holl bobl 65 oed a hŷn yng Nghymru yn ddwyieithog^{226,227}. Ceir tystiolaeth gref fod manteision gwybyddol i ddwyieithrwydd ac efallai fod manteision penodol i bobl hŷn, gan gynnwys arafu dirywiad gwybyddol^{228,229}. Ceir tystiolaeth gref i awgrymu bod gan siaradwyr Cymraeg/Saesneg sydd â chlefyd Alzheimer ac sy'n ddwyieithog o'r crud, rywfaint o fanteision o ran ataliad a rheoli gwrthdaro ymateb, o'u cymharu â'u cyfoedion nad ydynt ond yn siarad Saesneg²³⁰. Mae angen ymchwilio ymhellach i'r rhesymau dros hyn a chostau diagnosis hwyrach o dementia ymhlith siaradwyr Cymraeg, gan y dadleuwyd ei fod yn ffactor sy'n arwain at ddiagnosis hwyrach yn hytrach na datblygiad hwyrach²³⁰. Gall diagnosis prydlon olygu y gellir dechrau rhoi triniaeth a gofal yn gynt.

Cost dementia yng Nghymru

Amcangyfrifir bod dementia yn costio £1.47 biliwn† y flwyddyn i economi Cymru⁴⁷. O ran costau gofal iechyd, caiff £206.13 miliwn† ei wario bob blwyddyn ac o ran costau gofal cymdeithasol, caiff £562.65 miliwn† ei wario bob blwyddyn (cyllid cyhoeddus a phreifat) yng Nghymru. Yng Nghymru, mae gwaith di-dâl gofalwyr pobl sydd â dementia yn cyfrannu £654.15 miliwn† y flwyddyn a chaiff £6.31 miliwn† ei wario ar gostau eraill, gan gynnwys costau ymholiadau pobl ar goll gan yr heddlu, gwasanaethau eirioli a gwaith ymchwil⁴⁷.

Engbreiffiau o ymyriadau cost-effeithiol i bobl sydd â dementia

Mae rhwng 15% a 60% o bobl sydd â dementia yn dueddol o grwydro, a gall hyn achosi trafferthion i ofalwyr. Gall yr unigolyn sydd â dementia gael niwed corfforol neu brofi trallod emosiynol, a hynny'n arwain at ei gartrefu mewn sefydliad yn gynnar²³¹. Yn yr Unol Daleithiau, dywedir bod yr ap android 'iWander' yn ffordd gost-effeithiol o fonitro o bell ble mae unigolion sydd â dementia²³². Mae gofalwyr yn cael gwybod pan fydd yr unigolyn sydd â dementia yn crwydro i leoliad anarferol. Mae'r ap yn tywys y defnyddiwr yn ôl gartref ac yn rhoi gwybod i'r sawl sy'n gofalu ble mae'r unigolyn sydd â dementia.

Ceir tystiolaeth gref i awgrymu y gall ymyriadau seicogymdeithasol ohirio'r broses o roi pobl mewn cartrefi gofal. Ar ôl cyflwyno ymyriad seicogymdeithasol i ofalwyr teulu yn Sweden, canfuwyd bod sesiynau cwnsela a grwpiau sgwrsio yn arwain at ohirio rhoi pobl sydd â dementia mewn cartrefi nyrsio, o gymharu hynny â threfniadau gofal safonol²³³.

Gwelwyd bod rhoi cefnogaeth gan gyfoedion i bobl sydd â dementia a'u gofalwyr yn arwain at adenillion cadarnhaol ar fuddsoddiad. Edrychodd astudiaeth ar dri grŵp cefnogaeth gan gyfoedion yn ne Llundain a chanfod bod y grwpiau yn creu gwerth cymdeithasol a amrywai o £1.17 i £5.18 am bob punt a fuddsoddid. Roedd y manteision i bobl a oedd â dementia yn cynnwys eu hysgogi'n feddyliol a lleihau unigrwydd ac arwahanrwydd. Roedd y manteision ehangach i ofalwyr yn cynnwys llai o straen a phwysau wrth roi gofal. Dywedodd gwirfoddolwyr a oedd yn helpu gyda'r grwpiau bod eu gwybodaeth am ddementia wedi gwella⁴⁸.

Mae canllawiau NICE a Llywodraeth Cymru ar dementia i'w gweld ym Mluch 6.1.

Mae canllawiau NICE yn awgrymu bod cymryd camau yn ystod canol bywyd yn gallu atal dementia, cyflyrau bregus neu anabledd rhag datblygu²³⁴. Mae canllawiau iechyd cyhoeddus diweddar yn awgrymu cymryd y camau canlynol er mwyn atal problemau y gellid eu hosgoi wrth i bobl heneiddio:

1. Sicrhau bod pwysau pobl yn iach
2. Bwyta'n iach
3. Bod yn egniol
4. Yfed llai o alcohol
5. Rhoi'r gorau i ysmegu

Ceir tystiolaeth gref bod cadw'n egniol yn gorfforol yn hanfodol er mwyn iechyd a llesiant da²³⁵. Yn y Deyrnas Unedig, amcangyfrifwyd mai gweithgarwch corfforol yw'r peth sy'n dylanwadu fwyaf ar y ffactorau risg o ddementia sydd wedi'u hastudio²³⁶. Yn fwyaf diweddar, mae astudiaeth o Japan wedi ychwanegu at y sail dystiolaeth bod cerdded yn rheolaidd yn ystod canol oed yn ffactor ataliol rhag datblygu dementia²³⁷. Ceir tystiolaeth gref i awgrymu y gall cynyddu gweithgarwch corfforol helpu i atal dementia rhag datblygu. Gall gweithgarwch corfforol gynyddu disgwyliad oes ac arwain at ostyngiad yn y gwariant ar iechyd a gofal cymdeithasol. Gan hynny, os bydd camau ataliol yn targedu'r rheini nad ydynt yn egniol yn gorfforol, gall yr arbedion sy'n gysylltiedig â chostau dementia fod yn fwy na'r gwariant ychwanegol ar y blynyddoedd bywyd ychwanegol a enillir²³⁸.

Mae pobl ganol oed hefyd yn cael eu hannog i fod yn fwy gweithgar yn gymdeithasol ac i ysgogi'u meddyliau er mwyn lleihau'r risg o ddementia, gan fod hynny'n lleihau straen, yn gwella hwyliau ac yn lleihau'r risg o unigrwydd ac iselder⁴⁹.

Blwch 6.1 Canllawiau NICE [NG16], 2015]²³⁴ a chanllawiau Llywodraeth Cymru ar ddementia, anabledd a chyflyrau bregus yn ddiweddarach mewn bywyd – dulliau canol bywyd i arafu neu atal cyflyrau rhag datblygu

Ymyriadau ymddygiadol i ofalwyr pobl sydd â dementia

Mae tystiolaeth gref i awgrymu bod darparu rhaglen ymyriad therapi wedi'i seilio ar lawlyfr (a honno'n cael ei darparu gan raddedigion seicoleg heb gymwysterau clinigol, yn ychwanegol at y driniaeth arferol) wrth geisio gwella iechyd meddwl gofalwyr teulu pobl sydd â dementia yn gost-effeithiol o'i chymharu â rhoi triniaeth arferol²³⁹. Gyda throthwy parodrwydd cymdeithasol i dalu o £500, y tebygolrwydd y byddai'r ymyriad hwn yn gost-effeithiol yw 95%. Gyda throthwy parodrwydd i dalu o £30,000 am bob QALY, mae'r tebygolrwydd y byddai'r rhaglen strategaeth ymdopi wedi'i seilio ar lawlyfr yn gost-effeithiol o'i chymharu â thriniaeth arferol ar ei phen ei hun yn fwy na 99%²⁴⁰.

Mae tystiolaeth gref o'r Unol Daleithiau yn awgrymu y gall ymyriadau ymddygiadol helpu gofalwyr pobl sydd â dementia i reoli eu hamser yn fwy effeithiol. Ar ddiwedd y chwe mis, roedd gwahaniaeth sylweddol rhwng y gofalwyr yn y grŵp ymyrryd a'r gofalwyr yn y grŵp rheoli o ran yr oriau o ofal a ddarparwyd. Roedd gan y gofalwyr yn y grŵp ymyrryd fwy o amser i wneud pethau nad oedd yn ymwneud â gofalu. Dros y chwe mis, cyfanswm y gost i bob gofalwr yn y grŵp ymyrryd oedd £1,072.62††, a chyfanswm y gost i bob gofalwr yn y grŵp rheoli oedd £47.71††. I roi awr ychwanegol o amser nad oedd yn ymwneud â gofalu bob diwrnod, dangosodd yr ICER [gweler yr eirfa] fod costau'r ymyriad yn £4.38†† ar gyfer pob gofalwr bob diwrnod (cyfanswm o £789.00†† dros 6 mis)²⁴¹. Mae ymyriadau ymddygiadol yn ddull a allai weithio i gefnogi gofalwyr pobl sydd â dementia²⁴². Amcangyfrifwyd y caed arbedion blynyddol o £3,374.78†† wrth ymyrryd yn ymddygiadol mewn ffordd benodol ymhlith cyn-filwyr sydd â dementia, heb fod unrhyw gostau ariannol ychwanegol i'r gofalwr.

7. Atal disgyn a lleihau arosiadau yn yr ysbyty



7. Atal disgyn a lleihau arosiadau yn yr ysbyty

Gall pobl hŷn wynebu risg o ddisgyn yn sgil problemau â'u cydbwysedd, cyhyrau gwan, golwg wael, a chyflyrau iechyd hirdymor fel clefyd y galon, dementia neu bwysedd gwaed isel (isbwysedd), a gall pobl deimlo'n benysgafn a cholli ymwybyddiaeth dros dro oherwydd hyn²⁴³. Mae hyn yn waeth ymhlith pobl dros 65 oed os nad ydynt yn gwneud llawer o ymarfer corff neu ddim ymarfer corff⁵².

Mae disgyn yn un o brif achosion anabledd a marwolaeth ymhlith pobl hŷn yng Nghymru, a dyna'r peth mwyaf cyffredin sy'n achosi anafiadau ymhlith pobl 65 oed a hŷn⁵⁰. Ar ôl disgyn, bydd 28% o bobl hŷn yn marw o fewn blwyddyn⁵⁷, ac ymhlith y rheini sydd wedi torri clun, ni fydd gan eu hanner yr un lefel o annibyniaeth ar ôl hynny, a bydd 20% yn mynd i gartref gofal⁷².

Bydd o leiaf 30% o oedolion dros 65 oed sy'n byw gartref yn disgyn o leiaf unwaith y flwyddyn. Mae hyn yn gyfrifol am 4 miliwn o ddyddiau gwely mewn ysbytai²⁴⁴. Yng Nghymru, amcangyfrifir bod rhwng 230,000 a 460,000 o bobl dros 60 oed yn disgyn bob blwyddyn a bod rhwng 115,000 a 230,000 o bobl hŷn yn disgyn mwy nag unwaith y flwyddyn⁵⁰. Nid yw'r rhan fwyaf o'r achosion hyn yn arwain at anaf difrifol, ond yn flynyddol mae tua 5% o'r bobl hŷn sy'n byw yn y gymuned yn torri asgwrn neu'n gorfod mynd i'r ysbyty ar ôl disgyn⁷², a hynny'n bennaf yn sgil anafiadau i'r fraich, y goes neu'r ysgwydd. Yn ôl y llenyddiaeth, yng Nghymru mae rhwng 11,500 a 45,900 o bobl yn torri asgwrn, yn anafu'r pen, neu'n cael eu clwyfo'n ddifrifol wrth ddisgyn, ac mae hyn yn cyfateb i rhwng 32 a 126 achos o ddisgyn sy'n arwain at anaf difrifol bob diwrnod yng Nghymru²⁴⁵.

Wrth i bobl heneiddio, mae cynnal cryfder yn y cyhyrau a chynnal cydbwysedd yn hanfodol er mwyn lleihau'r risg o ddisgyn. Mae cryfder a chydbwysedd hefyd yn helpu pobl i fyw'n annibynnol yn hirach. Mae atal pobl hŷn rhag disgyn yn dal i fod yn fater o bwys wrth hyrwyddo iechyd pobl hŷn yng Nghymru^{1,50}. Mae disgyn yn niweidio pobl hŷn, ac mae ymchwilio i sut y mae modd atal achosion o ddisgyn yn arbennig o bwysig ac ystyried pa mor gyffredin yw strociau a chyflyrau sy'n gysylltiedig â'r esgyrn²⁴⁶. Disgyn yw trydydd prif achos anabledd ymhlith pobl hŷn yn ôl Sefydliad Iechyd y Byd²⁴⁷.

Mae'r risg o farwolaeth neu anaf difrifol sy'n deillio o ddisgyn yn y cynyddu wrth heneiddio. Gall y lefel hon o risg fod yn sgil y newidiadau corfforol, synhwyraidd a gwybyddol sy'n gysylltiedig â heneiddio, a hynny mewn amgylcheddau sydd heb eu haddasu ar gyfer poblogaeth sy'n heneiddio²⁴⁷.

Mae achosion o ddisgyn yn effeithio ar ansawdd bywyd unigolion, eu teuluoedd a chymdeithas²⁴⁸. Gall hyd yn oed 'fân' achosion o ddisgyn amharu'n arw ar bobl. Gall unigolion golli hyder a theimlo'n nerfus iawn eu bod am ddisgyn eto. Mae hyn yn golygu eu bod yn amharod i symud, ac o ganlyniad maent yn cael eu hynysu fwyfwy ac dod yn fwy dibynnol ar bobl eraill. Mae hyn yn arwain at ragor o bryderon i ofalwyr, a thebygolrwydd uwch y bydd angen gofal preswyl ar unigolyn⁵⁷.

