

13 mis Mai 2021

## Cyflymydd Arloesedd Clinigol - Adroddiad Mewnwelediad Economeg Iechyd

### Therapi Ymddygiadol Gwybyddol Digidol ar gyfer Insomnia (CBT-I)

#### 1. Beth yw Adroddiad Mewnwelediad economeg iechyd arloesedd clinigol?

Mae adroddiadau Mewnwelediad economeg iechyd y Cyflymydd Arloesedd Clinigol (CIA) yn adolygiadau economaidd o arloesedd clinigol. Mae'r rhain ar gael i bob rhanddeiliad, megis Byrddau Iechyd Cymru, Clystyrau Meddygon Teulu, Llywodraeth Cymru, ac ati. Maent yn rhan o gyfres CIA o adroddiadau economeg iechyd ar wahanol bynciau ac maent wedi'u cynnwys yn llyfrgell adroddiadau arloesedd clinigol CIA.

Awgrymwyd y pwnc therapi ymddygiadol gwybyddol ar gyfer insomnia (CBT-I) gan Sue Bevan a Corinne Ngyuen, uwch gymrodyr arloesedd CIA.

Sylwer: sefydlwyd y Cyflymydd yn 2018 gyda chyllid gan Lywodraeth Cymru a Chronfa Datblygu Rhanbarthol Ewrop i gefnogi arloesedd clinigol yng Nghymru.

Ymwadiad: yr awdur yw ymgynghorydd economeg iechyd y Cyflymydd.

#### 2. Beth yw therapi ymddygiadol gwybyddol digidol ar gyfer insomnia (CBT-I)?

Mae'r Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal (NICE) yn Lloegr yn argymhell y dylid cynnig CBT-I fel triniaeth llinell gyntaf ar gyfer insomnia byrdymor a hirdymor mewn oedolion o bob oed <sup>(1)</sup>. Mae'n nodi, 'yn wahanol i feddyginiaeth, mae'r manteision sy'n gysylltiedig â CBT-I yn parhau ar ôl cwblhau'r driniaeth'. Sylwer: Nid yw Technoleg Iechyd Cymru wedi cyhoeddi cyngor eto ar drin insomnia.

Yn gyffredinol, caiff cleifion eu cyfeirio at CBT-I naill ai gan feddygon teulu neu wasanaethau iechyd meddwl y GIG. Yn draddodiadol, mae'r rhan fwyaf o CBT-I wedi'i roi ar ffurf therapi wyneb yn wyneb gan staff y GIG neu weithwyr proffesiynol annibynnol. Darperir CBT-I digidol gan ddefnyddio technoleg llwyfan digidol (gliniaduron, llechi ac ati) yn aml gyda chefnogaeth llinell gymorth. Mae'r dystiolaeth o astudiaethau yn dangos nad yw effeithiolrwydd clinigol CBT-I digidol yn wahanol, yn gyffredinol, i therapi wyneb yn wyneb mwy traddodiadol <sup>(2)</sup>.

Yn ystod y 10 mlynedd ddiwethaf, bu cynnydd cyson yn nifer y llwyfannau digidol sy'n cynnig therapi ymddygiadol gwybyddol ar gyfer ystod o wahanol anghenion gofal iechyd.

#### 3. Pa mor gyffredin yw insomnia?

Nid yw data cenedlaethol ar gyffredinrwydd insomnïa yn cael ei gasglu fel mater o drefn ar draws y GIG yn y DU. Serch hynny, mae modd amcangyfrif ar sail canfyddiadau astudiaethau academaidd.

Yn 2012, cyhoeddodd y *Journal of Psychiatric Research* ganlyniadau astudiaeth i gyffredinrwydd a nifer yr achosion o insomnïa aciwt (3). Roedd yr astudiaeth yn seiliedig ar ddwy sampl: DU (n = 1095) ac UDA (n = 2861). Yn ogystal, yn sampl y DU, arolygwyd 412 o gysgwyr arferol yn hydredol i ragamcanu nifer yr achosion, y cyfnod pontio a'r cyfraddau gwella gyfer insomnïa aciwt ac asesu a oedd yr achosion yn episod cyntaf neu reolaidd, neu'n gydafiachedd â symptomau afiechydon eraill.

Canfuwyd bod cyffredinrwydd insomnïa aciwt yn 7.9% (DU) a 9.5% (UDA). Roedd cyffredinrwydd blynyddol insomnïa aciwt yn sampl y DU rhwng 31.2% a 36.6%.

#### 4. Beth yw'r materion allweddol i'r GIG o ran y galw am CBT-I a'i gyflenwi?

Nid yw setiau data cenedlaethol ar y galw am CBT-I yn cael eu casglu fel mater o drefn ar draws y GIG yn y DU. Cyn Covid-19, roedd arwyddion bod y galw am CBT-I yng Nghymru a'r DU wedi bod yn cynyddu'n gyflymach nag y gallai'r GIG ychwanegu capasiti. Dangosir hyn gan yr amseroedd aros cynyddol rhwng pryd y caiff cleifion eu hatgyfeirio a phryd y cânt fynediad i CBT-I. Yn anecdotaidd, roedd amseroedd aros wedi cynyddu hyd at 6 mis. Mae'n bosibl fod effaith Covid-19 ers mis Mawrth 2020 wedi ehangu'r bwch ymhellach rhwng y galw a'r cyflenwad ar gyfer CBT-I y GIG, a gwneud amseroedd aros yn hirach.

