

JYU DISSERTATIONS 268

Emilia Leinonen

Perhehoitoa paikantamassa

Ikääntyneiden perhehoito
formaalin ja informaalin rajalla



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ
FACULTY OF HUMANITIES AND
SOCIAL SCIENCES

JYU DISSERTATIONS 268

Emilia Leinonen

**Perhehoitoa paikantamassa
Ikääntyneiden perhehoito formaalin
ja informaalin rajalla**

Esitetään Jyväskylän yliopiston humanistis-yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston Historica-rakennuksen salissa H320
syyskuun 5. päivänä 2020 kello 12.

Academic dissertation to be publicly discussed, by permission of
the Faculty of Humanities and Social Sciences of the University of Jyväskylä,
in building Historica, auditorium H320 on September 5, 2020 at 12 o'clock noon..



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2020

Editors

Olli-Pekka Moisio

Department of Social Sciences and Philosophy, University of Jyväskylä

Timo Hautala

Open Science Centre, University of Jyväskylä

Copyright © 2020, by University of Jyväskylä

This is a printout of the original online publication.

Permanent link to this publication: <http://urn.fi/URN:978-951-39-8255-3>

ISBN 978-951-39-8255-3 (PDF)

URN:ISBN:978-951-39-8255-3

ISSN 2489-9003

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2020

ABSTRACT

Leinonen, Emilia

Locating adult foster care

Adult foster care for older people in between of formal and informal

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2020, 85 p.

(JYU Dissertations

ISSN 2489-9003; 268)

ISBN 978-951-39-8255-3 (PDF)

This dissertation examines adult foster care for older people in Finland. In particular, the interest is in the long-term, commission agreement based form of adult foster care in which an older person moves permanently into the home of a foster carer who is not related to them. The theoretical background of this dissertation is based on two concepts - domestication and semiformalisation - through which the hybrid nature of adult foster care between public and private is analysed. Adult foster care is examined as care policy but also as everyday life experiences of care work, resilience, time and space.

The dataset of article I consists of the Adult Foster Care Act, the Adult Foster Carer Act and official records of the Finnish parliamentary plenary sessions. The dataset of articles II-IV consists of twelve thematic interviews of foster carers. In addition, article III utilises a research diary and a short questionnaire. The policy analysis method called WPR-method and thematic content analysis were used in analysing the data.

The results show that the reasoning behind the development of adult foster care is based on the growth of older people's care needs and the deinstitutionalisation policy. The assumption is that receiving care in a home environment is best for the older people themselves and also for the public economy. However, for foster carers the domestication of care in a semi-public space without being formally employed by the public sector was challenging in several ways.

Problems and tensions of foster care work were related to the uncertainty of care fee payment and especially to the lack of information and trust between the foster carer and the municipality. On one hand, foster carers felt they were not treated as equals compared to formal care workers. On the other hand, this was also a liberating factor as foster carers felt they could give high-quality care without haste and act as a 'good carer'. The results show that the focus of the development of the adult foster care model should shift from cost-effectiveness to the improvement of the whole support system and on the equal treatment of all foster carers.

Keywords: adult foster care, older people, domestication, semi-formal care work

TIIVISTELMÄ

Leinonen, Emilia

Perhehoitoa paikantamassa

Ikääntyneiden perhehoito formaalin ja informaalien rajalla

Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2020, 85 s.

(JYU Dissertations

ISSN 2489-9003; 268)

ISBN 978-951-39-8255-3 (PDF)

Tämän väitöskirjan aiheena on toimeksiantosopimukseen perustuva ikääntyneiden pitkäaikainen perhehoito. Ikääntyneiden perhehoidolla tarkoitetaan iäkkään ihmisen hoivan ja asumisen järjestämistä perhehoitajan kotona. Teoreettisen taustan muodostavat hoivan kotiuttamisen ja semiformaalien hoivan käsitteet, joiden kautta paikannan perhehoitoa julkisen ja yksityisen muuttuvilla rajoilla. Tässä väitöskirjassa analysoin perhehoitoa sekä hoivapolitiikkana että arjen kokemuksina hoivatyön, resilienssin, hoivan tilojen ja hoivan ajan kautta.

Tutkimuksessa on hyödynnetty kahta laadullista menetelmää: diskurssianalyysin piiriin kuuluvaa WPR-metodia sekä temaattista analyysia. Artikkelit I perustuu poliittiseen ja lainsäädännölliseen asiakirja-aineistoon ja artikkelit II-IV perhehoitajien haastatteluihin. Lisäksi artikkelissa III aineistona on hyödynnetty tutkimuspäiväkirjaa ja lyhyttä kyselyä.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että ikääntyneiden perhehoidon kehittäminen perustuu ikääntyneiden palvelutarpeiden kasvuun ja laitospolitiikan vähentämistavoitteeseen. Taustalla vaikutti oletus siitä, että kodinomaisen palvelumuoto on parempi kuin laitoshoidon sekä ikääntyneelle itselleen että julkiselle taloudelle. Perhehoitajan näkökulmasta hoivan kotiuttaminen puolijulkiseen tilaan ilman ansiotyöhön perustuvaa formaalia statusta oli kuitenkin haasteellinen.

Perhehoitajien haastatteluissa perhehoitotyön ongelmat, kuten informaation riittämättömyys, palkkionmaksun epävarmuus ja epäluottamus kuntaan, liittyivät nimenomaan perhehoidon semiformaaliin asemaan kuntien palveluissa. Toisaalta samaan asemaan liittyivät myös perhehoidon positiiviset puolet: perhehoitajat kokivat voivansa antaa asukkailleen kiireetöntä ja laadukasta hoivaa ja voivansa toimia ”hyvän hoitajan” tavoin. Hyvän hoitajan tavoin toimiminen oli tosin emotionaalisesti raskasta perhehoitotyön sitovuuden takia. Tutkimusten tulosten perusteella ikääntyneiden perhehoidon kehittämisessä tulisi sen säästöpotentiaalin sijaan kiinnittää huomiota perhehoitajien yhdenvertaisuuteen, tukipalveluihin ja mahdollisuuksiin viettää vapaa-aikaa.

Avainsanat: ikääntyneiden perhehoito, hoiva, kotiuttaminen, semiformaaali

Tekijän osoite Emilia Leinonen
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
emilia.a.leinonen@jyu.fi

Ohjaajat Professori Teppo Kröger
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
teppo.kroger@jyu.fi

Dosentti, Akatemiatutkija Mia Tammelin
Työelämän tutkimuskeskus
Tampereen yliopisto
mia.tammelin@tuni.fi

Esitarkastajat Professori Liisa Häikiö
Tampereen yliopisto

Dosentti Kirsi Lumme-Sandt
Tampereen yliopisto

Vastaväittäjä Professori Liisa Häikiö
Tampereen yliopisto

ESIPUHE

Tämän väitöskirjan tekoa on ollut rahoittamassa ja mahdollistamassa Jyväskylän yliopiston Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Suomen Akatemian rahoittama Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huippuyksikkö sekä Olvi-säätiö. Kiitokset näille tahtoille! Lisäksi haluan kiittää tutkimukseeni osallistuneita henkilöitä antamastanne ajasta.

Tätä väitöskirjaa ei olisi olemassa ilman professori Teppo Krögeriä – suurimmat kiitokset Teppo luottamuksesta, mukaanotosta ja mukanaolosta, kaikesta! Samoin toinen ohjaajani, akatemiaturkija Mia Tammelin ansaitsee kauneimmat kiitokseni. Mia, et arvaakaan miten suuri merkitys niillä lähettämilläsi ”mitä sulle kuuluu” -viesteillä onkaan ollut. Kiitos teille molemmille, kun olette lukeneet ja kommentoineet kirjoittamiani artikkelinalkuja ja -loppuja, sillä ilman teidän osuvia huomioitanne niitä tuskin olisi julkaistu missään. Arvostan teitä todella paljon ja olen ylpeä siitä, että olen saanut teidät ohjaajikseni.

Kiitokset kuuluvat myös väitöskirjani esitarkastajille, dosentti Kirsi Lumme-Sandtille ja professori Liisa Häikiölle erinomaisista kommenteista ja kriittisistä huomioista, jotka veivät väitöskirjaani parempaan suuntaan. Kiitän lämpimästi professori Liisa Häikiötä siitä, että suostuit vastaväittäjäkseni.

Yliopistopolullani olen saanut kuulua useaan joukkoon. Ensin haluan kiittää professori emerita Marja Järvelää siitä, että otit minut harjoittelijaksi yhteiskuntapolitiikan oppiaineeseen, sillä ilman tätä kokemusta tuskin olisin päätenyt tohtorikoulutettavaksi. Kiitos YFI-laitoksen välle yhteisistä vuosista. Olen tuntenut oloni aina tervetulleeksi, vaikka viime vuosina käyntini laitoksella ovatkin rajoittuneet lähinnä kiireisiin piipahduksiin. Kiitokset kollegoille eri puolilla Suomea ja maailmaa seminaareista ja arvokkaista kohtaamisista. Erityisesti haluan kiittää kaikkia hurmaavia huipparilaisia lukuisista yhteisistä tapahtumista, kokouksista, lounaista ja keskusteluista. Tampereen junailijat, Outi ja Lina: kiitos aamukahvihetkestä, yhteisistä matkoista, kokemuksista ja kirpputoreiluista. Kiitokset professori Sirpa Wredelle ja koko Helsingin porukalle siitä, että otitte minut mukaan yhteisöönne. Erityiskiitoksen ansaitsevat Snellmaninkadun ihmiset, jotka ovat kärsivällisesti kuunnelleet tutkimukseen liittyviä tuskailujani ja huonoja vitsejäni. Kiitos vertaistuesta Nasta, Veera, Antero, Antti, Salla, Henna ja Joonas varsinkin tässä väitöstyön loppuvaiheessa, se on ollut korvaamatonta (ja hauskaa!) Viimeinen iltanuotio on enää edessä.

Yliopistolta löysin myös kaksi muuta yhteisöä, joita haluan kiittää. Kiitos Hippirinki ja Helsingin ihmiset ystävydestänne, yhteisistä juhlista ja seikkailuista sekä ihan vain siitä, että olette olemassa. Samoin kiitokset Raisalle ja Lotalle, olette minulle arvokkaita. Ylistönmäen kukkulalla, tuon kuuluisan Mordorin laella, tapasin rakkaan puolisoni Martin – kiitos sinulle menneestä, nykyisestä ja tulevasta.

Yliopistopolulleni on ollut johdattamassa liuta erinomaisia opettajia: kiitos teille kaikille opeista ja kannustuksesta. Äidilleni ja isälleni olen paljosta velkaa. Kiitos kaikesta tuesta ja turvasta kaikkien näiden vuosien aikana. Kiitos veljet,

kummit ja isotäti Saara! Kiitokseni kuuluvat myös edesmenneelle Eevamummolleni, jolla oli ehtymätön varasto tilanteeseen kuin tilanteeseen sopivia (ja sopimattomia) sanontoja. Olen varma, että tässä tapauksessa hän olisi käyttänyt tätä: "Kyllä nyt on juhlallista ja koomillista". Näin koronakevään aikana tämä on toiminut muistutuksena siitä, että tärkeintä on muistaa myös iloita. Nyt on sen aika!

Helsingissä 9.6.2020

Emilia Leinonen

KUVIOT

Kuvio 1	Vanhuspalveluiden piirissä olevien yli 75-vuotiaiden lukumäärä vuonna 2018.....	22
Kuvio 2	Perhehoidossa olleet ikääntyneet sekä perhekotien lukumäärä 1994-2018..	24
Kuvio 3	Temaattisen sisällönanalyysin prosessikuvio	49

TAULUKOT

Taulukko 1	Hoivan ja hoivatyön muodot: formaali, semiformaali, informaali	33
Taulukko 2	Haastateltavien taustatiedot.....	47
Taulukko 3	Artikkeleiden tutkimuskysymykset, analyyttiset työkalut, aineistot ja metodit.....	50
Taulukko 4	Perhehoidon representaatio, oletukset ja hiljaisuudet	55
Taulukko 5	Yksilöllisen, yhteisöllisen ja yhteiskunnallisen tason resurssien vaikutukset perhehoidon jännitteisiin ja voimavaroihin.....	57
Taulukko 6	Perhekotien julkisen ja yksityisen väliset fyysiset, temporaaliset ja psykologiset rajat	59
Taulukko 7	Aikatyö, toimijuus, aikahorisontti.....	61

LIST OF ORIGINAL ARTICLES

- I Leinonen, E. 2017. Jotain uutta, jotain vanhaa, jotain lainattua - ikääntyneiden perhehoito Suomessa. *Gerontologia* 31(3), 210-24.
- II Leinonen, E. 2018. Tensions and resilience - the experiences of adult foster care workers in Finland. *International Journal of Care and Caring* 2(2), 181-196.
- III Leinonen, E. 2020. Caring in space: the boundaries between public and private spaces in Finnish adult foster care homes. *Ageing & Society*, 1-18.
- IV Leinonen, E. 2020. Time to care? Temporal variations of agency of the Finnish adult foster carers. *Journal of Aging Studies* 52.

SISÄLLYS

ABSTRACT

ESIPUHE

KUVIOT JA TAULUKOT

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	13
2	IKÄÄNTYNEIDEN PERHEHOITO OSANA HOIVAPOLITIIKKAA	18
	2.1 Hoivaa ja hoivatyötä	18
	2.2 Hoivapolitiikan kehityskulkuja	20
	2.3 Ikääntyneiden perhehoidon määritelmä ja nykytila	23
	2.4 Perhehoidon asukkaat.....	25
	2.5 Perhehoitajat.....	26
3	JULKISEN JA YKSITYISEN RAJALLA.....	29
	3.1 Hoiva kotiutuu.....	29
	3.2 Semiformaali hoiva.....	32
	3.3 Resilienssi hoivatyössä.....	34
	3.4 Hoivan paikat ja tilat	36
	3.5 Hoivan aika.....	38
	3.6 Yhteenveto	39
4	AINEISTO JA MENETELMÄT	41
	4.1 Metodologiset lähtökohdat ja tutkijapositio	42
	4.2 Asiakirja-aineisto ja WPR-metodi	43
	4.3 Haastatteluaineisto ja temaattinen sisällönanalyysi.....	45
	4.4 Analyysin vaiheet	50
5	TULOKSET ALKUPERÄISARTIKKELEISTA	54
	5.1 Perhehoidon kehittämisen lähtökohdat ja tavoitteet.....	54
	5.2 Perhehoidon jännitteet ja voimavarat.....	56
	5.3 Hoivan tilat, paikat ja rajat	58
	5.4 Hoivan aika: temporaalinen toimijuus	61
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	64
7	LOPUKSI	68
	ENGLISH SUMMARY	70
	LÄHTEET	73

1 JOHDANTO

Tämän väitöskirjan tutkimuskohteena on toimeksiantosopimukseen perustuva ikääntyneiden perhehoito, joka on uusvanha ikääntyneiden asumisen ja hoivan järjestämisen muoto. Tarkastelen väitöskirjassani ikääntyneiden perhehoitoa poliittisten asiakirjojen ja perhehoitajien haastatteluiden kautta, joiden avulla analysoin perhehoitoa hoivapoliittisena ilmiönä ja hoivatyönä.

Tutkimukseni lähtökohdat perustuvat viime vuosikymmeninä ikääntyneiden hoivapolitiikassa tapahtuneisiin muutoksiin, joista ensimmäinen liittyy hoivavastuiden jakoon. Suomessa omaisilla ei ole lakisääteistä velvollisuutta hoitaa iäkkäitä omaisiaan, vaan vastuu riittävien sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä on kunnilla (Suomen perustuslaki, 731/1999; Anttonen & Sointu, 2006; Julkunen, 2006). Tästä huolimatta viime vuosikymmenten aikana entistä suurempi vastuu hoivasta on siirtynyt läheisille – esimerkiksi omaishoidon tuesta on tullut yksi merkittävä tapa järjestää ikääntyneiden ihmisten hoivaa (Kröger ym., 2003; Ungerson, 2005; Zechner, 2017). Tämän taustalla on erityisesti julkisen laitospäisen hoidon leikkaukset ja ympärivuorokautisen hoivan kattavuuden vähentyminen (Mielikäinen & Kuronen, 2019). Myös kotihoitoon on kohdistunut leikkauksia, mikä on johtanut siihen, että käytännössä vain ne henkilöt, joilla on suurin hoivatarve, saavat tarvitsemaansa apua. Osa ikääntyneistä kokee jopa hoivaköyhyyttä (Kröger & Leinonen, 2012; Kröger ym., 2019).

Toinen tutkimukseni lähtökohta liittyy kodin ensisijaisuuden painottamiseen. Suomalaista hoivapolitiikkaa on erityisesti 2000-luvulla ohjannut voimakkaasti ajatus kodista parhaana paikkana ikääntyneen ihmisen hoivalle (Anttonen & Karsio, 2016). Tätä ajatusta kutsutaan ”paikallaan ikääntymisen politiikaksi” (*ageing-in-place*, Davey ym., 2004; Means, 2007). Hyvän ikääntymisen ja palveluiden parantamisen laatusuosituksen julkilausuttuna tarkoituksena on ollut kunnioittaa ikääntyneiden oikeutta ja halua asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään kotitalveluiden tuella, mutta samalla hillitä sosiaalipalveluiden menojen kasvua (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi, 2013; Ympäristöministeriö, 2013). Niin sanotun vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä

iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, 980/2012) mukaan iäkkään ihmisen pitkäaikainen hoito on toteutettava ensisijaisesti kotiin annettavilla palveluilla.

Paikallaan ikääntymisen politiikkaa on tutkimuksissa arvosteltu kodin idealisoinnista. Koti voi muuttua sosiaalisesti marginalisoivaksi ja turvattomuuden tunnetta luovaksi, erityisesti silloin, kun ikääntyneen henkilön toimintakyky heikkenee (Heywood ym. 2002; Savikko ym. 2006; Kalliomaa-Puha, 2007; Niemelä, 2007). Myös yksinäisyys on monen ikääntyneen ongelma (Uotila, 2011; Tiilikainen, 2016). Osin tästä syystä kiinnostus uusien, innovatiivisten asumis- ja hoivavaihtoehtojen luomiseen on lisääntynyt myös Suomessa. Erityisesti tämä kiinnostus on kohdistunut sellaisiin vaihtoehtoihin, joiden avulla voidaan joustavasti vastata erilaisiin asumis- ja hoivatarpeisiin, ja joiden lähtökohtana on yhteisöllisyyden luominen (Välikangas, 2009; Hynynen, 2015; Jolanki ym. 2017). Tällaisia asumisvaihtoehtoja ovat esimerkiksi erilaiset ikääntyneiden asukkaiden itse perustamat ja hallinnoimat asumisyhteisöt, kuten Helsingin Loppukiri, seniorikorttelit ja -kylät sekä kimppa-asumisratkaisut (Jolanki ym. 2017), mutta myös ikääntyneiden perhehoito. Ikääntyneiden perhehoidolla tarkoitetaan sitä, että ikääntynyt muuttaa perhehoitajan luokse asumaan ja saa siellä tarvitsemaansa apua ja hoivaa (Perhehoitolaki, 263/2015). Perhehoitoliiton mukaan perhehoito sopii sellaiselle ikääntyneelle, joka tuntee itsensä yksinäiseksi ja turvattomaksi omassa kodissaan, tarvitsee apua, mutta ei ole vielä esimerkiksi palveluasumisen tai laitoshoidon tarpeessa (Perhehoitoliitto, 2019a).

Tutkimukseni tavoitteena on tuottaa uutta tietoa ikääntyneiden perhehoidosta. Tutkimuksessani olen tarkastellut perhehoitoon liittyvää lainsäädäntöä sekä analysoinut perhehoitajien haastatteluaineistoa. Olen kiinnostunut perhehoidon kehittämisen perusteista, perhehoitajien kokemuksista, heidän hoivatyöhönsä liittyvästä ajankäytöstään sekä perhekodeista erityisinä hoivan paikkoina. Ennen kaikkea olen kiinnostunut siitä, mihin ikääntyneiden perhehoito sijoittuu formaalin ja informaalin hoivan välissä.

Informaalilla hoivalla tarkoitetaan yleensä sääntelemätöntä omaisten tai läheisten antamaa hoivaa, kun taas formaalia hoivaa säätelee lainsäädäntö ja erilaiset sopimukset. Formaalia hoivaa on esimerkiksi työsopimukseen perustuva ansiotyö julkisella sektorilla (Anttonen & Sointu, 2006; Zechner, 2010). Informaalin ja formaalin hoivan lisäksi analysoin perhehoitoa yksityisen ja julkisen tilan, perheen ja työn sekä yksityisen ja julkisen ajan välisellä rajalla. Olen kiinnostunut hoivan järjestämisen moninaistumisesta ja informaalin ja formaalin välisten rajojen hämärtymisestä, joiden taustalla vaikuttavat kodin ensisijaisuuden painottaminen, muutokset hoivavastuissa, ympärivuorokautisen hoivan kattavuuden väheneminen, julkisen talouden säästöpaineeet sekä lisääntynyt kiinnostus yhteisöllisiin asumisratkaisuihin. Pfau-Effingerin ym. (2009; myös Geissler & Pfau-Effinger, 2005) mukaan nämä kehityskulut ovat johtaneet siihen, että osa hoivasta on muuttunut semiformaaliksi hoivaksi, jossa julkinen sektori tukee yhä enemmän kotona tehtävää hoivatyötä maksamalla siitä palkkion sekä määrittelemällä hoivaa lainsäädännön keinoin. Selkein esimerkki tästä on omaishoidontuki. Tässä väitöskirjassa osoitan, että myös ikääntyneiden pitkäaikainen perhehoito on osa tätä muutosta. Analysoin ikääntyneiden pitkä-

aikaista perhehoitoa yhtäältä kotiin sijoittuvana hoivapalveluna ja toisaalta semiformaalina hoivatyönä, joka sijoittuu formaalin ja informaalisen hoivan väliin.