Ceir nifer o strategaethau i fynd i'r afael â phroblem disgyn yng Nghymru, yn amrywio o atal i driniaeth. Gall camau i atal disgyn leihau nifer yr achosion 15-30% ac mae gwasanaethau sydd wedi'u trefnu'n dda, a'r rheini wedi'u seilio ar safonau cenedlaethol a chanllawiau sydd wedi'u seilio ar dystiolaeth, yn gallu atal pobl rhag disgyn a lleihau'r achosion o farwolaeth ac anabledd sy'n deillio o dorri esgyrn⁵⁰. Mae canllawiau cyffredinol a chanllawiau gweithredu ar gael gan rwydwaith atal disgyn Ewropeaidd ProFouND²⁴⁹. Mae'r canllawiau hyn yn cynnwys ymyriadau amlffactoraidd; ymyriadau ymarfer corff; adolygiadau o feddyginiaeth ac ymyriadau meddygol; ymyriadau yn y cartref a'r amgylchedd; ymyriadau traed ac esgidiau; cymhorthion clywed a gweld; a thechnolegau i ganfod achosion ac atal disgyn. Dylai strategaethau i atal disgyn bwysleisio pwysigrwydd addysg, hyfforddiant, creu amgylcheddau mwy diogel, blaenoriaethu ymchwil sy'n ymwneud â disgyn, a sefydlu polisiau effeithiol i leihau'r risg²⁴⁷.

Ymyriadau effeithiol a chost-effeithiol i atal disgyn

Mae atal yn allweddol er mwyn mynd i'r afael â chostau disgyn, ac mae'n galw am gydweithio'n rhagweithiol ar y cyd er mwyn helpu pobl i heneiddio'n dda. Mae strategaethau atal yn gost-effeithiol yn y tymor byr a'r tymor hwy ill dau⁵¹. Mae lleihau'r risg o strôc drwy roi'r gorau i ysmegu a bwyta'n iach yn enghreifftiau o ymyriadau ar lefel gofal sylfaenol i leihau'r risg o ddisgyn. Ond o ran yr arbedion cost, gall fod cysylltiadau agosach rhwng ymyriadau eraill, dwysach ac atal disgyn. Gall ymyriadau trydyddol, fel rhaglenni ymarfer corff²⁵⁰, gostio llai nag ymyriadau cymhleth, amlasiantaethol²⁵¹, sy'n cynnwys gofal sylfaenol, eilaidd a thrydyddol. Mae canllawiau NICE ar atal disgyn i'w gweld ym Mlwch 7.1

Mae atal disgyn yn flaenoriaeth o bwys i'r GIG gan y gall y costau gofal a arbedir fod yn sylweddol⁵⁰. Mae llawer o bobl a oedd yn byw'n annibynnol yn dda cyn disgyn a thorri asgwrn yn colli'u hannibyniaeth wedyn²⁵². Mae hyn hefyd yn effeithio ar unigrwydd wrth i bobl hŷn fod yn llai parod i gymryd risgiau, sy'n golygu eu bod yn mynd yn fwy ynysig yn gymdeithasol⁵⁷. Mae effaith disgyn yn eang, gan mai nad effeithio ar yr unigolyn yn unig y mae, ond mae'n rhoi mwy o bwysau hefyd ar ofalwyr a gwasanaethau iechyd a gwasanaethau cymdeithasol yng Nghymru.

Drwy leihau'r risg o ddisgyn, a chan hynny nifer yr arosiadau mewn ysbyty, gall llywodraeth Cymru arbed arian drwy leihau gwariant ar adnoddau'r GIG a sicrhau nad oes yn rhaid i bobl hŷn fyd i gartrefi gofal preswyl. Amcangyfrifir bod disgyn yn costio mwy na £2.3 biliwn y flwyddyn i'r GIG yn y Deyrnas Unedig⁵⁰. Amcangyfrifir y gallai camau ataliol fel ffisiotherapi i bobl hŷn arwain at 9,396 yn llai o achosion o ddisgyn yng Nghymru bob blwyddyn, gan arbed dros £15.87 miliwn y flwyddyn i'r GIG⁵².

Mae osgoi arosiadau yn yr ysbyty drwy ymyriadau cymunedol sydd wedi'u cynllunio'n dda, a'r rheini'n ceisio atal pobl hŷn rhag disgyn, yn hynod gost-effeithiol⁵⁵⁻⁵⁷. Yn fwyaf diweddar yng Nghymru, yn unol ag egwyddorion gofal iechyd darbodus, mae Heneiddio'n Dda yng Nghymru yn dod â sawl cynllun at ei gilydd gan gynnwys yr ymgyrch 'Sadiwch i Gadw'n Saff'.

Gellir defnyddio dull modelu i edrych ar strategaethau atal disgyn ar gyfer yr holl boblogaeth, ac mae modelau economaidd o'r fath wedi dangos y gall rhaglenni i atal disgyn ar gyfer yr holl boblogaeth arwain at lai o gostau i unigolion a'r gwasanaeth iechyd²⁵³⁻²⁵⁵. Gellir profi canlyniadau o dreialon drwy foddelu er mwyn canfod pa elfennau o brosiect yw'r elfennau cost-effeithiol²⁵⁶. Ystyrir sefyllfaoedd mewn bywyd go iawn, fel hanes pobl o ddisgyn, o fewn modelau Markov er mwyn sicrhau bod yr amcangyfrifon a geir drwy foddelu yn gywir²⁵⁷.

Yn ôl canllawiau NICE ar achosion o ddisgyn ymhlith pobl hŷn, gallai atal achosion o ddisgyn a thorri esgyrn leihau costau ysbytai. Er enghraifft, gallai atal achos o dorri clun arbed costau ysbyty o £5744 y claf ar gyfartaledd^{72,258}.

Gall cynlluniau i atal achosion o ddisgyn fod yn gost-effeithiol er mwyn lleihau'r risg y bydd pobl hŷn yn disgyn. Serch hynny, mae NICE yn tynnu sylw at brinder yr astudiaethau o ba mor gost-effeithiol yw camau yn y Deyrnas Unedig i atal disgyn, ac mae'n argymhell cynnal ymchwil yn y maes hwn yn y dyfodol. At hynny, argymhellir gwneud rhagor o waith ymchwil i edrych ar yr addasiadau amgylcheddol mwyaf effeithiol a chost-effeithiol er mwyn lleihau'r risg o ddisgyn ymhlith cleifion mewnol hŷn. Yn deillio o ganllawiau 2004, argymhellir bod ymchwil i ganfod yr elfennau cost-effeithiol mewn rhaglenni amlffactoraidd i grwpiau penodol o bobl hŷn mewn gwahanol leoliadau yn flaenoriaeth o bwys. Mae canllawiau wedi cael eu cyhoeddi ar gyfer ymgorffori gwerthusiadau economaidd yn rhan o dreialon i atal disgyn²⁵⁹.

Blwch 7.1 Canllawiau clinigol NICE ar asesu risg ac atal disgyn ymhlith pobl hŷn, y sail dystiolaeth economaidd^{72,258} [CG161, 2013]

7. Atal disgyn a lleihau arosiadau yn yr ysbyty

Mae arbedion cost posibl i'w cael drwy gymryd camau ymyrryd, yn enwedig o ran is-grwpiau o bobl hŷn sydd â risg uchel o ddisgyn²⁶⁰. Heb fuddsoddi mwy mewn atal disgyn yng Nghymru, mae'r Gymdeithas Siartredig Ffisiotherapi wedi amcangyfrif y bydd cynnydd o 18.2% yn nifer y bobl sy'n gorfod mynd i gartrefi gofal yn sgil disgyn erbyn 2020⁵². O adolygu'r llenyddiaeth ar y dystiolaeth economaidd ynghylch ymyriadau i atal disgyn ymhlith grwpiau oedran hŷn, edrychir ar yr ymyriadau canlynol isod:

Cymysg yw'r dystiolaeth ynghylch ymyriadau i atal disgyn.

Mewn astudiaeth ddadansoddi yn yr Iseldiroedd a edrychai ar ba mor gost-effeithiol a chost-ddefnyddiol oedd rhaglen ymyriadau aml-ddisgyblaethol i atal disgyn, canfuwyd nad oedd y rhaglen honno'n gost-effeithiol o'i chymharu â gofal arferol. Er bod y rhaglen ymyriadau'n gost-niwtral, nid oedd yn atal disgyn na dirywiad mewn gallu ac nid oedd yn gwella ansawdd bywyd²⁵¹. Yng Nghanada, cynhaliwyd astudiaeth arall i edrych ar ba mor gost-effeithiol oedd rhaglen atal disgyn amlffactoraidd i oedolion hŷn a oedd yn byw yn y gymuned²⁶¹. Y gost gymedrig i'r gwasanaeth iechyd yn gysylltiedig ag achosion o ddisgyn oedd £80.98†† i'r grŵp ymyrryd a £79.83†† am ofal arferol. Amcangyfrifwyd mai'r gymhareb cost-effeithiolrwydd ychwanegol (ICER) oedd £70,134.04†† am bob achos o ddisgyn a ataliwyd. Diffyg effeithiolrwydd yr ymyriadau i leihau'r achosion o ddisgyn oedd yn gyfrifol am y diffyg cost-effeithiolrwydd. Serch hynny, gwelwyd bod rhaglen gymunedol i hyrwyddo diogelwch ymhlith pobl hŷn yn Sweden yn gost-effeithiol, ac roedd yr ymyriad yn y gymuned yn un mor effeithiol â fferylliaeth osteoporosis²⁶².

Canfu rhaglen atal disgyn amlffactoraidd yn Lloegr fod y gyfradd ddisgyn hefyd yn is, ac amcangyfrifwyd mai'r ICER oedd £3906.52† am bob achos o ddisgyn a ataliwyd ar ôl yr ymyriad drwy daflen ac addysg mewn ysbyty dydd²⁶³. Gwelwyd bod camau eraill fel rhaglen addysg amlgyfrwng i gleifion a ddarparwyd gan weithwyr iechyd proffesiynol hyfforddedig yn gost-effeithiol wrth leihau'r costau ehangach sy'n gysylltiedig ag achosion o ddisgyn²⁶⁴. Y gost o atal un person hŷn rhag disgyn oedd £333.69††²⁶⁴.

Yn Awstralia, arweiniodd gwasanaeth ar gyfer achosion o dorri asgwrn y glun, a oedd yn cynnwys derbyn person i ysbyty o dan dîm orthopedig a geriatrig ar y cyd, at leihau hyd cyfnod cleifion yn yr ysbyty, a hynny o 26 i 22 diwrnod ar gyfartaledd. Amcangyfrifwyd bod hynny wedi arbed £575,350.34†† drwy ryddhau cleifion i ganolfan ailsefydlu neu i'w cartrefi'n gynt²⁶⁵.

Defnyddiwyd model efelychu ar sail Markov i weld pa mor effeithiol oedd rhaglen atal disgyn amlffactoraidd. O'i chymharu â pheidio â chymryd camau atal, byddai rhaglen o'r fath i breswylwyr cartrefi nyrsio yn arwain at gymhareb cost-effeithiolrwydd o £17,014.57†† am bob QALY²⁵⁴.

Mae tystiolaeth yn dod i'r amlwg sy'n dangos bod ymyriadau grŵp aml-gydrannol, a'r rheini wedi'u seilio ar ymddygiad gwybyddol, yn effeithiol wrth leihau'r ofn o ddisgyn. Mewn astudiaeth yn yr Iseldiroedd, nid oedd cost grŵp ymyrryd i leihau'r ofn o ddisgyn, sef £3924.35†† (y gost o gynnal grŵp dros gyfnod o 14 mis), yn sylweddol uwch na chost y grŵp rheoli, sef £4,857.40††. At hynny, gwelwyd bod y rhaglen yn fuddiol wrth leihau'r ofn o ddisgyn ac wrth gyflwyno gweithgareddau i atal disgyn²⁶⁶.

Ymyriadau ymarfer corff

Mae diffyg gweithgarwch corfforol yn un o brif achosion ansawdd bywyd gwael, ynghyd â nifer o afiechydon cyffredin ac hyd yn oed marwolaeth cyn pryd. Mae diffyg gweithgarwch corfforol yn dylanwadu ar ba mor feichus yw afiechyd ac mae'n cynyddu'r costau cymdeithasol²⁶⁷. Ceir cydnabyddiaeth eang bod ymarfer corff yn fanteisiol iawn i iechyd cyhoeddus²⁶⁸. Mae gwerthusiadau o'r Cynllun Cenedlaethol i Atgyfeirio Cleifion i Wneud Ymarfer Corff yng Nghymru wedi dangos yn fwy cyffredinol bod ymarfer corff yn gost-effeithiol (o'i gymharu â gofal arferol) ar gyfer pobl hŷn dros 60 oed sy'n wynebu risg o glefyd coronaidd y galon, gyda chymhareb cost-effeithiolrwydd ychwanegol o £16,061.58††²⁶⁹.

Mae adolygiadau systematig o strategaethau atal disgyn i bobl hŷn wedi canfod y gall rhaglenni ymarfer corff penodol i grwpiau penodol atal achosion o ddisgyn²⁷⁰. Er enghraifft, gall ymarferion sy'n canolbwyntio ar gydbwysedd atal hyd at 40% o achosion o ddisgyn²⁷¹. Ceir tystiolaeth gref i awgrymu bod rhai rhaglenni ymarfer corff cymunedol i atal disgyn yn gymharol rad (tua £127.94 -£236.26†† ar gyfer pob person sy'n cwblhau'r rhaglen) ac mae hyd rhaglen yn bwysig er mwyn sicrhau cyfartaledd costau is yn y tymor hir²⁷².

Ceir adenillion ar fuddsoddiad o dros £4 pan fuddsoddir £1 mewn ffisiotherapi er mwyn atal disgyn⁵². Gwelwyd bod rhai rhaglenni ymarfer corff yn fuddiol i rai grwpiau penodol o bobl hŷn²⁷³. Mae rhaglenni ymarfer corff i grwpiau, a'r rheini'n ceisio atal disgyn ymhlith pobl hŷn sy'n byw yn y gymuned, yn fwy tebygol o roi gwerth am arian pan fyddant yn targedu menywod yn unig, gan eu bod yn fwy tebygol o gael anaf sy'n gysylltiedig â disgyn²⁷⁴. Gwelwyd bod ymyriadau cymunedol sy'n ymwneud â disgyn ymhlith pobl hŷn yn arwain at fuddion net cadarnhaol. Er enghraifft, arweiniodd yr ymyriad tai chi: Moving for Better Balance at fudd net o £373.55†† ac adenillion ar fuddsoddiad o £5.09 am bob £1 a fuddsoddwyd⁵⁴. Ceir tystiolaeth o fodelu economaidd bod tai chi hefyd yn ymyriad ymarfer corff cost-effeithiol ar gyfer oedolion hŷn sy'n byw yn y gymuned, gyda'r gost ychwanegol am bob achos o ddisgyn a gaiff ei atal tua £1,816.88††⁵³.

