

Forvörn þunglyndis há ungmennum

Þunglyndi er samkvæmt alþjóðlegri flokkun hið fjórða í röð heilsufarsvandamála sem draga þrótt úr mönnum (1) og nær 20% 18 ára unglinga hafa greinst með klínískt þunglyndi (2). Því er spáð að kostnaður og fötlun vegna þunglyndis verði komin fram úr kostnaði og fötlun sem tengist hjarta- og æðasjúkdómum um 2020, en þá er reiknað með að sálfélagslegir kvillar verði orðnir sá vandi mannsins sem dregur hvað mestan mátt úr honum. Erfiðar efnahagsaðstæður hafa aukið neikvæð áhrif sálfélagslegra kvilla og þar með hefur almenn líðan versnað frá því sem var þegar betur áraði.

Það er almennt álitid að alvarlegar efnahagslæggðir geri unglíngum erfiðara fyrir að ná stjórn á eigin lífi og hafi neikvæð áhrif á líðan þeirra. Finnland er dæmi um land þar sem alvarleg efnahagskreppa þjóðar gerði heilli kynslóð unglínga meira og minna erfitt að verða fullgildir og skapandi þátttakendur í samfélaginu. Hún hefur jafnvel verið nefnd „glataða kynslóðin“ vegna þess að unglíngarnir hafa aldrei náð sér fullkomlega eftir reynslu þessara ára (3). Rannsóknir á áhrifum fjárhagsþrenginga á foreldra hafa leitt í ljós aukið þunglyndi og kvíða og neikvæð áhrif á barnaupeldi (4).

Geðlæggð er alvarlegur heilbrigðisvandi meðal ungmenna. Á níunda áratugnum birtust niðurstöður faraldsfræðilegra rannsókna sem bentu til hárrar tíðni þunglyndis og sjálfsvíga há unglíngum. Eftir að þriðja skilmerkjaskrá bandaríska geðlæknafélagsins (DSM-III, 1980) var gefin út var farið að greina einkenni þunglyndis barna og unglínga með skilmerkjum fyrir greiningu þunglyndis fullorðinna. Notkun sömu skilmerkja og fyrir fullorðna leiddi til þess að þunglyndi ungmenna var staðfest (5) og varð hvati til rannsókna á þunglyndi barna og unglínga.



Faraldsfræðilegar rannsóknir gefa til kynna að milli 3 til 12% ungmenna sýni mörg einkenni þunglyndis (6, 7). Algengi þunglyndis er talið vera að aukast (8, 9). Í rannsókn Lewinsohn o.fl. (9) kom fram að um 14% ungmenna greinast með þunglyndi/óyndi fyrir 15 ára aldur. Þunglyndi verður fyrst vart há yngri aldurshópum nú en áður (10,11,12). Langsniðsrannsókn frá Nýja Sjálandi staðfesti fyrri niðurstöður þversniðsrannsókna sem höfðu bent til þess að við 15 ára aldur ykist tíðni fyrstu depurðarlotunnar (Major depressive episode; MDE). Á þeim aldri fer að skilja á milli drengja og stúlkna og seint á táningsaldri greinast helmingi fleiri stúlkur en drengir með MDE (13). Rannsókn í Bandaríkjunum á 1508 táníngum á aldrinum 14 til 18 ára leiddi í ljós að algengi á lífsleið var talið vera 24% (12). Í viðamikilli rannsókn í Bandaríkjunum greindust 25.2% ungmenna á aldrinum 15 til 24 ára með meiri háttar geðlæggð (14). Oldehinkel o.fl. (15) greindu úrtak 1228 einstaklinga á aldrinum 14-17 ára og fylgdu eftir í 20 mánuði. Lífsalgengi reyndist vera 12,2% fyrir MDE, en 3,5% fyrir óyndi. Í hverjum mánuði voru 3,4% þunglyndir í þessu úrtaki og 1,1% liðu af óyndi. Lífstíðargengi óyndis og þunglyndis við 18 ára aldur var 20,7%, Hankin o. fl. (13). Algengi á lífsleið há fullorðnum er 17%, en há ungmennum er tíðnin talin vera um 20-25%. Talið er að um helmingur þeirra ungmenna sem greinast með mörg einkenni þunglyndis fái sitt fyrsta þunglyndiskast fyrir tvítugt.