Kiinnostukseni tutkia ikääntyneiden perhehoitoa lähti ennen kaikkea tiedon puutteesta, sillä Suomessa siitä ei ole juurikaan tehty tutkimusta. Viime vuosikymmenen aikana on ilmestynyt kyllä jonkin verran opinnäytetöitä (ks. esim. Nevalainen, 2007; Toivanen, 2010; Bradter, 2012; Repo, 2015; Hesanto & Merkkiniemi, 2018) ja muutama selvitys (Raitanen, 2016; Jolanki ym., 2017; Leppäaho ym., 2019), mutta tämä tutkimus on ensimmäinen väitöskirjatasolla aihetta tarkasteleva tutkimus. Ikääntyneiden perhehoidosta kuulin ensimmäistä kertaa vuonna 2014, jolloin uuden perhehoitolain säätäminen oli juuri käynnissä. Seuraavana vuonna pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelmassa ikääntyneiden perhehoito nostettiin yhdeksi kehittämiskohteeksi omaishoidon rinnalle, mikä viimeistään varmisti päätökseni valita perhehoito väitöskirjani aiheeksi. Valitsin lähtökohdakseni kysymyksen siitä, mitä ikääntyneiden perhehoito oikeastaan on ja miksi sitä halutaan kehittää valtakunnallisella tasolla.

Samainen tiedon puute, joka oli motivoinut minua tämän projektin alussa, muodostui osittain myös haittatekijäksi. Kuten Tammelin ja Ilmarinen (2013) kirjoittavat, perhehoidon status näyttäisi olevan ammattimaisen yritystoiminnan, kotona tapahtuvan vapaaehtoistyön ja omaishoidon välitilassa. Olen siten väitöskirjani aikana joutunut luovimaan omaishoitoon, kotihoitoon ja laitoshoittoon liittyvän tutkimuskirjallisuuden välissä – toisaalta tämäkin välimuotoisuus kuvaa hyvin ikääntyneiden perhehoitoa ja sen kompleksista työn, ajan, tilan ja hoivan määrittelyn kenttää, kuten myöhemmin tulen tässä yhteenvedossa osoittamaan.

Väitöskirjani ensisijaisena tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa ikääntyneiden pitkäaikaisesta perhehoidosta ja perhehoitajien työstä. Tarkastelen perhehoitoa siten kahdella tasolla: mikrotasolla eli arjen kokemuksina sekä laajemmalla yhteiskunta- ja hoivapoliittisella tasolla. Tutkimusta kodin piiriin sijoittuvasta hoivasta on tehty aiemmin niin omaishoivan (ks. esim. Zechner, 2010; Sointu, 2016) kuin virallisen hoivatyön näkökulmista (ks. esim. Twigg, 1999; Dyck ym., 2005). Tutkimukseni on lähtenyt halusta ymmärtää ja tuoda näkyviin perhehoidon arkea; sitä, millaisissa ajallisissa ja tilallisissa paikoissa tätä hoivatyötä tehdään ja millaisilla ehdoilla. Vaikka ikääntyneiden perhehoito on vielä varsin marginaalinen hoiva muoto, on sitä kohtaan selvästi kasvavaa kiinnostusta, mikä näkyy muun muassa perhehoidossa olevien ikääntyneiden määrän sekä hoitopäivien määrän kasvussa (Sotkanet 2019, ks. kuvio 1). Tutkimukseni tuottaa siten tietoa myös kunnalliseen päätöksentekoon.

Väitöskirjani koostuu neljästä artikkelista ja tästä yhteenvedosta. Jokainen väitöskirjani artikkeli on itsenäinen tutkimus omine analyttisine työkaluineen. Kuitenkin koko väitöskirjaani kirjoitusprosessia on ohjannut edellä mainitsemani ajatus perhehoidon välimuotoisuudesta: se on ikään kuin puolivirallista hoivaa, joka ei ole työtä ja jota tehdään yksityisessä kodissa. Kaikissa neljässä artikkelissa tämä välimuotoisuus on läsnä, joko konkreettisine tiloine tai sosiaalisina, aikaan tai työhön liittyvinä haasteina. Artikkelini perustuvat kahdentoista perhehoitajan haastatteluihin, tutkimuspäiväkirjaan, lyhyeen kyselyyn sekä

valtionhallinnon asiakirjoihin, joiden kautta olen analysoinut perhehoidon läh-
tökohtia, perhehoitoa hoivatyönä, perhekoteja sekä perhehoitajien ajallista
orientaatiota. Väitöskirjani päätutkimuskysymys on: Mihin perhehoito sijoittuu
formaalin ja informaalin hoivan välissä?

Väitöskirjani osatutkimuskysymykset ovat:

1. Miksi suomalaisessa hoivapolitiikassa on haluttu kehittää ikääntynei-
den perhehoitoa?
2. Millaisia haasteita perhehoitajat kohtaavat työssään ja miten he selviä-
vät niistä?
3. Millaisia rajanvetoja perhekoteissa tehdään yksityisten ja julkisten tilo-
jen välillä?
4. Miten perhehoitajien ajalliset orientaatiot vaikuttavat heidän hoivatyö-
hönsä?

Käsittelen ensimmäistä osatutkimuskysymystä artikkelissa 1 (Leinonen, 2017),
jossa analysoin ikääntyneiden perhehoitoon liittyviä valtionhallinnon asiakirjo-
ja, kuten lakitekstejä ja eduskunnan täysistunnoissa käytyjä keskusteluja. Ana-
lysoin, millaisin poliittisin perustein perhehoitoa halutaan kehittää, millaisiin
oletuksiin sen kehittäminen perustuu ja millaisiin ongelmiin sen toivotaan vas-
taavan. Kuten Bureau ym. (2016) kirjoittavat, ideoiden ja oletusten vaikutusta
politiikkamuutoksiin vanhuspalveluissa ei ole juuri tutkittu. Ideoilla ja oletuk-
sissa tarkoitetaan ajatuksia siitä, miten asiat ovat tai miten niiden tulisi olla –
normatiiviset oletukset vaikuttavat siten siihen, millaisia ideoita ylipäättään
voidaan esittää (Bacchi, 2009). Toiseen tutkimuskysymykseen puolestaan vas-
taan artikkelissa 2 (Leinonen, 2018), jossa tarkastelen perhehoitajien kokemia
haasteita perhehoitotyössä sekä niitä syitä, jotka auttavat perhehoitajia jatka-
maan työssään eli perhehoitajien resilienssiä. Resilienssi-käsitteen avulla analy-
soin, millaisia yksilöllisiä, yhteisöllisiä ja yhteiskunnallisia resursseja perhehoi-
tajilla on käytössään. Kolmatta tutkimuskysymystä käsittelen artikkelissa 3
(Leinonen, 2020a), jossa tarkastelen perhekotien julkisia ja yksityisiä tiloja, mut-
ta myös niiden välisiä rajoja. Analyysi keskittyy siihen, millaisia rajanvetoja
perhehoitajat tekevät yksityisen ja julkisen tilan välille paikassa, joka ei ole puh-
taasti yksityinen koti, vaan semiformaalinen hoivan paikka. Neljäs tutkimuskysy-
mys perhehoitajien ajallisesta orientaatiosta suhteessa heidän hoivatyöhönsä
jatkaa kolmannen tutkimuskysymyksen ajatusta yksityisestä ja julkisesta rajan-
vedosta: artikkelissa 4 (Leinonen, 2020b) analysoin perhehoitajien aikaan liitty-
viä keinoja vaikuttaa työhönsä, heidän ajallista orientaatiotaan hoivatyöhön
sekä heidän mahdollisuuksiaan taukoihin, omaan aikaan ja vapaa-aikaan.

Seuraavassa luvussa täsmennän ensin tässä tutkimuksessa käyttämiäni
käsitteitä. Luvussa käyn läpi suomalaisen hoivapolitiikan kehityskulkuja sekä

ikäntyneiden perhehoidon historiaa, perhehoitoon liittyvää lainsäädäntöä ja perhehoidon toimintaperiaatteita pääpiirteissään. Tämän jälkeen esittelen tutkimukseni teoreettisen viitekehyksen hoivan kotiuttamisesta ja hoivan semi-formalisoitumisesta. Kolmannessa luvussa käsittelen lisäksi julkisen ja yksityisen sekoittumista hoivan tiloissa ja ajassa sekä sitä, miten tämä sekoittuminen vaikuttaa hoivatyöhön. Neljännessä luvussa esittelen käyttämäni aineistot ja metodit ja pohdin tutkimukseni eettisiä kysymyksiä. Viidennessä luvussa käyn läpi erillisartikkeleideni keskeiset tulokset ja kuudennessa luvussa esittelen väitöskirjani keskeisimmät johtopäätökset. Lopuksi arvioin tutkimukseni tuloksia suhteessa aiempaan tutkimuskirjallisuuteen, suhteessa toisiinsa sekä suhteutan ne teoreettiseen viitekehykseeni sekä arvioin tutkimukseni luotettavuutta. Väitöskirjani osallistuu yhteiskuntapoliittiseen, sosiologiseen ja sosiaaligerontologiseen keskusteluun ikääntymiseen liittyvästä hoivapolitiikasta, hoivatyöstä, hoivan tilasta ja hoivan ajasta. Ennen kaikkea sen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa vähän tutkitusta perhehoidosta.

2 IKÄÄNTYNEIDEN PERHEHOITO OSANA HOIVAPOLITIIKKAA

Tämän luvun alussa tarkennan tutkimuksessa käyttämiäni käsitteitä. Sen jälkeen käsittelen lyhyesti suomalaisen hoivapolitiikan kehityskulkuja, joiden kautta hahmotan perhehoidon paikkaa osana suomalaista hoivapolitiikkaa. Hoivapolitiikan käsitteellä tarkoitan julkisen vallan harjoittamaa politiikkaa, johon sisältyy lainsäädäntö, linjaukset, rahalliset etuudet ja palvelujärjestelmä (Anttonen, 2009). Lisäksi käyn luvussa läpi ikääntyneiden perhehoidon historiaa, lainsäädäntöä ja nykytilaa sekä kuvaan perhehoitajan ja perhehoidossa olevan asukkaan asemaa lainsäädännön, tutkimuskirjallisuuden ja tilastotietojen näkökulmasta.

2.1 Hoivaa ja hoivatyötä

Hoivan määrittely ei ole yhdentekevää, sillä erilaiset määrittelyt ja rajanvedot vaikuttavat siihen, miten hoiva ymmärretään ja miten sitä ohjataan ja muokataan poliittisessa päätöksenteossa (Hoppania ym., 2016). Yleisesti hoiva ajatellaan palkatuksi tai palkattomaksi työksi, joka samalla myös määrittää sosiaalisia suhteita ja inhimillistä kanssakäymistä (Anttonen & Zechner, 2009). Hoiva nähdään myös välittämisenä, rakkautena, huolenpitona ja vastaanottamisena (Waerness, 1984; Fisher & Tronto, 1990; Ahosola, 2018). Tässä tutkimuksessa ymmärrän elämän suhteisena, mikä on keskeistä myös hoivaetiikan tutkimuksen perinteessä (Tronto, 1993; Sevenhuijsen, 1998). Vaikka ymmärrän hoivan suhteisena, en näe sitä pelkästään kahden ihmisen välisenä suhteena, vaan suhteena muun muassa tilaan, aikaan, sosiaalipolitiikkaan ja lainsäädäntöön. Hoiva on siten mielestäni päivittäistä sosiaalisten, emotionaalisten, psyykkisten ja fyysisten tarpeiden tyydyttämistä, joka on palkattua tai palkatonta työtä riippuen poliittisista valinnoista, yhteiskunnan kulttuurisista uskomuksista ja sukupuoli-rakenteesta (Knijn & Kremer, 1997).

Käytän tässä tutkimuksessa sekä perhehoidon että hoivatyön käsitteitä. Perhehoidon käsitettä käytän yksinkertaisesti siitä syystä, että lainsäädännössä se nimenomaan määritellään perhehoidoksi. Hoivatyön käsitteellä sen sijaan pyrin laajentamaan perhehoidon käsitettä terveydenhoidollisesta hoitotoimenpiteestä kokonaisvaltaisemmaksi käsitteeksi, jolla otan huomioon myös inhimillisiin sidoksiin ja kokemuksiin liittyvät merkitykset. Ennen kaikkea hoivatyön käsitteellä voidaan purkaa hoivan luonnollisuutta ja korostaa esimerkiksi kodeissa tehtävän palkattoman hoivan taloudellisesta merkitystä (Näre, 2012). Perhehoitoa ei lainsäädännöllisesti määritellä työksi ja siksi esimerkiksi Perhehoitoliitto kutsuu sitä 'tehtäväksi' (Perhehoitoliitto, 2019b). Perhehoito on nähdäkseni kuitenkin hoivatyötä, jonka kutsuminen pelkäsi tehtäväksi ei tavoita perhehoidossa annettavan hoivan vastuukysymyksiä ja vuorovaikutuksen luonnetta eli hoivarationaliteettia (Waerness, 1984).

Ikääntyneiden perhehoito voidaan järjestää osa-aikaisena, lyhytaikaisena tai pitkäaikaisena hoivana. Olen rajannut tutkimukseni koskemaan vain ikääntyneiden pitkäaikaista perhehoitoa, sillä se eroaa niin merkittäväällä tavalla kahdesta muusta, osa-aikaisesta ja lyhytaikaisesta, perhehoidon muodosta. Osa-aikaista ja lyhytaikaista perhehoitoa käytetään pitkälti omaishoitajien vapaiden järjestämiseen, mikä tarkoittaa sitä, että ikääntyneellä on edelleen oma koti, johon palata hoitajakson jälkeen. Pitkäaikaisessa perhehoidossa tämä tilanne kuitenkin muuttuu, sillä ikääntyneet luopuvat kodeistaan ja muuttavat pysyvästi perhehoitajan luokse asumaan. Myös perhehoitajan kannalta tilanne on pitkäaikaisessa perhehoidossa varsin erilainen osa- ja lyhytaikaiseen perhehoitoon verrattuna: perhehoitajalla on osa- ja lyhytaikaisessa perhehoidossa yleensä lukuisia hoidettavia, joiden hoitajaksojen pituudet vaihtelevat muutamasta tunnista viikkoon. Tämä mahdollistaa muun muassa sen, että perhehoitajalla on enemmän mahdollisuuksia järjestää itselleen vapaita jaksoja kuin pitkäaikaisessa perhehoidossa.

Ikääntyneiden pitkäaikainen perhehoito voidaan järjestää joko niin, että kunta tekee toimeksiantosopimuksen perhehoitajan kanssa tai ostaa perhehoitopalvelua ammatillisesta perhekodista. Olen tässä tutkimuksessa keskittynyt ainoastaan toimeksiantosopimussuhteiseen perhehoitoon juuri sen erityisluonteen takia. Toimeksiantosopimussuhde ei nimittäin ole työsuhde eikä toimeksiantosopimuksella toimiva perhehoitaja ole yrittäjä, vaikka perhehoito sisältääkin yrittäjyyteen liittyviä piirteitä, kuten kysymykset vastuusta, asiakkuuksista, valvonnasta, muistiinpanovelvollisuudesta ja suunnitelmallisuudesta (Tammelin & Ilmarinen, 2013). Puhuessani perhehoidossa olevista ikääntyneistä käytän heistä sanaa 'asukas'. Pääsääntöisesti perhehoitajat käyttivät tekemissäni haastatteluissa asukkaidensa nimiä, mutta viitatessaan yleisesti perhekodissa asuviin henkilöihin, he käyttivät hyvin erilaisia termejä. He puhuivat 'senioreista', 'vanhuksista', 'meidän mummoista', 'asiakkaista', 'asukkaista', jopa 'perheenjäsenistä'. Päädyin sanaan 'asukas', koska se on mielestäni kaikkein neutraalein termi. Kuvatessani perhehoidon kontekstia, eli suomalaista vanhuspalvelujärjestelmää ja sen kehittymistä, puhun hoivapolitiikasta. Tällä tarkoitan julkisen vallan, eli valtion ja kuntien, harjoittamaa politiikkaa, joka tulee näky-

väksi erilaisissa hoivaan liittyvissä etuuksissa, palveluissa ja lainsäädännössä (Anttonen 2009, 55).

Tutkimuksessani on lisäksi kaksi keskeistä käsiteparia: formaali-informaali, jolla viitataan palkkatyöhön perustuvaan hoivaan ja omaishoivaan, sekä julkinen-yksityinen, jolla tarkoitan julkista ja yksityistä tilaa sekä julkista ja yksityistä aikaa. Sen sijaan julkisen ja yksityisen sektorin, siis valtion, kuntien ja markkinoiden, välinen tarkastelu jää tämän tutkimuksen ulkopuolelle, sillä, kuten edellä mainitsin, keskityn tutkimuksessa ainoastaan toimeksiantosopimussuhteiseen perhehoitoon. Tarkastelen perhehoitoa julkisena palveluna, jonka kunta järjestää ja jota kunta valvoo, mutta jonka toteuttaa puoliammattillinen perhehoitaja yksityisen kodin piirissä. Tutkimuksessani keskeistä on siten mikro- ja makrotason analysoinnin yhdistäminen, sillä kuten Julkunen (2006a) kirjoittaa, hoivatrendien ymmärtäminen edellyttää sekä järjestelmien että arjen tutkimusta, sillä arki realisoi ja testaa näitä luotuja järjestelmiä.

2.2 Hoivapolitiikan kehityskulkuja

Suomalaisen hyvinvointivaltion kehitys lähti varsinaisesti käyntiin toisen maailmansodan jälkeen. Tätä ennen niiden ihmisten sosiaalinen turva, joilla ei ollut perheen tai suvun turvaa, oli koostunut lähinnä kunnallisesta vaivais- ja köyhäinhoidosta (Kröger, 1997). Eriytymättömästä köyhäinhoidosta siirryttiin hitaasti erikoistuneisiin instituutioihin ja ammatteihin, sairaaloihin, mielisairaloihin ja lastenkoteihin. Vuoden 1922 köyhäinholitolain avulla pyrittiin yhtenäistämään kuntien kirjavia käytäntöjä, mutta muuten valtiollisen hoivapolitiikan kehitys oli hidasta. Käytännössä sosiaalipolitiikkaa kehitettiin ja toteutettiin kunnissa. Vasta 1960–70-luvuilla alkoi varsinaisten valtion ohjaamien hyvinvointipalveluiden aika, jolloin esimerkiksi kunnalliskodit muutettiin vanhainkodeiksi. Samaan aikaan aikuisten lasten velvollisuus elättää vanhempiaan poistettiin lainsäädännöstä, mikä heijastelee ajatusta yksilön vapaudesta ja riippumattomuudesta perheestään (Rauhala, 1996; Anttonen, 2009; Hoppania ym., 2016). Vuoden 1966 kotipalvelulaissa kotipalveluiden kattavuutta laajennettiin. Valtio alkoi ohjata kunnallisia sosiaalipalveluita erityisesti 1970-luvulla, jolloin palveluiden kehittämistä ajoi ennen kaikkea ajatus universalismista. Kuitenkin 1980-luvun vanhushoivapolitiikan suurta linjaa erityisesti kotipalveluiden osalta voidaan kuvata ilmaisulla ”vähän kaikille”, sillä huolimatta laajemmasta kattavuudesta, varsinaisen palvelun sisältö oli vaatimaton (Kröger, 2011b; Anttonen, 2009).

Vuoden 1993 valtionosuusjärjestelmän uudistamiseen asti kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon hallinto oli vahvasti valtion ohjauksessa ja toiminta järjestettiin sektoreittain (Rauhala, 2001; Heinämäki, 2012). Vasta 1990-luvun puolivälissä yksityisen sektorin osuus hoivaan liittyvistä palveluista alkoi kasvaa. Tutkijat ovat kutsuneet tätä julkisen sektorin markkinoistumiseksi tai markkinoistamiseksi (Meagher & Szebehely, 2013; Karsio & Tynkkynen, 2017; Mathew Puthenparambil, 2019). Suomessa erityisesti vuoden 1993 valtion-

osuusjärjestelmän uudistus vähensi merkittävästi valtion sääätelyä ja ohjausta (Rauhala, 2001). Samalla valtio osin luopui kuntien ohjaamisesta yhtenäisen palvelujärjestelmän rakentamisen osalta (Kröger, 1997). 1990-luvun laman jälkeisen suunnanmuutoksen aikana markkinoiden aluetta laajennettiin ja julkisten menojen kasvu haluttiin pysäyttää (Julkunen, 2001). Julkispalveluita alettiin ulkoistaa ja kilpailuttaa, tuotanto ja tilaaminen eriytettiin toisistaan ja julkisen sektorin toimintaa ylipäättään alkoi ohjata markkinaperiaatteet (Anttonen ym., 2012) sekä menojen kasvun hillitseminen (Kröger, 2019). 2000-luvun hoivaa on määritellyt julkisen ja yksityisen sekoittuminen, jossa palvelut ovat muuttuneet yhä enemmän hybrideiksi (Evers, 2005; Olin & Dunér, 2019). Kuten Tikkanen (2016) kirjoittaa, Suomen vanhuspalveluissa on siirrytty julkisen ja yksityisen, eli palkattoman hoivatyön, julkisen rahoituksen ja julkisen ja yksityisen palvelun, yhteensovittamiseen.

