



Diffia

Diffia AS (org. nr. 912 220 036)
Gaustadalléen 21, 0349 Oslo

Vår referanse

23/06

Deres referanse

-

Att: Sekretariatsleder Samantha Tahir-Hafting

Anskaffelsesutvalget,
Nærings- og fiskeridepartementet,
2303 Hamar

Sendt per e-post til samantha.tahir-hafting@nfd.dep.no

Oslo, 4. desember 2023

Innspill til Anskaffelsesutvalget

Takk for anledning til å få spille inn våre erfaringer og tanker til Anskaffelsesutvalget. Som presisert på utvalgets møte 10. november 2023 er dette erfaringer preget av vår reise fra oppstartsbedrift til vekstbedrift som leverer IKT-løsninger til offentlig helsesektor. Presentasjonene i referansegruppen viste mangfoldet i problemstillinger og erfaringer på tvers av rolle og sektor, men vi håper våre svar kan bidra til å bedre belyse noen både utfordringer som møter små, nystartede aktører og utfordringer som gjelder for offentlige anskaffelser innen IKT mer generelt.

I oversendt brev fra Anskaffelsesutvalget med problemstillinger utvalget ønsket innspill på, het det at vi skulle svare ut fra vår respektive bakgrunn og at det ikke var forventet at vi satt oss inn i nye rettsområder vi ikke allerede hadde kjennskap til. Vi har derfor valgt å begrense våre innspill til problemstillingen om hvorvidt det nødvendig med endringer i anskaffelsesregelverket som gjør at offentlige anskaffelser har en større og utforming som gjør at lokale og regionale leverandører kan delta i konkurransen om offentlige kontrakter.

1. Bakgrunn for våre innspill

Helsevesenet har et stort behov for effektivisering og arbeidsbesparende teknologi, jf. Helsepersonellkommissjonens utredning *Tid for handling* (NOU 2023:4). Med *Veikart for helsenæringen* lansert august 2023 og utvelgelsen av helsenæringen som fjerde nasjonale eksportfremmesatsingen under *Hele Norge eksporterer* i april 2023 viderefører regjeringen en mangeårig satsing påbegynt av forrige regjering, blant annet gjennom Meld. St. 18 (2018 – 2019) *Helsenæringen* (2019). Stortingsmeldingen adresserte behovet for et velfungerende hjemmemarked for å utvikle norsk helseindustri.

Dette behovet bekreftes av aktørene også i rapporten *Samarbeid med næringslivet på e-helseområdet* utgitt av Direktoratet for e-helse oktober 2021¹. I denne rapporten peker respondentene på at internasjonale aktører i helsesektoren sjelden kjøper produkter og tjenester fra leverandører som ikke kan demonstrere løpende kontrakter i hjemmemarkedet, samtidig som en rekke aktører forteller at det er vanskeligere å komme inn på det norske markedet enn i andre land. Dels forteller de at dette skyldes bedre rammebetingelser og insentiver i andre land, dels forteller de at dette skyldes en sterkere kultur for samarbeid mellom offentlige og private aktører på e-helseområdet, og dels en annen organisering av tjenesten (eksempelvis flere autonome helseregioner) som i praksis leder til flere offentlige innkjøper og et bredere marked – mens hjemmemarkedet for norske bedrifter som selger til spesialisthelsetjenesten rapporterer om sterk grad av sentralisering. Rapporten peker på at der samspillsnormene mellom aktørene er gode er gjennomføringsevnen høy og erfaringen med ordinære anskaffelser positiv, men beskriver også utfordringer i form av lav tillit mellom aktørene, manglende forutsigbarhet, redusert investeringsvilje fra privat kapital, og opportunistisk atferd der samspillsnormene er svake. Arbeidet er videreført i en egen rapport om samspillsnormer på e-helsefeltet og bruk av relasjonskontraktert lansert 4. desember 2023².

Våre innspill er gitt med bakgrunn i det markedet vi historisk har operert i (salg av programvare til spesialisthelsetjenesten), og utvalget må vurdere hvor relevante de er for andre deler av offentlig sektor. Innen spesialisthelsetjenester har det offentlige gjennom de 4 regionale helseforetakene en dominerende posisjon som innkjøper i en situasjon som bærer preg av oligopsoni (og tidvis monopsoni), hvilket etter vår erfaring gir en annen anskaffelsespraksis enn den vi erfarer hos kommunene og på markedet for primærhelsetjenester, der antallet offentlige innkjøpere er vesentlig høyere for en rekke ulike produktkategorier.