Nær helmingur þunglyndra unglínga er jafnframt talinn þjást af annars konar geðröskun, s.s. kvíða (anxiety disorder), hegðunarröskun (conduct disorder), misnotkun áfengis og vímuefna (substance use disorder) og röskun á matarvenjum (eating disorder) (16).

Við eftirfylgd MDE hefur komið í ljós að meiri líkur eru á bakfalli þeirra, sem greinst höfðu með



MDE snemma á lífsleið en hinna sem greindust síðar (17-20). Enda þótt skilgreiningar séu á reiki um bata, heilsu, bakslag og endurtekningu (221, 22) er ljóst að u.þ.b. helmingur þeirra sem fá MDE á unga aldri fær a.m.k. eitt bakslag síðar (23).

Líklegra er að þeir sem greinast ungir með mörg þunglyndiseinkenni sýni önnur geðræn einkenni samhliða þunglyndiseinkennum heldur en þeir sem verða þunglyndir síðar. Eftir fyrsta þunglyndiskast eru taldar meiri líkur á öðru þunglyndiskasti (9). Kovacs o.fl. (19, 24, 25) rannsökuðu þróun þunglyndis hjá börnum sem greindust með þunglyndi fyrir kynþroskaaldur. Niðurstöður benda til þess að það séu um 70% líkur á öðru þunglyndiskasti innan fimm ára hjá þessum hópi. Því má ætla að sé ekkert að gert nái þunglyndi frekar að búa um sig og verða að langvarandi vandamáli.

Þunglyndiseinkenni sem fram koma snemma á táningsaldri (13-14 ára) spá ákveðið um MDE við 22 ára aldur (26). Að áliti Pine o.fl. (26) undirstrikuðu niðurstöður „mikilvægi þess að velta fyrir sér meðferð ungmenna með einkenni þunglyndis, þó þeir uppfylli ekki skilmerki fyrir þunglyndisgreiningu“.

Ástæða er til að ætla að börn þunglyndra einstaklinga séu í sérstökum áhættuhóp til að verða þunglynd. Benda má á að börn þeirra sem greinst hafa með þunglyndi eða óyndi eiga oftast við vandamál að stríða en börn í samanburðarhópi (27).

Fjallað hefur verið um alvarlegar afleiðinga MDE hjá fullorðnum (1, 28). Hinar alvarlegu afleiðingar þunglyndis hjá ungmennum og ungu fólki endurspeglast í námsörðugleikum, en koma fram í vinnu hjá hinum fullorðnu. Lewinsohn, Rohde og Seeley (23) komust að því að MDE dró úr námsgetu og hafði neikvæð áhrif á samskipti og félagslíf. Um fimmtungur ungs fólks með MDE kveðst hafa reynt að svifta sig lífi (14).

Heiligenstein og félagar (29) rannsökuðu þunglynda nemendur sem leitað höfðu aðstoðar á heilsugæslustöð háskólanema og 92% greindu frá verulegri skerðingu því þeir hefðu misst meira en helming af tímum í skóla, fundu fyrir námsörðugleikum og talsverðum samskiptaörðugleikum s.s. útistöðum við vini eða félagslegri einangrun. Lewinsohn og félagar hafa tekið svo djúpt í árinna að halda því fram að MDE ungmenna leiði til varanlegra sálarmeina.

MDE er ein algengasta röskun á unglingsárum og sú sem veldur hvað mestri hömlun. Nýlegar rannsóknir meðal ungmenna hafa leitt í ljós að algengi MDE á lífsleið sé u.þ.b. tuttugu af hundr- aði (2, 9, 13, 30).

