

■ KÄTTÄ PIDEMPÄÄ

HANNA-MARI ALANEN

LT, ylilääkäri
TAYS, Toimialue 5, Neuro- ja
vanhuspsykiatria
Pitkäniemen sairaala
hanna-mari.alanen@pshp.fi

ESA LEINONEN

psykiatrian professori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto
TAYS, Toimialue 5 (psykiatria)

Milloin vanhus tarvitsee psykiatrista sairaalahoitoa?

- **Psykiatrisen vanhuspotilaan tutkimus ja hoidon suunnittelu lähtee sekä psykiatrisesta arvioinnista että somaattisen tilan selvittelystä.**
- **Komplisoitumattomat primaariset psykiatriset häiriöt ja sekundaariset psykiatriset oireet tulisi ensisijaisesti tutkia ja hoitaa perusterveydenhuollossa.**
- **Erikoissairaanhoidon konsultaatiota voidaan tarvita, mutta sen saatavuus vaihtelee suuresti maan eri osissa.**
- **Palvelujärjestelmästämme puuttuu selkeä hoitopolku mielenterveysongelmallisille vanhuksille. Hoidon tarpeen ja palvelujen saatavuuden väliin jää huomattavan moni hoitoa vailla oleva vanhus.**

Väestö vanhenee lähivuosikymmeninä voimakkaasti. Etenkin mielialahäiriöiden ja demensiaan liittyvien käytösoireiden odotetaan aiheuttavan merkittävää lisäkuormaa hoitoon. Skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien ikääntyvien potilaiden määrän ennustetaan kolminkertaistuvan seuraavien vuosikymmenten aikana. Terveys 2000 - tutkimuksessa psykoosisairauksien elämänikäinen esiintyvyys 65 vuotta täyttäneillä oli 3,5 % ja vakavasta masennuksesta kärsii 2-3 % vanhuksista.

Psykiatrisen hoidon suunnittelu

Psykiatrista vanhuspotilasta tutkittaessa ja hoitoa suunniteltaessa lähtökohtana on sekä huolellinen psykiatrisen arviointi että somaattisen tilan selvittely riippumatta siitä, viittaa-atko oireet elimelliseen tai toiminnalliseen taustaan. Potilaalta, ja mahdollisuuksien mukaan myös omaiselta (tai viranomaiselta), tulisi saada riittävä tieto potilaan elämänhistoriasta, käsitys toimintakyvystä ja arkiselviytymisestä, lääkeshoidoista ja alkoholinkäytöstä sekä mahdollisesta lääkeriippuvuudesta. Esitietoja saatetaan tarvita monelta taholta: terveyskeskuksesta, kotisairaanhoidosta, sosiaalipalveluista sekä eri lääketieteen erikoisaloilta ja psykiatrisista hoitopaikoista. Parhaan ja todenmukaisimman kuvan vanhuksen psykososiaalisesta elämäntilanteesta saa kotikäynnillä. Psykiatrisen vanhuspotilaan huolellinen haastattelu ja tutkiminen vaativat yleensä runsaasti aikaa.

Komplisoitumattomien primaaristen psykiatristen häiriöiden (depressio, skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö) ja sekundaaristen psykiatristen oireiden (Parkinsonin tauti, epilepsia, delirium, dementia, aivovammat) ensisijainen tutkimus- ja hoitopaikka on lähellä vanhuspotilaan kotia, perusterveydenhuollossa. Potilaan luvalla perusterveydenhuollon lääkäri voi konsultoida psykiatria tai vanhuspsykiatria. Konsultaatio voi tapahtua myös kirjallisesti, puhelimitse tai videoneuvotteluna. Vanhuspsykiatrian konsultaation saatavuus on Suomessa eri paikkakunnilla hyvin erilainen ja suurimmassa osassa kuntia konsultaatiopalveluja ei ole. Mielenterveystoimistot saattavat rajata hoidostaan yli 65-vuotiaat potilaat, ja vanhuspsykiatrisia poliklinikoita on maassamme vain muutamia. Jos konsultaatiota ei ole saatavilla, potilas lähetetään tarpeen vaatiessa psykiatriseen erikoissairaanhoidon.