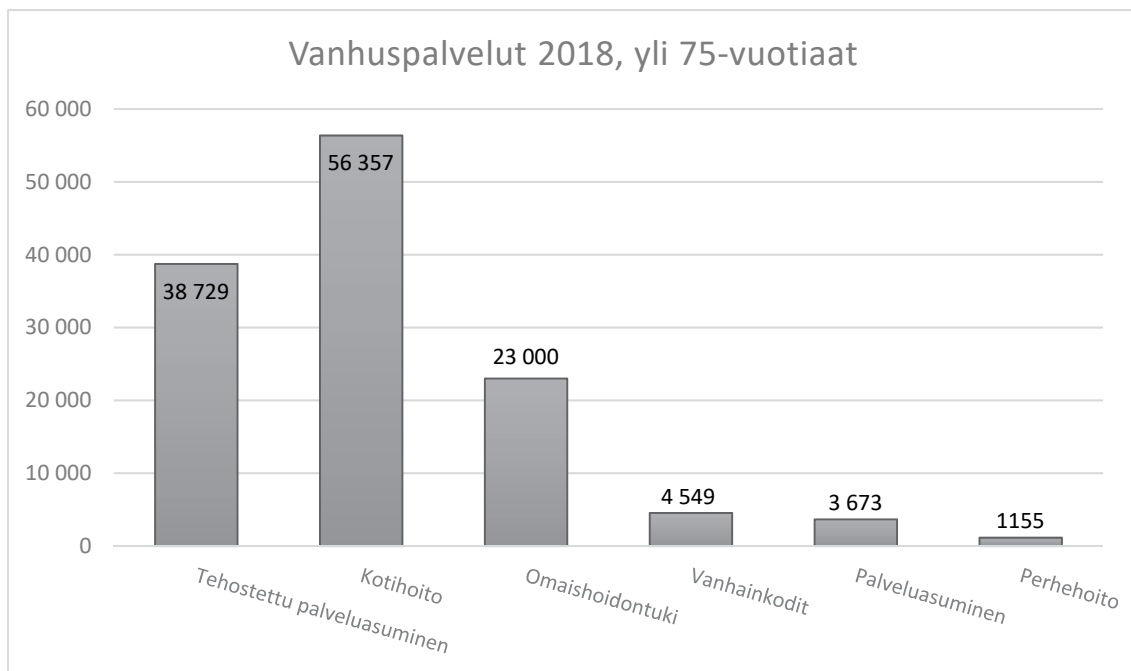
Ikääntyneiden palvelut muodostuvat nykyisin kotihoidosta, tavallisesta ja tehostetusta palveluasumisesta, vanhainkotihoitosta, omaishoidontuesta sekä vielä jossain määrin terveyskeskusten vuodeosastohoidosta (Karsio & Anttonen, 2013; Noro ym., 2014). Ikääntyneiden hoivapolitiikkaa ohjaa laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) eli niin kutsuttu vanhuspalvelulaki. Suomalaisen hoivapolitiikan tavoitteena on ollut vähentää laitoshoidoa ja lisätä kotona asumisen tukemista. Tavoitteena on ollut, että noin 91–92 prosenttia yli 75-vuotiaista asuu kotona, viisi-kuusi prosenttia palveluasumisen piirissä ja kolme prosenttia vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013; 2017). Tämä tavoite saavutettiin vuonna 2015 (Kröger ym., 2019). Vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettavien ikääntyneiden osuus on laskenut samalla kun tehostetun palveluasumisen käyttö on jatkuvasti lisääntynyt (Arajärvi ym. 2018), mutta peittävyys heikentynyt (Mielikäinen & Kuronen, 2019). Samalla kotihoidon kattavuus on 1990-luvulta alkaen laskenut merkittävästi, mikä on johtanut siihen, että käytännössä vain ne ikääntyneet, joilla on eniten hoivatarpeita, saavat tarvitsemaansa hoivaa (Kröger & Leinonen, 2012; Karsio & Anttonen, 2013; Noro ym., 2014, 23; Kröger ym., 2019).

Lukumäärällisesti 2010-luvun lopun vanhustenhoidon palveluiden tilanne on seuraavanlainen (ks. kuvio 1). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen seuranta-aviikolla toukokuussa vuonna 2018 vanhuspalveluiden piirissä oli yhteensä 98 900 ikääntynyttä, joista 56 prosenttia oli kotihoidossa ja 44 prosenttia ympärivuorokautisessa hoidossa (sis. tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito, terveyskeskusten vuodeosastohoito) (Mielikäinen & Kuronen, 2019). Vuoden 2018 lopussa 75 vuotta täyttäneitä oli yhteensä 511 969 (Tilastokeskus, 2019). Vuoden 2018 lopussa vanhainkodeissa asui hieman yli 4 500 yli 75-vuotiasta (peittävyys alle 1 prosenttia kaikista 75 vuotta täyttäneistä), tehostetussa palveluasumisessa hieman yli 38 700 (peittävyys 7,6 %) ja tavallisessa palveluasumisessa lähes 3 700 (peittävyys 0,7 %) 75 vuotta täyttänyttä henkilöä. Säännöllistä kotihoitoa sai yli 56 000 (peittävyys 11 %) yli 75-vuotiasta. Perhehoidossa oli vuoden 2018 lopussa 1 155 yli 65-vuotiasta asukasta. Terveyskeskusten vuode-

osastolla hoidettiin 990 yli 65-vuotiasta henkilöä, joten tässä suhteessa ikääntyneiden perhehoito on ylittänyt terveystieteiden vuodeosastohoidossa olevien ikääntyneiden lukumäärän.

Yli 75-vuotiaita hoitavia, omaishoidon tuen piirissä olevia henkilöitä oli yhteensä noin 23 000 (Kehusmaa & Erhola, 2018). On kuitenkin huomioitava, että näihin lukumääriin eivät sisälly kaikki apua ja hoivaa tarvitsevat ikääntyneet. Erityisesti omaishoidettavia on todellisuudessa paljon enemmän (Arajärvi ym. 2018; Kehusmaa & Erhola, 2018). On arvioitu, että omaishoitajia on Suomessa 350 000 (Muistiliitto, 2019) ja epävirallisia, usein läheisiään auttavia henkilöitä 1,2 miljoonaa (Vilkko ym. 2014). Kaikki ikääntyneet eivät myöskään saa tarvitsemaansa apua tai hoivaa: lähes viidennes kotona asuvista tarvitsisi nykyistä enemmän apua päivittäisissä toiminnoissa, kuten peseytymisessä ja syömisessä (Kröger ym. 2019).

Kuvio 1 Vanhuspalveluiden piirissä olevien yli 75-vuotiaiden lukumäärä vuonna 2018¹.
Lähde: Arajärvi ym., 2018; Kehusmaa & Erhola, 2018



¹ Perhehoidon osalta lukumäärä sisältää yli 65-vuotiaat, sillä ikäryhmien mukaan jaoteltua tilastoa ei ole saatavilla.

2.3 Ikääntyneiden perhehoidon määritelmä ja nykytila

Perhehoito on kunnan tai kuntayhtymän järjestämää sosiaalipalvelua (Hakkarainen ym., 2014). Perhehoitoon voidaan sijoittaa niin lapsia, vammaisia kuin ikääntyneitäkin. Suomessa lasten sijaishuolto pyritään järjestämään ensisijaisesti sijaisperheissä eli perhehoidossa (Lastensuojelulaki 417/2007). Lasten perhehoito on ollut kiinteä osa lastensuojelujärjestelmää jo 1930-luvulta alkaen (Hämäläinen, 2007). Ikääntyneiden perhehoito puolestaan on ollut yksi asumis- ja hoivapalveluvaihtoehto kunnissa eri puolilla Suomea jo yli 30 vuotta, mutta vasta viime vuosina kiinnostus sen kehittämiseen on laajentunut valtakunnan tasolle, selkeimpänä merkinä tästä vuoden 2015 perhehoitolain säätäminen (Perhehoitolaki 263/2015). Lisäksi pääministeri Sipilän hallituksen hallitusohjelman tavoitteena oli lisätä perhehoito osaksi vanhuspalvelulain pitkäaikaisen hoidon toteuttamista ohjaavia periaatteita, eli käytännössä lisätä ja tukea perhehoitoon siirtymistä. Tätä kehittämistyötä tuettiin myös taloudellisesti, noin 10–20 miljoonalla eurolla vuosittain vuoteen 2020 saakka. Lisäksi hallituksen tavoitteena oli nostaa perhehoidossa hoidettavien ikääntyneiden määrä 1455 henkilöön vuoteen 2020 mennessä (Pääministeri Sipilän hallitusohjelma, 2015). Tilastojen mukaan näyttäisi siltä, että tämä tavoite saattaa täytyä.

Ketolan (2008) mukaan Suomessa ikääntyneiden perhehoidon kehittämistä ovat jarruttaneet sen historialliset juuret, jotka liittyvät 1800- ja 1900-luvun alun kunnalliseen köyhäinhuoltoon ja sen järjestämisen tapaan eli huutolaisuuteen. Huutolaisjärjestelmässä ikääntynyt, vammainen tai sairas ihminen, joka ei voinut enää huolehtia itsestään, ”myytiin” sille, joka pyysi heidän huolehtimisestaan pienimmän summan. Suhtautuminen perhehoitoon näyttäisi edelleenkin olevan jännitteinen: yhtäältä sitä pidetään hyvinvointia ja yhteisöllisyyttä luovana asumis- ja hoivamuotona (Havukainen & Kaisto, 2008; Perhehoitoliitto, 2015; Repo, 2015); toisaalta taas nimenomaan paluuna huutolaisaikaan. Kritiikki on kohdistunut erityisesti siihen, että perhehoidossa sosiaalipolitiikka piiloutuu yksityiseen sfääriin, vieraan ihmisen kotiin (Koskiahho, 2013).

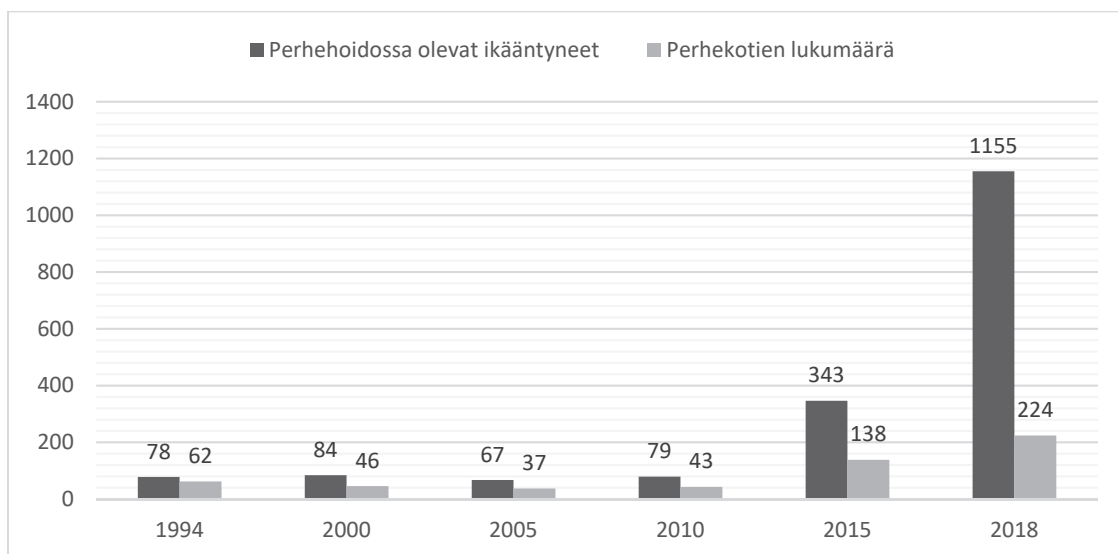
Nykyisin ikääntyneiden pitkäaikaisella perhehoidolla tarkoitetaan sitä, että ikääntynyt muuttaa perhehoitajan kotiin asumaan. Perhehoito voidaan toteuttaa lyhytaikaisena, osa-aikaisena tai pitkäaikaisena perhehoitona. Lyhyt- ja osa-aikaista perhehoitoa voidaan käyttää esimerkiksi omaishoitajan vapaapäivien järjestämiseen, jolloin ikääntynyt tulee perhehoitajan kotiin muutamaksi päiväksi. Joissakin kunnissa perhehoito järjestetään niin, että perhehoitoa annetaan ikääntyneen kotiin, jolloin kiertävä perhehoitaja käy kotihoidon tapaan ikääntyneen kotona. Perhehoito on avohoitoa, joka voidaan järjestää kunnan ja perhehoitajan välisenä toimeksiantosopimuksena. Perhehoitoa tarjoavat myös yksityisiin sosiaalipalveluihin lukeutuvat ammatilliset perhekodit, joiden valvontaan sovelletaan lakia yksityisistä sosiaalipalveluista. Tässä tutkimuksessa keskityn kuitenkin vain toimeksiantosuhteiseen perhehoitoon, jonka valvonnasta vastaa sijoituksen tehnyt kunta. (Hakkarainen ym., 2014; Perhehoitolaki

263/2015 2§; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015; Laki perhehoitolain muuttamisesta 510/2016.)

Viimeisimmän tilastotiedon mukaan toimeksiantosopimussuhteisessa perhehoidossa hoidettiin vuonna 2018 yhteensä 1155 ikääntynyttä, jotka asuivat 224 perhekodissa ympäri Suomen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän Omais- ja perhehoidon kyselyn (THL, 2019) mukaan vuonna 2017 perhehoidossa hoidetuista ikääntyneistä kolme neljäsosaa oli lyhytaikaisessa tai osavuorokautisessa hoidossa. Perhehoidon kehityksessä on selvästi nähtävissä vuoden 2015 lakimuutoksen vaikutus sekä Sipilän hallituksen taloudelliset panostukset perhehoitoon (ks. kuvio 2). Myös Perhehoitoliitto on tehnyt laajaa valtakunnallista tiedottamistyötä perhehoidosta. Tästä huolimatta ikääntyneiden perhehoito on edelleen hyvin pienimuotoinen hoivamuoto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän selvityksen mukaan vuonna 2017 vain vajaassa puolessa (45 %) kyselyyn vastanneista kunnista (n=163) oli tarjolla perhehoitoa. Päätoimisia perhehoitajia oli yhteensä 273, joista noin kaksikolmasosaa toimi perhekodeissa ja kolmasosa kiertävänä perhehoitajana. Kuntien mukaan merkittävin syy sille, ettei perhehoito ole yleistynyt, on perhehoitajien heikko saatavuus (Leppäaho ym., 2019).

Näyttäisikin siltä, että perhehoitajien määrä ei ole lisääntynyt samassa suhteessa perhehoidossa olevien ikääntyneiden kanssa. Kuviosta 2 on nähtävissä, että vielä vuonna 2015 yhdessä kodissa hoidettiin keskimäärin 2,5 ikääntynyttä, mutta vuonna 2018 yhdessä kodissa hoidettavien lukumäärä oli noussut jo yli viiteen ikääntyneeseen. Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että yhä useampi perhehoitaja toimii lyhytaikaisena perhehoitajana, jolloin hoidettavien yhteenlaskettu määrä saattaa olla hyvinkin suuri.

Kuvio 2 Perhehoidossa olleet ikääntyneet sekä perhekotien lukumäärä 1994–2018. Lähde: Sotkanet, 2019.



Perhehoidon valtakunnallisista kokonaiskustannuksista ei ole toistaiseksi saatavilla tietoa. On arvioitu, että ikääntyneiden perhehoidon vuorokausikustannus olisi sama kuin 2–3 kotihoitokäynnin vuorokausikustannus (Koinsaari & Rautio, 2018). Hallituksen esityksessä perhehoitolain muuttamiseksi (HE 86/2016) arvioidaan perhehoidon säästöpotentiaaliksi peräti 30 miljoonaa euroa vuoteen 2020 mennessä. Tavoitteena oli korvata kalliimpi hoito omais- ja perhehoidolla ja siten saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä. Hallituksen esityksessä tämä säästöpotentiaali on laskettu sillä oletuksella, että mikäli perhehoitoa ei olisi, 90 prosenttia hoidosta korvattaisiin tehostetulla palveluasumisella ja 10 prosenttia tehostetulla kotihoidolla (HE 86/2016). Tämä on erikoinen oletus, koska perhehoidossa ei lähtökohtaisesti tulisi hoitaa sellaisia ikääntyneitä, joilla on tarvetta tehostettuun palveluasumiseen.

Perhehoitoa koordinoidaan yleisesti alueellisena yhteistyönä, esimerkiksi maakunnan tasolla, mutta tässäkin esiintyy vaihtelua. Alueellisena yhteistyönä järjestetyssä perhehoidossa on yleensä kuntien työntekijöistä muodostettu perhehoidon ohjausryhmä, joka ohjaa perhehoidon alueellista toteutumista. Käytännön koordinoimisesta vastaa yleensä perhehoidon koordinaattori, joka vastaa muun muassa perhehoitajien rekrytoinnista, valvonnasta, sopimuksista ja sijaisjärjestelyistä. Kussakin kunnassa saattaa lisäksi olla erillinen perhehoidon kuntavastaava. Kuntien perhehoitoa ohjaa kunta- tai aluekohtainen perhehoidon toimintaohje, jossa määritellään vastuut, työtehtävät, asiakasmaksut ja muut perhehoitoon liittyvät asiat (Hakkarainen ym., 2018). Perhekodin valvonta on sijoittajakunnan vastuulla, ei sen kunnan vastuulla, jossa perhekoti sijaitsee. Toimeksiantosopimussuhteinen perhehoito ei kuulu valvontalain piiriin (HE 256/2014). Perhehoitajalla on velvollisuus ilmoittaa sijoituksen tehneen kunnan vastuutyöntekijälle kaikista perhehoidossa tapahtuneista muutoksista. Sijoituskunnalla on puolestaan oikeus tarkastaa perhekodin toiminta ja tilat, jos siihen on perusteltu syy (Perhehoitolaki 263/2015). Perhehoitajalla on oikeus irtisanoa toimeksiantosopimus kahden kuukauden irtisanomisajalla. Toimeksiantosopimus voidaan myös purkaa, mikäli kyse on puutteellisesta perhehoidosta.

2.4 Perhehoidon asukkaat

Perhehoitoliiton mukaan perhehoito sopii sellaiselle ikääntyneelle, joka kokee itsensä yksinäiseksi tai turvattomaksi omassa kodissaan ja jolla on jo hoivatarpeita, mutta hänen avuntarpeensa eivät ole niin laajoja, että hän tarvitsisi esimerkiksi tehostettua palveluasumista. Perhehoitoon sijoitettavalla ikääntyneellä tulisi olla vielä toimintakykyä jäljellä, säännöllinen vuorokausirytmä sekä enintään keskivaikea muistisairaus (Volk & Laukkanen, 2010; Hakkarainen ym., 2014.) Tietoa siitä, miten hyvin nämä kriteerit toteutuvat perhehoidossa, ei toistaiseksi ole saatavilla, mutta Kuukkanen ym. (2015) ovat arvioineet, että lähes jokaisella perhehoitoon sijoitettavalla ikääntyneellä olisi jokin muistisairaus. Kussakin kunnassa palveluohjaajat määrittelevät palvelutarpeenarvioinnissa,

tarjotaanko ikääntyneelle perhehoitoa vai ei. Mikäli perhehoitoa päädytään tarjoamaan, ikääntyneelle tehdään yhteistyössä hänen ja hänen omaisensa tai edunvalvojansa kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa määritellään myös muut palvelut, joita ikääntynyt tarvitsee perhehoidon lisäksi. Koska perhehoito on avohoitoa, on ikääntyneellä oikeus saada esimerkiksi kotisairaanhoidoa (Hakkarainen ym. 2018).

Tavallisimmin ikääntynyt maksaa perhehoidosta pitkäaikaisen laitoshoidon maksun, joka on 85 prosenttia ikääntyneen tuloista. Kuitenkin joissakin kunnissa maksu on tehostetun palveluasumisen maksun suuruinen tai jollain muulla perusteella määräytyvä summa. Lääke- ja lääkärikulut eivät sisälly tähän summaan yli kolmasosassa kunnista, vaikka asukkaat maksavat pitkäaikaisen laitoshoidon maksun. Maksujen kirjavuus onkin ongelmallista yhdenvertaisuuden kannalta jo siitä syystä, että periaatteessa perhehoidossa olevien ei tulisi olla ympärivuorokautisen hoivan tarpeessa eikä siten myöskään maksaa ympärivuorokautisen hoidon hintaa (Leppäaho ym., 2019).

Perhehoitoon ei saisi sijoittaa hoidollisesti vaativaa, aggressiivisesti tai muulla tavalla haasteellisesti käyttäytyvää ikääntynyttä. Yhdessä perhekodissa voidaan hoitaa korkeintaan neljää ikääntynyttä, mikäli perhehoitajia on vain yksi, eikä hänellä ole esimerkiksi lähihoitajan koulutusta. Mikäli perhehoitajia on kaksi, joista toisella on esimerkiksi hoitajan tai lähihoitajan koulutus, perhekodissa voidaan hoitaa enintään kuutta ikääntynyttä. Näihin enimmäismääriin lasketaan myös muut mahdolliset huollettavat, kuten perhehoitajan alaikäiset lapset. Lukumääristä voidaan poiketa vain siinä tapauksessa, että se on hoidettavien edun mukaista. (Perhehoitolaki 263/2015; Hakkarainen ym., 2018.)

2.5 Perhehoitajat

Ennen perhehoidon aloittamista perhehoitajan on käytävä pakollinen, noin kahdeksanviikkoinen ennakkovalmennuskurssi. Kunta tai kuntayhtymä arvioi, onko perhehoitaja henkilökohtaisten ominaisuuksiensa, kokemuksensa tai koulutuksensa puolesta sopiva antamaan perhehoitoa. Perhehoitolain mukaan kunnan on myös varmistettava, että perhekoti on tiloiltaan sopiva hoivan ja hoidon antamiseen. Lisäksi huomiota on kiinnitettävä perhekodin ihmissuhteisiin muun muassa siitä näkökulmasta, voiko perhehoitoon sijoitettava henkilö saada tasavertaisen aseman muihin perhekodin jäseniin nähden. (Perhehoitolaki 263/2015; Hakkarainen ym. 2018.) Perhehoitaja ei voi olla sijoitettavan henkilön sukulainen.

