

Yr achos economaidd dros fuddsoddi mewn atal cyflyrau iechyd meddwl yn y DU (Crynodeb)

David McDaid* & A-La Park*

*Canolfan Polisi a Gwerthuso Gofal,
Adran Polisi Iechyd, Ysgol Economeg
a Gwyddor Gwleidyddiaeth, Llundain.



Awduron ar y cyd

Gavin Davidson, Prifysgol Queen's, Belfast

Ann John, Prifysgol Abertawe

Lee Knifton, Y Sefydliad Iechyd Meddwl

Shari McDaid, Y Sefydliad Iechyd Meddwl

Alec Morton, Prifysgol Strathclyde

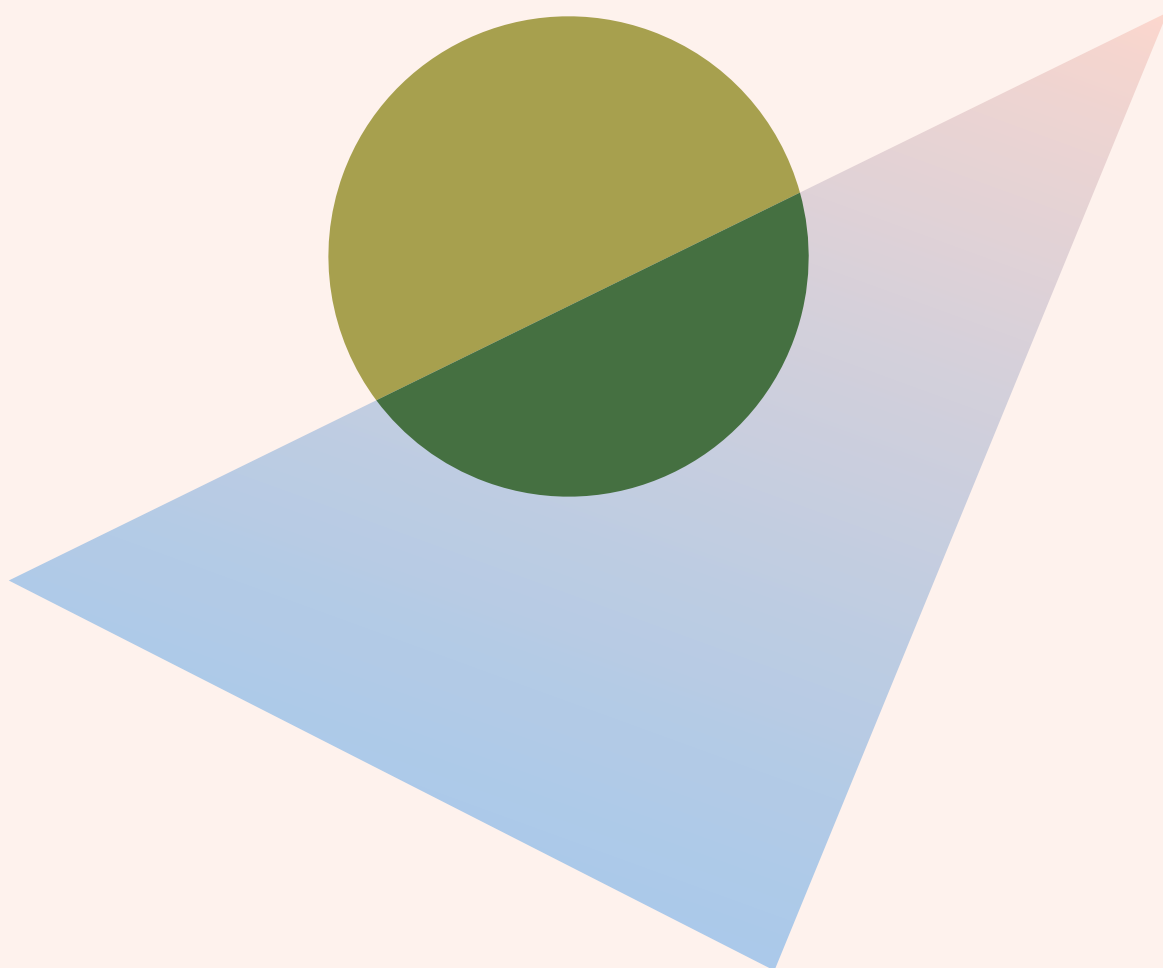
Lucy Thorpe, Y Sefydliad Iechyd Meddwl

Naomi Wilson, Y Sefydliad Iechyd Meddwl

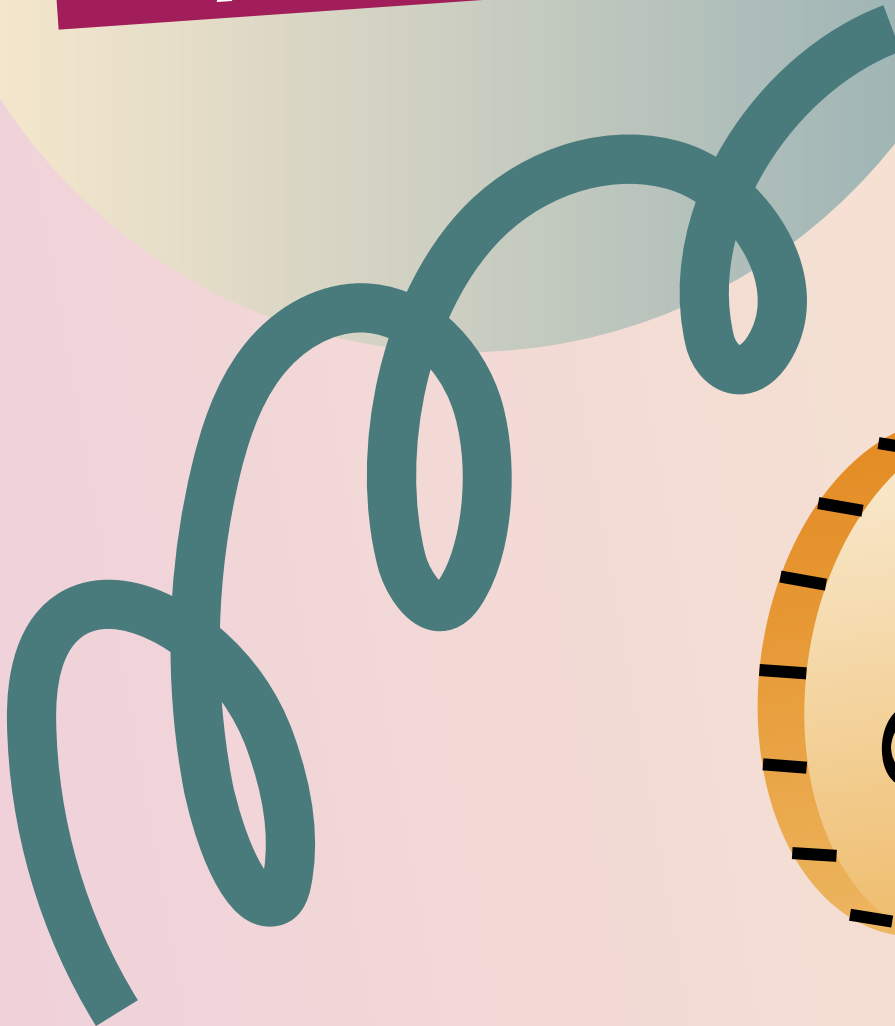
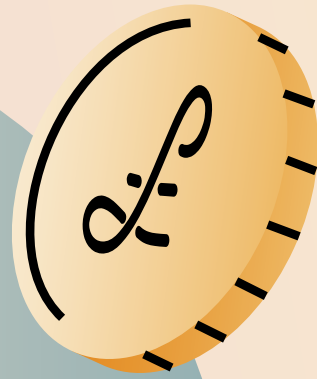


Cynnwys

1. Cyflwyniad a chyd-destun	4.
2. Canfyddiadau allweddol	7.
3. Cost economaidd iechyd meddwl gwael	10.
4. Enghreifftiau o ymyriadau cost-ffeithiol i atal problemau iechyd meddwl drwy gydol cwrs bywyd	13.
5. Bylchau gwybodaeth	19.
6. Casgliad	21.
Argymhellion	23.
Atodiad 1. Methodoleg	27.
Cyfeiriadau	29.



1. Cyflwyniad a Chyd-destun



1. Cyflwyniad a Chyd-destun

Mae ein hiechyd meddwl yn ased pwerus. Mae'n allwedd sy'n ein galluogi i ddatgloi ystod eang o fanteision iechyd a chymdeithasol.

Wrth i ni ddod allan o'r pandemig coronafeirws, mae'n hollbwysig bod holl lywodraethau'r DU yn buddsoddi mewn strategaethau i atal problemau iechyd meddwl ym mhob cyfnod o fywyd. Mae'r adroddiad hwn yn amlinellu rhai ymyriadau allweddol, â thystiolaeth dda, sydd â'r potensial i gyflawni hyn, a thrwy wneud hynny, leihau trallod yn y boblogaeth.

Mae'r adroddiad hwn yn darparu achos economaidd dros atal iechyd meddwl gwael.

Yn 2019, roedd 10.3 miliwn achos o iechyd meddwl gwael yn y DU [1]. O blith y cyflyrau iechyd, roedd iselder ar ei ben ei hun yn drydydd o ran achosi anabledd. Mae hyn yn golygu bod problemau iechyd meddwl yn effeithio ar fywydau miliynau o bobl ledled y DU. Fodd bynnag, yn ogystal â'r effaith bersonol ar bobl, teuluoedd a chymunedau, mae iechyd meddwl gwael yn costio cryn dipyn i economi'r DU, drwy gostau sy'n ymwneud â gofal iechyd, amser allan o waith, a'r effeithiau sy'n gysylltiedig â chymorth trwy ofal anffurfiol.

Mae ein hiechyd meddwl yn cael ei bennu gan amrywiaeth o ffactorau, yn cynnwys ein hamgylchiadau cymdeithasol ac economaidd. Mae hyn yn golygu y gellid

osgoi llawer o iechyd meddwl gwael trwy fuddsoddi mewn mesurau atal ac ymyrraeth gynnar [2]. Mae hyn yn cynnwys camau gweithredu sy'n mynd i'r afael â'r amgylchiadau cymdeithasol ac economaidd sy'n dylanwadu ar iechyd meddwl, megis lleihau tlodi a darparu mannau gwyrdd diogel. Gall hefyd gynnwys mesurau sydd wedi'u hanelu at y teulu ac ar lefel unigol, megis ymyriadau i gefnogi rhianta a strategaethau ymdopi ar gyfer teuluoedd.