Kiireetön hoito

Vanhusten psykiatristen häiriöiden diagnostiikassa ja hoitoon pääsyä arvioitaessa käytetään samoja kriteereitä kuin työikäisten arvioinnissa, ts. hoitoon pääsy perustuu potilaan sairauden vaikeusasteeseen, ei ikään. Aikaisempien psykiatristen sairausvaiheiden, hoidon tulosten, lääkehoitojen tehon ja haittojen sekä sen hetkisen toimintakyvyn arviointi on tärkeä osa diagnostiikkaa. Tavalliset psykiatriset häiriöt (lievä tai keskivaikea masennus, ahdistuneisuus) hoituvat yleensä perusterveydenhuollossa. Erotusdiagnostiset ongelmat, psykiat-

VERTAISARVIOITU



Kirjallisuutta

- 1 www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/
- 2 Saarela T, Alanen HM. Skitsofreniapotilaskin vanhenee. *Suom Lääkäril* 2008;63:2427–31.
- 3 Saarela T. Epäluoloinen vanhus – paranoidisellakin on vihollisia. *Duodecim* 1999;115:1619.
- 4 Koponen H, Viilo K, Hakko H, Särkioja T, Timonen M, Räsänen P. Vanhuksen itsemurha ja sen riskitekijät. *Suom Lääkäril* 2006;61:2097–101.
- 5 Huuhka M, Hietanen S, Saarela T, Savijärvi M, Nieminen L. Sähköhoito sopii myös vanhukselle. *Suom Lääkäril* 2000;55:3447–50.
- 6 Laurila J. Vanhuspotilaan delirium. *Suom Lääkäril* 2005;60:4751–5.
- 7 Draper B, Low LF. What is the effectiveness of acute hospital treatment of older people with mental disorders? *Int Psychoger* 2005;17:539–55.
- 8 Leinonen E, Alanen HM. Deliriumin psykiatriset oireet ja niiden hoito. *Suom Lääkäril* 2009;64:4465–9.
- 9 Mukaetova-Ladinska E. The case of liaison psychiatry for older adults. *J Psychosom Res* 2007;62:107–8.
- 10 Koponen H. Vanhusten mielenterveyshäiriöiden varhainen toteaminen ja hoito. *Suom Lääkäril* 2002;57:4925–7.

Sidonnaisuudet:

Hanna-Mari Alanen on toiminut lääkeyritysten (Lundbeck, Bristol-Myers Squibb ja Pfizer) tilaisuuksissa esiintyjänä ja osallistunut lääkeyritysten (Lundbeck ja Pfizer) kustannuksella ulkomaisiin kongresseihin. Esa Leinonen on toiminut lääkeyritysten (Astra-Zeneca, Bristol-Myers Squibb, Lilly, Pfizer, Wyeth ja Sanofi-aventis) tilaisuuksissa esiintyjänä ja osallistunut lääkeyrityksen (Jansson-Cilag) kustannuksella ulkomaiseen kongressiin sekä toiminut asiantuntijana terveydenhuoltoalan yritysten (Astra-Zeneca ja Lilly) neuvoa-antavissa elimissä.

risten oireiden jatkuminen tai voinnin huononeminen hoidosta huolimatta, monimutkaisten lääkehoitojen järjeistämisen tai psyykenlääkkeiden soveltaminen muuhun lääkitykseen voidaan hoitaa erikoissairaanhoidossa kiireetömästi. Toistuva päivystyspalvelujen käyttö, sairaalakierre sekä yleissairauksiin liittyvät psykiatriset ongelmat vaikeuttavat hoitoa ja hidastavat toipumista. Erilaisiin lausuntoihin ja etuisuuksiin vaadittavat tutkimus- ja hoitojaksot (mm. ajokyky, edunvalvonta) eivät kuitenkaan vaadi välitöntä psykiatrista sairaalahoitoa. Jatkotutkimukset suunnitellaan normaalin lähetekäytännön mukaisesti joko polikliinisinä tai osastotutkimuksina potilaan sairaudesta, toimintakyvystä ja paikallisista resursseista riippuen.