Þunglyndi hefur tilhneigingu til að endurtaka sig og eftir fyrsta kast eru um helmings líkur á endurtekningu eftir að bata er náð (31) og líkur á endurtekningu er vandamál allt lífið (32). Frá því líða fer á táningsaldur og fram á tvítugsaldur er MDE veruleg byrði fyrir hinn þunglynda, fjölskyldu hans og þjóðfélagið (1). Þar við bætist að fylgifyskar þunglyndis eru gjarnan kvíði, notkun vímuefna og sjálfsvíg (31).

Jafnvel þegar vel tekst að meðhöndla þunglyndi aukast líkur á MDE með hverju kasti (32). Því þarf að þróa aðferðir til að stöðva þróun þunglyndis. Til að leggja áherslu á mikilvægi forvarna er vert að minnst á niðurstöður tveggja rannsókna. Talið er að 30-40% þunglyndra einstaklinga leiti aðstoðar; hlutfallið kann að vera lægra meðal táninga, Costello o. fl. (30) og höfundar telja að 40% þeirra fái viðeigandi meðferð. Af þeim sem ná bata með þunglyndislyfjum eru líkur á bakfalli að tveimur árum liðnum taldar vera á bilinu 60-80% (28).

Sé litið til þess sem upp hefur verið talið um afleiðingar MDE, auknar líkur á bakfalli og að það taki sig upp er ljóst mikilvægi þess að grípa í taumana og leita leiða til að koma í veg fyrir fyrsta þunglyndiskast ungmenna. Jafnvel minnsti bati vegur þungt á vogarskálum einstaklinga og þjóðar.

Talið er að neikvæður þankagangur sem er einkennandi fyrir hina þunglyndu mótist snemma á ævinni eða á aldrinum 11 til 14 ára. Álitid er að nota megi nálgun hugrænnar atferlismeðferðar til að auðvelda ungmennum í áhættuhóp fyrir þunglyndi, að takast á við neikvæðan þankagang og stýra hjá að þau verði þunglynd síðar á lífsleið.

Verkefnið Hugur og Heilsa

Einstaklingar í áhættuhópi eða aðrir sem hafa verið greindir með þunglyndi skora lægra á öllum mælikvörðum á döfnun (e. flourishing)(36); meðferðaráætlanir sem hindra þunglyndi hjá unglungum eru því líklegri til að stuðla að aukinni vellíðan, sveigjanleika, lífsfyllingu og heilbrigðari og meira gefandi lífsstíl (36, 37). Niðurstöðurnar einkennast af marktækt betri frammistöðu nemenda og meiri vinnuafköstum fullorðinna.

Áætlað er að um helmingur þeirra unglunga sem greinast með mörg einkenni þunglyndis á aldrinum 14-15 ára verði mjög alvarlega þunglyndir á táningsárunum. Ungmennin eiga erfitt uppdráttar, eru talin í meiri áhættu að ánetjast áfengis- og fíkniefnum, eiga við atferlisröskun að stríða og verða utanveltu í skóla. Áhugi vaknaði á því hvort unnt væri að stemma stigu við þróun þunglyndis meðal ungmenna og hanna námskeið með forvarnir að leiðarljósi. Námskeiðið ber heitið Hugur og Heilsa og tekur á vandamálum, sem unglungar þurfa að eiga við í daglegu lífi. Lögð er áhersla á þá hugmynd að unglungarnir geti sjálfir haft áhrif á eigin hegðun og breytt líðan sinni, hugsunum og hvernig þeir hegða sér. Þetta er gert með því að kenna þeim að hugsa um og meta aðstæður á jákvæðan og uppbyggilegan hátt. Auk þess fá þátttakendur þjálfun og verður kennt að takast á við ýmsar félagslegar aðstæður og veitt til þess úrræði. Sett hefur verið upp heimasíða rannsóknarinnar, www.hugarheill.com þar sem hægt er að afla upplýsinga um verkefnið.

Verkefnið er í formi námskeiðs og markmið þess að koma í veg fyrir þunglyndi og að þunglyndi taki sig upp. Sem fyrr getur er þunglyndi algengt og þungbært. Depurð og kvíði eru algengir fylgifyndisáranna og hugsanleg forstig þunglyndis og MDE. Neikvæður þankagangur einkennir þunglyndi og er talinn mótast á táningsaldri. Hugræn atferlismeðferð við þunglyndi hjá fullorðnum hefur reynst árangursrík og stenst samanburð við lyfjameðferð við þunglyndi.