Toimeksiantosopimuksellisuus tarkoittaa perhehoitajan kannalta sitä, ettei perhehoitoa katsota varsinaiseksi työsuhteeksi eikä myöskään yrittäjyydeksi, vaan sitä kutsutaan tehtäväksi. Tällä on vaikutusta muun muassa perhehoitajien sosiaali- ja eläketurvaan. Perhehoitajien eläke karttuu hoivapalkkiosta ja he voivat myös ottaa eläkevakuutuksen. Lisäksi perhehoitajat on vakuutettu työtapaturman varalta. Työttömyysturvan osalta ongelmallista on se, ettei perhehoito kerrytä työssäoloehtoa. Perhehoitaja ei voi myöskään liittyä työttömyys-

kassaan. Työttömyysturvajärjestelmässä perhehoitajan tehtävä saatetaan kuitenkin tulkita yrittäjyydeksi tai työllistymiseksi omassa työssä. Käytännössä TE-toimisto ratkaisee tapauskohtaisesti, onko perhehoitaja oikeutettu työttömyysetuuteen vai ei (Perhehoitoliitto, 2019b).

Vuonna 2016 perhehoitolakia muutettiin niin, että perhehoitajille taattiin hyvinvointi- ja terveystarkastukset vähintään joka toinen vuosi (Hakkarainen ym., 2018; Perhehoitolaki 263/2015; STM 2016; Laki perhehoitolain muuttamisesta 510/2016). Perhehoitajat eivät saa varsinaista lomaa, mutta perhehoitolaki takaa heille vähintään kaksi vapaapäivää kuukaudessa, joiden aikana perhehoito järjestetään esimerkiksi kiertävän perhehoitajan avulla tai kunnan osoittamassa hoitopaikassa. Kunnat voivat myöntää myös useamman vapaapäivän kuukaudessa. Pääasiassa sijaishoito järjestetään joko toisessa perhekodissa tai toisen perhehoitajan tekemänä (THL, 2019).

Perhehoitajalle maksetaan kuukausittainen veronalainen hoitopalkkio, joka vuonna 2020 on vähintään 816,21 euroa yhtä hoidettavaa ikääntynyttä kohden. Hoitopalkkion määrään vaikuttaa perhehoitoon tulevan ikääntyneen hoitoisuus. Palkkion suuruudesta sovitaan toimeksiantosopimuksessa tapauskohtaisesti; palkkioluokkia on yhteensä kolme. Hoitopalkkio tarkistetaan vuosittain työntekijän eläkelain palkkakertoimella ja se on veronalaista tuloa. Hoitopalkkion lisäksi perhehoitaja saa kuukausittaisen, todellisten kustannusten mukaisen kulukorvauksen, johon kuuluvat esimerkiksi ruokakulut. Vuonna 2020 kulukorvaus on vähintään 423,31 euroa. Perhehoidon aloitusvaiheessa perhehoitajalle voidaan myös maksaa käynnistämiskorvaus, jota voidaan käyttää tarvittaaviin kodin muutostöihin kuten luiskien ja tukikahvojen asentamiseen. Vuonna 2020 tämän korvauksen enimmäismäärä on 3006,24 euroa. Kulukorvauksen ja käynnistämiskorvauksen määrä tarkistetaan vuosittain elinkustannusindeksin mukaisesti (STM, 2019; Hakkarainen ym., 2018). Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän selvityksen (Leppäaho ym., 2019) mukaan perhehoitajat saivat hoitopalkkiota yhtä ikääntynyttä kohden keskimäärin hieman yli 1000 euroa kuukaudessa.

Perhehoitajien tekemästä hoivatyöstä tiedetään varsin vähän. Maa- ja kotitalousnaisten keskuksen *Perhehoito - apu vanhuksille ja mahdollisuus maaseudulle* -hankkeen loppuraporttia (2012) varten haastateltiin 11 lyhyt- ja pitkäaikaista perhehoitoa tekevää perhehoitajaa eri puolilta Suomea. Kyseisessä raportissa nousivat esiin kokemukset palkkion riittämättömyydestä suhteessa perhehoitajan kokemus- ja koulutustaustaan, mutta myös suhteessa asiakkaiden vaativuuteen ja työn sitovuuteen. Lisäksi vastuu sijaisen hankkimisesta oli pääsääntöisesti perhehoitajalla. Kyseisessä hankkeessa haastatellut perhehoitajat olivat kuitenkin pääsääntöisesti tyytyväisiä työhönsä. Kaakkois-Suomessa tehdyn *Perhehoito mahdollisuus maaseudulle* -hankkeen esiselvitysraportissa (Raitanen, 2016) puolestaan haastateltiin 39 ennakkovalmennuksen käyntyttä perhehoitajaa, joista vain seitsemällä oli voimassa oleva toimeksiantosopimus kunnan kanssa. Tämä johtui ennen kaikkea siitä, että asiakkaita ei ollut. Näissä raporteissa pääpaino ei ole kuitenkaan ollut pitkäaikaisessa perhehoidossa.

Myös kansainvälisesti perhehoidosta on hyvin vähän tutkittua tietoa. Suomen lisäksi ikääntyneiden perhehoitoa on olemassa ainakin Yhdysvalloissa (*adult placement, adult foster care, adult family home* Kane ym. 1991; Mollica ym. 2008; Lehning & Austin, 2010) ja Isossa-Britanniassa (*adult placement*, nykyisin *Shared Lives*, Fiedler, 2004; Brookes & Callaghan, 2014; Brookes ym., 2016; Callaghan ym., 2017). Isossa-Britanniassa perhehoito järjestetään suunnilleen samoin periaattein kuin Suomessakin, vaikka eroavaisuuksiakin on. Merkittävin poikkeus on siinä, että yksi hoitaja voi hoitaa enintään kolmea henkilöä kerrallaan, Walesissa vain kahta. Brookes ym. (2016) toteavat artikkelissaan, että perhehoidossa olevat ikääntyneet eivät todennäköisesti juurikaan tarvitse varsinaista hoitoa, vaan ovat ennemminkin kohtuullisen terveitä. Isossa-Britanniassa mallin keskeisenä tarkoituksena on tarjota ihmisille mahdollisuus elää sellaista elämää kuin he haluavat ja ottaa sijoitettu henkilö osaksi suurempaa yhteisöä. Perhehoito voi olla siten sitovuudeltaan hyvin eri tasoista: kevyimmillään perhehoitajat ovat eräänlaisia tukihenkilöitä, joiden kanssa avun tarvitsija voi käydä esimerkiksi kampaajalla (Brown, 2015; Jolanki ym. 2017; Shared Lives Plus, 2020a).

Yhdysvalloissa sen sijaan perhehoidon määrittely ja hoidettavien enimmäismäärät vaihtelevat osavaltioista toiseen: joissakin osavaltioissa perhehoito on lähellä vanhainkotihoitoa, toisissa taas enemmänkin yhteisöasumista (Lehning & Austin, 2010; Paying for Senior Care, 2019). Määrittelyn sekavuudesta kertoo myös perhehoitoa kuvaavien käsitteiden kirjo: perhehoitoa kutsutaan ainakin nimillä *adult placement, adult foster care, domiciliary care* ja *elderly foster care* ja perhekoteja nimillä *adult family home, board and care home, residential care home* ja *personal care home* (Washington ym., 2011; Howell, 2020). Tyypillisesti perhekodin omistaja on kuitenkin yksityinen henkilö, joka asuu perhekodissa, mutta jolla ei ole sosiaali- tai terveystalouden koulutusta (Nyman ym., 1997). Perhehoitaja tarjoaa henkilökohtaista apua (*personal assistance*) tai hoivaa (*personal care*) ja pitää huolta kotitaloudesta, siivouksesta ja ruoanlaitosta (Hedrick ym. 2003).

Kaiken kaikkiaan kansainvälinen tutkimus näyttäisi olevan vain muutama tutkimusryhmän varassa. Osin tätä varmasti selittää mallin marginaalisuus ja sitä kautta sen heikko tunnettuus, erityisesti ikääntyneiden hoivan järjestämisen muotona. Varsinkin Isossa-Britanniassa perhehoitomalli näyttäisi vastaavan enemmän tukiperhetoimintaa kuin varsinaista hoivaa. Tästä kertoo sekin, että Englannissa perhehoidossa olleita ikääntyneitä oli vuonna 2017 vain alle 3000 (Shared Lives Plus, 2020b).

3 JULKISEN JA YKSITYISEN RAJALLA

Tässä luvussa esittelen tutkimukseni keskeiset teoreettiset lähtökohdat ja käsitteet, joiden avulla analysoin ikääntyneiden perhehoitoa ja perhehoitajien tekemää hoivatyötä. Lähdän liikkeelle hoivavastuiden yhteiskunnallisesta jaosta, jonka kautta käsittelen hoivan muutosta – sitä, miten ikääntyneiden hoiva on yhä enemmän kotiutunut eli keskittynyt kodin piiriin kuuluvaksi asiaksi. Tämän jälkeen määrittelen, mitä semiformaalilla hoivalla tarkoitetaan, ja esittelen hoivamuotoja, jotka pitävät hoivan kodin piirissä, mutta eivät välttämättä edellytä perheen sisäisen hoivavastuun kasvamista. Näiden käsitteiden avulla pyrin paikantamaan, millainen *malli* ikääntyneiden perhehoito on.

Tarkastelen hoivatyötä useasta eri näkökulmasta, sillä hoivaan vaikuttavat lukuisat risteävät ja yhtä aikaa läsnä olevat suhteet. Hoiva ”tapahtuu” kahden ihmisen välisessä suhteessa, mutta siihen vaikuttavat olennaisesti myös ympäröivä sosiaalipoliittinen järjestelmä, aika, tila ja yksilön käytettävissä olevat resurssit. Pyrin tässä luvussa käsitteellisesti tavoittamaan tätä hoivan monikulmaisuuutta tarkastelemalla *hoivatyötä* resilienssin, hoivan paikkojen ja hoivan ajan näkökulmista. Lisäksi olen kiinnostunut rajanvedoista, joita hoivatyössä tehdään julkisen ja yksityisen tilan ja ajan välille. Käsitteiden avulla osoitan, että ikääntyneiden perhehoito on kotiutettu semiformaali hoivamuoto, jonka väli-
muotoisuus aiheuttaa perhehoitajille ajallisia, tilallisia ja resilienssiin liittyviä ristipaineita.

3.1 Hoiva kotiutuu

Kansainvälisesti vertailevassa tutkimuskirjallisuudessa on jo kymmeniä vuosia pyritty käsitteellisesti määrittämään hoivavastuiden yhteiskunnallista jakoa eri (länsi)maissa. Esping-Andersenin (1990) kuuluisa hyvinvointivaltioiden regimi-jaottelu on inspiroinut tutkijoita, erityisesti kritiikin kautta, muokkaamaan ja käsitteellisesti jäsentämään uudelleen perheen, valtion, kolmannen sektorin ja markkinoiden välisiä suhteita. Esping-Andersenin *dekommodifikaatio*-käsite, joka

tarkoittaa yksilön mahdollisuuksia olla taloudellisesti riippumaton markkinoista, sai varsin pian käsitteellisen vastakohtaparin *defamilisaation* käsitteestä. Defamilisaatio tarkoittaa Listerin (1994) mukaan yksilön mahdollisuuksia turvautua taloudellisesti muuhun kuin perheeseensä, joko (työ)markkinoiden tai yhteiskunnan tarjoaman sosiaaliturvan kautta. Lister otti kuitenkin käsitteellään huomioon vain mahdollisuuden taloudelliseen vapauteen perheestä eikä esimerkiksi vapautta hoivavelvoitteista ja hoivavastuusta. McLaughlin ja Glendinning (1994), ja myöhemmin myös Leitner (2003), lisäsivät tämän hoivavelvoitteiden määritelmän defamilisaation käsitteeseen. Krögerin (2011a) mukaan defamilisaatio on kuitenkin käsitteellisesti sekava jo siitä syystä, että tutkimuskirjallisuudessa Listerin ja McLaughlinin ja Glendinningin määritelmät ovat usein menneet sekaisin.

Kröger (2011a) onkin esittänyt defamilisaatio-käsitteen tilalle *dedomestikaation* käsitettä, joka kuvaisi sitä, missä määrin sosiaalipolitiikka mahdollistaa yksilöiden osallistumisen yhteiskuntaan perheen ja kodin ulkopuolella. Dedomestikaatio kuvaa siis yksilön mahdollisuutta vapautua palkattomasta perheensisäisestä hoivavastuusta. Käsite pyrkii ottamaan huomioon sekä hoivanantajan että hoivansaajan: perheenjäsenen oikeuden olla antamatta hoivaa, mutta myös hoivan tarvitsijan oikeuden saada hoivaa muualta kuin perheeltään. Tällöin julkinen sektori ja markkinat vähentävät perheiden hoivavastuuta sekä mahdollistavat ihmisten osallistumisen yhteiskuntaan kodin ulkopuolella. (Knijn & Kremer, 1997; Kröger, 2011a). Suomessa vanhustenhoidon osalta kehitys näyttäisi olevan juuri päinvastainen.

Suomessa vastuu ikääntyneiden hoivasta ja huolenpidosta on lainsäädännöllisesti valtiolla ja kunnilla (Anttonen & Sointu, 2006; Julkunen, 2006a). Kuitenkin yleinen kehitys hyvinvointivaltioissa on siirtänyt vastuuta hoivan tuottamisesta yhä enemmän markkinoille, perheille ja yhteisöille (Gilbert, 2002; Jenson, 2009). Julkunen (2006) mukaan sosiaalipolitiikan tehtävä on siinä mielessä paradoksaalinen, että sen tulee tasoittaa perheiden hoivavastuisiin liittyvien resurssien eroja, mutta samalla myös tukea perheiden tekemää hoivaa. Perheitä ja muita ihmisten muodostamia verkostoja sekä yksityiskoteja pidetäänkin resursseina, joita tulisi hyödyntää entistä enemmän hoivan järjestämisessä (Kröger ym. 2003; Vilkkö, 2010; Van Aerscht, 2014). Perheiden antama hoiva ei ole uusi asia, vaan informaali apu on ja on ollut Suomessakin valtavirtaa ikääntyneiden hoivassa (Kröger, 2009; Anttonen ym. 2012). Vaikka perheillä ei ole juridista velvoitetta antaa hoivaa ikääntyneelle omaiselleen ja vaikka ikääntyneet itse turvautuvat mieluummin palveluihin kuin perheeseen hoivaa tarvitessaan (Van Aerscht, 2014), on suomalaisessa hoivapolitiikassa viime vuosikymmenen aikana pyritty motivoimaan omaisia hoivatyöhön erilaisin etuuksin ja tukipalveluin. Laitosmaisen hoivan purkamisen myötä ikääntyneiden hoiva on siirtynyt yhä enemmän informaaleihin paikkoihin, kuten kotiin sekä kodinomaisiin paikkoihin kuten palveluasumiseen (Anttonen & Karsio, 2016). Tämä on myös lisännyt omaisten tarvetta.

Suomalaisessa vanhushoivatutkimuksessa perheiden vastuun lisäämistä on kuvattu uusfamilistiseksi käänneeksi (Julkunen, 2006; Aholola, 2018). Kal-

liomaa-Puhan (2017) mukaan suomalaisen vanhushoivaan liittyy normien ja järjestelmän tasolla omaisolettama: esimerkiksi palveluiden piiriin pääsyn monimutkaisuus vaatii yleensä omaisen apua. Uusfamilistisesta käänteestä kertoo myös vuosien 2015–2019 pääministeri Juha Sipilän hallituksen kärkihanke. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoiman ”*Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa*” -kärkihankkeen yhtenä kehittämiskokonaisuutena oli omaishoidon lisäksi ikääntyneiden perhehoito. Pääministeri Sipilän hallitusohjelmassa omais- ja perhehoito olivat takuueläkkeiden tasokorotuksen ja lastensuojeluun liittyvien määrärahojen noston lisäksi ainoita kohteita, joihin allkoitiin lisäresursseja (Pääministeri Sipilän hallituksen... 2015). Perheiden hoivavastuun lisääntymistä kuvaa myös vuoden 2020 iäkkäiden ihmisten palveluiden uudistamistyöryhmän raportti. Sen mukaan palveluasumista voitaisiin uudistaa siten, että ikääntyneen ihmisen palvelut voitaisiin toteuttaa omaishoitona silloinkin, kun henkilö asuu kunnan osoittamassa palvelutalossa. Uudistusehdotusten joukossa on myös tavallisen palveluasumisen poistaminen palveluvalikosta, minkä tarkoituksena olisi edistää välimuotoisen asumisen lisääntymistä. Tehostetun palveluasumisen lisäksi ikääntyneiden palvelut koostuisivat kotihoidosta, omaishoidosta ja perhehoidosta. (Huhta & Karppanen, 2020.)

Suomalainen vanhushoivapolitiikka siis korostaa perheiden vastuuta, mutta ennen kaikkea siinä korostuu kodin ensisijaisuus hoivan järjestämisessä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012; Laatusuositus hyvän ikääntymisen ja turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013; 2017; STM 2016; Vilkkio ym. 2014; Pulkki ym. 2017; Aholola, 2018). Käynnissä olevaa muutosta kuvaisikin paremmin (de)domestikaatio -käsite, jonka olen suomentanut hoivan kotiuttamiseksi. Kuluneen vuosikymmenen aikana ikääntyneiden palveluiden kehittäminen on rakentunut nimenomaan kodin ympärille ja myös ikääntyneiden perhehoito on luonteva osa tätä jatkumoa. Kodeista on tullut sekä julkisen että yksityisen hoivan paikkoja, joissa eletään hoivan arkea, jossa työn ja vapaa-ajan erottaminen on haasteellista. Milliganin (2000) mukaan julkiset palvelut ovat jopa sulautuneet osaksi asumista ja ikääntyneiden ihmisten koteja ja näin institutionalisoineet yksityisiä tiloja. Mikäli em. uudistamistyöryhmän ehdotus palveluasumisen poistamisesta etenisi, institutionalisoisi se entisestään yksityisiä tiloja, ihmisten koteja.

Kotiuttamisen käsitteen avulla on mahdollista tarkastella, missä määrin ihmisillä on mahdollisuuksia saada hoivaa kodin ulkopuolelta, erityisesti niissä tilanteissa, joissa koti marginalisoi, eristää ja luo turvattomuutta. Kotiuttamisen käsitteellä voitaisiin siten huomioida myös ne ikääntyneet, joilla ei ole omaisia (Aholola, 2018). Missä määrin heillä on mahdollisuuksia saada hoivaa kotinsa ulkopuolelta? Domestikaatiosta tässä mielessä ovat aiemmin kirjoittaneet esimerkiksi Exley ja Allen (2007). Heidän mukaansa hyvän ”kotihoiton” ei tarvitse sijoittua yksityisen kodin piiriin, sillä esimerkiksi sosiaalisten suhteiden ylläpito saattaa olla helpompaa, mikäli ihmisillä on realistinen mahdollisuus saada hoivaa myös muualla kuin omassa kodissaan.

Perhehoidossa perheellä on merkitystä, mutta ennen kaikkea siinä korostuu kodin merkitys hoivan saamisen paikkana. Juuri tähän perhehoidon aiempi kritiikkikin on kohdistunut: esimerkiksi Koskiahon (2013) mukaan perhehoidossa sosiaalipolitiikka piiloutuu yksityiseen sfääriin, vieraan ihmisen kotiin. Ikääntyneiden perhehoito siis sekä vapauttaa perheenjäsenen hoivavastuusta että kotiuttaa ikääntyneen ihmisen hoivan perhehoitajan kotiin. Perhehoidossa hoiva pysyy siten kodin piirissä, mutta sopimuksen kautta hoivavastuu siirtyy vieraaseen perheeseen ja vieraaseen kotiin. Sopimus ei kuitenkaan anna tälle hoivasuhteelle formaalia ansiotyön statusta eikä takeita jatkuvuudesta. Hoivavastuusta tulee näin osin kodin yksityisyyteen ja ihmissuhteisiin liittyvä asia, osin julkisesti säädelty hoivapalvelu. Tämä tarkoittaa formaalin ja informaalin hybridisaatiota, hoivan muuttumista semiformaaliksi.

3.2 Semiformaali hoiva

Vanhustenhoidon muutos on siis koskenut paitsi palveluiden, hoivan ja asumisen määrällisen painopisteen siirtymistä – ja paluuta – kohti laitoshoidon vähentämistä, myös hoivavastuiden siirtymistä julkisesta sfääristä yksityiseen sfääriin, formaalista informaaliin ja näiden yhdistelmiin (Anttonen, 2009; Jolanki ym., 2013; Meagher & Szebehely, 2013). Hoivan sijoittuminen kotioloihin muuttaa käsitystä formaalin ja informaalin hoivan keskinäisestä työnjaosta (Vilkko ym. 2014). Käsittelen seuraavaksi semiformaalien hoivan määritelmää ja sitä, millaisia semiformaalien hoivan piirteitä ikääntyneiden perhehoidossa on.