Yn gyntaf yn yr adroddiad hwn rydym



yn rhoi amcangyfrif o gostau blynyddol problemau iechyd meddwl yn y DU. Wedi hynny, edrychwn ar ystod eang o ymyriadau â thystiolaeth ar gyfer atal problemau iechyd meddwl.

Mae llawer o ffyrdd o atal problemau iechyd meddwl; gan gynnwys eu hatal cyn iddynt ddechrau a'u hatal rhag dod yn fwy difrifol unwaith y byddant wedi dod i'r amlwg. Yn yr adroddiad hwn rydym wedi canolbwyntio ar 'atal sylfaenol', sy'n disgrifio mesurau sydd â'r nod o ymyrryd cyn i broblemau iechyd meddwl ddigwydd [3]. Mae'r adroddiad yn cymryd golwg gydol oes, gan fod risgiau i

iechyd meddwl o ddechrau bywyd, ac yna ar wahanol adegau pontio, megis dechrau'r ysgol, symud o'r ysgol i addysg bellach neu uwch, yna i waith, ac o waith i ymddeoliad. Rydym yn tynnu sylw at feysydd lle mae dystiolaeth gref o effeithiolrwydd o ran lleihau iechyd meddwl gwael ac o gost-effeithiolrwydd, yn ogystal â'r rhai yr ydym yn eu hystyried yn addawol ar gyfer gwerthusiad economaidd. Rydym yn trafod rhai o'r heriau gyda'r sylfaen dystiolaeth hon ac yn edrych ar sut y gellir ei chryfhau. Mae'r fethodoleg a ddefnyddiwyd gennym i'w gweld yn Atodiad 1.



2. Canfyddiadau Allweddol



2. Canfyddiadau Allweddol

Ar hyn o bryd mae problemau iechyd meddwl yn costio tua £118 biliwn y flwyddyn i'r DU.

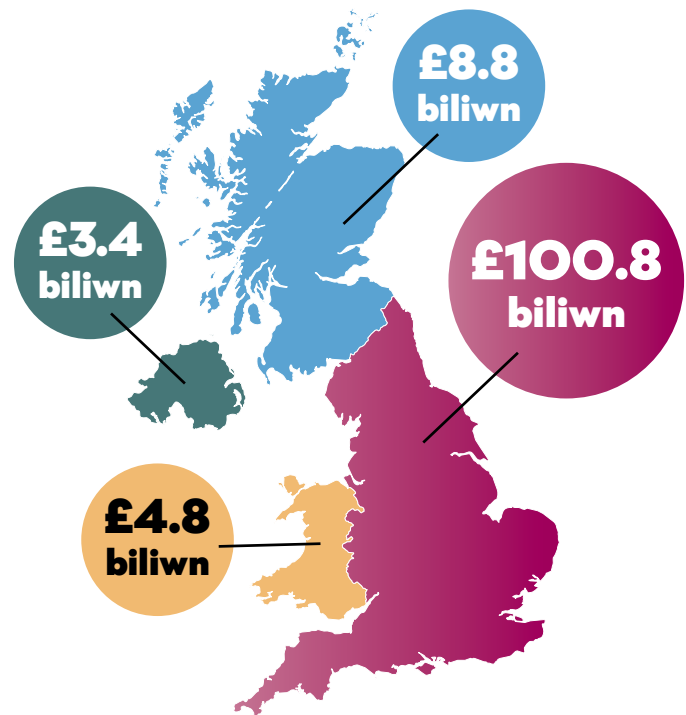
Mae'r rhain yn amcangyfrifon ceidwadol iawn ac nid ydynt yn cynnwys y costau sy'n gysylltiedig â dementia; anabledau deallusol; camddefnyddio alcohol neu sylweddau; a hunan-niweidio neu hunanladdiad bwriadol.

Mae tystiolaeth y gallai gweithredu ystod o ymyriadau atal problemau iechyd meddwl ar gyfer nifer sylweddol o bobl.

Mae tystiolaeth dda i gefnogi buddsoddiad yn yr ymyriadau canlynol er mwyn atal y trallod a'r costau sy'n gysylltiedig ag anawsterau iechyd meddwl yn y DU:

- Hyfforddi pob ymwelydd iechyd i adnabod merched sydd mewn perygl o iselder amenedigol a darparu therapiâu seicolegol i'r rhai sydd mewn perygl
- Rhaglenni rhianta sy'n seiliedig ar dystiolaeth ar gyfer y boblogaeth gyfan ac ar gyfer y rheini lle nodwyd angen penodol am gymorth rhianta
- Rhaglenni gwrth-fwlio mewn ysgolion

Ar hyn o bryd mae problemau iechyd meddwl yn costio tua £118 biliwn y flwyddyn i'r DU.



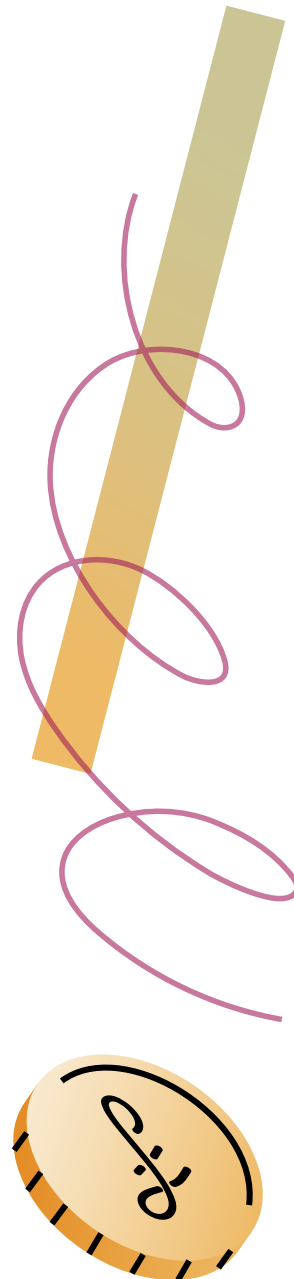
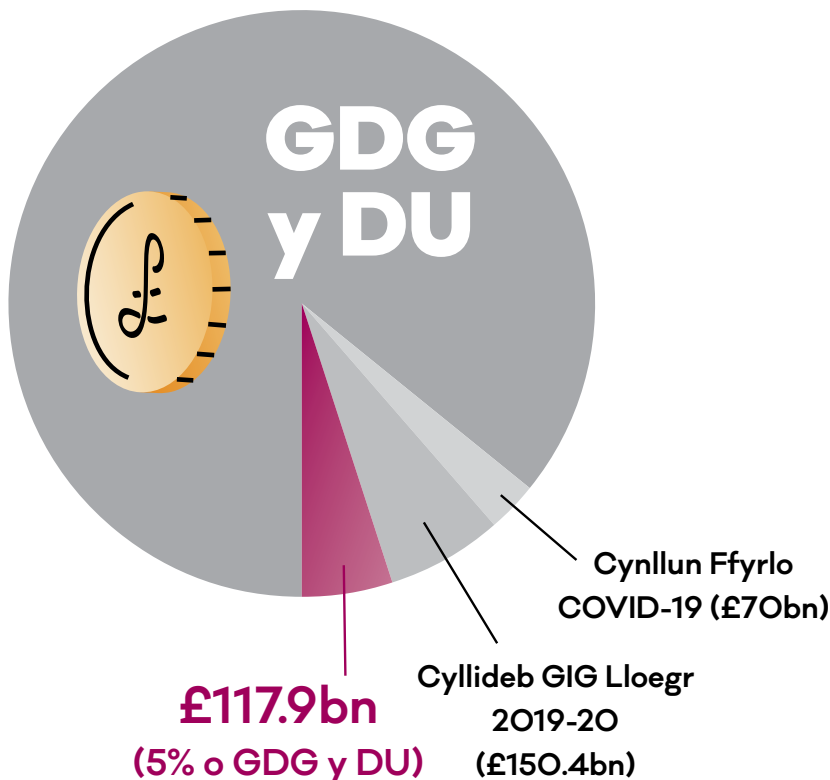
- Cyfleoedd i bob plentyn, person ifanc ac oedolyn i gymryd rhan mewn ymarfer corff
- Adnabod oedolion sydd mewn perygl o iechyd meddwl gwael yn gynnar a rhoi cymorth seicogymdeithasol neu seicolegol iddynt (o bell neu wyneb yn wyneb)
- Nodi anawsterau iechyd meddwl yn y gweithle a darparu cymorth seicolegol byr i'r rhai sydd ei angen; ochr yn ochr â chamau

gweithredu i newid diwylliannau'r gweithle fel eu bod yn hybu ac yn amddiffyn iechyd meddwl

- Ymyriadau seicolegol byr ar gyfer pobl sy'n byw gyda chyflyrau iechyd corfforol tymor hir
- Darparu cyfleoedd i bobl hŷn barhau i gymryd rhan mewn gweithgareddau sy'n lleihau eu risg o ynysu cymdeithasol.
- Mesurau atal hunanladdiad: yn ychwanegol at gyfyngu mynediad at fodd o gyflawni hunanladdiad, nodi'n gynnar y risgiau o ran hunan-niweidio yn y dyfodol, er enghraifft mewn ysbytai ac mewn gofal sylfaenol, gyda chymorth iechyd meddwl parhaus priodol i ddilyn.

Mae angen mwy o ymchwil ar effeithiolrwydd a chost-effeithiolrwydd ymyriadau sy'n mynd i'r afael â'r ffactorau risg cymdeithasol, economaidd ac amgylcheddol ar gyfer iechyd meddwl gwael, megis camau i fynd i'r afael â thlodi, digartrefedd neu dai gwael, ansicrwydd swyddi a mynediad i fannau gwyrdd.