Yn draddodiadol, mae CBT-I wedi'i gyflenwi drwy therapi wyneb yn wyneb. Nid yw setiau data ar gapasiti'r gwasanaethau hyn yn cael eu casglu ar draws y GIG yn y DU chwaith. O ganlyniad, nid yw'n glir a yw'r diffyg rhwng y cyflenwad a'r galw o ganlyniad i ddiffyg capasiti (therapyddion CBT-I sydd wedi'u hyfforddi) neu ddiffyg arian neu gyfuniad o'r ddau.

Mae CBT-I digidol yn tyfu mewn poblogrwydd yn UDA gan fod rhai darparwyr yn gosod eu prisiau'n rhatach na phrisiau therapi wyneb yn wyneb. I bob pwrpas, mae yna gymhellion pris a chost i yswirwyr gofal iechyd ac unigolion sy'n talu newid i wasanaethau CBT-I digidol sydd wedi'u prisiu'n fwy cystadleuol.

Mae trefniadaeth a chyllid gofal iechyd yn UDA yn wahanol iawn o gymharu â'r GIG. Fodd bynnag, mae twf CBT-I digidol yn UDA yn dangos, pan mae cymhellion pris a chost yn ffafrio CBT-I digidol, mae darparwyr gofal iechyd yn fwy tebygol o newid. Yn ogystal, lle mae amseroedd aros i gael mynediad i CBT-I yn gyflymach ar gyfer CBT-I digidol, mae cyflymder mynediad hefyd yn gymhelliant i ddewis y fersiwn ddigidol.

O safbwynt economaidd, nid y diffyg data ar alw a chyflenwad yw'r prif broblem, ond y ffaith nad yw'r ffordd y mae cymhellion i newid i CBT-I digidol yn seiliedig ar bris, cost a chyflymder mynediad yn glir i gyrrff ariannu'r GIG ym mhobman.

Nid yw CBT-I digidol ar gael i gleifion y GIG yng Nghymru. Ond mae ar gael i gleifion y GIG mewn rhannau o Loegr a'r Alban.

## 5. Beth yw'r mewnwelediadau economeg iechyd?

Yn gyntaf, un o ragdybiaethau allweddol y maes economeg iechyd yw bod adnoddau gofal iechyd (amser clinigwyr ac ati) yn gymharol brin o'u cymharu â holl anghenion cleifion. Yn aml, does dim digon o adnoddau i wneud popeth rydych chi'n dymuno ei wneud. O ganlyniad, mae'n rhaid gwneud dewisiadau ynghylch sut i ddefnyddio'r adnoddau sydd ar gael yn effeithlon.

Pan fydd economegwyr iechyd yn siarad am effeithlonrwydd, maen nhw'n golygu sicrhau cymaint o fanteision cyffredinol a buddion iechyd â phosib o'r adnoddau gofal iechyd sydd ar gael. Mae economegwyr yn rhannu'r cysyniad hwn ymhellach i:

- Effeithlonrwydd dyrannol, y gellir ei ddiffinio fel gwneud y defnydd gorau posib o adnoddau gofal iechyd (cyllidebau gofal iechyd, amser clinigwyr, ac ati) pan fo ffyrdd eraill y gellid ei ddefnyddio er budd y cleifion; ac
- Effeithlonrwydd technegol, y gellir ei ddiffinio fel cyflawni amcan/buddion iechyd am y gost adnodd isaf (ymyriadau therapiwtig, amser clinigwr ac ati).

Yn ail, pan fydd economegwyr yn siarad am gostau, maen nhw'n golygu 'Costau Cyfle', ac nid costau ariannol. Cost cyfle yw gwerth yr ail ddefnydd gorau o adnodd.

Mae'n wahaniaeth pwysig. Nid yw'r Adroddiad Mewnwelediad economeg iechyd hwn yn gwneud unrhyw ymdrech i amcangyfrif unrhyw arbedion cost ariannol posibl i'r GIG o ddefnyddio CBT-I digidol. Yn hytrach, mae'n esbonio sut y gallai mabwysiadu CBT-I digidol wella effeithlonrwydd economaidd y broses o reoli cleifion ag insomnia mewn gofal sylfaenol ac mewn gwasanaethau iechyd meddwl.

Er enghraifft, petai CBT-I digidol yn arwain at fynediad cyflymach i driniaethau effeithiol i gleifion ag insomnia aciwt, gallai osgoi neu liniaru cyflyrau clinigol eraill ac anghenion gofal iechyd a gynhrychir gan yr insomnia.

Mewn achosion o'r fath, ni fyddai osgoi unrhyw apwyntiadau meddyg teulu dilynol neu apwyntiadau cleifion allanol gofal eilaidd, ac ati, yn arbed cost ariannol gyfartalog yr apwyntiadau hyn. Yn hytrach, byddai'n caniatáu i'r apwyntiadau ac amser ac arbenigedd y clinigydd gael eu defnyddio ar gyfer cleifion eraill.