Geisslerin ja Pfau-Effingerin (2005) mukaan formaalin ja informaalin hoivatyön välille on muodostunut uudenlaista hoivatyötä, jota he kutsuvat semiformaaliksi hoivaksi. Näitä kolmea hoivatyön muotoa – formaalia, informaalia ja semiformaalialia – erottaa heidän mukaansa se, missä määrin julkinen valta osallistuu hoivasuhteen määrittelyyn (ks. taulukko 1). Formaalia hoivatyötä on työsuhteinen hoiva, jota koskevat normaalit työsuhteeseen kuuluvat velvoitteet ja etuudet. Formaalia hoivaa voi tuottaa julkinen sektori, yksityinen sektori tai järjestö. Pfau-Effinger ym. (2009) laskevat formaaliksi hoivatyöksi myös ne tilanteet, joissa formaali ansiotyö ja informaali hoiva yhdistyvät. Tällainen tilanne on esimerkiksi silloin, kun vanhemmat tekevät osa-aikatyötä hoitaakseen lastaan osan päivästä kotona – tällöin formaalin määrittelyn perustana on ennen kaikkea sopimukseen perustuva ansiotyö. Informaalialia hoivaa puolestaan on esimerkiksi omaishoito, jota tehdään ilman omaishoidontukea, sekä vapaaehtoistyö, jota julkinen valta ei säätele millään tavalla. Hoiva on semiformaalialia silloin, kun se on perheenjäsenten tai sosiaalisten verkostojen antamaa mutta valtion säätelemää. Keskeinen semiformaalien hoivan piirre on se, että julkinen sektori määrittää sitä lainsäädännöllisesti ja saattaa rahoittaa sitä, mutta ei katso kyseistä hoivaa varsinaisesti ansiotyöksi (Pfau-Effinger ym. 2009; Frericks ym., 2013).

Taulukko 1 Hoivan ja hoivatyön muodot: formaali, semiformaali, informaali (muokailtu, lähde: Geissler & Pfau-Effinger, 2005)

	<i>Hoiva(työ)n muodot</i>
Formaali hoiva	Työsuhde (julkinen, yksityinen, järjestöt) Osa-aikatyö Hoitovapaa
Semiformaali hoiva	Omaishoito (tuettu) Perhehoito (toimeksiantosopimus) Henkilökohtainen budjetti
Informaali hoiva	Vapaaehtoistyö Epävirallinen työ, esimerkiksi maahanmuuttajien tekemä Epävirallinen hoiva, läheisapu, ei tuettu

Semiformaaleja hoivan muotoja on kehitetty eri puolilla Eurooppaa. Esimerkiksi hollantilainen henkilökohtainen budjetti on semiformaalia hoivaa, sillä se perustuu sopimukseen, jossa ikääntynyt itse palkkaa itselleen hoitajan (Fredricks ym., 2013). Myös omaishoidontuki on tällainen semiformaalin hoivan muoto (ks. taulukko 1), jossa julkinen sektori tukee taloudellisesti perheen sisäistä hoivaa antamalla sille virallisen ansiotyön statusta (Geissler & Pfau-Effinger, 2005; Zechner, 2017). Omaishoitoa tukemalla julkinen samalla määrittelee yksityistä: omaishoidontukeen liittyvän lainsäädännön avulla säädellään esimerkiksi omaishoitajan vapaapäivien määrää. Omaishoitosuhdetta säätelee myös kirjallinen toimeksiantosopimus (Kröger, 2009; Sointu, 2016). Krögerin (2009) mukaan omaishoidon tuki siten yhtäältä formalisoi informaalia, kun se tuo perheenjäsenten välisiin hoivasuhteisiin työsuhteen piirteitä, toisaalta informalisoi formaalia, kun kunta tuottaa osan palveluistaan ei-ammattillisena omaishoitona.

Ikääntyneiden toimeksiantosuhteinen perhehoito on omaishoidontuen ja henkilökohtaisen budjetin tapaan semiformaalia hoivaa: määriteltyä, säädeltä ja sopimukseen perustuvaa hoivaa yksityisessä kodissa, mutta ei varsinaista ansiotyötä työhön liittyvine etuuksineen. Perhehoito on ikään kuin sijaisomahoitoa, jossa vastuu hoidon laadusta on sijoituksen tehneellä kunnalla, mutta varsinaisesta hoivatyöstä vastaa ”puolivirallinen” perhehoitaja, jolta ei vaadita ennakkovalmennuskurssin suorittamista lukuun ottamatta muuta muodollista koulutusta.

Geisslerin ja Pfau-Effingerin (2005) mukaan semiformaalien hoivan muotojen syntyminen liittyy ennen kaikkea perheenjäsenten oikeuteen antaa hoivaa kodin piirissä. Toisaalta semiformaali hoiva tukee julkisen sektorin tavoitetta yhtäältä lisätä kotona tapahtuvaa hoivaa ja toisaalta vähentää vanhuspalveluiden julkisia menoja. Siten omaishoidontuki osaltaan korvaa hoivavajetta, jonka kotihoidon rakennemuutos ja laitoshoidon vähentäminen on tuottanut (Anttonen, 2009). Samaa vajetta korvaa ikääntyneiden perhehoito, mutta tämän lisäksi perhehoitoa käytetään omaishoidon jatkuvuuden tukemiseen.

Semiformaaliin ja kodin piiriin sijoittuvaan hoivaan, kuten omaishoidontukeen ja perhehoitoon, liittyy kuitenkin erilaisia riskejä säätelystä ja sopimukseen perustuvasta suhteesta huolimatta. Perhehoidossa perhehoitaja tekee sopimuksen kunnan kanssa ikääntyneen ihmisen hoidosta, saattaa ostaa ikääntyneen tarvitsemia palveluita markkinoilta ja tekee parhaassa tapauksessa yhteistyötä kirkon, oppilaitosten ja vapaaehtoisten kanssa. Siten perhehoidossa valtio, kunnat, markkinat, kolmas sektori, perhe ja yksilö kietoutuvat toisiinsa tavalla, jossa eroa julkisen ja yksityisen välillä on vaikea tehdä. Erityisen kiinnostavaa tässä on se, että julkinen ja yksityinen ovat samanaikaisesti läsnä hoivatyössä, perhekodissa ja sen sosiaalisissa suhteissa, hoivan tiloissa sekä hoivan ajassa. Käsittelen seuraavaksi näitä hoivatyöhön liittyviä ja siihen olennaisesti vaikuttavia riskejä ja resursseja tarkemmin resilienssi-käsitteen kautta.

3.3 Resilienssi hoivatyössä

Hoivatyöhön on pitkään liittynyt ajatus sen luonnollisuudesta, mikä tukee sen matalaa yhteiskunnallista statusta (Hoppania ym., 2016, 100; Tedre, 2000). Hoiva vaatii kuitenkin kehollista kohtaamista samassa paikassa ja ajassa (Twigg, 2008), joten hoivassa on siten kyse myös resursseista: materiaalisista, ajallisista tai tukiverkostoon liittyvistä resursseista, joiden määrää ja olemassaoloa määrittellään poliittisesti (Tronto, 1993). Yhteiskunnassa, työpaikoilla ja kodeissa tarjolla olevat resurssit vaikuttavat siihen, missä määrin hoivan antajat, niin ammattilaiset kuin omaishoitajatkin, voivat sanoa ”kyllä” tai ”ei” hoivan tarvitsijalle (Fischer & Tronto, 1990; Knijn & Kremer, 1997). Esimerkiksi formaalissa hoivatyössä kiire saattaa tarkoittaa sitä, ettei hoivan tarvitsijan tarpeiden täyttämiseen ole tarpeeksi aikaa (Knijn & Kremer, 1997). Informaalissa ja semiformaalissa hoivassa aikaa hoivatyöhön saattaa olla enemmän, mutta muita hoivaa tukevia resursseja ei välttämättä ole riittävästi. Esimerkiksi nostamista helpottavia apuvälineitä ei välttämättä ole ollenkaan. Semiformaalissa hoivassa on myös formaalista hoivasta poiketen erilaisia sosiaalisia riskejä, kuten tehtävästä maksetun korvauksen alhainen taso, vähäinen sosiaaliturva sekä vapaa-ajan vähyys. Myös sopimussuhde itsessään saattaa sisältää sosiaalisia riskejä riippuen siitä, onko kyseessä hoidettavan ja hoitajan välinen sopimus, kuten esimerkiksi henkilökohtaisessa budjetissa, vai hoitajan ja julkisen sektorin välinen sopimussuhde, kuten perhehoidossa (Kalliomaa-Puha, 2007).

Olen tässä tutkimuksessa käsitellyt näitä hoivatyöhön liittyviä riskejä ja resursseja resilienssi-käsitteen avulla. Resilienssi-käsitettä on käytetty aikaisemmassa tutkimuksessa esimerkiksi johtamisessa (Berkes ym. 2000) ja kestävän kehityksen tutkimuksessa (Walker ym. 2004), mutta viime vuosina resilienssistä on puhuttu yhä enemmän myös hoivan tutkimuksessa. Käsitteen voisi suomentaa tarkoittamaan joustavuutta, sopeutumista tai selviytymistä. Tutkimuksessani olen käyttänyt Windlen (2011) määritelmää resilienssistä, joka hänen mukaansa tarkoittaa vastoinkäymisestä tai kuormittavasta tilanteesta

selviytymistä neuvotteluun, hallintaan tai sopeutumiseen perustuvan prosessin avulla.

Se, että henkilö on resilientti, ei tarkoita sitä, ettei kyseinen henkilö olisi koskaan kokenut traumaattista tai stressaavaa tilannetta: asia on itse asiassa päinvastainen. Resilienssi tarkoittaa nimenomaan yksilön mahdollisuuksia selviytyä haastavista tai kuormittavista tilanteista, jotka voivat olla luonteeltaan jatkuvia tai toistuvia (Rutter, 2012). Resilienssi-käsitettä on kritisoitu voimakkaasti, sillä sen on katsottu vahvistavan uusliberalistista käsitystä siitä, että jokainen yksilö on henkilökohtaisesti vastuussa hyvinvoinnistaan (Evans & Reid, 2014). Resilienssi ymmärretään kuitenkin nykyisin elämänkulkuun liittyvänä prosessina, johon vaikuttavat yksilön kokemusten lisäksi erityisesti yksilön sosiaaliset resurssit ja ympäristön resurssit (Windle, 2011; Rutter, 2012; Ungar ym. 2013; Robertson ym., 2015). Nykyisin resilienssi ymmärretään myös pärjäämisena tai kohtalaisuutena eikä niinkään kukoistuksena tai erinomaisuutena (Windle, 2011; Windle & Bennett, 2012). Resilienssi ei siis ole kyky tai ominaisuus, joka joillakin ihmisillä on syntyessään, vaan se on prosessi, jota voidaan vahvistaa muun muassa sosiaalipolitiikalla.

Windlen (2011) mukaan resilienssi koostuu kolmesta komponentista: vastoinikäymisestä, resursseista, jotka ehkäisevät vastoinikäymisen vaikutuksia sekä sopeutumisesta negatiivisiin seurauksiin tai näiden välttämistä kokonaan. Resilienssiä vahvistavia resursseja on kolmella eri tasolla: yhteiskunnallisella, yhteisöllisellä ja yksilöllisellä tasolla. Yhteiskunnallinen taso sisältää sosiaalipolitiikan, tukipalvelut, naapuruston, talouden sekä sosiaali- ja terveystaloudet. Yhteisötason resursseja ovat sosiaalinen tuki, yhteenkuuluvuuden tunne, osallisuus ja asuminen, kun taas yksilöllisen tason resurssit sisältävät ihmisen psyykkiset ja biologiset resurssit, sukupuolen, iän, terveyskäyttäytymisen sekä materiaaliset resurssit.

Hoivatyössä resilienssiä vahvistavia resursseja ovat siten esimerkiksi hoivatyöntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet, kokemus, koulutus ja sosiaaliset suhteet, mutta myös formaalin tukijärjestelmän merkitys on suuri. Hoivatyön moninaiset riskit ja jännitteet vaativat hoivan tekijöiltä paljon. Esimerkiksi omaishoitajien kohdalla heidän sosiaaliset kontaktinsa ovat monesti vähentyneet, ja informaatiota esimerkiksi palveluista on vaikea saada (Bee ym., 2009; Brodaty & Donkin, 2009; Washington ym., 2011), kun taas formaalissa hoivatyössä tehokkuusvaatimukset, työpaineet, asiakasmäärät, väkivallan uhka sekä fyysinen ja psyykinen rasitus ovat lisääntyneet (Kröger ym. 2009; Trydegård, 2012; Hirvonen, 2014; Kröger ym., 2018; Olakivi, 2018).

Perhehoidossa formaali tukijärjestelmä käsittää käytännössä sosiaali- ja terveystaloudet, eläke- ja sosiaaliturvan, tukipalvelut kuten työnohjauksen sekä kunnan perhehoidon yhteyshenkilön tai koordinaattorin tuen. Myös vertaistukea tarjoavaa perhehoidon mentorointijärjestelmää on kehitetty. Aikaisempien tutkimusten perusteella kunnan tarjoamien tukipalveluiden saatavuus ja hyvät sosiaaliset suhteet ja verkostot vähentävät omaishoitajien hoivatyön kuormittavuutta ja lisäävät heidän hyvinvointiaan (Wilks & Croom, 2008; Brodaty & Donkin, 2009; Cherry ym. 2013; Donnellan ym. 2015). Myös vertaistuellalla on

suuri merkitys omaishoitajien hyvinvoinnin kannalta, sillä se vähentää sosiaalisen eristäytyneisyyden ja yksinäisyyden tunteita (Dennis, 2003; Milligan, 2005; Charlesworth ym. 2011). Perhehoitajista ja heidän käytössään olevista resursseista tiedetään kuitenkin vain vähän. Millaiset tekijät lisäävät heidän hyvinvointiaan ja työssä jaksamistaan? Käsittelen perhehoitajien resilienssiä tarkemmin artikkelissa 2 ja tämän yhteenvedon luvussa 5.2.

Edellä mainittujen resurssien lisäksi hoivan paikalla ja tiloilla on suuri merkitys hoivatyön ja hoivatyöntekijöiden resilienssin kannalta. Nimenomaan koti ja sille annetut merkitykset ovat perhehoidon kohdalla mielenkiintoisia, sillä koti on myös julkilausuttu yhteiskunnallisen tason resurssi. Koti on kuitenkin paljon muutakin kuin pelkkä resurssi. Käsittelen seuraavaksi tarkemmin kotia hoivan paikkana ja sen yksityisten ja julkisten rajojen määrittelyä.

3.4 Hoivan paikat ja tilat

Gerontologisessa maantieteessä hoivan tiloja ja paikkoja on analysoitu muun muassa maantieteellisinä paikkoina (*location*), välimatkoina ja läheisyytenä (*distance, proximity*) sekä prosesseina (Wiles, 2003). Keskeistä sosiaaligerontologiselle ja gerontologisen maantieteen tila- ja paikkatutkimukselle on käsitys siitä, että tilat ja paikat eivät ole vain tapahtumien taustoja vaan pikemminkin osa sosiaalista kanssakäymistä ja hoivaa. Ne muodostavat kontekstin, jossa elämme, ja ne muokkaavat kokemustamme sosiaalisista prosesseista kuten hoivasta ja ikääntymisestä (Wiles, 2005).

Koti on olennainen osa ihmisen hyvinvointia, sillä käsitys kodista sisältää useasti ajatuksen turvallisuudesta ja yksityisyydestä (Vilkko, 2010). Se on paikka, jossa yksilö voi vapautua julkisen elämän paineista ja työelämän vaatimuksista (Bowlby ym., 1997). Koti on toimintakenttänä yksilön omassa hallinnassa olevaa tilaa, mikä asettaa ehtoja sille, miten lähipiirin ulkopuoliset voivat siellä käyttäytyä (Vilkko ym., 2014). Kun kodista tulee hoivan paikka, sen yksityisyys saattaa kyseenalaistua. Esimerkiksi kotihoidossa kodin yksityisyyden rajojen määrittäminen saattaa vaikeutua (Twigg, 1999). Fyysiset hoivatarpeet saattavat muuttaa kodin kaikkein intiimeimmät ja yksityisimmät paikat, kuten makuuhuoneet ja kylpyhuoneet, osaksi julkista hoivatyötä (Dyck ym., 2005). Perhehoidossa kysymys yksityisyydestä on monimutkainen, sillä perhekoti on samanaikaisesti perhehoitajan koti ja työpaikka, ikääntyneen asukkaan koti ja julkisen vallan valvoma hoivan paikka.

Tutkimusta kodista hoivan paikkana on paljon (esim. Twigg, 1999; Vilkko, 2000; Wiles, 2003, 2005; Angus ym., 2005; Dyck ym., 2005; Milligan, 2005; Martin-Matthews, 2007; Exley & Allen, 2007; Phillips & Martin-Matthews, 2008; Cloutier ym., 2015). Hoiva muuttaa käsitystä kodista tilana ja paikkana, sillä hoiva yleensä pakottaa muokkaamaan kodin tilat sellaisiksi, että ne sopivat hoivan antamiseen. Näiden materiaalistien muutosten lisäksi koti muuttuu myös sosiaalisesti (Wiles, 2003; Dyck ym., 2005; Exley & Allen, 2007), mikä tarkoittaa esimerkiksi ruoka-aikojen, nukkumaanmenoaikojen tai siivousrytmin

muokkaamista. Perhehoidossa keskeisiin sosiaalisiin muutoksiin kuuluvat myös uudet ihmiset: ikääntyneiden lisäksi perhehoitajat tapaavat heidän omaisiansa, sukulaisiaan ja ystäviään. Samalla perhehoitajien tulee määrittää kotinsa rajat uudelleen suhteessa näihin uusiin vierailijoihin.

Kokemus kodista – että voi nimittää jotain tiettyä paikkaa omaksi kodikseen – on merkittävä hyvinvointia lisäävä asia (Vilkko, 2010). Koti ei ole koti, jos siitä puuttuu mahdollisuus yksityisyyteen tai jos sen omistajalla ei ole valtaa määrittää kotinsa rajoja tai muokata kotiaan omannäköiseksi (Twigg, 1999). Yksityisyys viittaa myös Goffmanin (1959) ajatukseen takahuoneesta, mahdollisuuteen olla näkymättömissä muiden katseelta. Perhekodit ovat hoivan tiloina erityisiä, sillä ne eroavat esimerkiksi kotihoidosta ja laitoshoidosta merkittäväällä tavalla juuri yksityisen ja julkisen välisten rajanvetojen suhteen. Perhekodit ovat puolijulkisia tiloja, joita julkinen valta valvoo, mutta joissa kuitenkin eletään yksityisesti. Toisaalta perhekodit ovat myös yksityisiä koteja, joissa annetaan hyvin intensiivistä hoivaa, jopa saattohoitoa. Oman tilan tarve muodostuu sitä kautta merkitykselliseksi (Williams, 2001; Sointu, 2016).

Perhekodeissa yksityisen ja julkisen väliset rajanvedot ovat siten monimutkaisia, mutta eivät pelkästään fyysisten tilojen suhteen, vaan myös perheen ja työn välisten rajanvetojen kannalta (Nippert-Eng, 1996; Williams, 2001). Clarkin (2000) mukaan työn ja perheen väliset rajat voivat olla fyysisten, eli konkreettisiin tiloihin liittyvien rajojen, kuten seinien, lisäksi ajallisia ja psykologisia. Ajallisia rajoja määrittää esimerkiksi se, milloin tietyt työhön liittyvät toiminnot tehdään, kun taas psykologiset rajat ovat Clarkin mukaan enemmänkin erilaisia sääntöjä, joita yksilöiden tulisi noudattaa tietyssä paikassa tiettyyn aikaan. Fyysiset, temporaaliset ja psykologiset rajat voivat Clarkin (2000) mukaan olla heikkoja tai vahvoja; rajojen vahvuus määrittyy sen mukaan, missä määrin ne ovat joustavia ja läpäiseviä. Mikäli esimerkiksi työ liukuu jatkuvasti vapaa-ajalle, tarkoittaa se sitä, että temporaalinen raja työn ja vapaa-ajan välillä joustaa ja saattaa johtaa jopa siihen, että rajantekoa työn ja vapaa-ajan välillä on vaikea ylittää tehdä. Mikäli taas raja on vahva, tarkoittaa se sitä, että työasiat eivät liuku vapaa-ajalle vaan jäävät työpaikalle. Paikat, joissa fyysiset, temporaaliset ja psykologiset rajat työn ja perheen välillä ovat heikkoja, saattavat vaatia yksilöltä tasapainoilua keskenään ristiriidassa olevien vaatimusten kanssa.

Tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut perhehoitajien oman tilan tarpeesta sekä hoivatyön ja hoivavastuiden välisestä tasapainottelusta. Näistä keskustelen tarkemmin artikkelissa 3 ja tämän yhteenvedon luvussa 5.3. Edellä mainittuun tasapainotteluun liittyy myös ajallinen ulottuvuus muutenkin kuin rajojen määrittelyn kautta: tasapainottelu hoivan ajan, oman ajan ja perheen ajan välillä. Käsittelem hoivaan liittyvää ajankäyttöä, kehystämistä ja ajallista toimijuutta seuraavaksi.

3.5 Hoivan aika

Kuten Twigg (2000; 2008) on todennut, hoivan tarvitsijan ruumiilliset tarpeet ovat monesti ajallisesti ristiriidassa palvelutuotannon rationaalisuuden kanssa. Esimerkiksi kotihoidossa tehokkuusvaatimukset saattavat johtaa siihen, että hoivan tarvitsija joutuu peseytymään tai syömään aamupalaa itselleen täysin epärationaaliseen aikaan. Toisaalta myös hoivatyöntekijän tarpeet voivat olla ajallisesti ristiriidassa työn ja hoivan tarvitsijan vaatimusten kanssa, jos esimerkiksi kotihoidossa siirtymisiin ja ruokataukoihin ei ole riittävästi aikaa (Davies, 2001; Bowlby, 2012; Kivilehto & Ritala, 2014). Hoivatyössä pitäisikin olla aikaa sekä rutiineille että ennakoimattomien tilanteiden selvittämiseen (Andersson, 2008). Kiireen kokemukset ovat kuitenkin lisääntyneet suomalaisessa hoivatyössä samalla, kun toiminnan mahdollisuudet ovat muuttuneet (Hirvonen & Husso, 2012; Kröger ym., 2018). Kiireen kokemus saattaa siten muokata hoivatyöntekijöiden ajallista orientaatiota suhteessa hoivatyöhön (Hirvonen & Husso, 2012).