Cost problemau iechyd meddwl

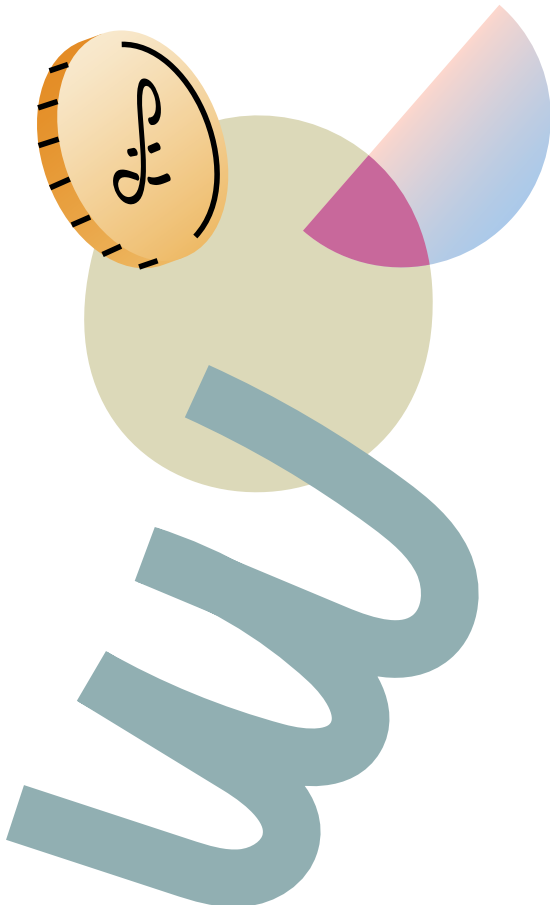


3. Cost Economaidd Iechyd Meddwl Gwael

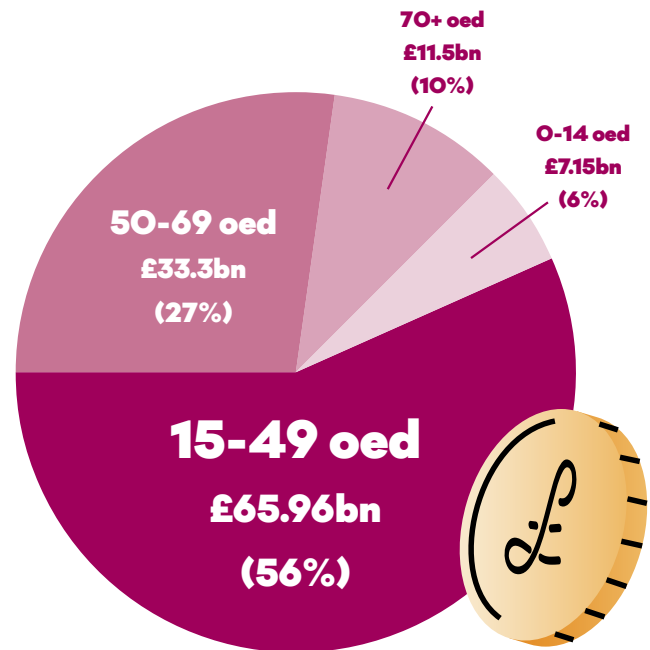


3. Cost Economaidd Iechyd Meddwl Gwael

Yn gyffredinol, mae iechyd meddwl gwael ar hyn o bryd yn costio tua £118 biliwn y flwyddyn i'r DU. Mae hyn yn cyfrif am tua 5% o Gynnyrch Domestig Gros (GDP) y DU (yn 2019). I roi hyn mewn cyddestun pellach, cyfanswm cost y GIG yn Lloegr yn 2019/20 oedd £150.4 biliwn, a chost y cynllun ffyrlo i ddiogelu incwm gweithwyr yn ystod y pandemig COVID oedd tua £70 biliwn.



Cost fesul grŵp oedran



Mae'r rhan fwyaf o'r costau hyn oherwydd bod pobl sy'n byw gyda chyflyrau iechyd meddwl yn methu â gweithio neu'n gweithio llai oherwydd yr heriau ychwanegol y maent yn eu hwynebu, yn ogystal â'r costau sy'n gysylltiedig â chymorth gan ofalwyr anffurfiol. Fodd bynnag, amcangyfrifwyd bod costau gofal iechyd meddwl arbenigol yn £13 biliwn, sef 11% o gyfanswm y gost. Gwariwyd £2.3 biliwn arall ar ofal sylfaenol. Cyfyngwyd y costau addysg a archwiliwyd i ddarpariaeth anghenion addysgol arbennig, ond roeddent yn dal i gyfrif am fwy na £2.5 biliwn.

Yn gyffredinol, mae'r rhain yn amcangyfrifon ceidwadol iawn, gan fod diffyg data ar gyfer rhai costau, ac ni allwn gynnwys eraill. Er enghraifft, ar gyfer costau gwasanaeth iechyd, mae ein hamcangyfrifon yn seiliedig ar nifer y bobl sy'n cael triniaeth. Fodd bynnag, nid yw gwasanaethau iechyd

Tabl 1
Cost cyflyrau iechyd meddwl yn ôl categori gwariant, Y DU, 2019. (£ miliynau).

	Iechyd	Gofal Sylfaenol	Gofal Cymdeithasol	Addysg	Gofal Anffurfiol	Colli Cynhyrchiant	Costau Anniriaethol	Cyfanswm
Lloegr	10,965	1,907	1,017	2,304	30,854	30,890	22,863	100,801
G. Iwerddon	420	65	39	83	1,152	1,073	576	3,409
Yr Alban	1,006	185	93	199	2,795	2,785	1,826	8,888
Cymru	601	106	55	121	1,629	1,441	840	4,794
Cyfanswm y DU	12,992	2,261	1,205	2,708	36,431	36,189	26,105	117,891
%	11.02%	1.92%	1.02%	2.30%	30.90%	30.70%	22.14%	100.00%

meddwl yn cael eu defnyddio'n ddigonol, ac nid yw pawb a fyddai'n elwa o driniaeth yn derbyn triniaeth.

Nid yw'r cyfanswm ychwaith yn cynnwys:

- Y costau sy'n gysylltiedig â lleihad mewn perfformiad yn y gwaith oherwydd problem iechyd meddwl
- Y costau sy'n gysylltiedig ag anawsterau iechyd corfforol sydd naill ai'n cael eu hachosi neu eu gwaethygu gan broblem iechyd meddwl
- Y costau i'r sector cyfiawnder troseddol neu'r sector tai sy'n gysylltiedig ag anawsterau iechyd meddwl
- Y costau sy'n gysylltiedig â hunan-niweidio a hunanladdiad, y mae llawer ohono'n gysylltiedig ag iechyd meddwl gwael
- Y costau sy'n gysylltiedig â chamddefnyddio alcohol a sylweddau, sy'n aml yn gysylltiedig ag iechyd meddwl gwael
- Y costau sy'n gysylltiedig â thriniaeth breifat
- Ystod o gostau eraill y gwnaethom ddewis peidio â'u hymgorffori, gan

gynnwys y costau sy'n gysylltiedig â straen, a all gael effaith sylweddol ar unigolion a theuluoedd, ond nad yw'n ddigon difrifol i gael ei chydabod fel problem iechyd meddwl.

Yn olaf, amcangyfrif yw hwn o gostau blynyddol ac felly nid yw'n dangos costau tymor hir problemau iechyd meddwl dros amser. Ar gyfer anawsterau sy'n dod i'r amlwg yn ystod plentyndod yn arbennig, mae'r costau tymor hir yn sylweddol. Mae hyn oherwydd bod iechyd meddwl gwael ymhlith plant a phobl ifanc yn gysylltiedig â risg uwch o ystod o ganlyniadau andwyol pan fyddant yn oedolion, gan gynnwys diweithdra, anawsterau bod yn gaeth, derbyniadau i'r ysbyty sy'n gysylltiedig ag iechyd meddwl a chyswllt â chyfiawnder troseddol [4-8]. Mae'r costau sy'n gysylltiedig ag anawsterau iechyd meddwl plentyndod felly'n cynyddu dros amser. Er enghraifft, canfu un astudiaeth fod incwm teuluoedd oedolion wedi gostwng hyd at 28% erbyn 50 oed ymhlith pobl a oedd wedi profi problemau seicolegol yn ystod plentyndod, gyda'r bwch incwm yn ehangu mewn oedrannau hŷn [9].

4. Enghreifftiau o Ymyriadau Cost-Effeithiol i Atal Problemau iechyd Meddwl Drwy Gydol Cwrs Bywyd



4. Enghreifftiau o Ymyriadau Cost-Effeithiol i Atal Problemau iechyd Meddwl Drwy Gydol Cwrs Bywyd

Iechyd Meddwl Amenedigol ac Iechyd Meddwl Mamau

Hyfforddiant Iechyd Meddwl i Ymwelwyr Iechyd

Mae cyfleoedd i warchod iechyd meddwl yn dechrau yn ystod beichiogrwydd. Mae rhwng 10% ac 20% o fenywod yn profi symptomau iselder amenedigol [10, 11]. Mae cyflyrau iechyd meddwl eraill, megis gorbryder, hefyd yn fwy cyffredin yn y cyfnod amenedigol. Gall iechyd meddwl amenedigol gwael gael effeithiau andwyol hirdymor ar iechyd emosiynol plentyn a'i ddatblygiad corfforol a gwybyddol [12]. O safbwynt cymdeithasol, amcangyfrifwyd mai'r costau oes o iselder amenedigol a phryder amenedigol yn unig, i'r fam a'r plentyn, yw £75,728 a £34,811 yn y drefn honno [13].

Mae sawl gwerthusiad economaidd bellach yn dangos bod mesurau i atal a/ neu ymyrryd yn gynnar mewn iselder amenedigol yn gost-effeithiol ac yn gallu lleihau nifer y menywod sy'n profi hyn. Mae'r rhain yn cynnwys cwnsela a ddarperir gan ymwelydd iechyd a/neu therapïau seicolegol, sgrinio gofal sylfaenol a thriniaeth ar gyfer iselder a chymorth gan gymheiriaid dros



y ffôn (lle mae pobl yr effeithir arnynt yn darparu cymorth i'w gilydd) [14-16]. Mae gwerthusiadau eraill hefyd wedi canfod ymyriadau cefnogaeth cymheiriaid yn gost-effeithiol [17,18], er bod angen mwy o dystiolaeth ar eu defnydd mewn amrywiaeth o leoliadau.