Kiireellinen hoito

Akuutit psykiatriset kriisit, kuten avoin psykoottisuus, vaikea aggressiivisuus, itsetuhoisuus, dementian vaikeat käytösoireet, mania, sekavuus ja alkoholidelirium, vaativat välitöntä hoitoa. Psykoosi määritellään ajatushäiriöksi, jossa ulkoisen todellisuuden ja sisäisten mielikuvien erottaminen on vaikeutunut. Harhainen potilas voi kuulla ääniä, nähdä näkyjä, uskoa erilaisia harhakuvitelmia tai kärsiä epärealistisista syllisyydentunteista. Potilas on yleensä vakuuttunut oireeseen sisältyvien ajatusten ja havaintojen todenperäisyydestä ja voi toimia harhojensa pohjalta. Käyttäytyminen saattaa olla samanaikaisesti järjestäytymätöntä ja kummallista.

Mielenterveyslaki on kaikille 18 vuotta täyttäneille sama iästä riippumatta. Laki toisaalta korostaa potilaan oikeutta hoitoon, mutta toisaalta edellyttää, että potilaan tulee olla tahdosta riippumattomaan hoitoon lähetettäessä mielisairas ja hoidon tarpeessa. Lisäksi laki edellyttää, että muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä tai eivät sovellu potilaille (1). Mielisairaudella tarkoitetaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, johon liittyy selvä realiteettitajun häiriintyminen. Nykyisen tautiluokituksen mukaan vakavia mielenterveyden häiriöitä ovat sekavuustilat, skitsofrenian eri muodot, elimelliset ja muut harhaluolisuushäiriöt, vakavat masennussairaudet, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, dementian vaikeasteiset ilmenemismuodot sekä muut psykoosit. Kun perusterveydenhuollossa harkitaan po-

tilaan lähettämistä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon, edellytetään että mielisairausdiagnoosi on todennäköinen. Kun harkitaan vanhuspotilaan kiireellistä lähettämistä psykiatriseen sairaalahoitoon, olisi hyvä miettiä taulukossa 1 lueteltuja kysymyksiä.

Sairaalahoitoa vaativat psykoottiset häiriöt

Osalla skitsofreniapotilaista harhaoireet lieviytyvät ikääntymisen myötä, mutta osalla psykoosioireet ovat jatkuvia tai uusiutuvia. Toisaalta skitsofreniaan liittyvät negatiiviset oireet, kuten aloittekyvyttömyys ja tunteiden laistuminen, saattavat lisääntyä. Ikääntyneiden skitsofreniapotilaiden hoito on vaativaa, koska ikääntymisen myötä korostuvat kognitiivinen heikentyminen ja päivittäisten toimintojen häiriöt sekä oheissairastavuus, jotka vaikeuttavat hoitoa (2). Skitsofreniaan liittyvät harhat ovat tyyppillisesti kuuloharhoja, eikä sairauteen liity tajunnan häiriötä tai karkeaa desorientaatiota. Skitsofrenian psykoosioireet ovat pysyvämpiä, eivätkä vaihtelevat ajan ja paikan mukaan kuten sekundaariset psykiatriset oireet.

Harhaluolisuushäiriöisillä potilailla harhajatukset muodostavat useimmiten tarkkarajaisen ja jäsenyntyneen, potilaan kannalta katsottuna loogisen kokonaisuuden (3). Epäluulot kohdistuvat tyyppillisesti lähiympäristöön. Kuvitellut henkilöt käyvät potilaan poissa ollessa hänen asunnossaan, varastavat tavaroita tai muuttelevat niiden paikkoja. Harhaluolisuuden vanhuksen ajatuksissa naapurissa asuu usein paheellista elämää viettäviä henkilöitä. Aisti-harjoja saattaa esiintyä, mutta ne eivät hallitse oirekuva. Harhaluolisuushäiriötä sairastavien potilaiden toimintakyky saattaa olla hyvä muissa asioissa, jotka eivät liity harhamaailmaan.

Psykoottinen potilas tarvitsee kiireellistä hoitoa, jos hän toimii harhojensa pohjalta itseään (tai muita) vahingoittavalla tavalla esim. silloin, kun harhaluulot estävät syömästä, juomasta tai elämästä omassa kodissa. Vainoharhat voivat johtaa vanhuksen linnoittautumiseen kotiinsa tai ne voivat aiheuttaa ympäristölle kohtuutonta kuormitusta ja jopa väkivalan uhkaa. Potilas tarvitsee sairaalahoitoa, jos hän on vaarallinen itselleen tai muille tai hän ei oireidensa vuoksi selviydy kotonaan eikä hoitovaihtoehtoja avohoidosta löydy. Usein

Vanhukset eivät yleensä uhkaa itsemurhalla vaan toteuttavat sen, väkivaltaisiakin keinoja käyttäen.

myös potilaan sairaudentunnon ja hoitomotiivaation puuttuminen estävät avohoidon.