Kaikki eivät koe aikaa samalla tavalla: ajan kokemukseen vaikuttavat ihmisen persoonallisuuden lisäksi hänen elinympäristönsä sekä yhteiskunnan sosiaaliset normit ja odotukset (Adam, 1995; Southerton, 2013). Myös eri kollektiivien ja ryhmien vallitsevat ajalliset normit ovat siten aina sosiaalisesti konstruoituja (Zerubavel, 1981). Ihmisillä on kuitenkin mahdollisuuksia vaikuttaa siihen, miten he kokevat ajan, sen temmon ja kulumisen – asiat eivät siis vain tapahdu (Adam, 1995; Bandura, 2006; Hitlin & Elder, 2007). Flaherty (2003; 2011) kutsuu tätä aikatyöksi, joka on ihmisten ajallisen toimijuuden väline.

Flahertyn (2003) mukaan aikatyö muodostuu viidestä eri ulottuvuudesta, joista kutakin ihmiset pystyvät ainakin jossain määrin manipuloimaan: ajallisen kokemuksen kestosta, frekvenssistä eli tiettyjen ajallisten toimintojen toistuvuudesta, sekvenssistä eli ajallisten toimintojen järjestyksestä, tiettyjen toimintojen ajoituksesta sekä ajan allokaatiosta. Ajan allokaatiolla Flaherty tarkoittaa sitä, miten, kenelle ja mihin tarkoitukseen ihmiset voivat jakaa aikaansa. Itse ajattelen ajan allokaation perhehoidon kohdalla kahtalaisena: hoivatyöhön käytettävissä olevana aikana sekä omana aikana. Hitlinin ja Elderin (2007) mukaan kuitenkin myös ympäristöllä ja olosuhteilla on vaikutusta siihen, millä tavoin ja millaisella aikahorisontilla ihmiset voivat harjoittaa ajallista toimijuuttaan. Heidän mukaansa ihmisten ajallinen toimijuus ja ajallinen orientaatio siis vaihtelevat tilanteesta ja elämänvaiheesta riippuen. Aika on myös eriarvoista, sillä ihmisten mahdollisuudet vaikuttaa tai kontrolloida esimerkiksi omaa työaikaansa riippuvat heidän työstään, perhetilanteestaan, sukupuolestaan sekä yhteiskunnan rakenteista (Clawson & Gerstel, 2014). Ihmiset eivät ole, voi olla tai halua olla aktiivisia toimijoita kaikissa tilanteissa, sillä eri tilanteet ja rakenteet määrittelevät sen, millaisia valintoja yksilön on edes mahdollista tehdä (Fuchs, 2001; Evans, 2002; Hitlin & Elder, 2007; Jolanki, 2009).

Nämä rakenteet ja ympäristötekijät vaikuttavat siten ihmisten ajalliseen orientaatioon, siis siihen, miten he suhtautuvat aikaan. Tilanneriippuvaista toi-

mijuutta voi Hitlinin ja Elderin (2007) mukaan analysoida neljän eri toimijuutta kuvaavan orientaation kautta, joita ovat eksistentiaalinen, pragmaattinen sekä identiteettiin ja elämäntilanteeseen liittyvät toimijuuden muodot. Eksistentiaalinen toimijuus on ajallisen toimijuuden perusta: se liittyy ihmisten kykyyn tehdä valintoja erilaisissa ajallisissa olosuhteissa. Pragmaattinen toimijuus viittaa tilanteisiin, joissa joudumme keskittämään huomionsa välittömään hetkeen. Pragmaattinen toimijuus korostuu erityisesti uusissa tilanteissa, joissa rutiininomainen reagointi ei välttämättä riitä. Identiteettiin liittyvä toimijuus puolestaan korostaa nimenomaan rutiininomaisuutta ja halua toimia tilanteissa tietyn koodiston, esimerkiksi ”hyvä hoitajan” mukaisesti. Elämäntilanteeseen liittyvä toimijuus taas laajentaa aikahorisonttia nykyhetkestä sekä menneeseen että tulevaan. Elämäntilanteeseen liittyvä toimijuus viittaa ihmisten kykyyn ja motivaatioon ennakoita ja suunnitella tulevaisuutta menneiden kokemusten perusteella (Hitlin & Elder 2007).

Hirvosen ja Husson (2012a, 2012b) mukaan pragmaattisen toimijuuden muodot ovat kiireen ja aikapaineiden myötä lisääntyneet suomalaisessa hoivatyössä. Tämä tarkoittaa sitä, että työpäivät täyttyvät jatkuvasta reagoinnista käsiin oleviin ongelmiin, mikä johtaa ristiriitaan hoivatyöntekijöiden professionaalisen identiteetin kanssa. Taloudellis-hallinnollisen aikakehyksen myötä hoivatyöntekijöiltä odotetaan jatkuvaa päällekkäisten asioiden hoitamista, mikä vähentää mielekkään toimijuuden toteuttamisen mahdollisuuksia. Perhehoivossa hoivatyön ajallisen kehyksen määrittää kuitenkin perhehoitaja. Samalla kun perhekoti muuttuu osin julkiseksi, muuttuu myös perhehoitajan suhde aikaan. Miten jakaa käytettävissä oleva aika työn ja oman vapaa-ajan tai perheen kesken perhehoivossa, jossa työaika ei varsinaisesti ole eivätkä velvollisuudet siten lopu neljältä iltapäivällä? Minkä ajallisen toimijuuden mukaan perhehoitajan arkea pyritään muovaamaan? Näitä kysymyksiä käsittelemme artikkelissa 4 ja tämän yhteenvedon luvussa 5.4.

3.6 Yhteenveto

Olen luvuissa kaksi ja kolme esitellyt tutkimukseni teoreettiset lähtökohdat ja käyttämäni käsitteet. Luvuissa 2.1.–2.5. tarkastelin niin suomalaisen vanhushoivapolitiikan kuin ikääntyneiden perhehoivon historiaa, tilastoja, lainsäädäntöä ja nykytilaa perhehoivon asukkaiden ja perhehoitajien näkökulmasta. Luvuissa 3.1.–3.2. esittelin tutkimukseni keskeiset käsitteet: hoivan kotiuttamisen ja semiformaalisen hoivan käsitteet. Hoivan kotiuttamisella tarkoitan hoivapolitiikan painopisteen siirtymistä perheen lisäksi ennen kaikkea kohti kotia. Määrittelin käsitteen hoivan tarvitsijan oikeudeksi saada hoivaa muulta kuin kotoaan ja perheenjäsenten oikeudeksi olla hoivaamatta (Exley & Allen 2007; Kröger, 2011a). Semiformaalista hoivaa puolestaan ovat sellaiset sopimukseen perustuvat hoivan muodot, joita julkinen sektori määrittää lainsäädännöllä ja joita se saattaa tukea taloudellisesti, mutta jotka eivät kuitenkaan ole varsinaista ansiotyötä.

Näiden käsitteiden kautta hahmotan julkisen ja yksityisen välisten rajanvetojen hämärtymistä, sillä kotiin paikantuva, säädely ja sopimukseen perustuva hoiva ilman ansiotyön statusta muuttaa hoivan luonnetta ja vastuunjakoa. Luvuissa 3.3.–3.5. olen tarkastellut tätä muutosta teoreettisesti niin hoivatyön, resilienssin, hoivan tilojen kuin hoivan ajan kannalta. Pyrkimyksenäni on tuoda näkyväksi hoivaan vaikuttavien asioiden ja suhteiden moninaisuus, mutta myös itse hoivan merkityksen työtä, aikaa, tiloja ja suhteita muuttavana voimana. Ikäänntyneiden perhehoidossa nämä suhteet ja voimat ovat kiehtovalla tavalla poikkeuksellisia, välimuotoisia. Tutkimukseni tavoitteena onkin tuoda esiin, miten perhehoidossa läsnä oleva välimuotoisuus vaikuttaa perhehoitajien tekemään hoivatyöhön (artikkeli 2), heidän perhekotiinsa (artikkeli 3) sekä heidän ajankäyttöön (artikkeli 4). Lisäksi tarkastelen, millaisena mallina perhehoito näyttäytyy poliittisissa asiakirjoissa ja millaisiin ongelmiin sen toivotaan vastaavan (artikkeli 1). Seuraavaksi esittelen tutkimukseni aineistot, metodit ja analyysiprosessit.

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Olen analysoinut artikkeleissani ikääntyneiden perhehoitoa asumis- ja hoivapalveluna sekä perhehoitajien kuvaamana hoivatyönä. Väitöskirjani päätutkimuskysymys on: Mihin perhehoito sijoittuu formaalin ja informaalin hoivan välissä? Osatutkimuskysymykseni puolestaan ovat:

1. Miksi suomalaisessa hoivapolitiikassa on haluttu kehittää ikääntyneiden perhehoitoa?
2. Millaisia haasteita perhehoitajat kohtaavat työssään ja miten he selviävät niistä?
3. Millaisia rajanvetoja perhekodeissa tehdään yksityisten ja julkisten tilojen välillä?
4. Miten perhehoitajien ajalliset orientaatiot vaikuttavat heidän hoivatyöhönsä?

Artikkeleiden aineisto koostuu asiakirja-aineistosta, joka sisältää perhehoitoon liittyvän lainsäädännön ja eduskunnassa käytyt keskustelut (242 sivua), perhehoitajien haastatteluista (n = 12), tutkimuspäiväkirjaan kirjoitetuista havainnoista sekä lyhyestä perhehoitajille lähetetystä kyselystä (n = 10), jossa kysyttiin taustatietojen lisäksi perhekodin tilojen vaikutuksesta hoivan antamiseen.

Tässä luvussa käsittelen ensin tutkimukseni epistemologisia ja ontologisia lähtökohtia. Tämän jälkeen esittelen artikkeleissani käyttämät aineistot ja menetelmät. Olen soveltanut tutkimuksessani kahta tutkimusmenetelmää, diskurssi-analyysin piiriin kuuluvaa WPR-metodia sekä temaattista sisällönanalyysia. Lähdän liikkeelle asiakirja-aineiston esittelystä, jossa kuvaan, miksi ja miten aineisto on hankittu, millainen WPR-metodi on ja miten analysoin aineistoa sen avulla. Tämän jälkeen esittelen haastatteluaineiston keruuprosessin, jossa pohdin myös haastatteluiden tekemiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Lisäksi esittelen temaattisen sisällönanalyysin sekä käyn läpi kunkin erillisartikkelin analyysin vaiheet.

4.1 Metodologiset lähtökohdat ja tutkijapositio

Tässä tutkimuksessa olen metodologisesti nojautunut sosiaalisen konstruktio-
nismien tutkimusperinteeseen. Ajattelen sosiaalisen todellisuuden rakentuvan
vuorovaikutuksessa (Berger & Luckmann, 1994) ja olevan näin myös historial-
liskulttuurisesti relatiivista (Burr, 2003). Eri yhteiskunnissa ja yhteisöissä todel-
lisuuskäsitykset vaihtelevat, samoin kuin se, millaista tietoa pidetään itsestään
selvänä (Berger & Luckmann, 1994). Tällä ajatuksella on ollut suuri vaikutus
tämän tutkimuksen alkuun, lähtihän se liikkeelle kiinnostuksestani perhehoi-
don kehittämisen perusteluihin, lainsäädäntöön ja ”ongelman” määrittelyihin.
Yhtä lailla tämä ajatus on ohjannut metodologisia valintojani: mikäli lähtökoh-
tana on se, että todellisuuskäsityksiä luodaan yhteisöissä, on metodologisesti
tarkasteltava yhteisöjen puhetta ja niitä merkityksiä, joita puheessa erilaisille
ilmiöille annetaan. Tästä syystä olen paneutunut lainsäädäntöön, eduskunnassa
käytyihin keskusteluihin ja perhehoitajien puheeseen.

Erilaisten asioiden ja ilmiöiden nimeäminen eli merkityksellistäminen on
ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa olennaista, sillä se on tapa jäsentää ja
tulkita ympäröivää todellisuutta. Kieli ei suoraan heijasta todellisuutta, mutta
se ei ole myöskään siitä riippumatonta: kieli ja todellisuus ovat ennemminkin
jatkuva vuorovaikutuksessa toistensa kanssa (Jokinen, 2016). Ajatus ympär-
öivän todellisuuden merkityksellistämistä ja asioiden paikantamisesta suh-
teessa toisiinsa sai minut pohtimaan perhehoitajien kokemusten lisäksi sitä, mi-
ten he puhuivat kodistaan ja ajankäytöstään, sillä myös ne ovat sosiaalisesti ra-
kentuneita. Tilat eivät siten ole vain pituuksia, leveyksiä ja korkeuksia, vaan
täynnä muuttuvia merkityksiä, tulkintoja ja valtakamppailuja. Samaan tapaan
aika on pitkälti sovittua, ainakin siinä mielessä, miten me ajan ymmärrämme
arkielämässä.

Haastattelut itsessään ovat sidoksissa kahtaalle: yhtäältä haastattelutilan-
teeseen, tutkijan ja haastateltavan väliseen vuorovaikutussuhteeseen sekä haas-
tateltavan kokemuksiin, ja toisaalta yhteiskuntaan ja vallitseviin käsityksiin
esimerkiksi hyvästä hoidosta. Tästä syystä olen tulkinnut haastateltavien puheta
selontekoina (Suoninen, 2016), sosiaalisen todellisuuden ilmaisuina enkä
niinkään joko todenmukaisina tai epätodenmukaisina raportteina todellisuu-
desta (Silverman, 2011). Tutkijana olen joutunut pohtimaan omaa positiotani
erityisesti haastatteluiden kohdalla. Myös omat tulkintani esimerkiksi haastatel-
tavieni puheesta ovat sosiaalisesti rakentuneita ja merkityksellistettyjä. Ymmär-
rän, että on mahdollista, etteivät haastateltavani ole samaa mieltä tekemistäni
tulkinnoista. Käyttämäni käsitteet ja niiden tulkinnat ovat samaan tapaan sosi-
aalisesti rakentuneita, ajassa ja paikassa muuttuvia. Tähän palaan kuvatessani
haastatteluiden keräämistä ja tulkintaa.

Tutkijaposition vaikutus ei kuitenkaan häviä tai ole vähemmän merkityk-
sellinen sellaisen aineiston analyysissä ja tulkinnassa, jossa itse en ole osallistu-
nut varsinaiseen vuorovaikutukseen ja puheen tuottamiseen. Päinvastoin -
myös aineiston lukeminen ja tulkitseminen on aina vuorovaikutusta. Samalla

tavalla kuin haastateltavani, myös minä itse rakennan ja tulkiten todellisuutta jäsentäessäni aineistoa ja liittäessäni sen teoreettisiin käsitteisiin ja käsityksiin, jotka myös itsessään ovat historiallis-kulttuurisesti muuttuvia.

Käsitys tiedon vaihtelusta eri yhteisöissä on ohjannut tätä tutkimusta kahtalle. Olen tässä tutkimuksessa pyrkinyt yhdistämään mikro- ja makrotason analyysin, sillä kaikki sosiaalinen toiminta, kielenkäyttö mukaan lukien, tapahtuu aina kontekstissa, tietyssä toimintaympäristössä (Suoninen, 2016). Tässä tutkimuksessa olennaiset toimintaympäristöt ovat Suomen sosiaalipoliittinen järjestelmä, hoivapolitiikka sekä perhehoitoon liittyvä lainsäädäntö. Mikrotasolla olennainen toimintaympäristö on luonnollisesti perhekoti ja siihen linkittyvät sosiaaliset suhteet. Metodologisesti olen tästä syystä tarkastellut lainsäädäntöä ja lainsäätämistä sekä sitä arkea, jota perhekodeissa eletään. Analyyttisesti olen siten yhdistänyt yhteiskunnallisen tason puitteet, jotka määrittävät perhekodeissa tehtävää hoivaa lainsäädännöllisesti, ja mikrotason puitteet, joissa hoivatyön arkea eletään todeksi. Kiinnostus on kohdistunut puheiden sisältöön, mutta myös puhetapoihin. Siten olen analyysissäni hyödyntänyt sekä temaattista sisällönanalyysia että diskurssianalyysin perinteeseen kuuluvaa politiikka-analyysimetodia.

4.2 Asiakirja-aineisto ja WPR-metodi

Koko väitöskirjani lähti liikkeelle kahdesta kysymyksestä: mitä perhehoito on ja miksi sitä halutaan kehittää? Tästä syystä pidin olennaisena tarkastella perhehoidon lainsäädäntöä, jota väitöskirjaprojektini alussa juuri uudistettiin, hallituksen perusteluja uudistamistyön tarpeellisuudelle sekä eduskunnassa käytyjä keskusteluja aiheesta. Käytin tätä asiakirja-aineistoa artikkelissa 1 (Leinonen, 2017).

Aluksi käsittelin vain vuoden 2014 hallituksen esitystä ja vuoden 2015 perhehoitolakia. Päätin kuitenkin laajentaa aikaperspektiiviä vuoden 1992 perhehoitajalain säätämiseen, sillä kyseisestä laista ja sen säätämisestä keskusteltiin myös uuden lain säätämisen yhteydessä. Asiakirja-aineisto koostui lopulta niistä eduskunnan täysistuntojen pöytäkirjoista vuosilta 1991–2016, joissa ikääntyneiden perhehoitoa käsiteltiin. Pöytäkirjat ovat vapaasti saatavilla eduskunnan valtiopäiväasiakirjojen haun kautta. Käytin hakusanana yksinkertaisesti katkaistua sanaa 'perhehoi' varmistaakseni sen, että hakutuloksiin lukeutuvat myös ne keskustelut, joissa perhehoito ilmeni taivutetussa muodossa. Karsin pöytäkirjoista ne, joissa ei käsitelty lainkaan ikääntyneiden perhehoitoa vaan esimerkiksi lasten sijaiskoteja. Joinain vuosina ikääntyneiden perhehoitoa käsiteltiin varsin vähän, vain muutamassa täysistunnon pöytäkirjassa. Esimerkiksi vuosina 2001–2009 ikääntyneiden perhehoito oli hyvin vähän esillä, joinain vuosina vain maininnan tasolla.

Ikääntyneiden perhehoitoa käsiteltiin yhteensä 166 täysistunnon pöytäkirjassa, joista kertyi yhteensä 242 sivua tekstiä. Näiden pöytäkirjojen lisäksi käytin aineistona perhehoitaja- ja perhehoitolakeja vuosilta 1992 ja 2015, lakia per-

hehoitolain muuttamisesta vuodelta 2016 (L 312/1992; L 263/2015; L 510/2016) sekä näiden lakien hallituksen esityksiä vuosilta 1991, 2014 ja 2016 (HE 144/1991; HE 256/2014; HE 86/2016). Lisäksi tarkastelin pääministeri Sipilän hallitusohjelmaa vuodelta 2015 ja sosiaali- ja terveydenhuollon kärkihanke-suunnitelmaa vuodelta 2016. Kaikki edellä mainitut aineistot ovat vapaasti saatavilla verkkoaineistoina.

Artikkelissa 1 (Leinonen, 2017) käytin edellä esitellyn asiakirja-aineiston analysointiin Carol Bacchin (2009) luomaa politiikka-analyysimetodia, jonka tavoitteena on analysoida ongelmien representaatiota, siis sitä, miten politiikassa ongelmat kehystetään ja millaisia ratkaisuja niihin esitetään. Bacchi nimittää tätä "What is the problem represented to be" -metodiksi, josta käytän lyhennettä WPR-metodi. Kyseisen metodin avulla voidaan Bacchin mukaan keskittyä niihin tapoihin, joilla sosiaalipoliittisia ongelmia representoidaan esimerkiksi valtionhallinnon asiakirjoissa. Tarkoituksena on analysoida, millaisia seurauksia tietynlaiset representaatiot tuottavat: suorien vaikutusten sijaan metodin avulla tarkastellaan erilaisten politiikkaohjelmien ja hankkeiden tarkoitusperiä ja sitä, mistä ongelmista tai kenen ongelmista puhutaan. Mielenkiinnon kohteena on, miten jokin tietty asia tai ongelma määritellään, mikä taas vaikuttaa siihen, millaisia ratkaisuehdotuksia ongelmalle esitetään tai ylipäättään voidaan esittää (Bacchi, 2009). Ongelman määrittely on siten sosiaalisen todellisuuden rakentamista. WPR-metodia on käytetty esimerkiksi koulutuksen, perheenyhdistämisen kriteerien ja markkinaistumisen analysoimiseen (Eggebo, 2010; Southgate & Bennett, 2014; Burau ym., 2016).

WPR-metodi muodostuu kuudesta kysymyksestä, jotka olen vapaasti suomentanut seuraavasti: Millaiseksi ongelma representoituu poliittisissa asiakirjoissa? Mihin oletuksiin ongelman representaatio perustuu? Miten ongelman representaatio on syntynyt? Mitä on jätetty problematisoimatta? Mitä seurauksia ongelman representaatiolla on? Miten ja missä ongelman representaatio on tuotettu? Metodin tarkoituksena ei ole, että tutkija orjallisesti käyttää kaikkia kysymyksiä tutkimuksessaan, vaan näistä kysymyksistä tutkija valitsee tutkimusaiheeseensa sopivimmat kysymykset ja muokkaa ne sen mukaisiksi.