Gall pobl sy'n byw â chlefyd Parkinson elwa o ymyriadau ymarfer corff, ond canfu astudiaeth a gynhaliwyd yn Lloegr nad oedd unrhyw wahaniaethau ystadegol sylweddol rhwng y grŵp ymyrryd a'r grŵp rheoli wrth edrych ar gyfanswm costau gofal iechyd wedi'u cyfuno â chostau iechyd a gofal cymdeithasol²⁷³. Roedd rhaglen ymarfer corff t'ai chi ch'üan (tai chi) yn strategaeth gost-effeithiol i wneud y gorau o wariant er mwyn atal disgyn a sicrhau'r buddion iechyd mwyaf ymhlith pobl sydd â chlefyd Parkinson²⁵⁰. Ceir tystiolaeth gref fod ymyriadau ymarfer corff ar gyfer pobl sydd â chlefyd Parkinson yn fwy cost-effeithiol ymhlith unigolion sydd wedi cael diagnosis cynnar o glefyd Parkinson, ac yn y grŵp difrifoldeb isel, o'i gymharu â'r rheini sydd ag anghenion mwy difrifol neu gymhleth²⁷⁵.

Mae angen ystyried yn ofalus sut y mae'r canfyddiadau hyn yn berthnasol i gyd-destun Cymru. Er enghraifft, nid yw'r gost am bob achos o ddisgyn a gaiff ei atal yn rhoi ystyriaeth i'r angen i hyfforddi hyfforddwyr t'ai chi.



Ymyriadau meddyginiaeth, atchwanegolion ac ymyriadau meddygol

Dylid ystyried adolygiadau o feddyginiaeth yn rhan o asesiadau amlffactoraidd o gleifion sy'n wynebu risg o ddisgyn⁷². Mae nifer o bobl hŷn yn defnyddio tawelyddion er mwyn trin insomnia, ond mae disgyn yn un o sgil-ffeithiau negyddol cyffuriau hypnotig sy'n tawelu pobl. Mae tystiolaeth yn dod i'r amlwg sy'n awgrymu ei bod yn bosibl mai Therapi Ymddygiad Gwybyddol yw'r strategaeth fwyaf cost-ffeithiol i drin insomnia, ar ôl rhoi ystyriaeth i ddisgyn a'r canlyniadau cysylltiedig²⁷⁶. Mae angen rheoli meddyginiaethau seicotropig fel cyffuriau gwrth-iselder yn feddygol er mwyn atal pobl rhag disgyn²⁷⁷.

Gall darparu atchwanegolion fitamin D fod yn ffordd gost-ffeithiol i atal disgyn ac achosion o dorri esgyrn ymhlith oedolion hŷn^{277,278}. Gall targedu pobl sydd â lefelau fitamin D isel cyn rhoi triniaeth leihau nifer yr achosion a'r risg o ddisgyn²⁶⁰. Ymhlith menywod, dangosodd model economaidd bod sgrinio'r boblogaeth fyfyr yn fwy cost-ffeithiol na rhoi atchwanegolion fitamin D i bawb, gyda budd ariannol ychwanegol net o £160.48†† o'i gymharu â £135.41††²⁷⁸ dros gyfnod o 36 mis. At hynny, i'r boblogaeth hŷn hynaf (dros 80 oed) a gwrywaidd, gall sgrinio'r boblogaeth hefyd fod yn fwy cost-ffeithiol na rhoi atchwanegolion fitamin D i bawb²⁷⁸.

Mae canllawiau NICE ar lesiant meddyliol i bobl dros 65 oed i'w gweld ym Mluch 7.2.

Prin yw'r asesiadau trylwyr sydd wedi'u cynnal yn y Deyrnas Unedig o ba mor effeithiol a chost-ffeithiol yw ymyriadau therapi galwedigaethol ac ymyriadau gweithgarwch corfforol i wella llesiant meddyliol pobl 65 oed a hŷn. Mae'r canllawiau iechyd cyhoeddus hyn yn defnyddio canlyniadau astudiaeth gan Munro et al. (2004). Roedd yr astudiaeth hon yn dangos bod cynnydd ar gyfartaledd o 0.011 mewn QALY ar gyfer pob person (sy'n cyfateb i fyfyr o dan bedwar niwrnod o iechyd ychwanegol llawn sy'n gysylltiedig ag ansawdd bywyd) a oedd yn rhan o'r rhaglen ymarfer corff gymunedol yn arwain at gost ychwanegol o £16,415†† ar gyfer pob cymhareb QALY²⁷⁹. Mae NICE yn tynnu sylw at nifer o fylchau yn y dystiolaeth economaidd a ganfuwyd wrth ddatblygu'r canllawiau hyn. Yn benodol, ceir diffyg tystiolaeth hirdymor ynghylch pa mor gost-ffeithiol yw ymyriadau i hyrwyddo llesiant meddyliol pobl hŷn. At hynny, mae angen rhoi rhagor o sylw i'r ystyriaethau methodolegol sy'n ymwneud â'r dulliau mesur safonol a ddefnyddir i asesu QALYs a llesiant emosiynol a chymdeithasol.

Bluch 7.2 Canllawiau iechyd cyhoeddus NICE ar lesiant meddyliol ymhlith pobl dros 65 oed: therapi galwedigaethol ac ymyriadau gweithgarwch corfforol, y sail dystiolaeth economaidd¹⁷⁰ [PH16, 2008]

Ymyriadau yn y cartref a'r amgylchedd

Caiff rhaglenni Gofal a Thrwsio Cymru eu darparu drwy Gymru i atal disgyn drwy wneud addasiadau i gartrefi pobl hŷn sy'n byw'n annibynnol. Gwelwyd bod addasu cartrefi hefyd yn gallu arbed costau meddygol yn sgil disgyn, sef tua £620.15†† o gost yr addasiadau, yn ogystal ag arbed costau o £1,339.53†† yn sgil disgyn²⁸⁰. Gall addasiadau i gartrefi gynnwys gosod canllawiau yn yr ardd a ger y drws ffrynt, a chanllawiau i helpu pobl i ddefnyddio'r bath yn ddiogel. Mae atal achos o ddisgyn sy'n arwain at dorri asgwrn y glun yn arbed cyfartaledd o £32,060.43†. Amcangyfrifir mai cyfartaledd y gost a arbedir ar gyfer pob person drwy ohirio'r angen am ofal preswyl am flwyddyn yw tua £31,406.14†¹²⁴.

Mae gwneud mân atgyweiriadau i adeiladau hefyd o fudd i Wasanaethau Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol gan eu bod yn lleihau'r risg o ddisgyn²⁸¹. Gall y budd hwn ddeillio o gael gwared ar beryglon a allai beri i bobl faglu, neu atal anafiadau drwy sicrhau nad yw pobl hŷn yn ceisio gwneud mân waith adeiladu eu hunain. Mantais arall gwneud mân waith adeiladu yw bod modd i

bobl hŷn barhau i fyw yn eu cartrefi eu hunain heb orfod symud i ofal preswyl yn gynt na'r angen, gan arbed cost gofal preswyl blynyddol o £57,700.23† drwy bob rhaglen¹⁹⁸. Mae ystafelloedd gwlyb, cawod yn lle bath, a lifftiau grisiau i gyd yn addasiadau sy'n arwain ar fuddion i Wasanaethau Iechyd a Gofal Cymdeithasol. Er enghraifft, gall lifftiau grisiau roi mwy o annibyniaeth i bobl hŷn a hyder yn eu gallu i ymdopi, ynghyd â lleihau'r risg o ddisgyn i lawr y grisiau. Gall buddion lifftiau grisiau fod yn £116,602.55† drwy bob rhaglen Village and Community Agents¹⁹⁸.

Ceir rhywfaint o dystiolaeth gref i awgrymu y gall addasiadau amgylcheddol i wardiau ysbyty fel lloriau sy'n amsugno siociau leihau'r gost o ddisgyn i tua £913.51† y claf²⁸².

Ymyriadau traed ac esgidiau

Gall pobl hŷn ddiodeff yn aml o broblemau gyda'r traed a phoenau yn y traed, a gall hynny effeithio ar allu unigolyn i weithredu yn y ffordd arferol²⁸³. Gall fod cysylltiad rhwng hyn hefyd â risg uwch o ddisgyn²⁸⁴. Mae ymyriadau podiatreg i leihau achosion o ddisgyn wedi cael eu gwerthuso^{285,286} ac mae'r dystiolaeth gychwynnol yn dangos y gallant fod yn gost-effeithiol gyda'r ICER yn amrywio rhwng £19,494 a £20,593 ar gyfer pob QALY²⁸⁵. Y costau uchaf yw costau hyfforddi podiatregwyr neu staff cartrefi gofal. Gall costau parhaus y ddarpariaeth fod yn rhan o drefniadau gofal arferol, heb lawer o gostau ychwanegol i'r gwasanaethau iechyd²⁸⁶.

Gweld a chymhorthion gweld

Argymhellir y dylid sgrinio golwg pawb sy'n disgyn²⁸⁷. Nid yw'n hysbys faint o oedolion yng Nghymru sydd â nam ar y golwg, ond mae'r amcangyfrifon yn amrywio o 42,000 i 115,000 ar gyfer pobl sydd â nam difrifol ar y golwg, er mai dim ond 16,253 o oedolion Cymru a oedd â nam ar y golwg wedi'i gofrestru yn 2011²⁸⁸. Dangosodd Arolwg Iechyd Cymru fod gan 7% o bobl 45 oed a hŷn yng Nghymru broblemau gyda'u golwg²⁸⁹. Gall rhai rhwystrau sy'n atal pobl hŷn rhag cael profion llygaid gynnwys materion yn ymwneud â chostau, yn enwedig costau prynu fframiau a lensys newydd, problemau trafndiaeth, yr ofn o ymddangos yn fregus neu'n dwp, a methu â llawn ddeall eu risg eu hunain o fod â chlefyd ar y llygaid¹⁴¹.

Mae pobl sy'n colli'u golwg yn disgyn 1.7 gwaith yn amlach na phobl heb broblemau llygaid²⁹⁰. Yn y Deyrnas Unedig, amcangyfrifir bod costau meddygol achosion o ddisgyn ymhlith pobl sy'n colli'u golwg yn £427 miliwn† y flwyddyn, a bod costau achosion o ddisgyn sy'n uniongyrchol gysylltiedig â cholli golwg yn £203 miliwn† y flwyddyn²⁹¹. Gall methu â chanfod fod rhywun yn colli'i olwg arwain at fwy o achosion o ddisgyn²⁹⁰. Mae cynlluniau sy'n annog pobl hŷn (60 oed) i gael profion llygaid rheolaidd fod yn gost-effeithiol, sef £29,631† ar gyfer pob blwyddyn bywyd wedi'i haddasu yn ôl anabled [gweler yr eirfa]²⁹². Er bod sbectol newydd yn lleihau'r risg y bydd pobl hŷn yn disgyn yn y tymor hir, awgrymwyd hefyd bod mwy o risg i bobl ddisgyn yn y tymor byr ar ôl cael presgripsiwn newydd, a all fod yn sylweddol wahanol i bresgripsiwn y sbectol gynt²⁹³.

Er nad yw'n gost-effeithiol yn y tymor byr, gall llawdriniaeth cataract fod yn gost-effeithiol dros oes, o ran arbed costau²⁹⁴. Gall cataractau effeithio ar y ddwy lygad; ond bu'n destun dadlau a yw manteision llawdriniaeth cataract ar yr ail lygad yn gwneud iawn am y costau^{295,296}. Mae dull modelu cost-ddefnyddioldeb y manteision sy'n gysylltiedig â llawdriniaeth cataract ar yr ail lygad yn dangos y gall hyn fod yn hynod gost-effeithiol o'i gymharu â thriniaethau meddygol eraill, a dim ond fymryn yn llai cost-effeithiol na gwella cataractau yn y llygad gyntaf^{295,297}. Arweiniodd llawdriniaeth ar yr ail lygad at 0.68 o QALYs yn ychwanegol (sy'n cyfateb i 8 mis ychwanegol o ansawdd bywyd ychwanegol llawn sy'n gysylltiedig ag iechyd) ac ICER o £1,998† am bob QALY a enillwyd²⁹⁷. Mae hynny'n sylweddol is na'r trothwyon a dderbynnir fel arfer yn y Deyrnas Unedig.

Gall cael cyngor ynghylch colli golwg fod yn fuddiol wrth leihau'r ofn o ddisgyn. Mae dadansoddiad o'r Enillion Cymdeithasol ar Fuddsoddiad wedi amcangyfrif bod £10.57 o fuddion i iechyd a gofal cymdeithasol i'w cael am bob £1 a fuddsoddir^{298,299}.

Technolegau i ganfod ac atal achosion o ddisgyn

Wrth i bobl hŷn fyw'n hirach, mae nifer y bobl hŷn sy'n disgyn wedi cynyddu, ac felly hefyd nifer y systemau sy'n ceisio canfod achosion o ddisgyn. Gall technolegau i ganfod ac atal achosion o ddisgyn gynnwys pethau fel 'technolegau oriawr larwm disgyn' neu larymau a larymau gwddf sy'n cael eu rheoli gan y defnyddiwr. Er bod larymau o'r fath yn aml yn rhad ac yn hawdd eu defnyddio, dim ond os bydd y person hŷn yn cofio'u gwisgo a'u canu y maent yn effeithiol³⁰⁰.