Námskeiðið Hugur og Heilsa er sett fram í handbók fyrir leiðbeinendur og þátttakendur og byggir á hugmyndum hugrænnar atferlismeðferðar. Reynt hefur verið að gæta þess að texti, dæmi og myndir falli að hugmyndum íslenskra unglunga.

Undirbúningur rannsóknar á árangri forvarnarverkefnisins var viðamikill. Gerð handbókar og verkefnabókar reyndist umfangmikil og tímafrek. Bækurnar þurfti að laga að markhópi og miða við íslenskt samfélag. Einnig þurfti að þýða og staðla ýmis kvarða sem notaðir eru. Að lokinni undirbúningsvinnu hófst forrannsókn í 9. bekk Valhúsaskóla á Seltjarnarnesi í upphafi vormisseris 1999. Að fenginni reynslu fór annað námskeið af stað í Varmárskóla í Mosfellsbæ. Að forrannsóknnum loknum fóru af stað námskeið á

Seltjarnarnesi og í Mosfellsbæ. Síðar hófust námskeið í Garðabæ, Reykjanesbæ, Árbæjarskóla, Hafnarfirði og á Akureyri. Enn fremur hafa Verzlunarskólinn, Fjölbraut Breiðholts og Tjarnarskóli tekið þátt.

Framkvæmd verkefnisins hefur gengið vel og gott samstarf við fjölmarga aðila innan lands.

Lögð eru próf fyrir nemendur í 9. bekk grunnskóla til að meta einkenni þunglyndis og skýringarstíl. Námskeiðin fara fram í hópum 6-8 nemenda og stjórnað af sálfræðingi. Hver hópur hittist tólf sinnum á þremur mánuðum. Unglingarnir hittast í hópum, fá heimaverkefni, kennslu og leiðbeiningar. Námskeiðið hefur forvarnir að leiðarljósi og áhersla er lögð á vandamál sem unglungar þurfa að takast á við í daglegu lífi. Lagt er upp úr þeirri hugmynd að unglungarnir geti sjálfir haft áhrif á eigin hegðun og breytt líðan sinni, hugsunum og hvernig þeir hegða sér. Þetta er gert með því að kenna þeim að hugsa um og meta aðstæður á jákvæðan og uppbyggilegan hátt. Auk þess fá þátttakendur þjálfun og er kennt að takast á við ýmsar félagslegar aðstæður og veitt til þess úrræði.

Nýnæmi við verkefnið er forvörn geðsjúkdóma, sem ekki hefur verið gefinn gaumur sem skyldi. Er það m.a. vegna þess hve erfitt reynist að fylgja fólki eftir í stærri samfélögum, vegna fólksflutninga o.fl. Hér á landi eru kjöraðstæður til rannsóknar á árangri verkefnis af þessu tagi og til að meta endanlegan árangur þess var þátttakendum fylgt eftir í 2 ár.

Niðurstöður

Við rannsókn á árangri námskeiðsins Hugur og Heilsa (33) var beitt aðferð úr skólalastarfi sem á rætur að rekja til kenninga um þroska mannsins (human developmental theory) og aðferða hugrænnar atferlismeðferðar. Lögð var áhersla á forvarnir þunglyndis og dró marktækt úr þróun lyndistruflunar meðal íslenskra unglunga sem voru taldir „í áhættuhópi“ fyrir þunglyndi. Svipuð rannsókn var nýlega endurtekin í Bandaríkjunum með unglungum á svipuðum aldri, sem áttu þunglynt foreldri (35).

Rannsóknarniðurstöður, sem nú hafa fengist sýna að verkefnið skili þeim árangri að unnt sé að fyrirbyggja þróun þunglyndis meðal ungmenna í áhættu fyrir að þróa þunglyndi (33, 35). Þátttakendur virðast halda áfram að nýta sér það sem



lærst hefur og við eftirfylgd endurspeglast það í lægri einkunnum á fylgibreytum (34).