Kysymysten valintaa ohjasi yhtäältä saatavilla oleva aineisto ja toisaalta kiinnostukseni perhehoidon kehittämisen perusteluihin. Valitsin lopulta kolme tutkimukseni kannalta olennaisinta kysymystä, jotka ovat seuraavat: Millaiseksi ongelma representoituu poliittisissa asiakirjoissa? Mihin oletuksiin ongelman representaatio perustuu? Mitä on jätetty problematisoimatta? Ensimmäisen kysymyksen tarkoituksena on tarkastella, mitä halutaan muuttaa: mihin esimerkiksi valtion budjetissa allokoidaan rahaa, tai millaisia asioita nostetaan esiin poliittisessa puheessa? Toinen kysymys oletuksista liittyy WPR-metodin diskurssianalyysiin, sillä sen tarkoituksena on analysoida ongelman määrittelyn käsitteellistä logiikkaa. Tarkastelun kohteena on tällöin esitetyt tiedot ja ennako-oletukset, joihin ongelman määrittely perustuu. Nämä oletukset voivat olla avainsanoja, kuten 'osallisuus' tai dikotomioita eli vastakohtapareja, kuten 'hyödyllinen - hyödytön' (Bacchi, 2009). Kolmannen kysymyksen tarkoituksena on kiinnittää huomio asioihin, joista ei ongelman määrittelyn yhteydessä

puhuta lainkaan. Mielestäni Bacchin esimerkki avaa hiljaisuuksien analyysia hyvin: mikäli työttömyyden syyksi esitetään työttömän passiivisuus, jää tällöin kokonaan problematisoimatta esimerkiksi työpaikkojen vähäinen määrä tai muu, yhteiskunnan rakenteisiin liittyvä ongelma.

4.3 Haastatteluaineisto ja temaattinen sisällönanalyysi

Päädyin valitsemaan toiseksi aineistonkeruumenetelmäksi haastattelun kahdesta eri syystä. Ensinnäkin halusin laajentaa näkökulmaani politiikkatason asiakirja-aineistosta enemmän arjen kokemuksiin ja ennen kaikkea siihen, miten lainsäädäntöä eletään todeksi yksittäisissä perhekodeissa. Vaikka haastatteluiden avulla ei voisi saada suoraan tietoa ihmisten kokemuksista (Miller & Glassner, 2004), voivat ne auttaa tutkijaa ymmärtämään haastateltavien antamia merkityksiä ja representaatioita kokemuksilleen (Silverman, 2011). Haastatteluiden avulla pääsin paitsi kuulemaan perhehoitajien representaatioita heidän kokemuksistaan, myös näkemään, millaisissa paikoissa perhehoitoa annetaan. Toinen keskeinen syy haastattelun valinnalle olikin ajatus siitä, että sen avulla on mahdollista saada selville sellaisia asioita, joita etukäteen määritellyt kyselylomakkeet eivät voisi tavoittaa – varsinkin, kun kyse on vähän tutkitusta aiheesta.

Haastatteluiden kysymysrunгон muodostamista ohjasi ennen kaikkea ihmettely: miten tällainen järjestelmä käytännössä toimii, kaikkien kannalta? Pyrin muodostamaan ihmettelyni pohjalta temaattisesti järkevät kysymyskokonaisuudet, joissa käsiteltäisiin hoivatyötä, hoivatyön arkea ja kotia. Kysymysrunkoa tehdessäni pohdin paljon myös kuntien ja perhehoitajien välistä suhdetta ja sitä, missä määrin perhehoidosta ylipäätään oltiin tietoisia eri kunnissa. Lopullinen kysymysrunko (ks. liite 1) muodostui viidestä laajasta temaattisesta kokonaisuudesta, joita olivat perhehoidon alku, perhehoito hoivatyönä, arkipäivän kuvaus, kodin kokemus sekä perhehoidon kehittämiskohteet.

Ennen haastattelupyynnöiden lähettämistä tutustuin perhehoidosta saatavilla oleviin tilastoihin. Tarkastelin erityisesti THL:n tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi:tä selvittääkseni perhehoidon kuntakohtaista ja alueellista jakautumista. Alueella tarkoitan tässä joko maakuntaa tai muuta, kuntien välisen yhteistyön muodostamaa aluetta. Tarkoitukseni oli rekrytoida haastateltavia mahdollisimman usealta eri alueelta, jotta alueelliset erot tulisivat näkyviin, mutta myös siksi, että perhehoitajia olisi vaikeampi tunnistaa aineistosta. Päädyin ottamaan yhteyttä viiteen eri alueeseen, joiden kunnissa oli tarjolla pitkäaikaista perhehoitoa useamman eri perhehoitajan tekemänä. Lopulta haastatteluun suostui perhehoitajia yhteensä neljältä eri alueelta. Tähän haastatteluaineistoon perustuvat artikkelit 2, 3 ja 4 (Leinonen, 2018; Leinonen, 2020a, Leinonen, 2020b).

Haastateltavat rekrytoitiin alueellisten perhehoidon koordinaattoreiden tai palveluohjaajien kautta, jotka ottivat yhteyttä alueellaan toimiviin perhehoitajiin ja välittivät haastattelupyynnöni heille. Mikäli perhehoitaja oli kiinnostu-

nut osallistumaan haastatteluun, koordinaattori tai palveluohjaaja joko lähetti perhehoitajan yhteystiedot minulle tai perhehoitaja itse otti minuun yhteyttä puhelimitse tai sähköpostilla sopiakseen haastatteluajan. Haastateltavien rekrytointitavalla on saattanut olla valikoivaa vaikutusta. Tällä tarkoitan sitä, etten voi kaikissa tapauksissa tietää, onko perhehoidon koordinaattori lähettänyt haastattelupyynnöni kaikille alueellaan työskenteleville perhehoitajille vai jollakin perusteella valikoituneelle joukolle. Voidaan myös ajatella, että haastatteluihin suostuneet ovat jollain tavalla aktiivisia perhehoidon puolestapuhujia. Toisaalta sain haastatteluissa sen kuvan, että suurimmalla osalla oli todellinen tarve saada puhua perhehoitoon liittyvistä haasteista.

Noudatin aineiston keruussa, säilyttämisessä ja sen analysoinnissa tutkimuseettisiä periaatteita. Vain yksi alue edellytti tutkimusluvan hakemista ennen perhehoitajien yhteystietojen antamista. Tutkimuslupa myönnettiin hakemukseni perusteella kyseiselle alueelle. Ennen jokaisen haastattelun alkamista kerroin perhehoitajille tarkemmin tutkimukseni tavoitteista ja annoin heille luettavaksi tiedotteen tutkimuksestani. Tiedotteessa kerroin olevani kiinnostunut pitkäaikaisten perhehoitajien hyvinvoinnista, kokemuksista, työssä jaksamisesta, arjesta ja perhekodista. Ennen kutakin haastattelua kerroin, että

- 1) aineistosta ei voi tunnistaa yksittäistä haastateltavaa
- 2) aineistosta poistetaan kaikki henkilö- ja paikkatiedot
- 3) kaikille haastateltaville luodaan pseudonyymi
- 4) haastattelun saa keskeyttää koska tahansa tai myöhemmin kieltää haastattelun käytön osana aineistoa
- 5) aineisto säilytetään salasanasuojattuna
- 6) nauhoitteet hävitetään väitöskirjan valmistuttua

Haastattelutilanteessa annoin haastateltaville suostumuslomakkeen, jonka tavoitteena oli varmistaa haastateltavan tietoinen suostumus haastatteluun sekä tämän suostumuksen vapaaehtoisuus. Suostumuslomakkeessa kysyttiin lisäksi, saako haastattelun nauhoittaa, saako haastateltavan yhteystiedot tallettaa mahdollista jatko haastattelua varten sekä sitä, saako haastateltavan haastatteluaineiston tallentaa Yhteiskuntatieteelliseen tietoarkistoon. Suostumuslomakkeesta tehtiin kaksi identtistä ja allekirjoitettua kopiota, joista toinen jäi haastateltavalle ja toinen tutkijalle.

Haastattelut tehtiin syksyn 2016 ja kevään 2017 aikana. Kaikki haastattelut tehtiin perhekodeissa, jotka kahta poikkeusta lukuun ottamatta olivat samalla myös perhehoitajien omia koteja. Kolme haastatteluista oli parihaastatteluja (Kirsi ja Juha, Marja ja Anna sekä Anneli ja Matti, ks. taulukko 2). Haastattelut nauhoitettiin, ja ne vaihtelivat pituudeltaan 47 minuutista 155 minuuttiin – keskimääräinen haastattelun pituus oli 105 minuuttia. Litteroin itse kolme haastattelua ja loput litteroitiin tilaustyönä. Haastatteluaineistoa kertyi yhteensä 159 sivua (Verdana 8, rivinväli 1). Tein haastatteluiden aikana ja niiden jälkeen havaintoja, joista osan kirjoitin ylös haastatteluiden aikana ja osan heti haastatteluiden jälkeen tutkimuspäiväkirjaani. Kiinnitin ennen kaikkea huomiota perhe-

kodin sijaintiin ja tiloihin: huonejakoon, yhteisiin tiloihin ja kodin ympäristöön. Jokaisessa perhekodissa haastateltava kierrätti minut ympäri taloa ja esitteli minulle kodin tilat ja vähintään yhden asukkaan huoneen.

Haastateltavat olivat haastatteluhetkellä iältään 30–70-vuotiaita. Heistä kymmenen oli naisia ja kaksi miehiä. Perhekodeissa asui pitkäaikaisesti yhdestä kuuteen ikääntynyttä. Haastatteluissa tuli ilmi, että monet ikääntyneistä asukkaista olivat kohtuullisen huonokuntoisia ja että melkein kaikilla oli jonkinasteinen muistisairaus. Seitsemällä perhehoitajalla oli joko lähihoitajan tai sairaanhoitajan koulutus. Haastateltavat olivat haastatteluhetkellä työskennelleet perhehoitajina alle vuodesta yli kymmeneen vuoteen. Kolme perhehoitajaa teki perhehoitotyötä yksin, muut joko puolisonsa, toisen perheenjäsenen tai ystävän kanssa yhdessä. Kolmen perhehoitajan kohdalla vähintään yksi heidän omista lapsistaan asui vielä kotona. Olin rajannut haastateltavien rekrytoinnin vain niihin, jotka tekivät pääasiassa pitkäaikaista perhehoitoa. Yksi perhehoitaja oli kuitenkin vastikään muuttanut paikkakunnalta toiselle ja päättänyt aloittaa lyhytaikaisen perhehoidon. Hänellä oli kuitenkin kahden vuoden kokemus pitkäaikaisesta perhehoidosta, joten en siitä syystä rajannut häntä ulkopuolelle. Lisäksi kolmella perhehoitajalla oli myös ns. intervallipaikka lyhytaikaista perhehoitoa varten, mikä osaltaan selittää eroja tulotasossa. Tarkemmat tiedot haastateltavista on koottu taulukkoon 2.

Taulukko 2 Haastateltavien taustatiedot

Nimi	Ikä	Perhekodissa asuvien ikääntyneiden lukumäärä	Perhehoitajakokemus (vuosia)	Koulutus/aiempi työ	Nettotulot/ kk
Kirsi	60–70	3	6	lähihoitaja	3980
Juha	60–70	2	1	muu	2500
Marja	40–50	6	6	lähihoitaja	6000
Anna	60–70		10	lähihoitaja, nyt eläkkeellä	
Ritva	50–60	3	3	lähihoitaja	3500
Irene	50–60	4	2	lähihoitaja, ei koulutusta	3100
Saara	30–40	6	2	sairaanhoitaja	8200
Anneli	50–60	1	4	muu	2500
Matti	50–60	0	4	muu	
Johanna	n.a.	5	<1	geronomi	n.a.
Sisko	50–60	2	<1	muu	3600
Toini	60–70	2	<2	lähihoitaja	5800

Haastattelut olivat luonteeltaan teemahaastatteluja, joiden tarkoituksena oli jättää mahdollisimman paljon tilaa haastateltavien omille määrittelyille. Käytin haastatteluissa temaattista kysymysrunkoa (ks. liite 1), jossa pääteemojen alla oli muutama tarkentava kysymys tai aihe. Teemat liittyivät perhehoidon käynnistymisvaiheeseen, itse perhehoitoon, perhehoidon arkeen, kotiin ja

tiloihin sekä perhehoidon kehittämiskohteisiin. Näiden lisäksi perhehoitajat ottivat esiin lukuisia asioita, jotka he itse kokivat tärkeiksi aiheiksi. Tällaisia olivat esimerkiksi yhteisöllisyys, arvot, unelmat ja vanhuus ylipäätään.

Haastatteluiden kulku vaihteli, mutta aloitin haastattelut aina pyytämällä haastateltavaa kertomaan taustastaan ja syistä, miksi hän päätti alkaa perhehoitajaksi. Lopuksi kysyin aina, haluaisiko haastateltava ottaa esille vielä jotain, mitä emme olleet käsitelleet. Näin halusin varmistaa, että haastateltava saattoi itse tuoda esille hänelle tärkeitä asioita, joita en itse välttämättä olisi osannut kysyä. Kaikkien haastatteluiden jälkeen lähetin haastateltaville vielä lyhyen kyselylomakkeen (n = 10, ks. liite 2), jossa kysyin täydentävinä taustatietoina muun muassa haastateltavan ikää ja tulotasoa verojen jälkeen sekä sitä, millä tavalla perhekodin tilat vaikuttavat hoivan antamiseen.

Koko väitöskirjaprosessin ajan olen pohtinut haastatteluaineistoni riittävyttä. Millaisen kuvan perhehoitajien tehtävästä 12 henkilön haastattelu voi antaa? Toisaalta ajattelen, että pienemmälläkin aineistolla on mahdollista tuottaa uutta tietoa, varsinkin kun kyseessä on näin vähän tutkittu aihe. En voi väittää, ettei uutta tietoa olisi voinut tulla, mikäli olisin tehnyt enemmän haastatteluita, mutta koen silti, että aineistoni saavutti keskeisiltä osin kylläntymisen, sillä olen sen avulla pystynyt vastaamaan tutkimuskysymyksiini. Olen palannut myös siihen tosiasiaan, että haastatteluiden aikana Suomessa oli noin 170–200 perhekotia, joihin laskettiin mukaan myös tilapäiskodit (Sotkanet, 2019). Mikäli suurimmassa osassa perhekodeista oli kaksi perhehoitajaa, tarkoittaa se sitä, että potentiaalisia haastateltavia olisi ollut maksimissaan 400, joista merkittävä osa on todennäköisesti ollut lyhytaikaisia perhehoitajia. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen OMPPE-kyselyn (2019) mukaan vuonna 2018 kolme neljäsosaa perhehoidossa hoidettavista ikääntyneistä olikin lyhyt- tai osavuorokautisessa hoidossa. Aineiston laajuuteen vaikuttivat siis myös käytännölliset syyt.

Kaikkien valtasuhteiden ulkopuolella olevaa kahden ihmisen kohtaamista ei ole olemassa, mikä pätee myös tutkimushaastatteluiden kohdalla (Alasuutari, 2014). Koin kuitenkin, että haastateltavat suhtautuivat minuun luottamuksella. Muutamat haastateltavat kommentoivatkin, että he kokivat haastattelun terapeutiseksi kokemukseksi, koska he saattoivat kertoa vaikeistakin asioista ilman paljastumisen tai kritisoinnin pelkoa. Todennäköisesti tähän kokemukseen vaikutti myös se, että haastattelut tehtiin haastateltavien kotona, heidän omalla maaperällänsä. Kotiin kutsumisen voi ottaa myös luottamuksen osoituksena. En kokenut, että ikäni tai sukupuoleni olisi vaikuttanut haastateltaviin ainakaan negatiivisesti – ennemminkin näkisin, että he suhtautuivat ikääni varsin luonnollisella tavalla kysellen opiskelutaustastani ja tulevaisuudensuunnitelmistani. Lisäksi oletan, että koska perhehoitajat itsekin tietävät, että perhehoidosta ei ole olemassa tietoa, he halusivat kertoa minulle asioista yksityiskohtaisesti. Parihaastatteluiden kohdalla tosin pohdin, jäikö haastateltavalta sanomatta jotain sellaista, mistä hän olisi kertonut, ellei läheinen ihminen olisi ollut paikalla. Toisaalta parihaastattelun etuna oli, että perhehoitajat pohtivat keskenään kysymyksiäni ja täydensivät toistensa vastauksia – heidän perhehoitotyötä yhdessä tekivät. Yhdessä haastattelussa paikalla oli haastattelun loppupuolella myös

yksi ikääntynyt asukas, mikä selkeästi vaikutti perhehoitajan vastauksiin. Tämä näkyi ennen kaikkea siinä, kun kysyin, mikä perhehoidon arjessa on haastavaa, johon vastaaminen oli perhehoitajalle selkeästi epämukavaa. Aivan haastattelun lopussa samainen perhekodin asukas otti osaa haastatteluun, mikä johti kiinnostavaan pohdintaan perhekodin ihmissuhteista ikääntyneen asukkaan ja perhehoitajan välillä. En käyttänyt tätä osaa haastattelusta ollenkaan analyysissä, sillä minulla ei ollut siihen suostumusta. Haastattelutilanteessa päädyin siihen ratkaisuun, etten pyydä ikääntyneen asukkaan suostumusta, koska epäilin, ettei suostumus olisi ollut välttämättä tietoinen.

Käytin tätä haastatteluaineistoa artikkeleissa 2, 3 ja 4 (Leinonen, 2018; Leinonen, 2020a; Leinonen, 2020b). Käytin näissä artikkeleissa haastatteluaineiston analysointiin temaattista sisällönanalyysia. Noudatin Braunin ja Clarken (2006) luomaa analyysiprosessia (ks. kuvio 3). Tutkimuksellisesti olen käyttänyt abduktiivista päättelyä: kussakin artikkelissa aineiston analyysi on rakentunut aineiston ja tutkimuskirjallisuuden vuoropuhelussa. Pääsääntöisesti olen hyödyntänyt omais-, koti- ja laitoshoitoon liittyvää tutkimuskirjallisuutta, mutta niiden soveltaminen suoraan perhehoitoon on ollut paikoitellen vaikeaa: miten analysoida hoivatyötä, joka ei ole työtä, ja jota tehdään omassa kodissa? Toisaalta juuri tämä välimuotoisuus on ollut se asia, mikä minua on perhehoidossa kiinnostanut ja joka on ohjannut jokaista artikkeliani huolimatta siitä, että käsitteelliset työkalut ovat kussakin artikkelissa vaihdelleet.

Kuvio 3 Temaattisen sisällönanalyysin prosessikuvio (Braun & Clarke 2006).



Ensimmäinen vaihe, aineistoon tutustuminen, osoittautui kaikkein työläimmäksi vaiheeksi, vaikka olinkin tehnyt kaikki haastattelut itse ja myös litteroinut niistä kolme itse. Kun luin koko aineiston ensi kerran läpi, tein jatkuvasti merkintöjä, alleviivauksia ja reunahuomautuksia kiinnostavista yksityiskohdista, mutta ennen kaikkea laajemmista teemoista. Ensimmäisten lukukertojen jälkeen kolme laajempaa kokonaisuutta, ja samalla kolmen eri artikkelin aiheet, alkoivat muodostua: ensimmäinen temaattinen kokonaisuus liittyi perhehoitoon työnä, toinen perhekotiin ja sen tiloihin ja lopuksi kolmas perhehoidon aikaan. Tämän jälkeen aineiston analyysi noudatti pääpiirteittäin samaa kaavaa.

Luin aineiston uudelleen läpi kunkin artikkelin kohdalla pitäen mielessäni aiheen, josta olin kiinnostunut. Tämän jälkeen arvioin aikaisemmin löytämiäni koodeja ja mietin, millaisella käsitteellisellä työkalulla syventäisin niiden ana-

lyysia ja yhdistäisin ne laajemmiksi teemoiksi. Käytännössä siis purin mielessäni olleen teeman koodeiksi, jotka yhdistin uudelleen temaattiseksi kokonaisuudeksi tutkimuskirjallisuuden avulla. Tutkimuskirjallisuuden ja aineiston vuoropuhelun avulla pystyin tarkemmin määrittämään teeman sisällön, arvioimaan sitä ja näin tarkentamaan tutkimukseni näkökulmaa. Tämän jälkeen määrittelin ja nimesin kunkin teeman. Varmistaakseni analyysini tieteellisen tarkkuuden, luin jokaisen artikkelin kohdalla käyttämäni aineistonäytteet uudelleen ja pohdin, muodostavatko ne koherentin teeman vai ovatko ne enemmänkin yksittäisiä, anekdootinomaisia huomioita. Kuten Braun ja Clarke (2006, 94) kirjoittavat, jokaisen muodostetun teeman tulee kuvastaa haastatteluissa esiintuvia merkityksiä kokonaisuutena mahdollisimman tarkasti, jotta analyysi olisi uskottava, johdonmukainen ja koherentti.

Seuraavaksi käyn läpi jokaisen artikkelin (1–4) analyysin vaiheet sekä käyttämäni analyttiset työkalut.

4.4 Analyysin vaiheet

Olen käyttänyt kaikissa neljässä artikkelissani erilaisia käsitteellisiä työkaluja, jotka olen koonnut taulukkoon 3. Lisäksi kokosin taulukkoon kunkin artikkelin tutkimuskysymykset, käyttämäni metodin ja aineiston.