Ceir rhagdybiaeth y gall gofal teleiechyd a gofal iechyd o bell fod yn fwy cost-effeithiol na gofal meddygol wyneb yn wyneb³⁰¹. Er enghraifft, gall technolegau monitro o bell arbed costau o'u cymharu â gwarchod cleifion, gydag ICER o £5217†† am bob achos o ddisgyn a gaiff ei atal³⁰². Fodd bynnag, mae angen mwy o werthusiadau economaidd wrth i dechnolegau ddatblygu³⁰¹, yn enwedig wrth ystyried yr effeithiau ehangach fel llai o gymdeithasu a bodlonrwydd cleifion, sef materion a all fod yn berthnasol wrth i ddyfeisiau gofal o bell ddisodli cyswllt â phobl³⁰². Gall defnyddio technolegau cyfathrebu sy'n bodoli'n barod, fel ffonau clyfar, fod yn ddewis arall rhad yn hytrach na thechnoleg monitro sy'n fwy drud³⁰¹.



8. Trafodaeth



Yn yr adroddiad hwn rydym wedi edrych ar y ddadl economaidd dros fuddsoddi mewn pobl hŷn fel asedau, drwy werthuso'r dystiolaeth economaidd sydd ar gael am bobl hŷn (a honno'n ymwneud ag ymriadau, polisïau ac arferion sy'n berthnasol yng Nghymru). Dewiswyd y pynciau i'w cynnwys ar ôl ymgynghori â'n bwrdd cyngori aml-ddisgyblaeth, cydweithwyr yn lechyd Cyhoeddus Cymru, ac academyddion sy'n gweithio ym maes iechyd a gofal cymdeithasol pobl hŷn, ynghyd â thrwy adolygu polisïau ac arferion sy'n berthnasol i bobl hŷn yng Nghymru. Ymgynghorwyd ag aelodau Cynghrair Henoed Cymru a Chynghrair Pobl Hŷn Cymru (COPA) er mwyn canfod ffynonellau perthnasol o werthusiadau economaidd yng Nghymru o wasanaethau a rhaglenni i bobl hŷn. Drwy ymgynghori â phobl hŷn sy'n byw yng Nghymru fel rhan o adolygiad Llywodraeth Cymru o'r Strategaeth ar gyfer Pobl Hŷn yng Nghymru, cafwyd barn pobl hŷn hefyd.

Penderfynwyd y dylai ein gwaith synthesis ar y llenyddiaeth economaidd sy'n berthnasol i bobl hŷn yng Nghymru ganolbwyntio ar dri phrif faes (unigrwydd ac arwahanrwydd cymdeithasol; gofalu am ofalwyr hŷn; ac atal disgyn). Cynhaliwyd adolygiadau cyflym, cadarn o'r llenyddiaeth a gyhoeddwyd ledled y byd yn Saesneg rhwng 2006 a 2017. Ein nod oedd ychwanegu at y corff o dystiolaeth economaidd sy'n berthnasol i ni yng Nghymru, gan gwblhau gwaith sydd eisoes wedi'i wneud gan y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn lechyd a Gofal [NICE], y Sefydliad Gofal Cymdeithasol er Rhagoriaeth [SCIE], Cynghrair Henoed Cymru a Chynghrair Pobl Hŷn Cymru (COPA).

Canfu ein hadolygiad cyflym astudiaethau a oedd ag ystod eang o ddulliau mesur canlyniadau, ac mae'n anodd cymharu'r rhain â'i gilydd yn uniongyrchol. Gwelwyd bod rhaglenni sy'n hyrwyddo byw'n annibynnol ac ymgysylltu cymunedol yn gallu lleihau unigrwydd a rhoi buddion economaidd ehangach, er enghraifft yn sgil gwirfoddoli a gofalu anffurfiol. Gall amgylcheddau a gwasanaethau sy'n hyrwyddo ymarfer corff a theithio llesol helpu pobl i weithio'n hirach a byw'n annibynnol, ynghyd â byw'n iachach wrth heneiddio. Rydym yn ymwybodol fod perthynas rhwng yr amgylchiadau economaidd, amgylchedd byw pobl hŷn, a'r gallu i ddefnyddio gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol, a bod y rhain i gyd yn dylanwadu ar ei gilydd.

Casgliadau

Mae angen i Gymru ganolbwyntio ar y meysydd hollbwysig canlynol, a buddsoddi yn y meysydd hyn:

- Gwasanaethau iechyd a gofal cwbl integredig;
- Cynnal llesiant corfforol a meddyliol wrth i bobl heneiddio, gan ganolbwyntio ar leihau arwahanrwydd cymdeithasol ac unigrwydd;
- Cynnal gwasanaethau i hyrwyddo gwaith ataliol (ac atal disgyn yn enwedig), ailsefydlu ac ailalluogi;
- Buddsoddi mewn cartrefi, trafndiaeth a chymunedau cynaliadwy; a
- Rhoi cymorth i ofalwyr anffurfiol.

Gallai buddsoddiad ganolbwyntio ar y canlynol:

1. Mae galluogi pobl i weithio'n hirach, hwyluso gwirfoddoli a helpu rhieni sy'n gweithio drwy ofalu am wyrion a wyresau yn arwain at nifer o adenillion economaidd sy'n gwella llesiant; mae'n lleihau unigrwydd; ac mae'n helpu gwasanaethau cymunedol ffurfiol, ehangach. Mae cyd-gynhyrchu yn galluogi pobl hŷn i barhau'n weithgar yn y gymuned, a hynny'n rhoi buddion i'r naill gyfeiriad a'r llall yn y gymuned ac i wasanaethau'r sector cyhoeddus.
2. Gall rhaglenni sy'n hyrwyddo ymarfer corff a gwell cydbwysedd fod yn gost-effeithiol wrth wella llesiant corfforol a seicolegol ymhlith pobl hŷn, yn ogystal â lleihau'r achosion o ddisgyn a'r angen cysylltiedig am ofal ysbyty neu ofal yn y gymuned. Mae systemau trafndiaeth lleol sy'n hyrwyddo teithio llesol, gan gynnwys cerdded a seiclo, yn rhoi buddion economaidd ehangach.
3. Gall cynnal cyllid ym meysydd atal, ailsefydlu ac ailalluogi greu buddion economaidd drwy hyrwyddo byw'n annibynnol; lleihau'r angen am driniaeth ysbyty; hwyluso rhyddhau pobl yn gynt o'r ysbyty; a lleihau'r galw am wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol.
4. Mae nifer o bobl hŷn yn ofalwyr anffurfiol eu hunain. Mae costau ynghlwm wrth ddarparu gofal i ofalwyr hŷn y mae angen cymorth cymdeithasol, meddygol a seicolegol arnynt. Gofalwyr, gan gynnwys gofalwyr pobl sydd â dementia, ar adegau fydd y ffactor allweddol sy'n galluogi rhywun i barhau i fyw gartref neu i beidio â gorfod cael gofal ysbyty neu ofal preswyl. Mae dadl economaidd dros flaenoriaethu cymorth i ofalwyr hŷn yng Nghymru, gan fod mwy o ofalwyr hŷn di-dâl yng Nghymru nag yn unrhyw ran arall o'r Deyrnas Unedig.
5. Mae angen cynnal gwerthusiad economaidd o fodlau gofal newydd, er enghraifft, y rheini sy'n pontio cenedlaethau. Mae modelau sy'n cyd-leoli canolfannau cyn-ysgol a chartrefi gofal i bobl hŷn, ac yn trefnu rhaglenni o weithgareddau i integreiddio'r cenedlaethau hyn ar y naill begwn oedran a'r llall, yn cael eu cyflwyno yn yr Unol Daleithiau, Awstralia, yr Almaen, Cymru a Lloegr. Gall rhannu cyfleusterau a gorbenion drwy raglenni sy'n pontio'r cenedlaethau fod yn ffordd economaidd resymegol o sicrhau manteision i'r naill grŵp a'r llall, fel lleihau unigrwydd ymhlith pobl hŷn, a gwella sgiliau cymdeithasol plant.



Geirfa

Adenillion ar Fuddsoddiad (Return on Investment - ROI) – Dyma'r adenillion economaidd net am bob punt a fuddsoddir mewn ymyriad iechyd cyhoeddus. Fe'u mynegir naill ai fel canran, neu fe ellir datgan y bydd pob £1 a fuddsoddir yn arwain, e.e., at £7.10 mewn adenillion economaidd. Nid yw'r £7.10 yn cynnwys y £1 wreiddiol a fuddsoddiwyd.

Aml-asiantaeth (neu aml-sector) – Mae'r safbwynt hwn mewn dadansoddiadau economaidd yn cynnwys y GIG, gofal cymdeithasol, y sector gwirfoddol, y system farnwrol, ac awdurdodau lleol.

Blwyddyn bywyd o ansawdd da wedi'i haddasu (Quality Adjusted Life Year - QALY) – Diffinnir hyn fel blwyddyn o fywyd wedi'i haddasu ar sail ansawdd bywyd. Gall cleifon ennill blynyddoedd ychwanegol o fywyd drwy gael triniaeth neu drwy ymyriad. Mae'r amser yn cael ei addasu yn unol ag ansawdd bywyd yn ystod y cyfnod hwnnw.

Blwyddyn bywyd wedi'i haddasu yn ôl anabledd (Disability Adjusted Life Year - DALY) - Dull o fesur baich cyffredinol afiechyd, wedi'i fynegi ar ffurf nifer y blynyddoedd a gollir yn sgil iechyd gwael, anabledd neu farwolaeth cyn pryd.

Cynghrair Pobl Hŷn Cymru (Cymru Older People Alliance - COPA) - Mae Cynghrair Pobl Hŷn Cymru yn sefydliad sy'n cael ei redeg gan wirfoddolwyr, a hwnnw'n gweithio i wella amgylchiadau pobl hŷn sy'n byw yng Nghymru.

Cymhareb cost-ffeithiolrwydd ychwanegol (Incremental Cost-Effectiveness Ratio - ICER) – Ystadegyn a ddefnyddir wrth ddadansoddi cost-ffeithiolrwydd er mwyn crynhoi cost-ffeithiolrwydd ymyriad gofal iechyd.

Cynnyrch Domestig Gros (Gross Domestic Product - GDP): Cynnyrch Domestig Gros yw'r Gwerth Ychwanegol Gros ynghyd â'r trethi ar gynhyrchion, heb y cymorthdaliadau ar gyfer cynhyrchion.

Disgwyliad Oes Iach – Nifer disgwylidig y blynyddoedd y bydd pobl yn eu byw mewn iechyd da. Mae'r dull mesur hwn yn cyfuno marwolaeth oedran-benodol a morbidrwydd neu statws iechyd.

Enillion Cymdeithasol ar Fuddsoddiad (Social Return on Investment - SROI) – Mae'r dull hwn yn ystyried tri math o adenillion sylfaenol, sef rhai cymdeithasol, economaidd ac amgylcheddol. Fe'u cyfrifir fel gwerth presennol y buddion mewn termau ariannol wedi'i rannu â chyfanswm yr hyn a wariwyd ar y prosiect. Fe'u mynegir naill fel cymhareb, e.e. 1:7.10, neu fe ellir datgan y bydd pob £1 a fuddsoddir yn arwain, e.e. at £7.10 mewn gwerth cymdeithasol.

Gofal iechyd a gofal cymdeithasol darbodus – Gofal sy'n gweddu i anghenion ac amgylchiadau cleifon ac sy'n mynd ati'n fwriadol i osgoi gofal gwastraffus nad yw o fudd i'r claf.

Gweithredu'n gywir - Mae hyn yn golygu pa mor driw yw ymyriad, wrth ei gyflwyno, i ddyluniad gwreiddiol yr ymyriad hwnnw.

Gwerth Ychwanegol Gros (Gross Value Added - GVA): Gwerth Ychwanegol Gros yw cyfanswm gwerth y cyfan a gaiff ei gynhyrchu mewn economi mewn cyfnod penodol. Fel arfer, cyfnod o flwyddyn fydd hwn.

Iechyd Cyhoeddus (neu Iechyd y Boblogaeth) – Yn yr adroddiad hwn rydym yn defnyddio'r term iechyd cyhoeddus er ein bod yn llwyr gydnabod, mewn termau ehangach, mai'r hyn a olygir yw iechyd y boblogaeth. Mae iechyd y boblogaeth wedi'i ddiffinio fel canlyniadau iechyd grŵp o unigolion, gan gynnwys dosbarthiad y canlyniadau hynny o fewn y grŵp³⁰³ t. 380. Ymyriad iechyd cyhoeddus yw rhaglen sy'n ceisio gwella problem iechyd cyhoeddus. Er enghraifft, bydd rhaglen ar roi'r gorau i ysmegu yn ceisio lleihau pa mor gyffredin yw ysmegu ymhlith poblogaeth benodol.

Pro rata – Yn yr adroddiad hwn rydym yn aml yn defnyddio ffigurau sy'n berthnasol i'r Deyrnas Unedig neu Loegr ar sail pro rata fel eu bod yn berthnasol i Gymru. Gwneir hyn ar sail maint y boblogaeth yn unig, ac ni roddir ystyriaeth i lefel yr angen oni bai y nodir hynny'n wahanol.