Mielialahäiriöt, jotka vaativat psykiatrista sairaalahoitoa

Vakavaan masennussairauteen liittyvä agitaatio, fyysiset oireet ja hypokondria, erilaiset syyllisyysarhaluulot ja itsemurha-ajatukset ovat vanhuksilla yleisempiä kuin nuoremmilla. Uni- ja ruokahaluhäiriöt, syömättömyys, laihtuminen sekä maha-suolikanavan toimintaan liittyvät arhaluulot ovat tavallisia. Jos potilaalla on kuuloharjoja, ne ovat yleensä mielialan mukaisia.

Psykoottisesti masentunut vanhus voi olla vakuuttunut siitä, ettei hänen somaattista sairauttaan kannata hoitaa ja hän kieltäytyy avusta ja hoidosta. Itsemurha-ajatuksiin on aina suhtauduttava vakavasti. Vanhukset eivät yleensä uhkaa itsemurhalla vaan toteuttavat sen, väkivaltaisiakin keinoja käyttäen (4). Mielialan mukaiset arhaluulot tai nihilismi ("ei kannata hoitaa, en kuitenkaan parane") eivät välttämättä ole silmiinpistäviä, vaan tulevat esiin seikkaperäisemmässä psykiatrisessa haastattelussa. Mikäli vanhuksen turvallisuus voidaan taata, keskivaikeaa masennusta voidaan hoitaa avohoidossa. Psykoottisesti masentunut vanhus tarvitsee yleensä psykiatrista sairaalahoitoa.

Maniaan voi liittyä mielialan mukaisia suurusharhaluuloja. Sen sijaan aistiharhat eivät ole tyypillisiä mielialahäiriöissä. Vanhuksen vaikean ja psykoottisen masennustilan sekä manian hoitoon tulee harkita psykiatrista sähköhoitoa (5). Sähköhoito voidaan toteuttaa potilaan voinnin salliessa myös polikliinisesti.

Missä hoidetaan sekavaa vanhusta?

Äkillinen sekavuusoireyhtymä on aivojen vajaatoimintatila, jonka keskeisimmät oireet ovat nopeasti vaihteleva tajunnan taso, orientaation ongelmat ja muistivaikeudet. Psykiatrisina oireina voi ilmetä ahdistuneisuutta, levottomuutta ja nopeasti (tunneissa tai päivissä) puhkeavia psykoosioireita, kuten aistiharjoja ja arhaluuloja. Äkilliset psykoosioireet viittaavat usein aivo-organiseen (dementia, aivoverenkiertohäiriö, enkefaliitti, pään vammat) tai toksiseen tilaan (antikolinergiset lääkkeet, lääkävieroitus, huumevieroitus tai alkoholivieroitus).

TAULUKKO 1.

Vanhuspotilaan psykiatrista oireilua arvioitaessa tulisi pohtia seuraavia peruskysymyksiä.

1. Johtuvatko potilaan oireet yleissairaudesta (esim. sydämen vajaatoiminta, kilpirauhassairaudet, anemia) tai neurologisesta sairaudesta (aivoinfarkti, SAV, subduraalimatooma, epilepsia, kallovaraus, dementia)?
2. Johtuvatko potilaan oireet lääkityksestä?
3. Vaatiiko psykiatrinen ongelma psykiatrista tai muuta sairaalahoitoa vai voidaanko sairautta hoitaa avohoidossa ja seurata?
4. Onko näkyvissä välitöntä väkivallan uhkaa tai itsetuhoisuutta?
5. Kuuluuko potilaan oireilu primaariseen psykiatriseen häiriöön (skitsofrenia, mielialahäiriö) vai onko se sekundaarista psykiatrista oireilua (delirium, dementia, Parkinsonin tauti)?
6. Onko potilaan oireilu lyhytaikaista vai pitkään jatkunutta?
7. Tarvitaanko M1-lähetä?
7. Mikä on potilaan ja omaisen mielipide?

tus). Sekavuuden perussy tulee aina selvittää ja useimmiten taustalta löytyy useita syitä (6).