¹ Rapporten kan lastes ned i sin helhet [her](#).

² Jf. [nyhetssak](#) (04.12.23) med lenke til [rapport](#) fra Direktoratet for e-helse

2. Eksempler på problemstillinger ved dagens anskaffelsespraksis

Hvorvidt offentlige anskaffelser har en størrelse og utforming som gjør at lokale og regionale leverandører kan delta i konkurransen om offentlige kontrakter kan ikke løses av anskaffelsesregelverket alene. Få anskaffelser på lokalt nivå og en innkjøpsstrategi med regionale og nasjonale innkjøp i spesialisthelsetjenesten gir store, trege og komplekse anskaffelsesprosesser som er lite egnet for lokale og regionale aktører. Nyoppstartede innovasjonsbedrifter finansiert av investorkapital får ofte få milepæler å vinne erfaring og hente skaleringskapital på, dersom det offentlige bruker tre-fire år på å samle innkjøp av ny teknologi i komplekse kontrakter med regionalt eller nasjonalt omfang. Dette er utfordringer som nok er mer egnet å løse gjennom endringer i anskaffelsesstrategi og -praksis enn gjennom endringer i et regelverk vi i hovedsak allerede opplever som godt utformet.

Samtidig har vi gjennom å ha fulgt anskaffelsene i spesialisthelsetjenesten over flere år eksempler på problemstillinger der endringer i anskaffelsesregelverket kan lede til bedre markedsadgang for lokale og regionale leverandører. Vi har valgt å anonymisere eksemplene i den grad det er mulig, men utvalget kan ta kontakt dersom det er behov for å supplere eller underbygge disse med mer konkrete henvisninger. Alle eksemplene er hentet fra offentlig tilgjengelig informasjon i form av kunngjøringer og innsynsforespørsler for anskaffelser gjennomført av spesialisthelsetjenesten:

1. I tilfeller der det har eksistert en eneleverandørsituasjon og hvor anskaffelsen senere gjøres til gjenstand for konkurranse er det utad ofte vanskelig å se at det er gjennomført egnede utjevnete tiltak for å sikre reell konkurranse i markedet.
 - o Et eksempel på ovennevnte var et helseforetak som først gjorde direkteanskaffelse av en digital løsning for én avdeling, begrunnet i en «begrenset prosjektkontrakt». Året etter ble det gjort ny direkteanskaffelse for hele klinikken, begrunnet i at man allerede hadde løsningen i drift på én avdeling. Året etter der igjen ble det arrangert en konkurranse for tilsvarende digital løsning til et begrenset pilotprosjekt på en avdeling på en annen klinikk ved helseforetaket, men presisert i kunngjøringen at kun ferdig utviklede løsninger var aktuelle (tildelingen gikk til eksisterende leverandør). Over de neste tre årene ble løsningen både videreført og implementert på andre avdelinger i andre klinikker for nye pasientforløp. Seks år etter den første direkteanskaffelsen ble det arrangert ny konkurranse gjeldene for hele helseforetaket, der det kom inn to tilbud. Eksisterende leverandør ble valgt, blant annet fordi tapende tilbyder ble trukket i score grunnet implementeringstid på 3 uker, som ble oppgitt å være lengre enn eksisterende leverandør som allerede hadde løsningen implementert på helseforetaket.
 - o Helseforetakene vurderer ved innsynsforespørsler ofte behovsbeskrivelser, konseptutredninger, og andre dokumenter som kan gi forutsigbarhet rundt

hva som skal anskaffes i kommende år som organinterne, slik at leverandørene i liten grad har forutsigbarhet rundt hva som vil etterspørres i årene fremover. Dersom helsetjenesten først gir informasjon om sine behov ved publisering av konkurransegrunnlaget, særlig i situasjoner der det forutgående har vært en flerårig eneleverandørsituasjon, gir dette svært lite tid for leverandørmarkedet til å forberede seg og svekker den konkurransen lovens har som mål å oppnå.