Cyfeiriadau

1. Heneiddio'n Dda yng Nghymru. Themâu Heneiddio'n Dda. (2017).
2. Khangura, S., Konnyu, K., Cushman, R., Grimshaw, J. a Moher, D. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Syst. Rev.* **1**, 10 (2012).
3. Shemilt, I. et al. Pennod 15: Incorporating economics evidence. yn *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (goln. Higgins, J. P. T. a Green, S.) (2008).
4. Van Woerden, H. Achieving prudent healthcare in NHS Wales. (2014).
5. Davies, H. The Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015. *Environ. Law Rev.* **18**, 41–56 (2016).
6. Llywodraeth Cymru. Ffyniant i Bawb: Y Strategaeth Genedlaethol. (2017).
7. Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru. Ageing in Wales: An overview in a European perspective. (2016).
8. Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru. The Importance and Impact of Community Services within Wales. (2014).
9. Hex, N. a Tatlock, S. *Altogether Better Social Return on Investment Case Studies*. (2011).
10. A ARUP a Phartneriaid. Seasonal health and resilience for ageing urban populations and environments. (2016).
11. Bray, N., Burns, P., Jones, A., Winrow, E. ac Edwards, R. T. Costs and outcomes of improving population health through better social housing: a cohort study and economic analysis. *Int. J. Public Health* 1–12 (2017). doi:10.1007/s00038-017-0989-y
12. Iparraguirre, J. Age UK Chief Economist's Report Spring 2014. 1–26 (2014).
13. Cyngor Gweithredu Gwirfoddol Cymru. Gwirfoddoli yng Nghymru 2015 Adroddiad ar ddau arolwg Omnibws Mawrth 2014 a 2015. (2016).
14. Y Gwasanaeth Gwirfoddol Brenhinol. Gold age pensioners, valuing the socio-economic contribution of older people in the UK. (2011). doi:10.1017/CBO9781107415324.004
15. PricewaterhouseCoopers LLP. *PwC Golden Age Index 2017*. (2017).
16. Llywodraeth Cymru. Llywodraeth Cymru | Hwyluso – Cymorth i Fyw'n Annibynnol. (2017).
17. KAFKA Brigade. *Supporting better health outcomes in Wales: A Report for Community Housing Cymru*. (2011).
18. NICE. *Excess winter deaths and illness and the health risks associated with cold homes*. (2015).
19. Sefydliad Iechyd y Byd. The case for investing in public health. (2014).
20. Y Gwasanaeth Gwirfoddol Brenhinol. Loneliness amongst older people and the impact of family connections. (2012).
21. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. a Layton, J. B. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med.* **7**, e1000316 (2010).
22. Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru. Ymateb Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru i ymgynghoriad Trysorlys EM ar yr 'Adolygiad o Ganllawiau Ariannol Cyhoeddus'. (2016).
23. Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru. Ymateb oddi wrth Gomisiynydd Pobl Hŷn Cymru i Ymchwiliad Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon Cynulliad Cenedlaethol Cymru i unigrwydd ac unigedd. (2017).
24. Jopling, K. *Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life*. (2015). doi:10.1037/016074
25. Mackett, R. Has the policy of concessionary bus travel for older people in Britain been successful? *Case Stud. Transp. Policy* **2**, 81–88 (2014).
26. Llywodraeth Cymru. *Y Strategaeth ar gyfer Pobl Hŷn yng Nghymru 2013-2023*. (2013).
27. Donald, N. *Social Return on Investment Report (SROI) on Dial-A-Community Bus Shopping Service*. (Buchan Development Partnership, 2010). doi:No. 3
28. Teater, B. Intergenerational Programs to Promote Active Aging: The Experiences and Perspectives of Older Adults. *Act. Adapt. Aging* **40**, 1–19 (2016).
29. Morita, K. a Kobayashi, M. Interactive programs with preschool children bring smiles and conversation to older adults: time-sampling study. *BMC Geriatr.* **13**, 111 (2013).
30. Park, A.-L. The effects of intergenerational programmes on children and young people. *Int. J. Sch. Cogn. Psychol.* **2**, 1–5 (2015).
31. Frick, K. D. et al. Modeled Cost-Effectiveness of the Experience Corps Baltimore Based on a Pilot Randomized Trial. *J. Urban Heal.* **81**, 106–117 (2004).
32. Kinsella, S. *Older people and social isolation evidence: a review of the evidence*. (2014).
33. Optimity Matrix. Independence and mental wellbeing (including social and emotional wellbeing) for older people Older people: Economic Analysis. (2015).
34. Social Value Lab. *Craft Cafe. Creative Solutions to Isolation & Loneliness: Social Return on Investment Evaluation*. (2011).
35. Milligan, C. et al. Older men and social activity: a scoping review of Men's Sheds and other gendered interventions. *Ageing Soc.* 1–29 (2015). doi:10.1017/S0144686X14001524
36. Centre for Reviews and Dissemination. *Interventions for loneliness and social isolation*. (2014).
37. Findlay, R. A. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing Soc.* **23**, 647–658 (2003).
38. Knapp, M., Bauer, A., Perkins, M. a Snell, T. Building community capital in social care: Is there an economic case? *Community Dev. J.* **48**, 313–331 (2013).
39. Y Swyddfa Ystadegau Gwladol. Data Cyfrifiad 2011. (2011). Ar gael yn: <https://www.ons.gov.uk/census/2011census/2011censusdata>
40. Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru. Wellbeing Indicators for Older People Introduction Summary and main points. 1–38 (2013).
41. Buckner, L. a Yeandle, S. Valuing Carers 2015. (2015).
42. Yr Ymddiriedolaeth Gofalwyr. Caring About Older Carers. (2015).
43. Martindale-Adams, J., Nichols, L. O., Zuber, J., Burns, R. a Graney, M. J. Dementia caregivers' use of services for themselves. *Gerontologist* **56**, 1053–1061 (2016).

44. Shaw, C. *et al.* Systematic review of respite care in the frail elderly. *Health Technol. Assess. (Rockv)*. **13**, 1–246 (2009).
45. Dahlrup, B., Nordell, E., Steen Carlsson, K. ac Elmståhl, S. Health economic analysis on a psychosocial intervention for family caregivers of persons with dementia. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* **37**, 181–195 (2014).
46. Gitlin, L. N., Hodgson, N., Jutkowitz, E. a Pizzi, L. The Cost-Effectiveness of a Nonpharmacologic Intervention for ... *Am. J. Geriatr. Psychiatry* **18**, 510–519 (2010).
47. Hu, B., Wittenberg, R. a Knapp, M. *The hidden cost of dementia in Wales*. (2015).
48. Semple, A., Willis, E. a de Waal, H. *Peer Support for people with Dementia A Social return on Investment (SROI) study*. (2015).
49. Public Health England. Health matters: midlife approaches to reduce dementia risk. (2016). Ar gael: <https://www.gov.uk/government/publications/health-matters-midlife-approaches-to-reduce-dementia-risk/health-matters-midlife-approaches-to-reduce-dementia-risk>.
50. Heneiddio'n Dda yng Nghymru. Atal Cwmpiadau. (2017).
51. Swyddfa Ranbarthol Ewrop Sefydliad Iechyd y Byd. The case for investing in public health. (2015).
52. Sefydliad Siartredig Ffisiotherapi. The cost of falls. (2016). Ar gael yn: <http://www.csp.org.uk/professional-union/practice/your-business/evidence-base/cost-falls>.
53. Church, J., Goodall, S., Norman, R. a Haas, M. The cost-effectiveness of falls prevention interventions for older community-dwelling Australians. *Aust. N. Z. J. Public Health* **36**, 241–248 (2012).
54. Carande-Kulis, V., Stevens, J. A., Florence, C. S., Beattie, B. L. ac Arias, I. A cost-benefit analysis of three older adult fall prevention interventions. *J. Safety Res.* **52**, 65–70 (2015).
55. Beard, J. *et al.* Economic analysis of a community-based falls prevention program. *Public Health* **120**, 742–751 (2006).
56. Landeiro, F., Leal, J. a Gray, A. M. The impact of social isolation on delayed hospital discharges of older hip fracture patients and associated costs. *Osteoporos. Int.* **27**, 737–745 (2016).
57. Tian, Y., Thompson, J., Buck, D. a Sonola, L. *Exploring the system-wide costs of falls in older people in Torbay*. London: *The King's Fund* (2013).
58. Palfreman, M. a Jepson, W. *Efficiency and Innovation Board: New Models of Service Delivery*. (Social Services Improvement Agency, 2011).
59. Watt, T. a Roberts, A. *The path to sustainability*. (The Health Foundation, 2016).
60. Richards, N. Economic Austerity and Older Volunteers – Sefydliad Ymchwil Gymdeithasol ac Economaidd, Data a Dulliau Cymru (WISERD) - Prifysgol Caerdydd. (2015). Ar gael yn: <http://blogs.cardiff.ac.uk/wiserd/2015/05/13/economic-austerity-and-older-volunteers/>. (Darllenwyd: 21 Medi 2017)
61. Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru: Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru - Trosolwg Demograffeg. (2016). Ar gael yn: <http://http://www.arsyllfaiechydchyhoedduscymru.wales.nhs.uk/trosolwg-demograffeg>.
62. Y Swyddfa Ystadegau Gwladol Statistics. Life Expectancy at Birth and at Age 65 by Local Areas in England and Wales: 2012 to 2014. (2015).
63. Statistics for Wales. *A Statistical Focus on Age in Wales*. (Her Majesty's Stationery Office, 2009).
64. Y Swyddfa Ystadegau Gwladol. Health state life expectancies, UK: 2013 to 2015. 1–17 (2016).
65. Carter-Davies, L. a Hillcoat-Nallétamby, S. *Housing for Older People in Wales: An Evidence Review*. (2015).
66. Yr Adran Iechyd. Making a strategic shift to prevention and early intervention A guide. (2008).
67. Holley-Moore, G. a Beach, B. *Drink Wise, Age Well: Alcohol Use and the Over 50s in the UK*. (2016).
68. Barnett, K. *et al.* Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet* **380**, 37–43 (2012).
69. Conn, V. S. *et al.* Interventions to improve medication adherence among older adults: Meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trials. *Gerontologist* **49**, 447–462 (2009).
70. Nieuwlaat, R. *et al.* Interventions for enhancing medication adherence. in *Cochrane Database of Systematic Reviews* (ed. Nieuwlaat, R.) (John Wiley & Sons, Ltd, 2014). doi:10.1002/14651858.CD000011.pub4
71. Anglada-Martinez, H. *et al.* Does mHealth increase adherence to medication? Results of a systematic review. *Int. J. Clin. Pract.* **69**, 9–32 (2015).
72. Barker, W. Assessment and prevention of falls in older people. *Nurs. Older People* **26**, 18–24 (2014).
73. Duerden, M., Avery, T. a Payne, R. Polypharmacy and medicines optimisation Making it safe and sound. *Kings Fund* 1–68 (2013). doi:10.1136/bmjopen-2013-002913
74. NICE. *Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes*. NICE guideline (2015). doi:ISBN: 978-1-4731-1057-1
75. Llywodraeth Cynulliad Cymru. *Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol ar gyfer Pobl Hŷn yng Nghymru*. (2006).
76. Pirmohamed, M. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* **329**, 15–19 (2004).
77. Gurwitz, J. H. *et al.* The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *Am. J. Med.* **118**, 251–258 (2005).
78. The King's Fund. Ten priorities for commissioners: Transforming our health care system summary. (2015). Ar gael yn: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/transforming-our-health-care-system-ten-priorities-commissioners/summary>. (Darllenwyd: 28 Medi 2017)
79. Jones, C. H. Combining daycare for children and elderly people benefits all generations. *Conversat.* 1–3 (2017).
80. Swift, H. J., Abrams, D., Drury, L. a Lamont, R. A. *Briefing paper (5): The perception of ageing and age discrimination*. (2016). doi:10.1080/00369220601100075
81. Mackett, R. Improving accessibility for older people – Investing in a valuable asset. *J. Transp. Heal.* **2**, 5–13 (2015).
82. ILC-UK. Grandparent Army Report. 37 (2017).
83. Plant yng Nghymru. Holi Teidiau a Neiniau am eu Rôl, 08/09/10 [W]. (2010). Ar gael yn: <http://http://www.plantynghymru.org.uk/newyddion/datganiadau-ir-wasg/holi-teidiau-a-neiniau-am-eu-rol-080910-c/>.
84. *The new old age: perspective on innovating our way to the good life for all*. (NESTA, 2009).