## 6. Sut gallai gwasanaethau CBT-I digidol arwain at fwy o effeithlonrwydd economaidd?

Yn gyntaf, lle mae cost CBT-I digidol yn llai na therapi wyneb yn wyneb, gellid cynyddu effeithlonrwydd dyrannol (cyllideb) wrth i fwy o gleifion gael eu trin gyda'r cronfeydd sydd ar gael. I bob pwrpas, gallai GIG Cymru gael budd iechyd (gwerth) gwell am ei arian.

Yn ail, lle mae CBT-I digidol yn cynnig mynediad cyflymach i therapi effeithiol, gellid cynyddu effeithlonrwydd dyrannol yng ngofal sylfaenol ac eilaidd y GIG drwy leihau neu osgoi defnyddio amser clinigwyr ac adnoddau gofal iechyd sydd eu hangen i drin cyflyrau iechyd eraill a gynhyrchir gan insomnia. I bob pwrpas, byddai'r adnoddau hyn ar gael i weld a thrin cleifion eraill.

Yn drydydd, lle mae cost CBT-I digidol yn llai na thriniaeth wyneb yn wyneb, gellid cynyddu effeithlonrwydd technegol wrth i fwy o gleifion gael triniaeth effeithiol am gost is. Fel y nodir uchod, gallai GIG Cymru ddangos tystiolaeth o fudd iechyd i gleifion insomnia drwy ddefnyddio llai o amser clinigwyr ac arian fesul claf.

Yn bedwerydd, byddai effeithiau cyfunol effeithlonrwydd dyrannol a thechnegol gwell wrth ddarparu triniaethau effeithiol yn gyflymach gan ddefnyddio llai o amser clinigol a llai o arian y GIG yn dangos gwerth economaidd gwell yn gyffredinol o ran sut y defnyddir adnoddau GIG Cymru i sicrhau gwelliannau iechyd i gleifion ag insomnia. Gellid ystyried hyn fel enghraifft o 'werth am arian' neu 'ofal iechyd ar sail gwerth'.

## **7. Beth am ganlyniadau iechyd i gleifion?**

Mae'r adroddiad hwn yn canolbwyntio ar sut y gallai CBT-I digidol wella effeithlonrwydd a mynediad i gleifion ar gyfer triniaeth lefel gyntaf insomnia. Nid yw ei gwmpas yn cynnwys canlyniadau iechyd.

Fodd bynnag, mae mesurau profiadau cleifion (PREMs) yn ffactor pwysig wrth asesu datblygiadau clinigol newydd sy'n gwella mynediad i ofal iechyd. Efallai y byddai'n ymarferol cynnwys PREMs fel rhan o gynllun peilot i gyflwyno CBT-I i GIG Cymru i fesur ei effaith ar fynediad cleifion i CBT-I. Byddai eu cynnwys yn ategu unrhyw asesiad o CBT-I digidol ar ddefnyddio adnoddau'r GIG yn effeithlon mewn gofal sylfaenol ac eilaidd.

## **8. Casgliad.**

Mae CBT-I digidol yn rhoi'r potensial i feddygon teulu reoli cleifion ag insomnia mewn gofal sylfaenol yn fwy effeithiol ac i wasanaethau iechyd meddwl wneud yr un peth gyda chleifion. Gallai defnydd mwy effeithlon a mynediad cyflymach i CBT-I drwy lwyfannau digidol gynnig llwybr i GIG Cymru wneud cynnydd tuag at ei nodau a'i amcanion yn "Cymru Iachach, 2018" (4) yng nghyd-destun insomnia.

Wrth gloi, un o'r rhwystrau y mae angen ei oresgyn yw bod angen cyflwyno'r cymhellion i newid i CBT-I digidol yn seiliedig ar bris, cost a chyflymder mynediad yn gliriach i bobl sy'n gwneud penderfyniadau yn y GIG a'i gyrff ariannu.

## DIWEDD

### Cyfeiriadau:

1. NICE (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Knowledge Summaries (CKS) - Insomnia. Last revised in March 2021. Retrieved on the 10th of May 2021.  
<https://cks.nice.org.uk/topics/insomnia/>
2. Soh, H. L, et al. Efficacy of digital cognitive behavioural therapy for insomnia: a meta-analysis of randomised controlled trials. Sleep Medicine. Volume 75. November 2020. Page 315-325. Retrieved on the 13th of May 2021.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945720303798>
3. Ellis, J. G et al. The natural history of insomnia: Focus on prevalence and incidence of acute insomnia. Journal of Psychiatric Research. Volume 46, Issue 10, October 2012, Pages 1278-1285. Retrieved on the 11th of May 2021.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395612002099#sec4>
4. Welsh Government: A Healthier Wales, 2018. Retrieved on the 11th of May 2021.  
<https://gov.wales/sites/default/files/publications/2019-10/a-healthier-wales-action-plan.pdf>

Michael Davies  
Economegydd Iechyd  
Cyflymu Arloesi Clinigol  
Prifysgol Caerdydd