Plant a phobl ifanc

Rhaglenni rhianta

Mae 'rhaglenni rhianta' yn derm a ddefnyddir i ddisgrifio ystod o ymyriadau ar gyfer rhieni, sy'n aml yn cael eu cyflwyno i grŵp. Eu nod yw cefnogi rhieni i gryfhau eu perthynas â'u plant a meithrin datblygiad sgiliau emosiynol a chymdeithasol eu plentyn. Mae tystiolaeth dda y gall rhaglenni rhianta helpu i hybu iechyd meddwl cadarnhaol a lleihau'r risg o ddatblygiad emosiynol gwael i

blant. Dangoswyd bod rhaglenni cyffredinol ar gyfer yr holl boblogaeth berthnasol, yn ogystal â rhaglenni wedi'u targedu ar gyfer rhieni a'u plant sydd mewn perygl o gael problemau iechyd meddwl yn effeithiol [19-21]. Ceir hefyd nifer cynyddol o astudiaethau sy'n dangos bod rhaglenni rianta yn gost-effeithiol, gan nodi y gellir arbed hyd at £15.80 ar wariant yn y tymor hir am bob £1 a werir ar gyflawni'r rhaglen [22].

Archwiliodd un astudiaeth fawr pa mor gost-effeithiol oedd rhaglen rianta'r Blynyddoedd Rhyfeddol dros gyfnod hir o amser, nes bod y plant a oedd wedi elwa o'r rhaglen yn 30 oed. Amcangyfrifwyd bod hyn wedi arbed £4.57 am bob £1 a wariwyd dros y cyfnod hwnnw [23]. Mae astudiaethau eraill o ymyriadau tebyg, yn Sweden a'r Unol Daleithiau, hefyd wedi dangos bod y rhain yn gost-effeithiol dros gyfnodau hir o amser, hyd at 50 mlynedd. [22, 24].

Rhaglenni gwrth-fwlio

Gall bwlio parhaus gael effaith andwyol ar iechyd meddwl o bob oed; ond mae'r rhan fwyaf o fentrau sydd wedi edrych ar ffyrdd o fynd i'r afael â'r mater hwn wedi canolbwyntio ar effeithiau ar bobl ifanc. Mae pobl ifanc sy'n cael eu bwlio'n aml fwy na 2.5 gwaith yn fwy tebygol na phobl ifanc eraill o ddefnyddio gwasanaethau iechyd meddwl, yn ystod plentyndod a llencyndod. Hyd yn oed yng nghanol oes, hyd at 50 oed, mae pobl sydd wedi cael eu bwlio 30% yn fwy tebygol o ddefnyddio gwasanaethau o gymharu â'u cyfoedion nad oeddent yn cael eu bwlio [25].

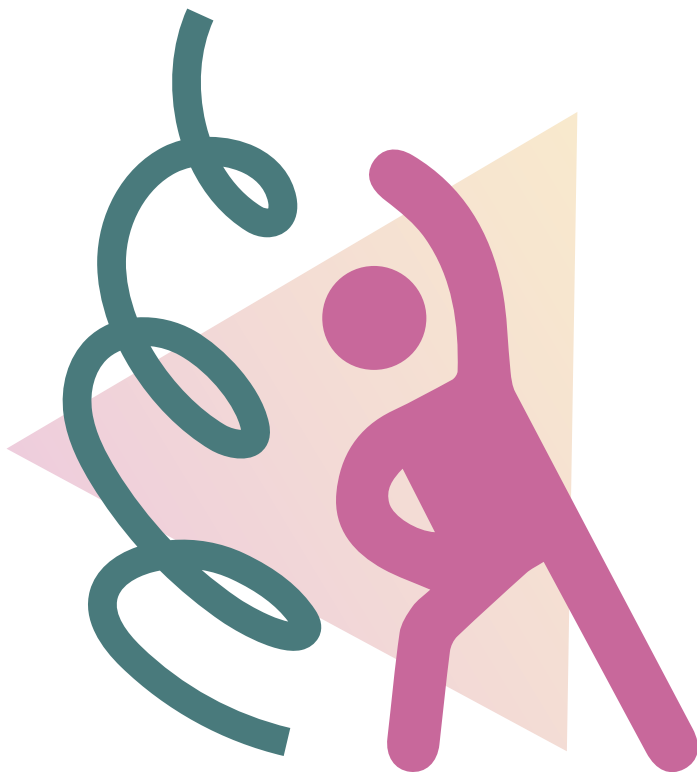
Mae tystiolaeth gref y gall mesurau sydd



wedi'u targedu at bob disgybl mewn ysgol leihau bwlio a chael buddion cadarnhaol o ran iechyd meddwl [26]. Gall yr ymyriadau hyn hefyd arwain at ganlyniadau gwell i'r rhai sy'n cyflawni'r bwlio.

Nod un rhaglen gwrth-fwlio a elwir yn KiVa yw gwella empathi, hunan-effeithiolrwydd ac agweddau gwrth-fwlio disgyblion. Cymharodd astudiaeth fawr yn y Ffindir ddisgyblion a oedd wedi derbyn y rhaglen â disgyblion nad oedd wedi derbyn y rhaglen. Canfuwyd bod y rhai na dderbyniodd KiVa 22% yn fwy tebygol o fod yn ddioddefwyr bwlio [27]. Yn fwy diweddar, nododd treial yn yr Eidal ar draws 13 o ysgolion hefyd lefelau sylweddol is o fwlio mewn ysgolion a oedd wedi gweithredu KiVa [28]. Mae ymchwilwyr bellach wedi amcangyfrif beth allai effeithiau KiVa fod yn y DU, gan ddefnyddio'r

astudiaethau hyn. Canfuwyd, rhwng 7 ac 11 oed, y gallai pedwar plentyn ychwanegol o bob 100 o blant osgoi bwlio parhaus, gan arbed £1.58 am bob £1 a wariwyd dros y pedair blynedd hynny [29]. Pan ystyrir y costau sy'n gysylltiedig â bwlio hyd at 50 oed, mae arbedion hirdymor yn cynyddu i £7.52 am bob £1 a wariwyd.



Ymarfer corff

Yn olaf, er bod ymchwil ar eu cost-effeithiolrwydd yn gyfyngedig, gall ymyriadau ymarfer corff hefyd amddiffyn iechyd meddwl. Er enghraifft, canfuwyd bod astudiaeth yn Sweden a oedd yn darparu dosbarthiadau dawns ddwywaith yr wythnos i ferched yn eu harddegau â lefelau uchel o straen yn gost-effeithiol trwy leihau eu defnydd o wasanaethau iechyd ysgolion [30].

Oedolion o Oed Gweithio

Ymyriadau seicolegol byr

Mae tystiolaeth bellach y gall gwahanol fathau o gymorth seicolegol helpu i atal cyfnodau o iselder ymhlith oedolion [31]. Yn benodol, mae tystiolaeth sylweddol o blaid therapïau ymddygiad gwybyddol byr (CBT), gan gynnwys llawlyfrau hunangymorth gwybyddol. Canfu un astudiaeth yn yr Iseldiroedd fod llawlyfrau hunangymorth ar reoli hwyliau, a ategwyd gan chwe ymgynghoriad dros y ffôn gyda 'gweithiwr atal', yn gysylltiedig â llai o risg o iselder a llai o gostau cysylltiedig ag iselder i gymdeithas [32]. Mae astudiaethau eraill wedi cynhyrchu canlyniadau tebyg [33]. Mae tystiolaeth hefyd yn dod i'r amlwg ar effeithiolrwydd therapïau sy'n seiliedig ar feddylgarwch, gan gynnwys myfyrdod a therapi ymddygiad



gwybyddol yn seiliedig ar feddylgarwch. Er enghraifft, canfu dadansoddiad o dreial o raglen hybu iechyd meddwl yn seiliedig ar feddylgarwch yn yr Almaen fod ganddi

95% o siawns o fod yn gost-ffeithiol [34]. Mae rhywfaint o dystiolaeth hefyd bod ymyriadau seicolegol byr yn effeithiol o ran atal mathau eraill o anhawster iechyd meddwl, megis gorbryder [35]. Fodd bynnag, mae angen mwy o ymchwil i'w cost-ffeithiolrwydd ar gyfer atal cyflyrau iechyd meddwl eraill.

Ymyriadau yn y gweithle

Mae achos cryf dros fuddsoddi mewn atal iechyd meddwl yn y gweithle. Mae iechyd meddwl gwael yn cyfrannu at lai o gynhyrchiant yn y gwaith, mwy o debygolrwydd o absenoldeb oherwydd salwch, a thebygolrwydd uwch o fod yn ddi-waith [36, 37]. Felly, os gall atal problemau iechyd meddwl helpu gweithwyr i aros mewn gwaith, a gweithio i'w llawn botensial, mae'r manteision economaidd a chymdeithasol o bosibl yn sylweddol iawn. Canfu adolygiad diweddar, ar gyfartaledd, am bob £1 a fuddsoddir mewn ymyriadau iechyd meddwl yn y gweithle, bod £5 yn cael ei arbed [38].

Yn y DU mae set o 'safonau craidd iechyd meddwl' ar gyfer amddiffyn iechyd meddwl yn y gwaith yn rhoi pwyslais ar well ymwybyddiaeth o iechyd meddwl yn y gwaith ac amodau gwaith da, yn cynnwys:

- *Ymreolaeth*
- *Cyflog teg*
- *Cydbwysedd bywyd a gwaith*
- *Cyfleoedd ar gyfer dyrchafiad*
- *Absenoldeb bwlio ac aflonyddu [39].*

Mae hefyd yn cynnwys mesurau sefydliadol

eraill, yn cynnwys newid diwylliant y gweithle, asesu risg priodol a rheoli straen ac iechyd meddwl gwael. Gall cyflogwyr hefyd helpu i warchod iechyd meddwl trwy drefniadau gweithio hyblyg, yn gynnwys gweithio gartref, lle bo hynny'n ymarferol. Gall hyn helpu gweithwyr sy'n gorfod jyglo cyfrifoldebau gofalu â chyflogaeth.

Mae adolygiadau diweddar hefyd wedi tynnu sylw at fanteision posibl ymyriadau sydd wedi'u targedu at straen a symptomau cyflyrau fel iselder a gorbryder. Gwelwyd yr arbedion mwyaf mewn rhaglenni a oedd yn gwella gwybodaeth rheolwyr llinell a gweithwyr am risgiau i iechyd meddwl, yn ogystal â darparu rhaglenni ymarfer corff personol [40].