85. Sinclair, D. The Golden Economy - The Consumer Marketplace in an Ageing Society. *October* 76 (2010).
86. WRAP. WRAP and the circular economy. (2017).
87. Y Cenhedloedd Unedig. The Sustainable Development Goals Report. (2017).
88. Hunter Lovins, L. Rethinking Production. in *STATE OF THE WORLD 2008 Innovations for a Sustainable Economy Innovations for a Sustainable Economy* 38–40 (The Worldwatch Institute, 2008).
89. SCIE. Co-production. (2016). Ar gael yn: <https://www.scie.org.uk/co-production/>. (Darllenwyd: 22 Medi 2017)
90. Altogether Better. *Altogether Better Working Together to Create Healthier People and Communities*. (2016).
91. Woodall, J., White, J., Kinsella, K. a South, J. *Community Health Champions and Older People: a Review of the Evidence*. (2012).
92. WHO. *A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. (2002).
93. Laverty, A. A., Mindell, J. S., Webb, E. A. a Millett, C. Active Travel to Work and Cardiovascular Risk Factors in the United Kingdom. *Am. J. Prev. Med.* **45**, 282–288 (2013).
94. Fonda, S. J., Wallace, R. B. a Herzog, A. R. Changes in Driving Patterns and Worsening Depressive Symptoms Among Older Adults. *J. Gerontol. Soc. Sci. Am.* **56**, 343–351 (2001).
95. Musselwhite, C. B. A. a Shergold, I. Examining the process of driving cessation in later life. *Eur. J. Ageing* **10**, 89–100 (2013).
96. Swyddfa'r Llywodraeth dros Wyddoniaeth. Future of an Ageing Population. FORESIGHT (Government Off. Sci. UK) 1–124 (2016).
97. Titheridge, H., Christie, N., Mackett, R., Hernández, D. O. ac Ye, R. Transport and poverty: a review of the evidence. 54 (2014). doi:10.13140/RG.2.1.1166.8645
98. Laverty, A. A. a Millett, C. Potential impacts of subsidised bus travel for older people. *J. Transp. Heal.* **2**, 32–34 (2015).
99. Tinsley, M. *Too Much to Lose*. (Policy Exchange, 2012).
100. Age UK. *Later Life in the United Kingdom*. (2017). doi:10.1016/j.egypro.2016.11.209
101. Harrop, A. a Jopling, K. *One voice: shaping our ageing society*. (2009). doi:10.1037/e412532005-004
102. Yr Adran Gwaith a Phensiynau. Employment statistics for workers aged 50 and over, by 5-year age bands and gender. (2015).
103. Y Swyddfa Ystadegau Gwladol. What Does the 2011 Census Tell Us About Older People? (2013).
104. Marvell, R. a Cox, A. *Fulfilling work What do older workers value about work and why?* (2016).
105. van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M. a Proper, K. I. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occup. Environ. Med.* **71**, 730–6 (2014).
106. Taskila, T., Shreeve, V., Laghini, M. a Bevan, S. About the Health at Work Policy Unit. (2015).
107. Y Comisiwn Ewropeaidd. Ageing Well in Wales: a national movement. (2016).
108. Williams, I. a Hatton-Yeo, A. Working with Older People Ageing Well in Wales: a national movement. *Work. with Older People* **19**, 170–176 (2015).
109. Hildon, Z., Smith, G., Netuveli, G. a Blane, D. Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociol. Heal. Illn.* **30**, 726–740 (2008).
110. NICE. *Workplace health: management practices*. (2015).
111. Hagger-Johnson, G. *et al.* Association between midlife health behaviours and transitions out of employment from midlife to early old age: Whitehall II cohort study. *BMC Public Health* **17**, 82 (2017).
112. Llywodraeth Cymru. Fframwaith Gweithredu ar gyfer Byw'n Annibynnol. (2013).
113. Wanless D, Appleby, J. Harrison, A. Patel, D. Our Future Health Secured? 1–279 (2007).
114. Yr Adran Iechyd. Homecare Re-ablement, Efficiency Delivery: supporting sustainable transformation. (2007).
115. NICE. *Older people with social care needs and multiple long-term conditions*. *NICE Guidelines NG22*, (2015).
116. ASCOT | Domains. (2018). Ar gael yn: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/domains.php>. (Darllenwyd: 30 Ionawr 2018)
117. Sefydliad Iechyd y Byd. *Global age-friendly cities: a guide*. (Sefydliad Iechyd y BYD, 2007).
118. van Leeuwen, K. M. *et al.* What can local authorities do to improve the social care-related quality of life of older adults living at home? Evidence from the Adult Social Care Survey. *Heal. Place* **29**, 104–113 (2014).
119. Help the Aged. *Nowhere to go: Public toilet provision in the UK*. (2007).
120. Age Cymru. Save our public toilets. (2011).
121. Tŷ'r Cyffredin. The Provision of Public Toilets - Twelfth Report of Session 2007–08. (2008).
122. Adroddiad gan y Grŵp Arbenigol ar Ddarparu tai ar gyfer poblogaeth sy'n heneiddio. Tai i'r dyfodol: diwallu dyheadau pobl hŷn Cymru. (2017).
123. Her Iechyd Cymru. Her Iechyd Cymru - Diogelwch yn y cartref i bobl hŷn. (2017). Ar gael yn: <http://www.heriechydymru.org/diogelwch-yn-y-cartref-i-bobl-hyn/>. (Darllenwyd: 26 Medi 2017)
124. Croucher, K. a Lawson, K. *Handypersons Evaluation Interim key findings*. (Department for Communities and Local Government, 2011).
125. Westwood, S. a Daly, M. *Social Care and Older People in Home and Community Contexts: A Review of Existing Research and Evidence*. (2016).
126. Anabledd Cymru. An introduction to the Social Model of Disability. (2002).
127. Hurstfield, J., Parashar, U. a Schofield, K. *The costs and benefits of independent living*. (2007).
128. NICE. *Home care: delivering personal care and practical support to older people living in their own homes*. (2015).
129. Swyddfa Archwilio Cymru. Helpu pobl hŷn i fyw'n annibynnol: A yw cynghorau'n gwneud digon? (2015).
130. Laing & Buisson. Press release: Private pay rate among older care home residents reaches 35%. (2008).
131. Cabe. *Homes for our old age*. (Department of Health, 2009).
132. Cynulliad Cenedlaethol Cymru. Ymchwiliad i Dlodi yng Nghymru: tldi ac anghydraddoldeb. (2015).

133. Age UK. Reducing fuel poverty - a scourge for older people. (2014).
134. Grŵp Cartrefi Cymunedol Cymru. The Future of the Energy Company Obligation Community Housing Cymru Group response. (2014).
135. Pevalin, D. J., Taylor, M. P. a Todd, J. The Dynamics of Unhealthy Housing in the UK: A panel data analysis. *Hous. Stud.* **23**, 679–695 (2008).
136. Y Swyddfa Ystadegau Gwladol. Excess Winter Mortality in England and Wales: 2015/16 (Provisional) a 2014/15 (Final). *Stat. Bull.* **16**, 1–18 (2016).
137. Francis, J., Fisher, M. a Rutter, D. *Reablement: a cost-effective route to better outcomes.* (2011).
138. Bridges, E. a James, V. *Getting back on your feet: reablement in Wales.* (2012).
139. Cynulliad Cenedlaethol Cymru. Ymchwiliad y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon i Unigrwydd ac Unigedd, Ymatebion i'r Ymgynghoriad. (2017).
140. Dixon, J. *et al.* An Analysis of the Economic Impacts of the British Red Cross Support at Home Service. (2014).
141. RNIB. *Evidence-based review Older people.* (2010).
142. Llywodraeth Cymru. Iechyd a gofal gwybodus – Strategaeth iechyd a gofal cymdeithasol digidol ar gyfer Cymru. (2015).
143. Grŵp Cydweithredol Gofal Iechyd y Canolbarth. A review of telehealth, telecare and telemedicine in Wales. (2016).
144. Leng, G. *On the Pulse: Housing routes to better health outcomes for older people.* (National Housing Federation, 2012).
145. Polisen, J., Coyle, D., Coyle, K. a McGill, S. Home telehealth for chronic disease management: A systematic review and an analysis of economic evaluations. *Int. J. Technol. Assess. Health Care* **25**, 339–349 (2009).
146. Davies, A. a Newman, S. Evaluating telecare and telehealth interventions WSDAN briefing paper. 44 (2011).
147. Bergmo, T. S. Using QALYs in telehealth evaluations: a systematic review of methodology and transparency. *BMC Health Serv. Res.* **14**, 332 (2014).
148. Ho, Y.-L. *et al.* Assessment of the cost-effectiveness and clinical outcomes of a fourth-generation synchronous telehealth program for the management of chronic cardiovascular disease. *J. Med. Internet Res.* **16**, e145 (2014).
149. Thokala, P. *et al.* Telemonitoring after discharge from hospital with heart failure: cost-effectiveness modelling of alternative service designs. *BMJ Open* **3**, e003250 (2013).
150. Henderson, C. *et al.* Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *BMJ* **346**, f1035 (2013).
151. Age Concern. *Promoting mental health and well-being in later life.* London: Mental Health Foundation and Age Concern (2006).
152. Courtin, E. a Knapp, M. Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Heal. Soc. Care Community* (2015). doi:10.1111/hsc.12311
153. Fulton, L. a Jupp, B. *Investing to Tackle Loneliness: A Discussion Paper.* (2015).
154. Cohen, G. D. *et al.* The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *Gerontologist* **46**, 726–734 (2006).
155. Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C. a Thisted, R. A. Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Psychol. Aging* **21**, 140–151 (2006).
156. Green, B. H. *et al.* Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand* **86**, 213–217 (1992).
157. O'Connell, H., Chin, A.-V., Cunningham, C. a Lawlor, B. A. Clinical review Recent developments: Suicide in older people Sources and selection criteria Dispelling the myths (Greek and otherwise). *BMJ* **329**, 895–899 (2004).
158. Wilson, R. S. *et al.* Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch. Gen. Psychiatry* **64**, 234–240 (2007).
159. James, B. D., Wilson, R. S., Barnes, L. L. a Bennett, D. A. Late-Life Social Activity and Cognitive Decline in Old Age. *J Int Neuropsychol Soc* **17**, 998–1005 (2011).
160. Holwerda, T. J. *et al.* Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Neurol Neurosurg Psychiatry* **85**, 135–142 (2014).
161. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. a Stephenson, D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspect. Psychol. Sci.* **10**, 227–237 (2015).
162. Glass, T. A. *et al.* Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ* **319**, 478–83 (1999).
163. Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S. a Hanratty, B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart* **102**, 1009–1016 (2016).
164. Petite, T. *et al.* A Systematic Review of Loneliness and Common Chronic Physical Conditions in Adults. *Open Psychol J.* **8**, 113–132 (2015).
165. Burholt, V. a Scharf, T. Poor Health and Loneliness in Later Life: The Role of Depressive Symptoms, Social Resources, and Rural Environments. *Journals Gerontol. Ser. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* **69**, 311–324 (2014).
166. Ozbay, F. *et al.* Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edmont).* **4**, 35–40 (2007).
167. Glymour, M. M., Weuve, J., Fay, M. E., Glass, T. a Berkman, L. F. Social ties and cognitive recovery after stroke: Does social integration promote cognitive resilience? *Neuroepidemiology* **31**, 10–20 (2008).
168. Antonucci, T. C., Fuhrer, R. a Dartigues, J. F. Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Psychol. Aging* **12**, 189–195 (1997).
169. Godfrey, M., Townsend, J. a Denby, T. *Building a good life for older people in local communities: The experience of ageing in time and place.* (2004).
170. NICE. *Mental wellbeing in over 65s: occupational therapy and physical activity interventions.* (2008).

171. Social Exclusion Unit. *A Sure Start to Later Life Ending Inequalities for Older People Improving Services, Improving Lives*. (2006).
172. Sefydliad Iechyd y Byd. Active Ageing: A Policy Framework. 5, (2002).
173. Windle, G. *et al.* *Public health interventions to promote mental well-being in people aged 65 and over: systematic review of effectiveness and cost-effectiveness*. (2007).
174. Evans, B. Value of unpaid care in Wales reaches over £8 billion a year - Carers UK. (2015). Ar gael yn: <https://www.carersuk.org/news-and-campaigns/news/vale-of-unpaid-care-in-wales>. (Darllenwyd: 27 Medi 2017)
175. Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru. Men's Sheds Cymru. (2015).
176. Age UK. Loneliness among older men growing problem in our society. (2016).
177. Pitkala, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H. a Tilvis, R. S. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: A randomized, controlled trial. *Journals Gerontol. - Ser. A Biol. Sci. Med. Sci.* **64**, 792–800 (2009).
178. Coulton, S., Clift, S., Skingley, A. a Rodriguez, J. Effectiveness and cost-effectiveness of community singing on mental health-related quality of life of older people: Randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* **207**, 250–255 (2015).
179. Gofal Cancer Tenovus. About Sing with Us. (2007). Ar gael yn: <https://tenovuscancercare.org.uk/how-we-can-help-you/sing-with-us/about-sing-with-us/>. (Darllenwyd: 22 Medi 2017)
180. Windle, K., Francis, J. a Coomber, C. Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes. *Soc. Care Inst. Excell. Res. Brief.* **39** (2011).
181. NICE. *Older people: independence and mental wellbeing*. **NG32**, (2015).
182. Cattan, M., White, M., Bond, J. a Learmouth, A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc.* **25**, 41–67 (2005).
183. Mcdaid, D., Park, A. a Fernandez, J. *Reconnections Evaluation Interim Report*. (2016).
184. Pitkala, Kaisu H., Routasalo, P., Kautiainen, H., Sintonen, H., Rijos, S., Tilvis, M. . Effects of Socially Stimulating Group Intervention on Lonely, Older People's Cognition: A Randomized, Controlled Trial. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* **19**, 654–663 (2011).
185. Cattan, M., Kime, N. a Bagnall, A.-M. The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people - an evaluation. *Health Soc. Care Community* **19**, no-no (2010).
186. Mountain, G. A. *et al.* 'Putting Life in Years' (PLINY) telephone friendship groups research study: pilot randomised controlled trial. *Trials* **15**, 141 (2014).
187. Owen, L., Nolan, K., Tierney, R., Pritchard, C. a Leng, G. Cost-effectiveness of a befriending intervention to improve the wellbeing and reduce loneliness of older women. in *The Lancet* **388**, S84 (Elsevier Ltd, 2016).
188. Kazmeyer, M. Negative Effects of Technology on Communication | Techwalla.com. (2018). Ar gael yn: <https://www.techwalla.com/articles/negative-effects-of-technology-on-communication>. (Darllenwyd: 31 Ionawr 2018)
189. Cotten, S. R., Anderson, W. A. a McCullough, B. M. Impact of internet use on loneliness and contact with others among older adults: Cross-sectional analysis. *J. Med. Internet Res.* **15**, e39 (2013).
190. Claxton, K. *et al.* Methods for the Estimation of the NICE Cost Effectiveness Threshold. *CHE Res. Pap.* **81** (2013). doi:10.3310/hta19140
191. Jones, R. B., Ashurst, E. J., Atkey, J. a Duffy, B. Older people going online: its value and before-after evaluation of volunteer support. *J. Med. Internet Res.* **17**, e122 (2015).
192. Stickley, T. a Hui, A. Social prescribing through arts on prescription in a UK city: Participants' perspectives (Part 1). *Public Health* **126**, 574–579 (2012).
193. Cutler, D. Tackling Loneliness in Older Age - The role of the Arts. (2012).
194. Kings Fund. Social prescribing: from rhetoric to reality | The King's Fund. (2017).
195. Windle, G. *et al.* Dementia and Imagination: a mixed-methods protocol for arts and science research. *BMJ Open* **6**, e011634 (2016).
196. Jones, C., Edwards, R. T. ac Windle, G. Social return on investment analysis of an art group for people with dementia. *Lancet* **384**, S43 (2014).
197. Men's Sheds Cymru. *List of all Men's Sheds in Wales updated 19 July 2017*. (2017).
198. Hockett, C. *Gloucestershire Village & Community Agents. Cost / Benefit Analysis*. (2014).
199. Roderick, S., Davies, G. H., Daniels, J. a Gregory, J. Local Community Initiatives in Western Bay: Formative Evaluation Summary Report. (2016).
200. Marsh, H. Social value of Local Area Coordination in Derby: a forecast social return on investment analysis for Derby City Council. (2016).
201. Health Quality Ontario. *Social isolation in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. Ontario health technology assessment series* **8**, (2008).
202. Cymdeithas Llywodraeth Leol. Combating loneliness: A guide for local authorities. (2016).
203. Dayson, C., Bashir, N., Bennett, E. a Sanderson, E. *The Rotherham Social Prescribing Service for People with Long-Term Health Conditions: Annual Evaluation Report*. (2016).
204. Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H. a Bemis, A. *Supporting Family Caregivers in Providing Care. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008).
205. Carers UK. *State of Caring 2014*. (2014).
206. Age UK. Briefing: Health and Care of Older People in England 2017. (2017).
207. Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru. Wythnos Gofalwyr - Mehefin 2009. (2009).
208. Mason, A. *et al.* The effectiveness and cost-effectiveness of respite for caregivers of frail older people. *J. Am. Geriatr. Soc.* **55**, 290–299 (2007).
209. Gilden, D. M., Kubisiak, J. M., Kahle-Wroblewski, K., Ball, D. E. a Bowman, L. Using U.S. Medicare records to evaluate the indirect health effects on spouses: a case study in Alzheimer's disease patients. *BMC Health Serv. Res.* **14**, 291 (2014).