2. Helseforetakene tolker loverket dithen at avrop på rammeavtaler kan vare lengre enn selve rammeavtalen, og gjør derfor tidsubegrensede avrop som kan få svært mye lengre virkning utover de 2-4 årene rammeavtalen typisk var inngått for. Ettersom de tidsavgrensede avropene ikke nødvendigvis kunngjøres er det vanskelig for leverandørmarkedet å få forutsigbarhet over inngåtte avtaler og hvilke muligheter som vil åpne seg i markedet fremover. Utstrakt bruk av tidsubegrensede kontrakter gjør også at det arrangeres færre konkurranser, hvilket gir færre muligheter for lokale og regionale aktører til å etablere seg i markedet.
 - Et eksempel på ovennevnte er en tidsubegrenset avtale inngått som avrop på en fireårig rammeavtale, som siden har løpt i over ett tiår. Med utgangspunkt i den tidsubegrensede avtalen er det intensjonskunngjort et tosifret antall nye direkteanskaffelser etter utløpet av den opprinnelige rammeavtalen, som sammenlagt har kunngjort verdi på flere milliarder. Dette eksempelet viser at spesialisthelsetjenestens tolkning om at rammeavtaler gir grunnlag for inngåelse av tidsavgrensede avtaler så lenge avropet gjøres for rammeavtalens utløp kan redusere konkurranse i et markedssegment for svært lange perioder og dreie seg om store offentlige summer.
3. Når nye teknologier eller produktkategorier (for eksempel smarttelefon-applikasjoner eller digital skjemainnhenting) har dukket opp på det europeiske markedet blir disse mange ganger anskaffet gjennom endring i avtaler med eksisterende leverandører fremfor å lyse ut konkurranse. Dette har gjort at pasienter og helsepersonell i enkelte tilfeller må vente flere år på å kunne ta ny teknologi i bruk, fordi de må vente på at dette utvikles av eksisterende leverandører fremfor at helseforetakene tar i bruk allerede utviklede løsninger tilgjengelige på markedet fra andre (og nye) leverandører.
 - Et eksempel er bruk av smarttelefon-applikasjoner for kliniske oppgaver og -dokumentasjon eller kommunikasjon på helseforetak. Dette ble bredt introdusert på sykehus i et annet nordisk land for fem år siden, og den samme europeiske leverandøren fikk innpass på ett enkelt norsk helseforetak som underleverandør hos en eksisterende leverandør med tidsubegrenset avtale, uten kunngjøring og gjennom en såkalt «tilleggsavtale». Tilsvarende har andre norske og europeiske leverandører hatt andre egnede løsninger på markedet i mer enn fem år, men fra

regionalt hold har man i stor grad valgt en strategi med å bestille dette fra eksisterende regionale leverandører, hvilket har medført at man har valgt å vente på utviklingsløp hos dem fremfor å gå ut på anskaffelser fra mindre leverandører.

4. For tidsubbegrensede avtaler kan det gjennomføres endringer i omfang, virkeområde og funksjonalitet som ikke intensjonskunngjøres, slik at det blir vanskelig for leverandørmarkedet å etterprøve om det er gjort vesentlige endringer.
 - Et eksempel er en tidsubbegrenset kontrakt som har løpt i over ti år varighet basert på en konkurranse innen et bestemt fagområde. Gjennom avtaleperioden er dette utvidet til å gjelde tilsynelatende alle helsefaglige områder, og avtalen er for mer enn fem år siden overdratt fra helseforetaket som gjennomførte anskaffelsen til regional IKT-leverandør for å gjelde alle regionens helseforetak. De mange titalls avtaleendringene i perioden er ikke kunngjort. Den regionale IKT-leverandøren har heller ikke hatt tilgang til det opprinnelige konkurransegrunnlaget, slik at det er uklart hvem og eventuelt hvordan det er vurdert hvorvidt de mange gjennomførte endringer i avtalen ikke utgjør vesentlige endringer fra det som i sin tid ble presentert for markedet.
5. Anskaffelser samles tidvis i avtaler med stort omfang, enkelte ganger med uttalt forutsetning om at de skal dekkes av allerede utviklede løsninger og uten at det er gitt informasjon til leverandørmarkedet i forkant av påbegynt anskaffelse. Det oppgis sjelden begrunnelse for å ikke dele opp anskaffelsene i mindre avtaler, også i produktkategorier der det finnes mange leverandører og markedet er i rask utvikling.
 - Et eksempel på ovennevnte er direktetildelinger innen digital oppfølging innen psykiatrien, der oppdragsgiver i tre av landets helseregioner for rundt fire år siden gjennomførte direkteanskaffelser fra samme leverandør med tidsubbegrensede kontrakter (den siste helseregionen har samme leverandør gjennom en tidsubbegrenset avtale inngått etter konkurranse for mer enn ti år siden, jf. eksempel omtalt under punkt 4). Selv om det er mange på leverandørmarkedet, både i Norge og på det europeiske fellesmarkedet for øvrig, som kunne tenkes å levere digitale løsninger til psykiatrien har det følgelig ikke vært avholdt konkurransebaserte anskaffelser på dette fagfeltet i tidsperioden.
6. Rammeavtaler kan utlyses med avtalebestemmelser der oppdragsgiver i prosedyren for avrop forbeholder seg retten til å endre tildelingsvilkårene. Erfaringen viser at slike endringer kan være forholdsvis omfattende. Dersom oppdragsgiver har en rammeavtale med et bestemt antall leverandører og repeterende konkurranser om avrop, vil en frihet til å gjøre store endringer i tildelingskriteriene for avrop etter inngått rammeavtale i praksis innebære at det