Pobl sy'n byw gyda chyflyrau iechyd corfforol tymor hir

Mae pobl sy'n byw gyda chyflyrau iechyd corfforol tymor hir mewn mwy o berygl o brofi anawsterau iechyd meddwl. Mae tystiolaeth bellach y gall ymyriadau seicolegol leihau eu risg o brofi'r rhain a'u bod hefyd yn gost-ffeithiol. Er enghraifft, mae astudiaethau wedi canfod y gall cymorth seicolegol byr, ar ffurf therapi ymddygiad gwybyddol neu therapi ymwybyddiaeth ofalgar, naill ai ar-lein neu wyneb yn wyneb, atal iselder a/neu orbryder ymhlith pobl â chanser a'i fod hefyd yn gost-ffeithiol [41-44]. Fodd bynnag, nid yw pob astudiaeth wedi canfod canlyniadau mor gadarnhaol. Er enghraifft, ni chanfuwyd bod y defnydd o ofal fesul cam, gan gynnwys cwrs hunangymorth dan arweiniad a therapi

datrys problemau, yn gost-ffeithiol o ran atal iselder mewn oedolion â diabetes a/neu glefyd coronaidd y galon [45, 46] ac felly mae angen mwy o ymchwil.

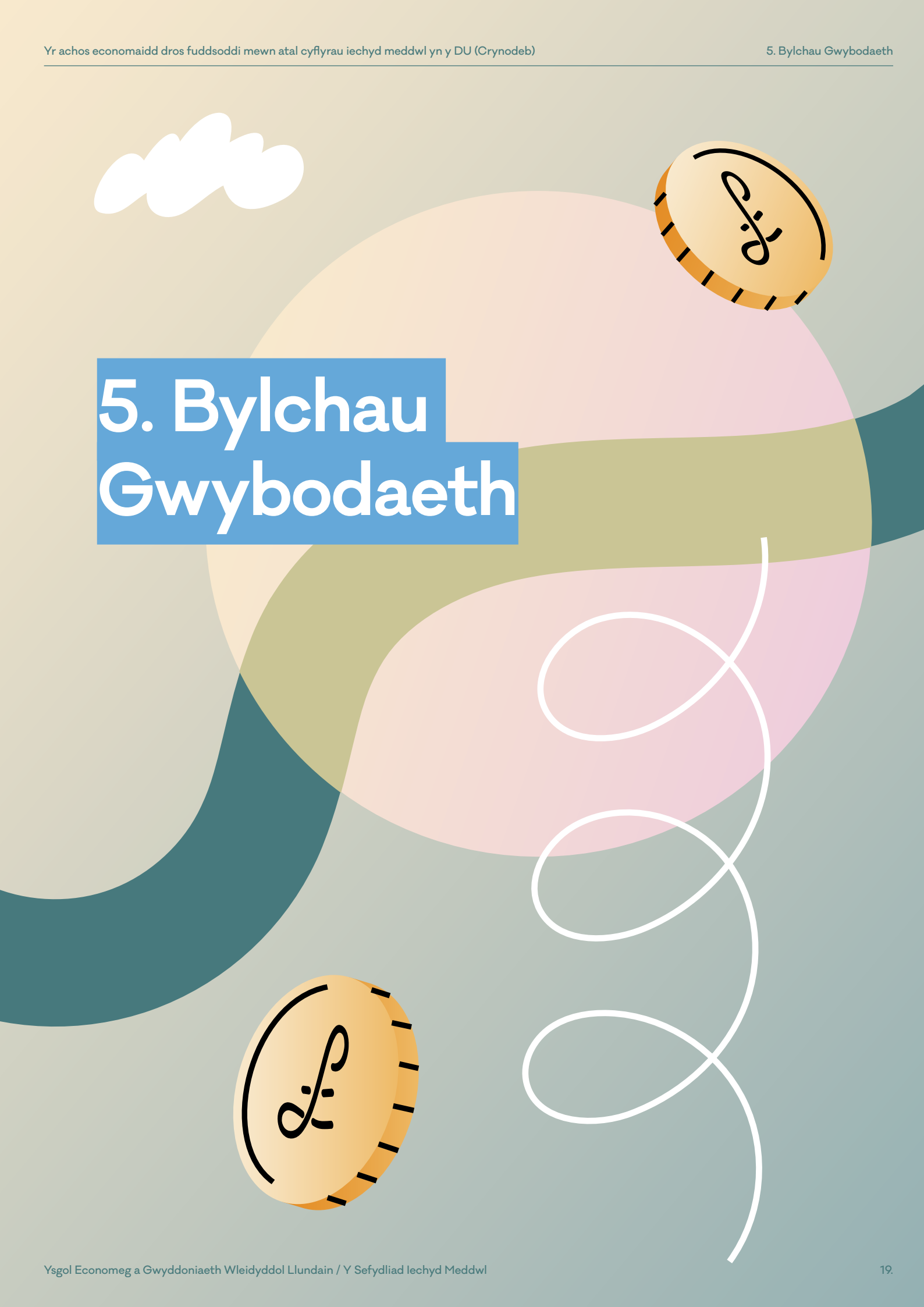
Oedolion Hŷn

Ar unrhyw adeg, mae o leiaf 12% o bobl hŷn mewn gwledydd incwm uchel yn cael eu heffeithio gan lefelau clinigol arwyddocaol o iselder [47-50] ac yn y DU, mae tua thraean o'r rhai dros 50 oed yn dweud eu bod yn teimlo'n unig [51]. Mae tystiolaeth gynyddol i awgrymu y gall ymyriadau sy'n mynd i'r afael ag unigrwydd ac arwahanrwydd ymhlith pobl hŷn amddiffyn eu hiechyd corfforol a meddyliol. Er enghraifft, mae ymyriadau cyfranogiad cymdeithasol grŵp yn cael eu hargymell gan y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal yn eu canllawiau ar hybu lles meddyliol ac annibyniaeth pobl hŷn [52]. Ategir y canllawiau hyn gan adolygiad sy'n cynnwys nifer o ymyriadau sydd wedi'u darparu yng nghyd-destun y DU [53]. Canfu un o'r astudiaethau hyn fod grŵp côr cymunedol, dan arweiniad proffesiynol am 14 wythnos, ar gyfer merched dros 60 oed, yn gysylltiedig â gwelliant sylweddol mewn ansawdd bywyd ar ôl chwe mis ymhlith y rhai a oedd wedi mynychu'r grŵp, o'i gymharu â'r rhai nad oedd wedi mynychu [54]. Roedd iselder a phryder hefyd yn sylweddol is ymhlith y grŵp hwn ar ôl tri mis, ac yn parhau i fod yn is ar ôl chwe mis, er nad oedd y gwahaniaeth hwn yn ystadegol arwyddocaol mwyach. Canfuwyd bod gan yr ymyriad 60% o debygolrwydd o fod yn gost-ffeithiol. Fodd bynnag, rhaid nodi bod llawer o'r astudiaethau sy'n archwilio ymyriadau i

leihau unigrwydd ymhlith oedolion hŷn yn fach o ran maint a chwmpas, ac mae angen mwy o astudiaethau empirig i bennu eu cost-ffeithiolrwydd mewn gwahanol leoliadau.

Atal hunanladdiad a hunan-niweidio

Mae'r costau dynol ac economaidd sy'n gysylltiedig â hunanladdiad a hunan-niwed, llawer ohonynt yn gysylltiedig ag iechyd meddwl gwael, yn enfawr [55]. Y mesur atal hunanladdiad mwyaf effeithiol o hyd yw cyfyngu ar fynediad at ddulliau angheuol o niwed, er enghraifft lleihau mynediad hawdd at ormodedd o barasetamol, mesurau diogelwch ar bontydd, a chyflwyno mesurau atal anafiadau gwell mewn cerbydau [56]. Er mai prin yw'r gwerthusiadau economaidd o'r mesurau hyn, mae tystiolaeth eu bod yn gost-ffeithiol [57]. Mae tystiolaeth hefyd bod strategaethau atal hunanladdiad eraill, sy'n cynnwys ymgyrchoedd iechyd meddwl cyhoeddus, hyfforddiant ar gyfer gofal sylfaenol a 'cheidwaid pyrth' gwasanaethau eraill, a chymorth priodol i ymdrin ag iselder, yn debygol iawn o fod yn gost-ffeithiol [58]. Yn olaf, mae dadansoddiadau diweddar yn Lloegr wedi nodi bod gwell defnydd o asesiad seicogymdeithasol pan fydd pobl yn dod i'r ysbyty yn dilyn hunan-niwed yn debygol o fod yn gost-ffeithiol wrth atal hunan-niwed a hunanladdiad dilynol [59, 60]. Mae hyn yn rhannol oherwydd costau is i wasanaethau iechyd, yr heddlu a gwasanaethau llywodraeth leol. Fodd bynnag, mae'r dadansoddiadau hyn yn geidwadol, gan nad oeddent yn cynnwys canlyniadau a chostau tymor hir sylweddol hunan-niweidio i unigolion a'u teuluoedd [61].



5. Bylchau Gwybodaeth

5. Bylchau Gwybodaeth

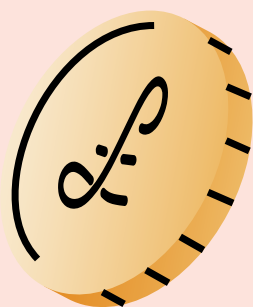
Mae ein hadolygiad wedi amlygu'r dystiolaeth sy'n dangos y gall ystod eang o ymyriadau atal problemau iechyd meddwl a lleihau costau i'n heconomi. Fodd bynnag, mae'r rhan fwyaf o'r rhain yn ymyriadau a ddarperir gan y system gofal iechyd sy'n targedu unigolion. Mae hyn yn gadael rhai bylchau eithaf sylweddol o ran camau gweithredu i fynd i'r afael â'r ffactorau economaidd a chymdeithasol sy'n dylanwadu ar iechyd, megis tlodi, diffyg tai gweddus, ac ansicrwydd swyddi. Er ein bod yn gwybod bod y ffactorau hyn yn cyfrannu at iechyd meddwl gwael, ychydig iawn o astudiaethau sydd wedi edrych ar gost-effeithiolrwydd ymyriadau i fynd i'r afael â nhw [62].