Sekavan vanhuksen hoitopaikka valikoituu valitettavan usein sattumanvaraisesti. Akuutteihin somaattisiin sairauksiin liittyvä sekavuus tulisi hoitaa yleissairaaloissa ja tarvittaessa käyttää psykiatrista konsultaatiota. Kansainvälissä tutkimuksissa on todettu, että vanhuspsykiatrinen konsultaatio on vähentänyt deliriumpotilaan sairaalassaoloaika, laitoshoidon joutumisen riskiä sekä parantanut toimintakykyä (7). Vakavissa psykiatrisissa oireissa (vaikea agitaatio, aggressiivisuus, harhaisuus), voidaan tarvita psykiatrista sairaalahoitoa, mutta somaattinen tausta tulee aina ensin tutkia riittävän tarkasti (8). Vanhuksen psykiatrinen konsultaatio kannattaisi tehdä somaattisella osastolla tai tutussa hoitopaikassa lähettämättä häntä psykiatriseen sairaalahoitoon (9).

Dementiapotilas psykiatriseen sairaalan?

Käyttöoireita todetaan 90 %:lla dementiaa sairastavista potilaista jossakin sairauden vai-

Harhaluuloisuus-häiriötä sairastavien toimintakyky saattaa olla hyvä muissa asioissa, jotka eivät liity harhamaailmaan.

heessa, ja yli puolella käytösoireet ovat potilaalle tai omaiselle hyvin hankalia. Aistiharhoja ilmenee tavallisesti vasta pitkälle edenneissä sairauden vaiheissa. Dementiaan liittyy äkillisen sekavuuden riski, jolloin potilas voi olla vaaraksi itselleen ja jopa muille. Vaikea psykoottisuus ja äkillinen sekavuus, johon liittyy aggressiivisuutta ja agitaatiota, vaativat nopeaa puuttumista. Tavalliset käytösoireet voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa, terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa. Vaikeat käytösoireet voivat olla psykiatrisen sairaalahoidon indikaatio, mikäli dementiapotilaan tai omaisen turvallisuutta ei voida muuten taata.

Keskivaikea dementiasairaus saattaa olla ”harmaata aluetta”. Potilaan kyky huolehtia itsestään voi olla ajoittain huonontunut. Kyseessä on realiteettien peittäminen, vaikka potilas ei olekaan avoimen harhainen (ei kuulo- tai näköharjoja). Kun dementiapotilas uhkaa jäädä heitteille tai hänen omaa tai muiden turvallisuutta ei voida muulla tavoin taata, vaatii potilaan hoito mielenterveyslain mukaista puuttumista. Psykiatriseen sairaalahoitoon lähetettäessä on hyvä olla yhteydessä potilaan omaisiin. Sekavaa ja dementoitunutta vanhusta on muistettava kohdella aikuisena ja arvokkaasti sairaalaan toimitettaessa.

Vanhus viinan takia sairaalaan?

Ikääntyneiden alkoholinkäyttöön liittyvät ongelmat ovat viime vuosien aikana kasvaneet huomattavasti. Etenkin naisten alkoholinkäyttö on moninkertaistunut edellisiin vuosikymmeniin verrattuna. Vanhuksen alkoholiriippuvuus voi ilmetä epäspesifisinä, mutta viitteellisinä oireina, kuten kaatumistaipumuksena, selviytymättömyytenä päivittäisissä toiminnoissa tai psykiatrisina oireina, kuten ahdistuneisuutena, masentuneisuutena ja muistiongelmoina. Hankalimmat vieroitusoireet voivat tarvita hoitoa sairaalan osastolla. Vanhuksille tarkoitettuja katkaisuhoidonpaikkoja ei tällä hetkellä ole.

Alkoholidelirium ilmaantuu yleensä 1-3 vuorokauden kuluttua alkoholin käytön lopettamisesta. Kyseessä on aivojen yliaktiivisuustila, jossa esiintyy vieroitusoireita ja kouristeluja. Potilas saattaa olla sekava, desorientoitunut, levoton ja usein avoimen harhainen. Potilas on yleensä uneton ja ärtyisä, kärsii vapinasta ja

hikoilusta. Alkoholideliriumin hoito on nestevajauksen ja elektrolyyttihäiriöiden korjausta sekä oheissairauksien hoitoa, joka tapahtuu yleissairaalassa. Vaikeimpien psykoottisten oireiden vuoksi potilas saattaa tarvita psykiatrista erikoisosaamista.