Verkefnið er gagnreynt. Það hefur verið þýtt á ensku og verið er að framkvæma rannsókn á árangri þess í Portúgal til að kanna hvort hlið-stæður árangur náist í öðru menningarsamfélagi og hér hefur nást.

Æskilegt er að verkefnið verði gert aðgengilegt í skóla- og heilbrigðiskerfinu til þess að sporna við þróun þunglyndis.

Heimildir

- Murray J L, Lopez A D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet* 1997; 349: 1436-1442.
- Kessler R C, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289: 3095-3105.
- Viinamaki H, Hintikka J, Kontula O, Niskanen L, & Koskela K. Mental health at population level during an economic recession in Finland. *Nord J Psychiatry* 2000; 54: 177-182.
- Leinonen J A, Solantaus T S, Punamaki R-L. The specific mediating paths between economic hardship and the quality of parenting. *Int J Behav Dev* 2002; 26(5): 423-435.
- Racusin G R, Kaslow N J. Assessment and treatment of childhood depression. In Keller P A and Heyman S R, ed. *Innovations in clinical practice: A source book*. Vol.10. Sarasota: Professional Resource Exchange, 1991.
- Arnarson E Ö, Smári J, Einarsdóttir H, Jónasdóttir E. The prevalence of depressive symptoms in pre-adolescent school children in Iceland. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy* 1994; 23: 113-122.
- Jóhannsdóttir H. Tengsl skýringar-stíls og einkenna um þunglyndi hjá börnum og unglingum. B.A. verkefni í sálfræði nr. 1084. Félagsvísindadeild, Háskóli Íslands, 1996.
- Eaton W W, Kramer M, Anthony J C, Dryman A, Shapiro S, Locke B Z. The incidence of specific DIS & DSM-III mental disorders: Data from the NIMH Epidemiological Catchment Area Program. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 163-178.
- Lewinsohn P M, Hops H, Roberts R, Seely J R, Andrews J A. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*. 1993; 102: 133-144.
- Burke K C, Burke J D, Regier P A, Rae P S. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 511-518.
- Kovacs M, Akistal H S, Gatsonis C, Parrone P L. Childhood-onset dysthymic disorder. Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 365-374.
- Lewinsohn P M, Clarke G N, Seeley J R, Rohde P. Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 809-818.
- Hankin B L, Abramson L Y, Moffitt T E, Silva P A, McGee R. Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *J Abnorm Psychol*. 1998;107: 128-140.
- Kessler R C, Walters E E. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depress Anxiety* 1998; 7: 3-14.
- Oldehinkel A J, Wittchen H U, Schuster P. Prevalence, 20 month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 1999; 29: 655-668.
- Rohde P, Lewinsohn P M, Seely J R. Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other men-tal disorders in adolescents and adults. *J Abnorm Psychol*. 1991; 100: 214-222.
- Emslie G J, Rush A J, Weinberg W A, Gullion C M, Rintelmann J, Hughes C W. Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 785-792.
- Garber J, Kriss M, Koch M, Lindholm L. Recurrent depression in adolescents: A follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988 27, 49-54.
- Kovacs M, Feinberg T L, Crouse-Novak M, Paulauskas S L, Pollock M, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood II: A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1984b; 41: 643-649.
- McCauley E, Myers K, Mitchell J, Calderon R, Schloredt K, Treder R. Depression in young people: Initial presentation and clinical course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 714-722.
- Frank E, Prien R F, Jarrett R B, et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 851-855.
- Prien R F, Carpenter L L, Kupfer D J. (1991). The definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorder: A review of the current research literature. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 796-800.
- Lewinsohn P M, Rohde P, Seeley J R. Treatment of adolescents depression: Frequency of services and impact on functioning in young adulthood. *Depress Anxiety* 1998; 7: 47-52.
- Kovacs M, Feinberg T L, Crouse-Novak M, Paulauskas S L, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood. *Arch Gen Psychiatry* 1984a; 41: 229-237.
- Kovacs M, Paulauskas S L, Gatsonis C, Richards C. Depressive disorders in childhood III: A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *J Affect Disord* 1988; 15: 205-217.
- Pine D S, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or Mood Disorder? *Am J Psychiatry* 1999; 156: 133-135.
- Cytryn L, McKnew D H, Zahn-Waxler C, Gerlson E S. Developmental issues in risk research: The offspring of affectively ill parents. In Rutter M, Izard C E, Read P B (ed.), *Depression in Young People*. New York: Guilford, 1986
- Craighead W E, Ritschel L A, Arnarson E O, Gillespie C R. "Major Depressive Disorder". In Craighead W E, Miklowitz D J, Craighead L W (Eds.). *Psychopathology: History, Theory, and Diagnosis for Clinicians*. New York: John Wiley & Sons, 2008: 279-329.
- Heiligenstein E, Guenther G, Hsu K, Herman K. Depression and academic impairment in college students. *J Am Coll Health* 1996; 45: 59-64.
- Costello E J, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 837-844.
- Lewinsohn P M, Rohde P, Seeley J R, Klein D N, Gotlib I. Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *J Abnorm Psychol* 2003; 112: 353-363.
- Mueller T I, Leon A C, Keller M B, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1000-1006.
- Arnarson E O, Craighead W E. Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behav Res Ther*. 2009a; 47 (7): 577-585.

34. Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2010). Prevention of depression among Icelandic adolescents: Twelve month follow-up. Sent til birtingar.
35. Garber J, et al. Prevention of Depression in At-Risk Adolescents; A Randomized Controlled Trial JAMA 2009; 301(21): 2215-2224.
36. Keyes C L M. The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. J Health Soc Behav. 2002; 43: 207-222.

37. Diener E. Subjective Well Being: The Science of Happiness and a Proposal for National Links. Am Psychol. 2000; 55: 34-43.

Eiríkur Örn Arnarsson er sálfræðingur og prófessor við HÍ.

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Harðbakur ehf.
Hefilverk ehf.
HM Lyftur ehf.
Ingimundur Einarsson ehf.
Ísa stál ehf. - www.isastal.is
Íshúsið ehf. - www.ishusid.is
Íslandsspil sf.
Íslenskt marfang ehf.
Kópavogsbær
Kraftvélar ehf.
Kríunes ehf.
Litlaprent ehf.
Loft og raftæki ehf.
Lyfjaval - Bílaapótek
Lögmannsstofa Guðmundar Þórðarsonar
Rafholt ehf.
Rafmiðlun ehf.
Rafport ehf.
Senus - Smiðjuvegi 9 - www.senus.is
Ship Equip
Slot ehf.
Smári söluturn
Smurstöðin ehf. - Dalvegi 16a S: 5543430
Sólning hf.
Stikuvík ehf. Byggingarfélag - Elka
Suðurverk hf.
Vaki - Fiskeldiskerfi hf.
Vatnsvirkjar ehf.
Vetrarsól ehf.
Vidd ehf.
Ýmus ehf. heildverslun
Þakpappaþjónustan ehf.
Þorvar Hafsteinsson
Öryggismiðstöð Íslands hf.

Garðabær

B.B. skilti ehf.
Bókasafn Garðabæjar
Bær Byggingafélag ehf.
Fjölbrautaskólinn Garðabæ v/Bókasafn
G.M. Byggir ehf.
G.O. Gull ehf
Garðabær
Geislatækni ehf. - Laser-þjónustan
Gluggar og garðhús ehf.
Gólfþjónusta Íslands - Parketlangir og slípun
Hagrád ehf.
Loftorka ehf.
Samhentir-Kassagerð ehf.
Sportis - Cintamani
Würth á Íslandi ehf.