Er enghraifft, er bod rhai astudiaethau wedi dangos bod ymyriadau sy'n helpu unigolion digartref a grwpiau eraill sy'n agored i niwed i gael tai yn effeithiol o ran cefnogi eu hiechyd meddwl [63], mae bwlch yn ein gwybodaeth am y manteision economaidd

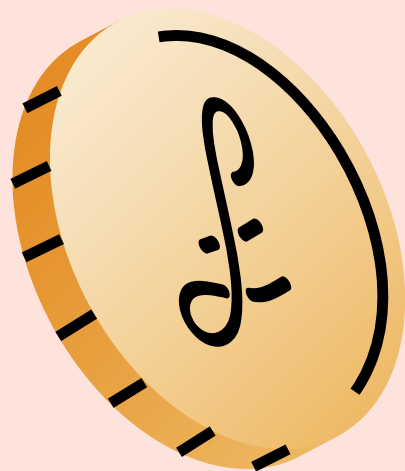
sy'n gysylltiedig ag iechyd meddwl. Yn yr un modd, er bod rhywfaint o dystiolaeth, gan gynnwys dadansoddiad o bron i 30 mlynedd o ddata hydredol o'r DU, y gall cyfranogiad gweithgar yn y farchnad lafur hybu gwell iechyd meddwl [64], mae dystiolaeth ar gost-effeithiolrwydd cymharol rhaglenni i gefnogi hyn yn gyfyngedig. Meysydd eraill lle mae dystiolaeth ar gost-effeithiolrwydd yn parhau i fod yn gyfyngedig, yw ymyriadau i gefnogi'r rhai sy'n profi tlodi a dyled, yn ogystal â mesurau i gynyddu mynediad i fannau gwyrdd a glas.

Felly mae angen rhagor o ymchwil ar gostau a manteision ymyriadau i fynd i'r afael â'r ffactorau economaidd a chymdeithasol ehangach sy'n dylanwadu ar iechyd meddwl. Dylai'r gwerthusiadau hyn edrych ar gyfuniadau o ymyriadau yn hytrach nag ymyriadau ar wahân a dylent ystyried eu heffeithiau dros gyfnodau digonol o amser. Dylent hefyd edrych ar effeithiau'r ymyriadau hyn ar wahanol grwpiau poblogaeth (h.y. pobl sy'n profi gwahanol fathau o anghydraddoldeb economaidd-gymdeithasol neu ddiwylliannol).





6. Casgliad



6. Casgliad

Mae cyflyrau iechyd meddwl yn achosi anabledd a thralod sylweddol i filiynau o bobl ledled y DU. Mae ein hadroddiad yn nodi eu bod hefyd yn gysylltiedig â chostau economaidd sylweddol, nad yw'r rhan fwyaf ohonynt yn ymwneud â systemau gofal iechyd. Er nad yw holl gostau cyflyrau iechyd meddwl yn rhai y gellir eu hosgoi, gallai camau i atal cyfran o'r costau hyn fod yn gost-effeithiol iawn, yn ogystal â lleihau lefelau tralod meddwl yn ein cymdeithas.

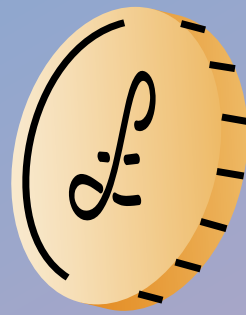
Mae ein hadolygiad wedi canfod tystiolaeth gref y gallai camau i atal problemau iechyd meddwl, ym mhob cam o fywyd, fod yn gost-effeithiol. Mae llawer o'r dystiolaeth hon wedi'i thynnu o astudiaethau a gynhaliwyd yn y DU. Yn benodol, rydym wedi nodi bod opsiynau cost-effeithiol yn bodoli i atal anawsterau iechyd meddwl ymhlith mamau a babanod, plant a theuluoedd, oedolion o

oedran gweithio, pobl â chyflyrau iechyd hirdymor ac oedolion hŷn. Mae llawer o'r astudiaethau sydd wedi'u cynnal hyd yma wedi canolbwyntio ar gamau y gellir eu cymryd ar lefel unigol a theuluol a rhaid gwneud mwy i werthuso effaith mynd i'r afael â rhai o'r ffactorau economaidd a chymdeithasol ehangach sy'n dylanwadu ar iechyd meddwl, gan gynnwys mynd i'r afael â thlodi, gwella safonau tai a lleihau ansicrwydd swyddi.

Nid yw'r dadleuon dros fuddsoddi mewn mesurau i warchod a chefnogi iechyd meddwl erioed wedi bod yn gryfach ac maent yn fwy arwyddocaol fyth ar adeg pan mae effeithiau iechyd meddwl tymor hir y pandemig yn debygol [65]. Rydym yn cloi drwy gynnig nifer o argymhellion ar gyfer camau gweithredu cychwynnol er mwyn atal cyflyrau iechyd meddwl rhag datblygu ledled y DU.



Argymhellion



Argymhellion

1. meddwl. Rydym yn argymhell bod llywodraethau a'r gwasanaeth iechyd yn defnyddio lens iechyd y cyhoedd er mwyn nodi'r cyllid cynyddol hwn ar gyfer atal, gan gydnabod y gall liniaru'r pwysau ar wasanaethau gofal eilaidd. Dylai buddsoddiad gwell a pharhaus mewn iechyd cyhoeddus gyfateb i gyfradd y cynnydd yng nghyllideb y GIG, gyda chyfran wedi'i chlustnodi ar gyfer iechyd meddwl y cyhoedd. Dylid cael adroddiadau cenedlaethol nid yn unig ar lefelau cyllid a ddyrennir i iechyd y cyhoedd ac atal o fewn a thu hwnt i'r GIG a llywodraeth leol, ond hefyd ar sut y caiff cyllid ei wario, fel bod lefel y cyllid a ddyrennir yn lleol i iechyd meddwl y cyhoedd yn fwy tryloyw ac y gellir ei amcangyfrif yn well.
2. Gall cyllido a gweithredu mewn llawer o feysydd llywodraeth nad ydynt yn cael eu galw'n 'iechyd y cyhoedd' neu'n 'iechyd meddwl' yn ffurfiol, megis polisiau economaidd a budd-daliadau, gael rhai o'r effeithiau mwyaf ar iechyd meddwl. Dylai datblygu strategaethau iechyd meddwl cenedlaethol a lleol ddefnyddio dull trawsadrannol sy'n ymgorffori camau gweithredu y tu hwnt i systemau iechyd ac iechyd y cyhoedd sy'n gallu atal problemau iechyd meddwl a hybu iechyd meddwl da, gan gydnabod manteision gwell gwaith ataliol ym maes iechyd meddwl ar gyfer canlyniadau bywyd eraill.
3. Mae'n bwysig deall yn well i ba raddau y mae camau ataliol yn cael eu cyflawni ledled y DU. Fel rhan o'u strategaethau iechyd meddwl, dylai llywodraeth y DU a'r llywodraethau datganoledig gynnal ymarfer mapio i nodi graddau, lefelau cyllid, ac argaeledd daeryddol ymyriadau atal iechyd

meddwl effeithiol, a ddarperir ledled y DU. Yn Lloegr, er enghraifft, efallai y bydd ffyrdd o gasglu mwy o wybodaeth am adnoddau a fuddsoddir mewn atal yn y dangosfwrdd iechyd meddwl a thrwy gynnydd a wnaed gan lofnodwyr y Concordat Atal ar gyfer Gwell Iechyd Meddwl [66].

4. Dylai pob llywodraeth ddatganoledig adeiladu ar fentrau atal presennol er mwyn cynllunio sut y gallant helpu i gynyddu mynediad at ymyriadau cost-effeithiol i atal afiechyd meddwl trwy lywodraeth leol (gan gynnwys gofal cymdeithasol), y GIG, y sectorau Gwasanaethau Gwirfoddol, Cymunedol a Menter Cymdeithasol a chyllidwyr posibl eraill. Gallai hyn adeiladu ar gynlluniau traws-sector sydd wedi'u datblygu ar gyfer adferiad iechyd meddwl yn ystod ac ar ôl y pandemig, megis Cynllun Pontio ac Adfer yr Alban a'r Gronfa Iechyd Meddwl a Lles Cymunedol, sef y strategaeth iechyd meddwl newydd sy'n olynu Law yn Llaw at Iechyd Meddwl yng Nghymru, a phrofiad o fentrau presennol yn Lloegr i ddatblygu gwaith atal ar lefel leol, megis drwy'r Concordat Atal ar gyfer Gwell Iechyd Meddwl a'r Gronfa Atal a Hybu Iechyd Meddwl Gwell.

5. Cynlluniau adfer COVID iechyd meddwl cenedlaethol
Dylai cynlluniau adfer COVID iechyd meddwl cenedlaethol gynnwys gweithredu parhaus ymyriadau cost-effeithiol i atal problemau iechyd meddwl, gan gydnabod bod effeithiau iechyd meddwl y pandemig yn helaeth, ac y byddant yn parhau am flynyddoedd lawer i ddod.

6. Dylai llywodraeth y DU a'r llywodraethau datganoledig gefnogi ymchwil i gynyddu gwybodaeth am ymyriadau cost-effeithiol. Mae bylchau gwybodaeth penodol y gellir

eu harchwilio yn cynnwys effeithiau ymyriadau strwythurol megis gweithredu ar dlodi plant, yn ogystal â mesurau i leihau anghydraddoldebau o ran mynediad at fentrau atal cost-effeithiol a'r nifer sy'n manteisio arnynt. Dylai'r ymchwil hwn hefyd edrych ar gost-effeithiolrwydd ymyriadau lluosog yn erbyn ymyriadau unigol, yn ogystal â dull 'gofal fesul cam' o atal. Mae lle i wneud rhagor o waith er mwyn mynd i'r afael â rhai bylchau yn y wybodaeth bresennol, er enghraifft mynd i'r afael â'r risg o gamblo problematig, diogelu iechyd meddwl gofalwyr, a bylchau mewn gwybodaeth am ymyriadau ar wahanol adegau yn ystod cwrs bywyd, megis y trawsnewid o lencyndod i oedolaeth.

7. Er mwyn mynd i'r afael â'r her a gyflwynir ar gyfer dangos effeithiolrwydd hirdymor camau ataliol gan y cylch etholiadol cymharol fyr, dylai llywodraeth y DU a'r llywodraethau datganoledig fuddsoddi mewn ymchwil sydd hefyd yn ystyried costau a buddion tymor hir atal ac nid eu heffeithiau tymor byr yn unig. Gellid cyflawni hyn drwy fentrau i ymgorffori ystyriaethau cenedlaethau'r dyfodol mewn polisi cyhoeddus. Un enghraifft yw Deddf Llesiant Cenedlaethau'r Dyfodol yng Nghymru, sy'n ei gwneud yn ofynnol i bob corff cyhoeddus feddwl am effaith hirdymor eu penderfyniadau, a gweithio'n well gyda chymunedau i atal problemau parhaus megis tlodi ac anghydraddoldebau iechyd.