er få formelle hindre mot at oppdragsgiver tilpasser kriteriene til løsningen fra én bestemt leverandør.

- Et eksempel er en rammeavtale med 284 krav som har vært gjenstand for fem avrop gjennom minikonkurranser. Ingen av de gjennomførte minikonkurransene har videreført mer enn 50% av de opprinnelige kravene uten endring i ordlyd eller prioritet, medianverdien av videreførte uendrede krav i minikonkurransene fra rammeavtalene opprinnelige kravspesifikasjon ligger på 11%, og en av minikonkurransene viderefører ingen krav fra den opprinnelige rammeavtalen uendret. I tillegg til endringer og fjerning av krav fra den opprinnelige rammeavtalen, har flere minikonkurranser om avrop lagt til opptil 30% nye krav. En slik handlefrihet, kombinert med et begrenset antall tilbydere som leverer løsninger oppdragsgiver etter gjentatte minikonkurranser må antas å ha dyp innsikt i, gir lite formelt vern for leverandørene mot tilpasning av minikonkurranser fra oppdragsgivers side.
 - Et eksempel som kan illustrere dette, er der én oppdragsgiver få uker etter en gjennomført minikonkurranse går ut på ny minikonkurranse med vesentlige endringer i krav. Det vil være vanskelig å skille en slik situasjon fra et saklig behov fra oppdragsgiver (som ikke var annonsert til markedet i forkant av den første av de to påfølgende minikonkurransene) opp mot en situasjon der minikonkurransen gjentas med nye krav fordi oppdragsgiver ønsket én bestemt leverandør som ikke nådde opp i første runde.
7. Dersom leverandører skulle ønske å gjøre bruk av det anskaffelsesrettslige prinsippet om etterprøvnbarhet foreligger det i praksis mange hindringer for å få den informasjonen som er nødvendig for å gjøre en egen vurdering av anskaffelsen.
- Et eksempel på dette er at innsynsbegjæringer kan ta lang tid å få besvart. En innsynsbegjæring i en av de omtalte tidsbegrensede avtalene ble først ferdigbehandlet etter 94 dager (66 virkedager). Utfallet var avslag på innsyn i blant annet selve kjøpsavtalen med tilhørende vilkår og kravspesifikasjon, behovsbeskrivelser, og hvor mye som var utbetalt på avtalen. Avslaget var begrunnet i at dette var forretningssensitiv informasjon underlagt forvaltningslovens taushetsplikt, samt at man hadde avtalt taushetsplikt rundt forhold vedrørende økonomi med leverandør i den aktuelle avtalen. Uten denne type informasjon blir det vanskelig for leverandørmarkedet å vurdere hvorvidt den tidsbegrensede avtalen har vært gjenstand for vesentlige endringer.
 - Et annet og forholdsvis konkret eksempel på dette er direkteanskaffelse der oppdragsgiver påberoper seg at all dokumentasjon på at det er teknisk umulig for andre enn én leverandør å levere anskaffelsen ikke kan utleveres fordi de inneholder forretningshemmeligheter. Dette gjelder blant annet for anskaffelsen som vises til som markedskartlegging for minst én av de

inngåtte direkteanskaffelsene omtalt under punkt 5. I en slik situasjon er det i praksis umulig for leverandørmarkedet å etterprøve hvorvidt vilkåret for å unnta direkteanskaffelsen fra konkurranse er til stede.