210. Dassel, K. B., Carr, D. C., Vitaliano, P. a Pruchno, R. Does Caring for a Spouse With Dementia Accelerate Cognitive Decline? Findings From the Health and Retirement Study. *Gerontologist* **57**, 319–328 (2017).
211. Chien, L. Y. *et al.* Caregiver support groups in patients with dementia: A meta-analysis. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* **26**, 1089–1098 (2011).
212. Gustavsson, A. *et al.* Differences in resource use and costs of dementia care between European countries: baseline data from the ICTUS study. *J. Nutr. Health Aging* **14**, 648–654 (2010).
213. Artaso, I. B., Martin, C. M. a Cabases Hita, J. M. Cost-consequence analysis of a psychogeriatric day center. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* **37(6)**, 291–297 (2002).
214. Baumgarten, M., Lebel, P., Laprise, H., Leclerc, C. a Quinn, C. Adult Day Care for the Frail Elderly. *J. Aging Health* **14**, 237–259 (2002).
215. Donaldson, C. a Gregson, B. Prolonging life at home: What is the cost? *J. Public Heal. (United Kingdom)* **11**, 200–209 (1989).
216. Gaugler, J. E., Zarit, S. H., Townsend, A., Parris Stephens, M. a Greene, R. Evaluating Community-Based Programs for Dementia Caregivers: The Cost Implications of Adult Day Services. *J. Appl. Gerontol.* **22**, 118–133 (2003).
217. Hedrick, S. C. *et al.* Summary and Discussion of Methods and Results of the Adult Day Health Care Evaluation Study Source : Medical Care, Vol. 31, No. 9, Supplement : Adult Day Health Care Evaluation Study Published by : Lippincott Williams & Wilkins Stable URL : <http://www>. **31**, (1993).
218. Zarit, S. H. a Stephens, M. A. P. Stress reduction for family caregivers: Effects of adult day care use. *Journals Gerontol. Ser. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* **53B**, S267 (1998).
219. Joling, K. J. *et al.* The cost-effectiveness of a family meetings intervention to prevent depression and anxiety in family caregivers of patients with dementia: a randomized trial. *Trials* **14**, 305 (2013).
220. Charlesworth, G. *et al.* Does befriending by trained lay workers improve psychological well-being and quality of life for carers of people with dementia. *Health Technol. Assess. (Rockv)*. **12**, (2008).
221. Woods, R. T. *et al.* REMCARE: Pragmatic multi-centre randomised trial of reminiscence groups for people with dementia and their family carers: Effectiveness and economic analysis. *PLoS One* **11**, 1–19 (2016).
222. Y Swyddfa Ystadegau Gwladol. Deaths Registered in England and Wales (Series DR), 2015 (Statistical Bulletin). (2016).
223. Her Iechyd Cymru. Dementia. (2012).
224. Cymdeithas Alzheimer. Risk Factors for Dementia Factsheet 450. (2016).
225. Woods R, Brayne C, B. V. *Maintaining function and well-being in later life: a longitudinal cohort study (CFAS - WALES)*. Protocol. (2010).
226. Statistics for Wales. 2011 Census : First Results on the Welsh Language Wales. *Natl. Stat. Stat. Bull.* **SB 118/201**, 1–13 (2012).
227. Llywodraeth Cymru. Arolwg Cenedlaethol Cymru, 2014-15 - Y Gymraeg. Dolenni StatsCymru ar y Gymraeg (2015).
228. Bialystok, E., Craik, F. I. M. a Freedman, M. Bilingualism as a protection against the onset of symptoms of dementia. *Neuropsychologia* **45**, 459–464 (2007).
229. Bialystok, E., Craik, F. I. M., Binns, M. A., Osher, L. a Freedman, M. Effects of bilingualism on the age of onset and progression of MCI and AD: Evidence from executive function tests. *Neuropsychology* **28**, 290–304 (2014).
230. Clare, L. *et al.* Bilingualism, executive control, and age at diagnosis among people with early-stage Alzheimer's disease in Wales. *J. Neuropsychol.* **10**, 163–185 (2016).
231. Robinson, L., Hutchings, D. a Corner, L. A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical. *Health Technol. Assess.* **10**, iii-108 (2006).
232. Sposaro, F., Danielson, J. a Tyson, G. IWander: An Android application for dementia patients. *2010 Annu. Int. Conf. IEEE Eng. Med. Biol. Soc. EMBC'10* 3875–3878 (2010). doi:10.1109/IEMBS.2010.5627669
233. Andrén, S. ac Elmståhl, S. Effective psychosocial intervention for family caregivers lengthens time elapsed before nursing home placement of individuals with dementia: A five year follow-up study. *Int. Psychogeriatrics* **20**, 1177–1192 (2008).
234. NICE. *Dementia, disability and frailty in later life – mid-life approaches to delay or prevent onset*. (2015).
235. Llywodraeth Cymru. Gweithgarwch corfforol ac iechyd. (2017). Ar gael yn: <https://gov.wales/topics/health/improvement/physical/?skip=1&lang=cy>. (Darllenwyd: 22 Medi 2017)
236. Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D. E., Yaffe, K. a Brayne, C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: An analysis of population-based data. *Lancet Neurol.* **13**, 788–794 (2014).
237. Tomata, Y. *et al.* Changes in time spent walking and the risk of incident dementia in older Japanese people: The Ohsaki Cohort 2006 Study. *Age Ageing* **46**, 857–860 (2017).
238. van Baal, P. H. M., Hoogendoorn, M. a Fischer, A. Preventing dementia by promoting physical activity and the long-term impact on health and social care expenditures. *Prev. Med. (Baltim)*. **85**, 78–83 (2016).
239. Knapp, M. *et al.* Cost effectiveness of a manual based coping strategy programme in promoting the mental health of family carers of people with dementia (the START (STrAtegies for RelaTives) study): a pragmatic randomised controlled trial. *Bmj* **347**, f6342–f6342 (2013).
240. Livingston, G. *et al.* START (STrAtegies for RelaTives) study: a pragmatic randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of a manual-based coping strategy programme in promoting the mental health of carers of people with dementia. *Health Technol. Assess. (Rockv)*. **18**, (2014).
241. Nichols, L. O. *et al.* The cost-effectiveness of a behavior intervention with caregivers of patients with Alzheimer's disease. *J. Am. Geriatr. Soc.* **56**, 413–420 (2008).
242. Nichols, L. O. *et al.* Impact of the REACH II and REACH VA Dementia Caregiver Interventions on Healthcare Costs. *J. Am. Geriatr. Soc.* 931–936 (2017). doi:10.1111/jgs.14716
243. NHS Choices. Falls. (2015).
244. Treml, J., Husk, J., Lowe, D. a Vasilakis, N. Falling standards, broken promises. Report of the national audit of falls and bone health in older people 2010. *R. Collge Physicians* (2011).
245. Jones, S. J. *Injury Prevention Guidance 1 Falls Preventing falls in older people living in the community*. (2011).

246. Alcock, D., Brook, C. D., Walker, D. a Hunt, C. Home care clients, providers and costs. *Can. J. Public Heal.* **89**, 297–300 (1998).
247. Summary, E. Falls : Factsheet. *WHO* **2010**, 1921–1928 (2011).
248. Watson, W. L., Clapperton, A. J. a Mitchell, R. J. The cost of fall-related injuries among older people in NSW, 2006–07. *N. S. W. Public Health Bull.* **22**, 55–9 (2011).
249. Profound. *Falls Prevention Intervention Factsheets.* (2015).
250. Li, F. a Harmer, P. Economic Evaluation of a Tai Ji Quan Intervention to Reduce Falls in People With Parkinson Disease, Oregon, 2008–2011. *Prev. Chronic Dis.* **12**, 140413 (2015).
251. Hendriks, M. R. C. *et al.* Cost-effectiveness of a multidisciplinary fall prevention program in community-dwelling elderly people: A randomized controlled trial (ISRCTN 64716113). *Int. J. Technol. Assess. Health Care* **24**, 193–202 (2008).
252. Williams, N. H. *et al.* Fracture in the Elderly Multidisciplinary Rehabilitation (FEMuR): study protocol for a phase II randomised feasibility study of a multidisciplinary rehabilitation package following hip fracture [ISRCTN22464643]. *Pilot Feasibility Stud.* **1**, 13 (2015).
253. Wu, S., Keeler, E. B., Rubenstein, L. Z., Maglione, M. A. a Shekelle, P. G. A cost-effectiveness analysis of a proposed national falls prevention program. *Clin. Geriatr. Med.* **26**, 751–66 (2010).
254. Müller, D., Borsi, L., Stracke, C., Stock, S. a Stollenwerk, B. Cost-effectiveness of a multifactorial fracture prevention program for elderly people admitted to nursing homes. *Eur. J. Heal. Econ.* (2014). doi:10.1007/s10198-014-0605-5
255. Farag, I., Howard, K., Ferreira, M. L. a Sherrington, C. Economic modelling of a public health programme for fall prevention. *Age Ageing* **44**, 409–414 (2015).
256. Eldridge, S. *et al.* Why modelling a complex intervention is an important precursor to trial design: lessons from studying an intervention to reduce falls-related injuries in older people. *J. Health Serv. Res. Policy* **10**, 133–42 (2005).
257. Bentley, T. G., Kuntz, K. M. a Ringel, J. S. Bias associated with failing to incorporate dependence on event history in Markov models. *Med. Decis. Mak.* **30**, 651–660 (2010).
258. NICE. *Falls: assessment and prevention of falls in older people - CG161 (Costing statement).* Nice (2013).
259. Davis, J. C., Robertson, M. C., Comans, T. a Scuffham, P. A. Guidelines for conducting and reporting economic evaluation of fall prevention strategies. *Osteoporos. Int.* **22**, 2449–2459 (2011).
260. Gillespie, L. D. *et al.* *Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review).* *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2**, (John Wiley & Sons, Ltd, 2012).
261. Jenkyn, K. B., Hoch, J. S. a Speechley, M. How Much Are We Willing to Pay to Prevent A Fall? Cost-Effectiveness of a Multifactorial Falls Prevention Program for Community-Dwelling Older Adults. *Can. J. Aging / La Rev. Can. du Vieil.* **31**, 121–137 (2012).
262. Johansson, P., Sadigh, S., Tillgren, P. a Rehnberg, C. Non-pharmaceutical prevention of hip fractures – a cost-effectiveness analysis of a community-based elderly safety promotion program in Sweden. *Cost Eff. Resour. Alloc.* **6**, 11 (2008).
263. Irvine, L. *et al.* Cost-effectiveness of a day hospital falls prevention programme for screened community-dwelling older people at high risk of falls. *Age Ageing* **39**, 710–716 (2010).
264. Haines, T. P. *et al.* Cost effectiveness of patient education for the prevention of falls in hospital: economic evaluation from a randomized controlled trial. *BMC Med.* **11**, 135 (2013).
265. Ling, S. J. *et al.* Can Geriatric Hip Fractures be Managed Effectively Within a Level 1 Trauma Center? *J. Orthop. Trauma* **29**, 160–164 (2015).
266. van Haastregt, J. C. M. *et al.* Cost-Effectiveness of an Intervention To Reduce Fear of Falling. *Int. J. Technol. Assess. Health Care* **29**, 219–226 (2013).
267. Durstine, J. L., Gordon, B., Wang, Z. a Luo, X. Chronic disease and the link to physical activity. *J. Sport Heal. Sci.* **2**, 3–11 (2013).
268. MacAuley, D., Bauman, A. a Frémont, P. Exercise: not a miracle cure, just good medicine. *BMJ* **350**, h1416 (2015).
269. Murphy, S. M. *et al.* An evaluation of the effectiveness and cost effectiveness of the National Exercise Referral Scheme in Wales, UK: a randomised controlled trial of a public health policy initiative...[corrected][published erratum appears in J EPIDEMIOL COMMUNITY HEALTH 201. *J. Epidemiol. Community Heal.* **66**, 745–753 9p (2012).
270. Davis, J. C. *et al.* International comparison of cost of falls in older adults living in the community: A systematic review. *Osteoporos. Int.* **21**, 1295–1306 (2010).
271. Sherrington, C. *et al.* Effective exercise for the prevention of falls: A systematic review and meta-analysis. *J. Am. Geriatr. Soc.* **56**, 2234–2243 (2008).
272. Page, T. F., Batra, A. a Palmer, R. Cost Analysis of a Community-Based Fall Prevention Program Being Delivered in South Florida. *Fam. Community Health* **35**, 264–270 (2012).
273. Fletcher, E., Goodwin, V. A., Richards, S. H., Campbell, J. L. a Taylor, R. S. An exercise intervention to prevent falls in Parkinson's: an economic evaluation. *BMC Health Serv. Res.* **12**, 426 (2012).
274. McLean, K., Day, L. a Dalton, A. Economic evaluation of a group-based exercise program for falls prevention among the older community-dwelling population. *BMC Geriatr.* **15**, 33 (2015).
275. Farag, I. *et al.* Economic evaluation of a falls prevention exercise program among people With Parkinson's disease. *Mov. Disord.* **31**, 53–61 (2016).
276. Tannenbaum, C. *et al.* Sedative-Hypnotic Medicines and Falls in Community-Dwelling Older Adults: A Cost-Effectiveness (Decision-Tree) Analysis from a US Medicare Perspective. *Drugs and Aging* **32**, 305–314 (2015).
277. Frick, K. D., Kung, J. Y., Parrish, J. M. a Narrett, M. J. Evaluating the cost-effectiveness of fall prevention programs that reduce fall-related hip fractures in older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* **58**, 136–141 (2010).
278. Lee, R. H., Weber, T. a Colôn-Emeric, C. Comparison of cost-effectiveness of vitamin d screening with that of universal supplementation in preventing falls in community-dwelling older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* (2013). doi:10.1111/jgs.12213
279. Munro, J. F. Cost effectiveness of a community based exercise programme in over 65 year olds: cluster randomised trial. *J. Epidemiol. Community Heal.* **58**, 1004–1010 (2004).