Hafnarfjörður

A. Hansen
Batterið ehf.
Bátaraf
Bílaverk ehf.
Bókasafn v/Flensborgarskóla
Byggingafélagið Sandfell ehf.
DS lausnir ehf.
Endurskoðun Gunnars Hjaltalín
Fjörúkráin ehf.
Flúrlampar hf.
Gamla Vínhúsið - A. Hansen

Hafnarfjarðarbær
Hagstál ehf.
Hagtak hf.
Hlaðbær Colas hf.
Hvalur hf.
Hönnunarhúsið ehf.
Lagnameistarinn ehf.
PON Pétur O. Nikulásson ehf.
Rafgeymasalan ehf.
Rafrún ehf.
Rakarastofa Halla
Sigurbór Aðalsteinsson Teiknistofa
Stoð hf. - Stoðtækjasmíði
Tannlæknast. Ágúst J. Gunnarssonar
Umbúðamiðlun ehf.
Verkalýðsfélagið Hlíf
Víðir og Alda ehf.

Keflavík

DMM Lausnir ehf
Fjölbrautaskóli Suðurnesja
Grímsnes ehf.
Hjalti Guðmundsson ehf.
Íslenska félagið ehf. / Ice group. ltd.
Nesprýði ehf
Reiknistofa fiskmarkaða hf.
Reykjanesbær
Sálarrannsóknarfélag Suðurnesja
Skattvísýslan sf.
Smur og hjólbarðþjónustan
Soho Veislupjónusta
Triton sf. - Tannsmíðastofa
UPS hraðsendingar ehf.
Verkalýðs- og sjómannafél. Keflavíkur og nágrennis
Verslunarmannafélag Suðurnesja
Verslunin Kóda sf.
Vísir félag skipstjórnarmanna á Suðurnesjum
Keflavíkurflugvöllur
Suðurflug ehf. Bygging 787

Grindavík

EVH Verktakar ehf.
Marver ehf.
Seafood Union ehf.
Veidafæraþjónustan ehf.
Veitingastofan Vör
Vísir hf.
Þorbjörn hf.

Sandgerði

Fúsi ehf. - Sandblástur
Púlsinn námskeið - www.pulsinn.is
Sandgerðisbær

Garður

Aukin Ökuréttindi

Njarðvík

ÁÁ Verktakar ehf.
Bílaþjónusta GG ehf.
Fitjavík ehf.
S.J. Hús ehf.

Mosfellsbær

Garðplöntustöðin Gróandi

Heilsuefning Mosfellsbæjar - Sími 578 5080
Ísfugl ehf.
Kjósarhreppur
Líkami og sál - Snyrti nudd og fóttaðgerðastofa
Mosfellsbær
Múr og meira ehf.
Akranes
A. Haraldsson ehf.
Apótek Vesturlands ehf.
Bókasafn Akraness
Hreingerningþjónusta Vals ehf.
Hvalfjarðarsveit
Markstofa ehf.
Runólfur Hallfréðsson ehf.
Síldin AK 88
Straumnes ehf., rafverktakar
Trésmíðja Akraness ehf
Verkalýðsfélag Akraness
Viðskiptaþjónusta Akraness ehf.
Vignir G. Jónsson ehf.
Þróttur ehf.

Borgarnes

Dýralæknaþjónusta Vesturlands ehf.
Ferðaþjónustan Snjófell ehf.
Gösli ehf.
Landbúnaðarháskóli Íslands
Landnámssetur Íslands
Sigur-garðar sf.
Þjónustumiðstöðin Húsafelli ehf.
Borgarfjarðarsveit
Ferðaþjónustan Signýjarstöðum

Stykkishólmur

Sæfell ehf
Helgafellssveit

Grundarfjörður

Suða ehf.

Ólafsvík

Barnafataverslunin Þóra
Fiskmarkaður Íslands hf.
Steinunn hf.

Hellissandur

Breiðavík ehf.
Félags- og skólaþjón. Snæfellinga
Hjallasandur ehf.
Hótel Hellissandur - Sími 430 8600
Hraðfrystihús Hellissands hf.
K.G. Fiskverkun ehf.

Búðardalur

Sýslumaðurinn í Búðardal

Ísafjörður

Félag opinberra starfsmanna á Vestfjörðum
Gámaþjónusta Vestfjarða ehf.
Hamraborg ehf.
Hótel Ísafjörður
Ísafjarðarbær
Tréver sf
Tækniþjónusta Vestfjarða ehf.