- Dokumentasjon på evaluering av tildelingskriterier kan være svært kortfattet. I den omtalte rammeavtalen under punkt 6 ble 284 krav bare vurdert «veldig overordnet» uten scoring av enkeltkrav. Dette innebærer at dokumentasjon på selve evalueringen av 197 krav innen generelt, teknisk, sikkerhet, infrastruktur, og vedlikehold for rammeavtalen begrenset seg til totalt 2 setninger (samt ytterligere to setninger som oppgir samlet score for kravene). Når medianverdien av fjernede krav i de påfølgende minikonkurransene er 80% av de opprinnelige kravene på nevnte områder «fordi de allerede er svart ut» (kravene fjernes kun fra evalueringen i minikonkurransene, men ikke fra avtalevilkårene ved avrop) er det vanskelig å etterprøve at de 197 kravene faktisk er evaluert av oppdragsgiver, basert på de to foreliggende setningene fra evalueringen av rammeavtalens tildelingskriterier. Såpass sparsom dokumentasjon gjør det svært vanskelig å skille en situasjon hvor de omfattende endringene gjøres på bakgrunn av saklig behov fra situasjoner der oppdragsgiver tilpasser kriteriene til én bestemt leverandør basert på relasjoner.

Man kunne tenke seg at utstrakt bruk av tidsubbegrensede kontrakter skyldes høye investeringskostnader, men mange av eksemplene er hentet fra områder der det ikke er åpenbart at stor investeringskostnad foreligger. Vi observerer videre at den foreliggende tolking av anskaffelsesregelverket blant helseforetakene gjør at rammeavtaler kan få svært lang varighet ved at den benyttes til avrop i form av tidsubbegrensede avtaler, og at handlefriheten til å endre tildelingskriterier i kombinasjonen med mulighet for å gjenta minikonkurranser gir leverandørmarkedet tilnærmet ikke-eksisterende vern dersom en oppdragsgiver ønsker å tilpasse en anskaffelse til én bestemt tilbyder på bakgrunn av relasjoner eller andre forhold.

Vår erfaring er at det er betydelige forskjeller i praksis mellom spesialist- og primærhelsetjenesten i praktiseringen av lovverket. De anskaffelser vi har fulgt gjennomført av kommunal sektor har i vesentlig større grad ofte vært gitt informasjon om til markedet i forkant av konkurransen, økt bruk av muligheten for å sende konkurransegrunnlaget ut på høring før konkurransen åpnes, mindre bruk av tidsubbegrensede avtaler, og bedre dokumentasjon på vurderinger underveis. Vi har således inntrykk av at anskaffelsesregelverket allerede tilrettelegger godt for lokale og regionale leverandører til landets 312 kommuner, 19 helsefelleskap og andre aktører i primærhelsetjenesten.

3. Innspill til endringer som kan åpne for flere lokale og regionale leverandører

Leverandørenes terskel for å klage på offentlige anskaffelser i et marked preget av oligo- eller monopoli er generelt høy. Dersom antallet offentlige innkjøpere kun er én eller et fåtall opplever mange leverandører klageprosesser som risikabelt, ettersom man risikerer å bli upopulær hos det fåtallet kunder som foreligger og således få svekket sine sjanser til å vinne fremtidige konkurranser. Dette bekreftes av tilbakemeldinger leverandører får (gjerne muntlig) ved innsynsbegjæringer og spørsmål, der personer opp til direktørnivå i regionale helseforetak gir uttrykk for at de har lite til overs for leverandører som «opptrer som tilsynsmyndighet» i anskaffelsesprosesser. Slike tilbakemeldinger i et oligo- eller monopsonimarked kan fungere som effektive barrierer for de anskaffelsesrettslige prinsippene om gjennomsiktighet, etterprøvnbarhet, likebehandling og konkurranse, slik at regelverket ikke fungerer etter formålet. Rapporten *Samarbeid med næringslivet på e-helseområdet* (2021) skisserer også flere uheldige følger som kan være resultatet av slik atferd – lav tillit, dårlig forutsigbarhet, manglende investeringsvilje og opportunistisk atferd – som svekker gjennomføringsevnen i digitalisering av helsetjenesten og er verdiforringende for alle både innkjøper og leverandør.