Atodiad 1. Methodoleg

Atodiad 1. Methodoleg

Rydym wedi defnyddio dull costio seiliedig ar fynychder yr achosion. Mae hyn yn mesur nifer y bobl sy'n byw gydag iechyd meddwl gwael dros gyfnod penodol o amser (blwyddyn fel arfer) ac yn amcangyfrif y costau cyfartalog sy'n gysylltiedig â'r cyflyrau hyn dros yr amser hwn.

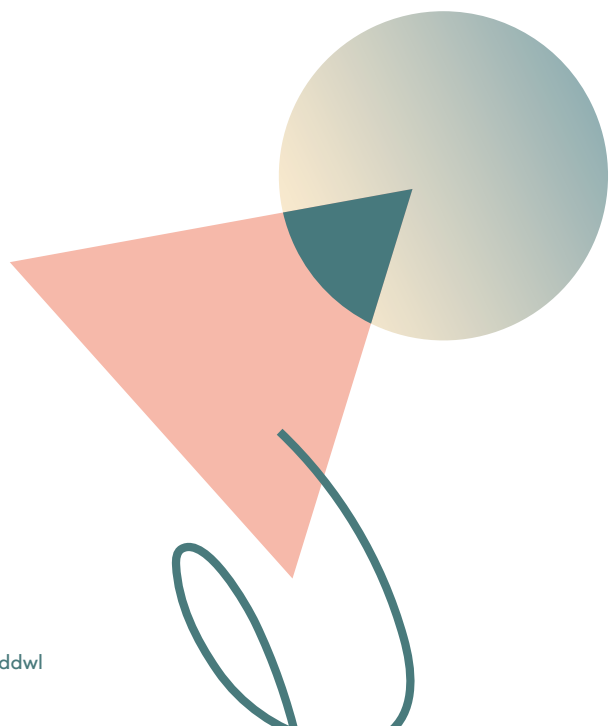
Mae yna lawer o wahanol amcangyfrifon o nifer y bobl sy'n profi cyflwr iechyd meddwl yn y DU ar unrhyw adeg, a gall yr amcangyfrifon hyn amrywio'n sylweddol. Mae ein model costio ar sail mynychder yn defnyddio data ar fynychder yr achosion o gyflyrau iechyd meddwl gan ddefnyddio cronfa ddata Baich Clefydau Byd-eang (GBD - Global Burden of Disease) 2019 (29). Mae amcangyfrifon y GBD yn cael eu diweddarau'n rheolaidd ac yn cael eu defnyddio'n rheolaidd gan Sefydliad Iechyd y Byd. Rydym wedi cynnwys 11 o'r 12 categori o gyflyrau iechyd meddwl a ddefnyddir yn y GBD. Nid ydym wedi cynnwys anabledau deallusol, cyflyrau niwrolegol fel dementia, nac anhwylderau defnyddio alcohol a sylweddau. Y categorïau o gyflwr iechyd meddwl sydd wedi'u cynnwys yw:

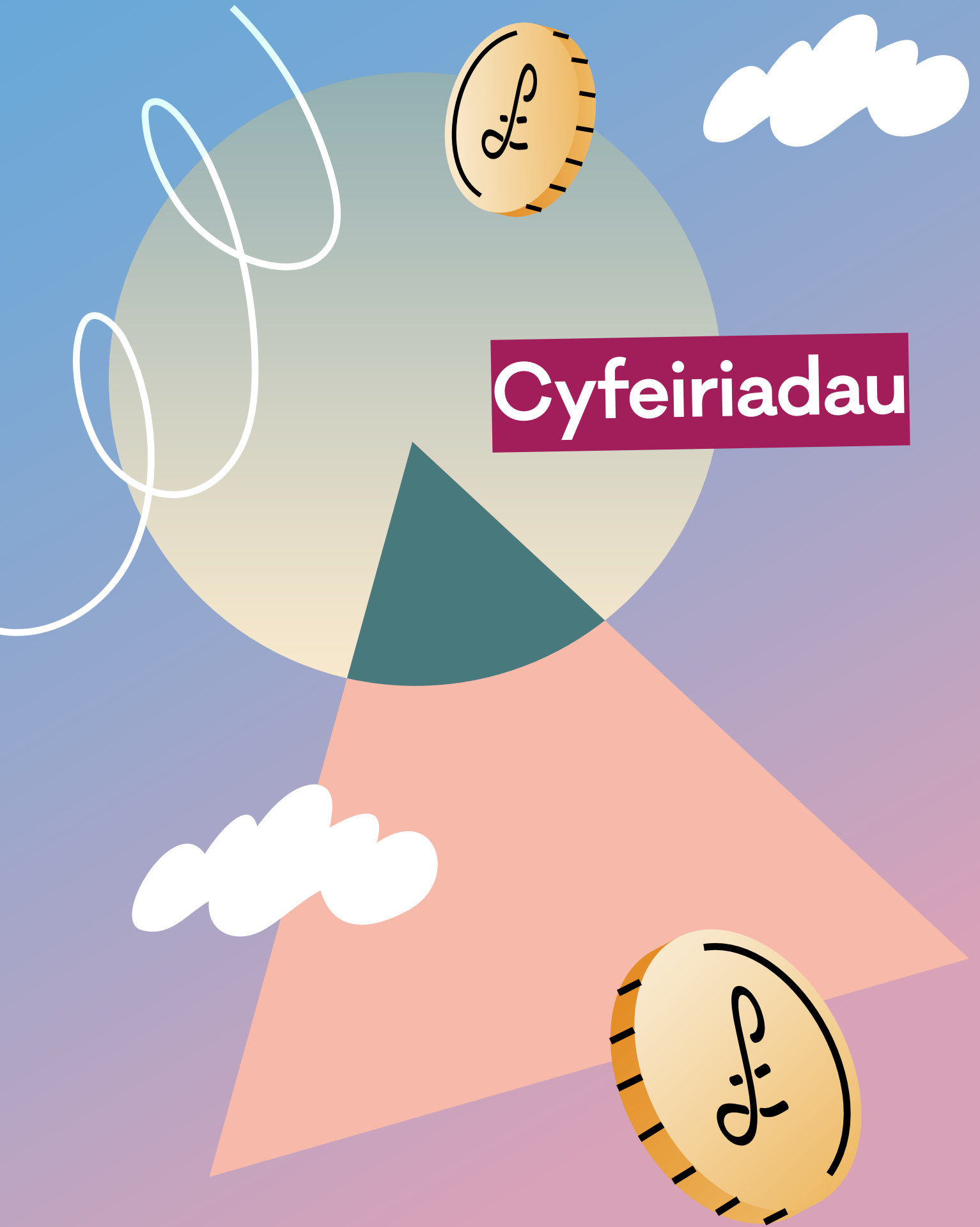
1. **Anhwylderau Iselder**
2. **Dysthymia**
3. **Anhwylderau Gorbryder**
4. **Anhwylder Affeithiol Deubegwn**
5. **Sgitsoffrenia**
6. **Anhwylderau sbectrum awtistiaeth (ASD)**

7. **Anhwylder ymddygiad**
8. **Anhwylder diffyg canolbwytio a gorfywiogrwydd (ADHD)**
9. **Anorecsia nerfosa**
10. **Bwlimia Nerfosa**
11. **Cyflyrau iechyd meddwl eraill.**

Ceir disgrifiad llawn o'r ffynonellau data a ddefnyddiwyd gennym i amcangyfrif cost anawsterau iechyd meddwl i'r DU yn ein hadroddiad llawn. Fodd bynnag, mae'r rhain yn cynnwys:

- *Costau Iechyd a Gofal Cymdeithasol*
- *Costau Cymorth Addysgol Ychwanegol*
- *Costau Cynhyrchiant (costau'n ymwneud â diweithdra, tangyflogaeth, amser i ffwrdd o'r gwaith neu berfformiad is yn y gwaith o ganlyniad i gyflwr iechyd meddwl)*
- *Costau Gofal Anffurfiol*
- *Costau'n ymwneud ag Ansawdd Bywyd*