280. Ling, C. *et al.* Cost benefit considerations of preventing elderly falls through environmental modifications to homes in Hana, Maui. *Hawaii Med. J.* **67**, 65–68 (2008).
281. Foundations. *Handyperson Services Financial Benefits Toolkit Full Guidance 2013.* (2013).
282. Latimer, N., Dixon, S., Drahota, A. K. a Severs, M. Cost–utility analysis of a shock-absorbing floor intervention to prevent injuries from falls in hospital wards for older people. *Age Ageing* **42**, 641–645 (2013).
283. Thomas, E., Mottram, S., Peat, G., Wilkie, R. a Croft, P. The effect of age on the onset of pain interference in a general population of older adults: Prospective findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain* **129**, 21–27 (2007).
284. Spink, M. J. *et al.* Effectiveness of a multifaceted podiatry intervention to prevent falls in community dwelling older people with disabling foot pain: randomised controlled trial. *Bmj* **342**, d3411–d3411 (2011).
285. Cockayne, S. *et al.* Clinical effectiveness and cost-effectiveness of a multifaceted podiatry intervention for falls prevention in older people: A multicentre cohort randomised controlled trial (the reducing falls with orthoses and a multifaceted podiatry intervention trial). *Health Technol. Assess. (Rockv).* **21**, (2017).
286. Wylie, G. *et al.* Podiatry intervention versus usual care to prevent falls in care homes: pilot randomised controlled trial (the PIRFECT study). *BMC Geriatr.* **17**, 143 (2017).
287. NICE. *NICE clinical guideline 161. Falls: Assessment and prevention of falls in older people.* **161**, (2013).
288. Winckler, V. a Donnelly, M. *Out of sight: Visual impairment and poverty in Wales.* (2012).
289. Llywodraeth Cymru. *Arolwg Iechyd Cymru 2015: Statws Iechyd, salwch, a chyflyrau eraill.* (2016).
290. Legood, R., Scuffham, P. a Cryer, C. Are we blind to injuries in the visually impaired? A review of the literature. *Inj. Prev.* **8**, 155–160 (2002).
291. Scuffham, P. A., Legood, R., Wilson, E. C. F. a Kennedy-Martin, T. The incidence and cost of injurious falls associated with visual impairment in the UK. *Vis. Impair. Res.* **4**, 1–14 (2002).
292. Access Economics. *Future sight loss UK (1): The economic impact of partial sight and blindness in the UK adult population.* (2009).
293. Cumming, R. G. *et al.* Improving vision to prevent falls in frail older people: A randomized trial. *J. Am. Geriatr. Soc.* **55**, 175–181 (2007).
294. Sach, T. H. *et al.* Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: a randomised controlled trial. *Br. J. Ophthalmol.* **91**, 1675–1679 (2007).
295. Busbee, B. G., Brown, M. M., Brown, G. C. a Sharma, S. Cost-Utility Analysis of Cataract Surgery in the Second Eye. *Ophthalmology* **110**, 2310–2317 (2003).
296. Frampton, G., Harris, P., Cooper, K., Lotery, A. a Shepherd, J. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of second-eye cataract surgery: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol. Assess. (Rockv).* **18**, (2014).
297. Cooper, K., Shepherd, J., Frampton, G., Harris, P. a Lotery, A. The cost-effectiveness of second-eye cataract surgery in the UK. *Age Ageing* **44**, 1026–1031 (2015).
298. RNIB. *Sight loss advisers: social return on health and social care investment.* (2014).
299. Singh, P. S. *Economic Impact of an Eye Clinic Liaison Officer (ECLo) on Health, Social Care and Welfare Budgets: A Case Study.* (2013).
300. Alwan, M. Fall Prevention and Detection : How Can Technology Help ? *Altern. care. Purch. Prod.* **1**, 12–14 (2007).
301. Kang, H. G. *et al.* In situ monitoring of health in older adults: Technologies and issues. *J. Am. Geriatr. Soc.* **58**, 1579–1586 (2010).
302. Spetz, J., Jacobs, J. a Hatler, C. Cost effectiveness of a medical vigilance system to reduce patient falls. *Nurs. Econ.* **25**, 333–338,352 (2007).
303. Kindig, D. a Stoddart, G. What is population health? *Am J Pub Heal.* **93**, 366–369 (2003).

Cydnabyddiaethau

Hoffai'r awduron ddiolch i lechyd Cyhoeddus Cymru am gomisiynu'r adroddiad hwn ac i Dr Alisha Davies, Pennaeth Ymchwil a Datblygu yn lechyd Cyhoeddus Cymru, a Sue Mably, sydd ill dau wedi helpu i lunio'r adroddiad.

Rydym yn cydnabod cymorth ein cydweithwyr yn CHEME; Alison Shaw, a Non Gash am helpu gyda'r darllen, ac Eira Winrow, Sayed Ramin Ziway a Rafi Abul Hasnath am roi cymorth ymchwil. Rydym yn ddiolchgar ein bod wedi cael cyllid drwy Gynllun Interniaeth Is-raddedig Gwobr Cyflogadwyedd Bangor i benodi Ellen Gilliver yn intern cyfathrebu ac effaith ac am ei chymorth wrth ddatblygu'r ffeithluniau yn yr adroddiad hwn. Rydym yn diolch hefyd i'r adolygwyr sydd wedi rhoi adborth ar fersiwn drafft o'n hadroddiad.

Hoffem ddiolch i aelodau Cynghrair Henoed Cymru a Chynghrair Pobl Hŷn Cymru sydd wedi ymateb i'n galwad am dystiolaeth economaidd o Gymru.

Rydym yn cydnabod y bobl sydd wedi ein cynghori wrth inni ddatblygu'r adroddiad hwn:

- Alan Hatton-Yeo (MBE), Ymgynghorydd, Cynghrair Pobl Hŷn Cymru a Volunteering Matters
- Bob Woods, Athro Emeritws, Canolfan Datblygu Gwasanaethau Dementia, Prifysgol Bangor
- Carys Jones, Cymrawd Ymchwil, Canolfan Economeg lechyd a Gwerthuso Meddyginiaethau, Prifysgol Bangor
- Ceri Jackson, Cyfarwyddwr Sefydliad Cenedlaethol Brenhinol Pobl Ddall Cymru, Cadeirydd Cynghrair Henoed Cymru
- Charles Musselwhite, Athro Cyswllt mewn Gerontoleg, Canolfan Heneiddio Arloesol, Prifysgol Abertawe
- Claire Turner, Cyfarwyddwr Tystiolaeth, Y Ganolfan er Heneiddio'n Well
- Guy Robertson, Cyfarwyddwr a Sefydlwr Positive Ageing Associates
- Iwan Williams, Arweinydd Llywodraeth Cymru a Llesiant, Swyddfa Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru
- Martin Hyde, Athro Cyswllt, Canolfan Heneiddio Arloesol, Prifysgol Abertawe
- Nefyn Williams, Athro Ymarfer Cyffredinol / Cyd-gyfarwyddwr Canolfan Gogledd Cymru ar gyfer Ymchwil Gofal Sylfaenol, Prifysgol Bangor
- Paul Nash, Athro Cyswllt, Canolfan Heneiddio Arloesol, Prifysgol Abertawe
- Richard Williams, Prif Weithredwr, Action on Hearing Loss Cymru
- Sarah Hillcoat-Nalletamby, Athro Cysylltiol, Canolfan Heneiddio Arloesol, Prifysgol Abertawe
- Vanessa Burholt, Cyfarwyddwr Canolfan Heneiddio Arloesol, Prifysgol Abertawe

Dylunio graffeg gan Excellent Design

www.excellentcreative.co.uk

Cyllidwyd gan lechyd Cyhoeddus Cymru

Mae lechyd Cyhoeddus Cymru yn un o sefydliadau'r GIG sy'n rhoi cyngor a gwasanaethau iechyd cyhoeddus proffesiynol ac annibynnol er mwyn diogelu a gwella iechyd a llesiant poblogaeth Cymru. lechyd Cyhoeddus Cymru a gyllidodd yr adroddiad hwn. **Serch hynny, safbwyntiau'r awduron yn unig a geir yn yr adroddiad hwn, ac ni ddylid tybio eu bod yr un fath â safbwyntiau lechyd Cyhoeddus Cymru.**

Gwybodaeth am yr awduron



Yr Athro Rhiannon Tudor Edwards

Mae Rhiannon yn Athro Economeg Iechyd a Chyd-gyfarwyddwr CHEME. Mae wedi graddio o Brifysgol Cymru, Aberystwyth, Prifysgol Calgary, Canada, a Phrifysgol Efrog. Roedd Rhiannon yn Gymrawd Harkness Cronfa'r Gymanwlad mewn Polisi Iechyd, gan ymweld â'r Unol Daleithiau yn 2004-05. Mae hi'n Uwch Archwilydd yn Ymchwil Iechyd a Gofal Cymru, yn Gymrawd Cymdeithas Ddysgedig Cymru ac yn Aelod Anrhydeddus o'r Gyfadran Iechyd Cyhoeddus. Rhiannon yw Cyfarwyddwr Gwasanaeth Cymorth Economeg Iechyd Cymru, sy'n ganolog i waith ymchwil ym maes iechyd a gofal cymdeithasol yng Nghymru. Mae ganddi ddiddordeb penodol ym methodoleg gwerthusiadau economaidd ynghyd â threialu ymyriadau iechyd cyhoeddus ac ymyriadau seicogymdeithasol.

Dr Llinos Haf Spencer

Mae Llinos yn Swyddog Ymchwil yn CHEME ac yn Swyddog Ymchwil i LLAIS (Gwasanaeth Cefnogi Isadeiledd Ymwybyddiaeth Iaith) ar gyfer yr Uned Treialon Clinigol N.WORTH ym Mhrifysgol Bangor. Mae ganddi radd (1995) a PhD (2000) mewn Seicoleg o Brifysgol Lerpwl ac mae wedi gweithio fel Gymrawd Dysgu a Swyddog Ymchwil ar amryw o brosiectau ymchwil iechyd ym Mhrifysgol Bangor ers 1999, gan gynnwys astudiaethau ar ofal canser ar ôl triniaeth, diabetes math-1 mewn plant, gofal diwedd oes, ymwybyddiaeth o'r Gymraeg mewn gofal iechyd, a throsglwyddo'r Gymraeg o fewn y teulu. Mae ganddi ddiddordeb penodol yn iechyd a llesiant pobl sy'n byw yng Nghymru.



Lucy Bryning

Mae Lucy yn Swyddog Ymchwil mewn Economeg Iechyd yn CHEME. Mae ganddi radd BSc (Anrh) dosbarth cyntaf a gradd ymchwil meistr, mewn Seicoleg. Ynghyd â'i gwaith, mae Lucy yn astudio ar gyfer gradd PhD mewn Economeg Iechyd, gan edrych ar economeg ymyriadau sydd wedi'u seilio ar ymwybyddiaeth ofalgar. Ymhlith ei diddordebau ymchwil y mae gwerthuso rhaglenni iechyd cyhoeddus cymhleth ac ymyriadau seicogymdeithasol.

Bethany Fern Anthony

Mae gan Bethany Fern Anthony radd BSc (Anrh) dosbarth cyntaf mewn Chwaraeon, Iechyd ac Addysg Gorfforol a gradd MSc (gyda rhagoriaeth) mewn Ailsefydlu drwy Ymarfer Corff. Wrth astudio ar gyfer ei MSc, a gyllidwyd drwy Ysgoloriaethau Sgiliau'r Economi Wybodaeth, asesodd ffitrwydd aerobig a risg gardiofasgwlaidd ymhlith cleifion hŷn sydd ag arthrits gwynegol. Mae hi bellach yn astudio ar gyfer PhD yn y Gwyddorau Gofal Iechyd ac yn edrych ar amnewid rolau mewn gofal sylfaenol, a hynny wedi'i gyllido gan Ymchwil Iechyd a Gofal Cymru. Mae ei PhD yn edrych ar ddarpariaeth gwasanaethau meddygol cyffredinol gan weithwyr iechyd proffesiynol nad ydynt yn feddygol, fel uwch-ymarferwyr nyrsio, fferyllwyr a ffisiotherapyddion mewn gofal sylfaenol.



Cefndir y Ganolfan Economeg Iechyd a Gwerthuso Meddyginiaethau (CHEME), Prifysgol Bangor

Sefydlwyd CHEME yn 2001, ac mae bellach yn un o ganolfannau economeg iechyd mwyaf blaenllaw'r Deyrnas Unedig. Cyfrannodd CHEME i uned safle uchaf Prifysgol Bangor yn Fframwaith Rhagoriaeth Ymchwil 2014, gyda 95% o'r allbwn yn rhagori yn fyd-eang ac yn rhyngwladol. Cafodd y cynnyrch ymchwil ei raddio'n 3ydd allan o 94 sefydliad ar draws y Deyrnas Unedig. Yn CHEME, ein nod yw hyrwyddo a chynnal ymchwil o ansawdd uchel, cynyddu cyfleoedd ar gyfer ennill grantiau ymchwil a chyhoeddiadau mewn cyfnodolion pwysig.

Mae'r Ganolfan yn weithgar ar draws amrywiaeth o weithgareddau economeg iechyd a gwerthuso meddyginiaethau, a hynny ym meysydd economeg iechyd y cyhoedd ac economeg iechyd ymyriadau seicogymdeithasol a thechnolegau iechyd eraill sydd heb fod yn rhai ffarmacolegol, sef gwaith sy'n cael ei arwain gan yr Athro Rhiannon Tudor Edwards, a ffarmacoeconomeg, polisi fferyllol a'r defnydd o feddyginiaethau, sef gwaith sy'n cael ei arwain gan yr Athro Dyfrig Hughes.



I gael rhagor o wybodaeth am CHEME, ewch i

<http://cheme.bangor.ac.uk>





ISBN: 978-1-84220-157-2

Canolfan Economeg Iechyd a Gwerthuso Meddyginiaethau (CHEME)
Neuadd Ardudwy, Safle'r Normal, Bangor, Gwynedd, LL57 2PZ
Ffôn: 01248 38 2153