Vi har listet opp en rekke eksempler på utfordringer som kan oppstå for lokale og regionale leverandører som ønsker å delta i konkurranse om offentlige kontrakter, men lar det være opp til utvalget å vurdere om noen av disse kan løses med endringer eller presiseringer av bestemmelsene i selve regelverket.

Vårt viktigste innspill for håndhevelse er uansett et forslag om at utvalget vurderer om det kan være hensiktsmessig med en form for tilsynsmyndighet for offentlige anskaffelser, særlig innen de sektorer der den offentlige kjøpermakten er konsentrert på én eller et lite antall offentlige innkjøpere. En slik myndighet kan legges til et eksisterende organ dersom man ikke ønsker å opprette en ny entitet, og gjennomgå at offentlige anskaffelser gjøres i tråd med lovens formål og de grunnleggende anskaffelsesrettslige prinsippene, enten på eget initiativ eller etter tips fra leverandørmarkedet og andre aktører. Vi tror en tilsynsmyndighet vil kunne flytte noe av ansvaret for håndhevelse bort fra den enkelte leverandør, slik at leverandører slipper å måtte kvie seg for å reagere på brudd i frykt for å bli upopulær hos et fåtall sentrale innkjøpere. En offentlig tilsynsmyndighet vil i tillegg kunne få innsyn i behovsbeskrivelser, konseptutredninger, avtalevilkår, kravspesifikasjon, hvor mye som er utbetalt på kontrakten, og dokumentasjonen bak direkteanskaffelser også der oppdragsgiveren vurderer dette som organinternt eller forretnings sensitivt og taushetsbelagt etter forvaltningsloven.

Dersom utvalget ikke vurderer en tilsynsmyndighet som hensiktsmessig kan man også vurdere en ordning med pålagt internrevisjon av anskaffelsespraksis, men vi er usikre om dette vil gi tilstrekkelig håndhevelse dersom den offentlige innkjøperen selv er oppdragsgiver for revisjonsoppdraget.

Vår erfaring er at ikke alle anskaffelser og endringer av eksisterende avtaler kunngjøres, slik at de ikke blir kjent for markedet. Ofte blir endringer i avtaler synlige for andre leverandører når resultatet er implementert og det kommer nyhetssaker der det fremgår at avtalen er utvidet til å inkludere et nytt produkt, hvilket kan være lenge etter at den faktiske avtaleendringen er utført. Når dette kommer i tillegg til at begjæringer om innsyn kan ta lang tid å få besvart vil håndhevelse av regelverket kunne bli vanskelig dersom klageretten begrenses i tid. Dersom utvalget vurderer endringer i hvor lenge det foreligger klagerett anbefaler vi at det vurderes nøye hvordan dette vil virke i situasjoner der leverandørene først får kjennskap til hvilke anskaffelser og endringer som er gjort lang tid i etterkant.

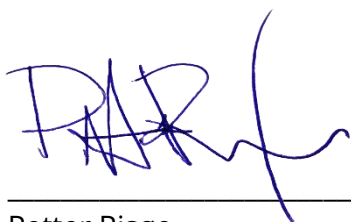
Vi har ikke sterke meninger om innretningen til erstatningsreglene. Det viktigste for oss som leverandør er at det gjennomføres anskaffelser tilrettelagt for reell konkurranse, slik at inntjening kommer fra å levere gode produkter fremfor rettslige prosesser. Samtidig tror vi det er viktig å bevare virkningsfulle sanksjoner på brudd mot regelverket, slik at det ikke blir fristende for oppdragsgiver å tøyne regelverket eller se bort fra de anskaffelsesrettslige prinsippene fordi det allerede eksisterer en relasjon til én bestemt leverandør. Dersom relasjoner og ikke konkurranse blir det utslagsgivende elementet for å lykkes i hjemmemarkedet er det etter vårt syn lite sannsynlig at norsk digital helsenæring siden vil lykkes i møte med internasjonal konkurranse om anskaffelser gjort utenfor landets grenser.

4. Avslutning

Vi håper både eksemplene på utfordringer og innspillet om å vurdere introduksjon av en offentlig tilsynsmyndighet eller revisjonsplikt for offentlig anskaffelsespraksis er nyttige i utvalgets videre arbeid, og takker igjen for muligheten for å dele våre erfaringer og tanker.

Med vennlig hilsen

For Diffia AS



Petter Risøe,
Chief Operating Officer og Co-Founder,
på vegne av Diffia AS