Cyfeiriadau

Cyfeiriadau

1. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022.
2. Kousoulis A. Prevention and mental health: Understanding the evidence so that we can address the greatest health challenge of our times. London: Mental Health Foundation; 2019.
3. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(7):591-604.
4. Knapp M, Ardino V, Brimblecombe N, Evans-Lacko S, Lemmi V, King D, et al. Youth mental health: new economic evidence. London: PSSRU, LSE; 2016.
5. D'Amico F, Knapp M, Beecham J, Sandberg S, Taylor E, Sayal K. Use of services and associated costs for young adults with childhood hyperactivity/conduct problems: 20-year follow-up. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2014;204(6):441-7.
6. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2005;46(8):837-49.
7. Kretschmer T, Hickman M, Doerner R, Emond A, Lewis G, Macleod J, et al. Outcomes of childhood conduct problem trajectories in early adulthood: findings from the ALSPAC study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(7):539-49.
8. Bevilacqua L, Hale D, Barker ED, Viner R. Conduct problems trajectories and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(10):1239-60.
9. Goodman A, Joyce R, Smith JP. The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011;108(15):6032-7.
10. Ko JY, Rockhill KM, Tong VT, Morrow B, Farr SL. Trends in Postpartum Depressive Symptoms - 27 States, 2004, 2008, and 2012. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2017;66(6):153-8.
11. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and gynecology*. 2005;106(5 Pt 1):1071-83.
12. Junge C, Garthus-Niegel S, Slinning K, Polte C, Simonsen TB, Eberhard-Gran M. The Impact of Perinatal Depression on Children's Social-Emotional Development: A Longitudinal Study. *Matern Child Health J*. 2017;21(3):607-15.
13. Dukhovny D, Dennis CL, Hodnett E, Weston J, Stewart DE, Mao W, et al. Prospective economic evaluation of a peer support intervention for prevention of postpartum depression among high-risk women in Ontario, Canada. *Am J Perinatol*. 2013;30(8):631-42.
14. Camacho EM, Shields GE. Cost-effectiveness of interventions for perinatal anxiety and/or depression: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(8):e022022.
15. Gurung B, Jackson LJ, Monahan M, Butterworth R, Roberts TE. Identifying and assessing the benefits of interventions for postnatal depression: a systematic review of economic evaluations. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018;18(1):179.
16. Henderson C, Dixon S, Bauer A, Knapp M, Morrell CJ, Slade P, et al. Cost-effectiveness of PoNDER health visitor training for mothers at lower risk of depression: findings on prevention of postnatal depression from a cluster-randomised controlled trial. *Psychological medicine*. 2019;49(8):1324-34.
17. Dukhovny D, Dennis CL, Hodnett E, Weston J, Stewart DE, Mao W, et al. Prospective economic evaluation of a peer support intervention for prevention of postpartum depression among high-risk women in Ontario, Canada. *Am J Perinatol*. 2013;30(8):631-42.
18. Huang R, Yan C, Tian Y, Lei B, Yang D, Liu D, et al. Effectiveness of peer support intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;276:788-96.
19. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Cochrane review: behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evidence-based child health : a Cochrane review journal*. 2013;8(2):318-692.
20. Ryan R, O'Farrelly C, Ramchandani P. Parenting and child mental health. *London journal of primary care*. 2017;9(6):86-94.
21. Waddell C, Schwartz C, Andres C, Barican JL, Yung D. Fifty years of preventing and treating childhood behaviour disorders: a systematic review to inform policy and practice. *Evidence-based mental health*. 2018;21(2):45-52.
22. Nystrand C, Hultkrantz L, Vimefall E, Feldman I. Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems. *Administration and policy in mental health*. 2020;47(2):300-15.
23. Gardner F, Leijten P, Mann J, Landau S, Harris V, Beecham J, et al. Could scale-up of parenting programmes improve child disruptive behaviour and reduce social inequalities? Using individual participant data meta-analysis to establish for whom programmes are effective and cost-effective. *NIHR Public Health Research*. 2017;1(11).
24. Washington State Institute for Public Policy. Benefit-Cost Results. Available at <https://www.wsipp.wa.gov/>

- BenefitCost. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy; 2019.
25. Evans-Lacko S, Takizawa R, Brimblecombe N, King D, Knapp M, Maughan B, et al. Childhood bullying victimization is associated with use of mental health services over five decades: a longitudinal nationally representative cohort study. *Psychological medicine*. 2017;47(1):127-35.
26. Fraguas D, Díaz-Caneja CM, Ayora M, Durán-Cutilla M, Abregú-Crespo R, Ezquiaga-Bravo I, et al. Assessment of School Anti-Bullying Interventions: A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA pediatrics*. 2021;175(1):44-55.
27. Karna A, Voeten M, Little TD, Poskiparta E, Alanen E, Salmivalli C. Going to scale: a nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program for grades 1-9. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2011;79(6):796-805.
28. Nocentini A, Menesini E. KiVa Anti-Bullying Program in Italy: Evidence of Effectiveness in a Randomized Control Trial. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*. 2016;17(8):1012-23.
29. McDaid D, Park A, Knapp M. Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health. London: Public Health England; 2017.
30. Philipsson A, Duberg A, Möller M, Hagberg L. Cost-utility analysis of a dance intervention for adolescent girls with internalizing problems. *Cost Eff Resour Alloc*. 2013;11(1):4.
31. Conejo-Cerón S, Lokkerbol J, Moreno-Peral P, Wijnen B, Fernández A, Mendive JM, et al. Health-economic evaluation of psychological interventions for depression prevention: Systematic review. *Clinical psychology review*. 2021;88:102064.
32. Smit F, Willemse G, Koopmanschap M, Onrust S, Cuijpers P, Beekman A. Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2006;188:330-6.
33. van den Berg M, Smit F, Vos T, van Baal PH. Cost-effectiveness of opportunistic screening and minimal contact psychotherapy to prevent depression in primary care patients. *PLoS One*. 2011;6(8):e22884.
34. Müller G, Pfänder M, Schmahl C, Bohus M, Lyssenko L. Cost-effectiveness of a mindfulness-based mental health promotion program: economic evaluation of a nonrandomized controlled trial with propensity score matching. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1309.
35. Kumar S, Jones Bell M, Juusola JL. Mobile and traditional cognitive behavioral therapy programs for generalized anxiety disorder: A cost-effectiveness analysis. *PLoS one*. 2018;13(1):e0190554.
36. OECD. Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: Mental Health and Work, OECD Publishing; 2012.
37. OECD. Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work. Paris: Mental Health and Work, OECD Publishing; 2015.
38. Deloitte. Mental health and employers: refreshing the case for investment. 2020.
39. Stevenson D, Farmer P. Thriving at work. The Stevenson / Farmer review of mental health and employers. London 2017.
40. Matrix Insight. Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives. Brussels: Executive Agency for Health and Consumers; 2013.
41. Jansen F, van Zwieten V, Coupé VM, Leemans CR, Verdonck-de Leeuw IM. A Review on Cost-Effectiveness and Cost-Utility of Psychosocial Care in Cancer Patients. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2016;3(2):125-36.
42. Sabariego C, Brach M, Herschbach P, Berg P, Stucki G. Cost-effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for dysfunctional fear of progression in cancer patients. *Eur J Health Econ*. 2011;12(5):489-97.
43. Arving C, Brandberg Y, Feldman I, Johansson B, Glimelius B. Cost-utility analysis of individual psychosocial support interventions for breast cancer patients in a randomized controlled study. *Psychooncology*. 2014;23(3):251-8.
44. Compen F, Adang E, Bisseling E, van der Lee M, Speckens A. Cost-utility of individual internet-based and face-to-face Mindfulness-Based Cognitive Therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in cancer patients. *Psychooncology*. 2020;29(2):294-303.
45. van Dijk SEM, Pols AD, Adriaanse MC, van Marwijk HWJ, van Tulder MW, Bosmans JE. Cost-effectiveness of a stepped care program to prevent depression among primary care patients with diabetes mellitus type 2 and/or coronary heart disease and subthreshold depression in comparison with usual care. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):402.
46. Pols AD, van Dijk SE, Bosmans JE, Hoekstra T, van Marwijk HWJ, van Tulder MW, et al. Effectiveness of a stepped-care intervention to prevent major depression in patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease and subthreshold depression: A pragmatic cluster randomized controlled trial. *PLoS One*. 2017;12(8):e0181023.
47. Steffens DC, Fisher GG, Langa KM, Potter GG, Plassman BL. Prevalence of depression among older Americans: the Aging, Demographics and Memory Study. *International psychogeriatrics*. 2009;21(5):879-88.
48. Forlani C, Morri M, Ferrari B, Dalmonte E, Menchetti M, De Ronchi D, et al. Prevalence and Gender Differences in Late-Life Depression: A Population-Based Study. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2013.
49. Briggs R, Tobin K, Kenny RA, Kennelly SP. What is the prevalence of untreated depression and death ideation in

older people? Data from the Irish Longitudinal Study on Aging. *International psychogeriatrics*. 2018;1-9.

50. Wild B, Herzog W, Schellberg D, Lechner S, Niehoff D, Brenner H, et al. Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people aged 53 to 80 years. *International journal of geriatric psychiatry*. 2012;27(4):375-81.

51. Lee, S. L., Pearce, E., Ajnakina, O., Johnson, S., Lewis, G., Mann, F., ... & Lewis, G. (2021). The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 8(1), 48-57.

52. NICE. Older people: independence and mental wellbeing. *Nice Guideline [NG32]*. London: NICE; 2015.

53. McDaid D, Forsman A, Matosevic T, Park A-L, Wahlbeck K. Review 1: What are the most effective ways to improve or protect the mental wellbeing and/or independence of older people? London: LSE Enterprise, London School of Economics and Political Science; 2015.

54. Coulton S, Clift S, Skingley 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*. 2015;207(3):250-5.

55. Platt Stephen, McLean J, McCollam A, Blamey A, Mackenzie M, McDaid D, et al. Evaluation of the first phase of Choose Life: the national strategy and action plan to prevent suicide in Scotland. Edinburgh: Scottish Executive; 2006.

56. Okolie C, Hawton K, Lloyd K, Price SF, Dennis M, John A. Means restriction for the prevention of suicide on roads. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;9:CdO13738.

57. Atkins Whitmer D, Woods DL. Analysis of the cost effectiveness of a suicide barrier on the Golden Gate Bridge. *Crisis*. 2013;34(2):98-106.

58. Vasiliadis HM, Lesage A, Latimer E, Seguin M. Implementing Suicide Prevention Programs: Costs and Potential Life Years Saved in Canada. *The journal of mental health policy and economics*. 2015;18(3):147-55.

59. McDaid D, Park A-L, Tsiachristas A, Brand F, Casey D, Clements C, et al. Cost-effectiveness of psychosocial assessment for individuals who present to hospital following self-harm in England: a model-based retrospective analysis. *European Psychiatry*. 2022;Forthcoming.

60. McDaid D, Park A-L, Knapp M. Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill Health. London: Public Health England; 2017.

61. Orri M, Vergunst F, Turecki G, Galera C, Latimer E, Bouchard S, et al. Long-term economic and social outcomes of youth suicide attempts. *The British Journal of Psychiatry*. 2021:1-7.

62. McDaid D, Park AL, Wahlbeck K. The Economic Case for the Prevention of Mental Illness. *Annu Rev Public Health*. 2019;40:373-89.

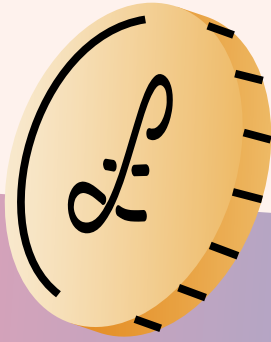
63. Ly A, Latimer E. Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2015;60(11):475-87.

64. Wang S, Coutts A, Burchell B, Kamerade D, Balderson U. Can Active Labour Market Programmes Emulate the Mental Health Benefits of Regular Paid Employment? Longitudinal Evidence from the United Kingdom. *Work, Employment and Society*. 2021;35(3):545-65.

65. McDaid D. Viewpoint: Investing in strategies to support mental health recovery from the COVID-19 pandemic. *Eur Psychiatry*. 2021;64(1):e32.

66. Public Health England. Prevention Concordat for Better Mental Health. London: Public Health England; 2020.





Y Sefydliad
Iechyd Meddwl