Tarvitaanko erillisiä vanhuspsykiatrisia poliklinikoita tai osastoja?

Palvelujärjestelmässämme ei ole selkeää hoitopolkua mielenterveysongelmallisille vanhuksille. Hoitoa toteutetaan erityisissä vanhuspsykiatrisen yksiköissä, mielenterveyden avopalveluissa, perusterveydenhuollossa, vanhustenhuollon laitoksissa ja kotona kotipalvelun turvin. Vanhusten hoidon tarpeen ja palvelujen saatavuuden väliin jää kuitenkin huomattavan moni hoitoa vailla oleva vanhus. Hoitamatta jääminen johtuu vanhuksen psykiatristen oireiden tunnistamisen ja diagnosoimisen vaikeudesta, asianmukaisten ja soveltuvien hoitopaikkojen puutteesta sekä hoitoon hakeutumisen korkeasta kynnyksestä. Psykiatristen sairaalapaikkojen käyttö vaihtelee runsaasti riippuen palvelujen saatavuudesta.

Ikääntyvän väestön hoidossa vanhuspsykiatrisen asiantuntemus on tärkeä osa palvelukonaisuutta. Vanhuksen psykiatrisen sairauden monimuotoisuus ratkaisee, tarvitaanko vanhuspsykiatrista erikoisosaamista. Psykiatrisilla vanhuspotilailla on enemmän somaattisia sairauksia ja kognitiivista heikentymää kuin nuoremmilla, ja ikääntyneet ovat herkempiä psyykenlääkkeiden haittavaikutuksille kuin aikuisikäiset. Nämä ovat vanhuspsykiatrisissa yksiköissä hoidon peruspilareita. Asiantuntevalla hoidolla pystytään parantamaan potilaan toimintakykyä ja estämään ennenaikaista laitoshoidoa (10). Maassamme on vanhuspsykiatrisen yksiköitä vain yliopistosairaaloitten yhteydessä ja suurimmissa kaupungeissa.

Asianmukaisella hoidolla vanhuspotilaat yleensä toipuvat siinä missä nuoremmatkin. Korkea ikä tai vanhuspsykiatristen palvelujen puute eivät saa olla este tarvittavalle erikoislääkäritasoiselle hoidolle. Vanhuksellakin on oikeus psykiatriseen sairaalahoitoon silloin, kun hänen sairautensa sitä vaatii. ■

HANNA-MARI ALANEN

M.D., Ph.D., Head Physician
Tampere University Hospital,
Department of Geriatric
Psychiatry
hanna-mari.alanen@pshp.fi

ESA LEINONEN

Professor, Head Physician
University of Tampere,
Department of Psychiatry

■ ENGLISH SUMMARY

When is psychiatric hospital treatment needed for the elderly?

Psychiatric symptoms are relatively common amongst older adults and most psychiatric disorders can be treated by GPs. Assessment of older psychiatric patients includes the gathering of information about the patient's history of psychiatric symptoms, description of behaviour, identification of psychosocial problems, measurement of functional capacity and formulation of a psychiatric diagnosis and a management strategy. Older adults with acute severe psychiatric symptoms (e.g. delusions and hallucinations, aggressive behaviour towards self or others, suicidal behaviour, severe delirium or severe behavioural disturbances with dementia) sometimes need psychiatric hospital treatment if there are no other alternatives. With appropriate and intensive care older adults will recover from their psychiatric disorders just like younger patients. High age or lack of psychiatric services cannot be a reason for inadequate care.



TamroShop.fi

TamroShop.fi

ASIAKASPALVELU

Sähköposti: asiakaspalvelu@tamroshop.fi

Puh. 020 445 3308

(arkisin klo 9-16)

TamroShop.fi on Tamron asiakkaille, terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu verkkokauppa.
Rekisteröidy ja tee edullisia ostoksia osoitteessa www.tamroshop.fi

Tee joulutilaus TamroShop.fi-verkkokaupasta viimeistään 5.12.2010, niin saat 8 % alennuksen tilauksesi loppusummasta.

Lisäksi yli sadalla eurolla tilanneille yllätyslahja!

Alennuksen saat syöttämällä koodin H4HPTVNG tilauksesi loppuun tilaajan tiedot-lomakkeen alennuskoodi-kenttään.