Taulukko 3 Artikkeleiden tutkimuskysymykset, analyttiset työkalut, aineistot ja metodit

<i>Artikkeli</i>	<i>Tutkimuskysymykset</i>	<i>Analyttiset työkalut</i>	<i>Metodi</i>	<i>Aineisto</i>
<i>Artikkeli 1: Jotain uutta, jotain vanhaa, jotain lainat- tua</i>	Mihin ongelmaan ikääntyneiden perhehoidon katsotaan vastaavan? Mihin oletuksiin ikääntyneiden perhehoidon kehittäminen perustuu? Mitä ei problematisoida ikääntyneiden perhehoidon kehittämisessä?	Formaali-semiformaali-informaali hoiva (Geissler & Pfau-Effinger 2005) Ageing-in-place (Means 2007)	WPR-metodi (Bacchi 2009)	Asiakirja-aineisto
<i>Artikkeli 2: Tensions and resilience</i>	Millaisia ongelmia perhehoitajat kohtaavat työssään? Miten perhehoitajat selviytyvät näistä ongelmista?	Resilienssi: kolmijako (Windle 2011) a) yksilöllinen b) yhteisöllinen c) yhteiskunnallinen	Temaattinen sisällönanalyysi (Braun & Clarke 2006)	Haastattelu-aineisto

<p><i>Artikkeli 3: Caring in space</i></p>	<p>Miten julkiset ja yksityiset tilat on jaettu perhekodeissa?</p> <p>Millaisia rajoja näiden julkisten ja yksityisten tilojen välillä on?</p> <p>Miten perhekodin ja ulkopuolisen maailman välisiä rajoja hallitaan?</p>	<p>Tila prosessina (Wiles 2005)</p> <p>Hoivan tilojen rajat (Twig 2000)</p> <p>Työn ja perheen rajat (Nippert-Eng 1996)</p> <p>Fyysiset, ajalliset ja psykologiset rajat (Clark 2000)</p>	<p>Temaattinen sisällönanalyysi (Braun & Clarke 2006)</p>	<p>Haastatteluaineisto, havainnot, kysely</p>
<p><i>Artikkeli 4: Time to care</i></p>	<p>Miten perhehoitajat ilmaisevat ajallista toimijuuttaan ja sen variaatioita (identiteetti, pragmaattinen, elämäntilanne) aikatyön kautta?</p>	<p>Aikatyö: - kesto, frekvenssi, sekvenssi, ajoitus (Flaherty 2003) - identiteetti, pragmaattinen toimijuus (Hitlin & Elder 2007)</p> <p>Aikatyö: - allokaatio (Flaherty 2003) - elämäntilanteeseen liittyvä toimijuus (Hitlin & Elder 2007)</p>	<p>Temaattinen sisällönanalyysi (Braun & Clarke 2006)</p>	<p>Haastatteluaineisto</p>

Artikkelissa 1 (Leinonen, 2017) analysoin poliittisia asiakirjoja, lakitekstejä, hallituksen esityksiä ja eduskunnan täysistunnon pöytäkirjoja WPR-metodia käyttäen. Hyödynsin kolmea WPR-metodin kysymystä, jotka muokkasin seuraavanlaisiksi: 1) Mihin ongelmaan ikääntyneiden perhehoidon katsotaan vastaavan? 2) Mihin oletuksiin ikääntyneiden perhehoidon kehittäminen perustuu? ja 3) Mitä ei problematisoida ikääntyneiden perhehoidon kehittämisessä? Tarkastelin erilaisten avainsanojen ja dikotomioiden käyttöä erityisesti argumentoinnin yhteydessä ja pohdin, mihin esimerkiksi tietyllä vastakohtaparilla halutaan viitata. Kolmannen kysymyksen avulla voidaan analysoida ongelman määrittelyyn hiljaisuuksia eli asioita, joita ei problematisoida lainkaan. Tämä on haastavin vaihe, sillä aineistosta voi tunnistaa käytännössä tuhansia asioita, joista ei puhuttu lainkaan. Analyysissä pyrin hahmottamaan, onko ilmiön ongelmallisuudelle jokin muukin syy kuin mitä esitettiin.

Ensimmäisessä analyysivaiheessa luin kaikki asiakirjat läpi kokonaiskuvan muodostamiseksi. Kiinnitin huomiota ensimmäisessä vaiheessa siihen, mihin allokoidaan rahaa ja mitä pidetään ensisijaisena asiana. Toisessa vaiheessa värikoodasin koko aineiston avainsanojen ja dikotomioiden mukaan. Tarkastelin, millaisia vastakohtapareja argumentoinnissa käytettiin ja miten niitä kuvat-

tiin, sekä pohdin, millaisena ongelma halutaan esittää käyttämällä tiettyjä kuvauksia. Luokittelin dikotomiat ja avainsanat tämän jälkeen teemoiksi, jotka liittyivät kotiin ja sen idealisointiin, ammatillisuuteen ja ei-ammattillisuuteen, talouteen, yksinäisyyteen ja yhteisöllisyyteen sekä valvontaan. Tämän jälkeen luin koko aineiston vielä kertaalleen läpi ja pohdin, mitä keskusteluissa ei problematisoida lainkaan ja mitkä asiat esitettiin itsestään selvinä. Kiinnitin huomiota ennen kaikkea siihen, miten eri tavalla vammaisten perhehoidosta ja ikäänntyneiden perhehoidosta keskusteltiin. Ikäänntyneiden kohdalla ei esimerkiksi puhuttu lainkaan valinnanvapaudesta eikä itsemääräämisoikeudesta. Näistä tuloksista keskustelen tarkemmin artikkelissa 1 ja tämän yhteenvedon luvussa 5.1.

Artikkelissa 2 (Leinonen, 2018) lähdin liikkeelle kiinnostuksesta perhehoitajien työhön, siihen liittyviin haasteisiin sekä keinoihin, joita perhehoitajat käyttivät jaksakseen työssään. Artikkelin kaksi tutkimuskysymystä, ja samalla analyysin pääteemaa, olivat: Millaisia ongelmia perhehoitajat kohtaavat työssään? Miten perhehoitajat selviytyvät näistä ongelmista? Tässä artikkelissa etsin siten ennen kaikkea pääkysymyksiin liittyviä alateemoja. Lähtökohtani aineiston koodaamiselle oli perhehoitotyöhön liittyvissä positiivisissa ja negatiivisissa puolissa, joita olin suoraan kysynyt kaikissa haastatteluissa. Koodasin systemaattisesti aineistosta ilmaisut, joissa puhuttiin ongelmista, epäluottamuksesta, väkivallasta ja epävarmuudesta sekä palkitsevuudesta, kiireettömyydestä ja motivoituneisuudesta. Nimesin tutkimuskysymysteni mukaiset pääteemat teoriakeskusteluihin perehdyttyäni ”jännitteiksi” ja ”resilienssiksi” (Wild ym., 2011; Windle, 2011; Rutter 2012; Ungar ym., 2013; Wennerberg ym., 2016). Teoreettisesti aineiston teemoittelua koodaamisen jälkeen ohjasi ennen kaikkea Windlen (2011) resilienssi-käsite ja sen jaottelu kolmelle eri tasolle: yksilölliselle, yhteisölliselle ja yhteiskunnalliselle tasolle. Nämä tasot muodostuvat eri resursseista, joiden olemassaolo tukee yksilön mahdollisuuksia selvitä vaikeista tilanteista. Päätin, etten käytä kaikkia Windlen mainitsemia resursseja: esimerkiksi biologisia resursseja en käsittele lainkaan. Lopulta valitsin tutkimukseni kannalta olennaisimmat resurssit: yksilötasoon kuuluivat psykologiset ja materiaaliset resurssit, yhteisölliseen sosiaalinen tuki ja sosiaalinen osallisuus ja yhteiskunnalliseen tasoon sosiaalipolitiikka, tukipalvelut sekä sosiaali- ja terveystalvet (Windle, 2011). Käytin samaa jaottelua myös perhehoitotyöhön liittyvien haasteiden analysointiin, mutta tässä tapauksessa tarkastelin resurssien puuttumista. Jännite-teema muodostui seuraavista alateemoista: 1) hoiva emotionaalisesti kuluttavana työnä (yksilöllinen taso) 2) hoivatyön haitalliset vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin (yhteisöllinen taso) ja 3) (epä)luottamus (yhteiskunnallinen taso). Resilienssi-teema puolestaan muodostui kahdesta alateemasta, jotka olivat 1) hoivatyön merkityksellisyys (yksilöllinen taso) ja 2) sosiaaliset resurssit (yhteisöllinen ja yhteiskunnallinen taso).

Artikkelissa 3 (Leinonen, 2020a) temaattinen kokonaisuus liittyi kotiin hoivan paikkana. Tämän artikkelin aineisto muodostui haastatteluista, tutkimuspäiväkirjasta ja lyhyestä kyselystä, jonka lähetin perhehoitajille haastatteluiden jälkeen (ks. liite 2). Koti oli yksi haastatteluiden teemoista, mutta alun

perin minulla oli ajatuksena tarkastella asukkaiden kokemusta kodista ja yhteisöllisyydestä. Kuitenkin ensimmäisessä haastattelussa perhehoitaja itse nosti esiin kodin tiloihin, yksityisyyteen ja valvontaan liittyviä asioita, minkä jälkeen muutin teeman näkökulmaa muissakin haastatteluissa. Keskityin aineiston koodaamisessa aluksi vain kotia ja tiloja koskeviin ilmaisuihin, mutta pian huomasin, että ne kaikki liittyivät jollakin tapaa rajoihin: joko kodin sisäisiin tai kodin ja ulkopuolisen maailman välisiin rajoihin ja niiden määrittelyihin. Kysyinkin aineistolta, miten perhekotien yksityiset ja julkiset tilat on jaettu, millaisia rajoja näiden tilojen välillä on ja miten perhekodin ja ulkopuolisen maailman välisiä rajoja hallitaan. Samalla nämä rajanvedot linkittyivät perheeseen ja työhön. Sovelsin aineiston analysoinnissa tilaan, paikkaan ja rajoihin liittyvää sosiialigerontologista tutkimusta ja gerontologista maantiedettä (Twigg, 2000; Wiles, 2003; 2005; Dyck ym., 2005; Phillips & Martin-Matthews, 2008; Cloutier ym., 2015) sekä perheen ja työn välisiin rajoihin liittyvää tutkimusta (Nippert-Eng, 1996; Clark, 2000). Analyysiani ohjasi ennen kaikkea Wilesin (2005) näkemys tilasta sosiaalisena prosessina, Twigg'n (2000) tutkimus hoivan paikkojen rajoista sekä Clarkin (2000) jaottelu, jonka mukaan perheen ja työn väliset rajat ovat joko fyysisiä, temporaalisia tai tiloihin liittyviä sääntöjä, joita Clark kutsuu psykologisiksi rajoiksi.

Artikkelissa 4 (Leinonen, 2020b) käsittelin perhehoitajien ajallista toimijuutta. Analyysini pohjautui ensinnäkin Flahertyn (2003, 2011) aikatyökäsitteeseen, jolla hän viittaa ihmisten kykyyn vaikuttaa ajallisiin kokemuksiinsa. Flaherty jakaa aikatyön viiteen eri ulottuvuuteen: keston, frekvenssiin, sekvenssiin, ajoitukseen ja allokaatioon. Nämä ulottuvuudet muodostivat analyysini teemat. Keskityin aineiston koodauksessa näiden teemojen mukaisten ilmaisujen etsimiseen. Lopputuloksena 'kesto' muodostui kuvauksista, joissa aika eteni nopeasti tai hitaasti ja 'frekvenssi' kuvauksista, joissa tietyt asiat toistuivat tietyssä rytmissä. Yhdistin analyysissä sekvenssin ja ajoituksen yhdeksi teemaksi, 'arkipäivän kuvaukseksi'. 'Allokaatio'-teema puolestaan muodostui kuvauksista, joissa puhuttiin joko ajan jakamisesta, ajan antamisesta, käytettävissä olevasta ajasta tai ajan puutteesta. Analyysissä kytkin aikatyön ulottuvuudet Hitlinin ja Elderin (2007) ajallisen toimijuuden variaatioihin, joita ovat identiteetin mukainen toimijuus, pragmaattinen toimijuus ja elämäntilanteeseen liittyvä toimijuus. Yhdistin pragmaattiseen ja identiteetin mukaiseen toimijuuteen 'keston', 'frekvenssin' sekä 'sekvenssin' ja 'ajoituksen', kun taas ajan allokaation liitin elämäntilanteeseen liittyvään toimijuuteen. Toimijuuden variaatioiden analyysin avulla havainnollistin, miten perhehoitajien aikahorisontti näkyi yhtäältä hoivatyössä, toisaalta mahdollisuutena omaan tai perheen kanssa vietettyyn aikaan.

5 TULOKSET ALKUPERÄISARTIKKELEISTA

5.1 Perhehoidon kehittämisen lähtökohdat ja tavoitteet

Väitöskirjani ensimmäinen tutkimuskysymys liittyi perhehoidon kehittämisen lähtökohtiin ja perusteisiin. Artikkelissa 1 (Leinonen, 2017) tarkastelin perhehoidon representaatiota eli sitä, millaisena se esitetään poliittisessa puheessa. Tarkastelin myös perhehoidon kehittämisen taustalla olevia oletuksia ja hiljaisuuksia. Aineistona käytin eduskunnan täysistuntojen pöytäkirjoja vuosilta 1991–2016, perhehoitaja- ja perhehoitolakeja vuosilta 1992 ja 2015, lakia perhehoitolain muuttamisesta vuodelta 2016 sekä näiden lakien hallituksen esityksiä vuosilta 1991, 2014 ja 2015. Metodina käytin edellä esiteltyä WPR-metodia (Bacchi, 2009), joka on diskurssianalyysia lähellä oleva politiikka-analyysimetodi.

Aineiston perusteella ikääntyneiden perhehoidon kehittämisen taustalla vaikuttaa kaksi oletusta: ensinnäkin se, että ikääntyneet haluavat asua kotonaan mahdollisimman pitkään, ja toiseksi se, että kodinomainen palvelumuoto on parempi kuin laitoshoido sekä ikääntyneelle itselleen että julkiselle taloudelle. Julkisen talouden näkökulmasta perhehoidon kehittämistä perusteltiin sillä, että sen lisääminen vähentäisi painetta lisätä laitoshoidoa tai tehostettua palveluasumista. Perhehoidon kehittäminen ja laajentaminen ei myöskään aiheuttaisi kunnille lisäkustannuksia, koska yhden ikääntyneen laitoshoidon hinnalla voitaisiin hallituksen esityksessä tehtyjen laskelmien mukaan hoitaa perhehoidossa peräti kahdeksaa ikääntynyttä. Sosiaalipoliittisesti tarkasteltuna ikääntyneiden perhehoito vastaisi kahteen ongelmaan: ikääntyneiden palvelutarpeiden kasvuun ja laitosmaisesta hoivasta vähentämistavoitteeseen.

Perhehoito representoitui aineistossa inhimilliseksi, perheenomaiseksi, edulliseksi ja turvallisuutta lisääväksi hoivamuodoksi, joka voisi palvella erityisesti maaseudulla asuvien ikääntyneiden tarpeita. Perhehoidon ajateltiin tuovan myös uudenlaisia työllistymismahdollisuuksia maaseudulle. Pääministeri Sipilän hallitusohjelmassa kuitenkin mainitaan, että perhehoitoon liittyvät ehdot ja kannustimet tulisi rajata siten, etteivät ne ”houkuttele työkäistä aktiiviväestöä perusteettomasti siirtymään perhehoitajiksi” (Pääministeri Sipilän halli-

tusohjelma, 2015, 24). Tällaisen huolen esittäminen kertoo paljon perhehoidon puolivirallisesta asemasta suhteessa ”oikeaan” työhön.

Ikääntyneiden perhehoitoa koskevat oletukset liittyivät viiteen avainsanaan tai vastakohtapariin: kotiin, turvattomuuteen, yksinäisyyteen, ei-ammattillisuuteen/ammattillisuuteen, valvontaan sekä yksityiseen/julkiseen. Keskeistä oli kodin ja myös perheen ensisijaisuus: perhekoti oletettiin paikaksi, jossa ikääntyneellä on mahdollisuus saada hyvää, yksilöllistä hoivaa tilanteessa, jossa omaishoito ei ole vaihtoehto. Perhehoidossa myös ikääntyneen kokemaa yksinäisyys ja turvattomuus vähenisi ja hyvinvointi lisääntyisi yhteisöllisyyden ansiosta. Ikääntyneiden perhehoidon kehittämisessä ei kuitenkaan analyysini mukaan problematisoida ikääntyneen omia valinnanmahdollisuuksia perhehoitoon pääsemisessä, vaan kehittämisessä painottuvat kuntien lisääntyneet palveluvaihtoehdot ja mahdolliset työllistämistä edistävät tekijät. Ennen kaikkea perhehoidon kehittämisessä korostui hiljaisuus ikääntyneiden omasta osallisuudesta, valinnanvapaudesta ja yhteisöllisyydestä sekä siitä, millaisilla kriteereillä perhehoitoon voi ylipäättään päästä. Olen koonnut taulukkoon 4 artikkelin keskeisimmät tulokset.

Taulukko 4 Perhehoidon representaatio, oletukset ja hiljaisuudet (Leinonen, 2017)

<i>Mihin ongelmaan perhehoito vastaa?</i>	Perhehoito vastaa niukkenevien resurssien ongelmaan Perhehoidolla on työllistämisaikavaihteluja Perhehoito täydentää omaishoitoa
<i>Mihin oletuksiin perhehoidon kehittäminen perustuu?</i>	Koti parhaana hoivan tuottamisen paikkana Perhettä voi käyttää hoivan resurssina Koti ja perhe vähentävät turvattomuutta Hoivaa ei voida normittaa kuten työsuhdetta Perhekoti rinnastetaan tavalliseen kotiin (valvonnan rajallisuus)
<i>Mitä ei problematisoida perhehoidon kehittämisessä?</i>	Ikääntyneen valinnanvapaus Ikääntyneen osallisuus Ikääntyneen mahdollisuudet jatkaa perhehoidossa, väliaikaisuus Tasa-arvo hoivatyössä Koti ja perhe

Ikääntyneiden perhehoidon semiformaali luonne näkyi erityisesti perhehoitotyötä koskevissa keskusteluissa. Perhehoitajien tekemään hoivatyöhön suhtaututtiin aineistossa kaksijakoisesti. Perhehoitajan työ nähtiin jopa altruistisena ja elämäntarkoituksellisesti liittyvänä hoivana, jota julkisen sektorin ei tulisi ohjata liian yksityiskohtaisin määritelmien. Tämä ei-ammattillisuuden ja ammattillisuuden dikotomia johti eduskunnan keskusteluissa kiistoihin. Yhtäältä perhehoitajan tehtävä nähtiin siis kutsumustyönä, jota ei pitäisi normittaa; toisaalta keskusteluissa nousi esiin huoli perhehoitajan oikeuksista ja sosiaaliturvasta. Tässä mielessä perhehoitajat muodostavat ”työntekijöiden kaltaisen ryhmän”, joka jää perinteisen työntekijätyön ulkopuolelle (Kalliomaa-Puha, 2007). Tätä ”työ-

tä ilman työsuhdetta” kutsuttiin eduskunnan keskusteluissa jopa orjatyövoimaksi.

Toinen merkittävä perhehoidon välimuotoisuuden problematiikkaan liittyvä ristiriitaisuus liittyi yhtäältä väärinkäytösten mahdollisuuteen ja toisaalta julkisen valvonnan rajallisuuteen suhteessa yksityiseen kotiin. Tulosten mukaan julkisen vastuun katsottiin ulottuvan perhekodin sisälle saakka, yksityiseen tilaan, mutta samalla tunnustettiin julkisen valvonnan rajallisuus suhteessa yksityiseen kotiin. Käytännössä perhekoti voidaan tarkastaa ilman etukäteisilmoitusta vain silloin, kun se on asiakkaan aseman ja palveluiden turvaamisen kannalta välttämätöntä (Perhehoitolaki L 263/2015). Muissa tapauksissa vuosittaiset valvontakäynnit sovitaan perhehoitajan kanssa, koska kyseessä on perhehoitajan yksityiskoti. Valvontaan liittyvissä puheenvuoroissa vastakkain asetuiivat siten yksityinen koti ja julkinen vastuu. Valvonta ja päätökset perhehoitoon pääsemisestä tehdään julkisella tasolla, mutta perhehoidon sisältö muotoutuu perhekodin jäsenten välisessä vuorovaikutussuhteessa. Käytännössä vastuu hyvästä hoidosta on tällöin perhehoitajalla.

Julkisen hoivan kotiuttaminen yksityiseen tilaan ja puoliviralliseen perhehoitoon vapauttaa perheen hoivavastuusta. Omaisten oikeus olla antamatta hoivaa toteutuu, mutta perhehoitajan oikeus vapautua välillä hoivavastuusta on kyseenalaisempi. Tässä mielessä uusvanhan perhehoidon kehittäminen sekä tasoittaa että tukee perheiden hoivavastuuta (Julkunen, 2006a). Ennen kaikkea se pitää hoivan kodin piirissä, mikä puolestaan tarkoittaa valvonnan rajallisuutta, ja tämän rajallisuuden tunnustamista, suhteessa yksityiseen kotiin.

5.2 Perhehoidon jännitteet ja voimavarat

Toinen tutkimuskysymykseni liittyy itse perhehoitotyöhön: siihen, millaisia jännitteitä perhehoitajat kohtaavat työssään, ja toisaalta siihen, mikä saa heidät jatkamaan työssään. Vastaan kysymykseen artikkelissa 2 (Leinonen 2018), jossa käsittelen perhehoitoon liittyviä haasteita ja voimavaroja resilienssi-käsitteen kautta. Artikkelini perustuu perhehoitajien (n=12) haastatteluihin, joissa he kertoivat kokemuksistaan perhehoitajana. Windlen (2011) jaottelua mukaillen tarkastelin sekä perhehoitotyön jännitteitä että resilienssiä kolmella tasolla: yksilöllisellä, yhteisöllisellä ja yhteiskunnallisella tasolla. Jännitteitä analysoin resurssien puuttumisen kautta ja resilienssiä resurssien olemassaolon vaikutusten kautta. Yksilötasolla tarkastelin psykologisia ja materiaalisia resursseja, yhteisötasolla sosiaalista tukea ja yhteiskunnallisella tasolla sosiaali- ja terveystalveta, tukipalveluita sekä sosiaalipolitiikkaa yleisesti. Olen koonnut artikkelin keskeisimmät tulokset taulukkoon 5.

Taulukko 5 Yksilöllisen, yhteisöllisen ja yhteiskunnallisen tason resurssien vaikutukset perhehoidon jännitteisiin ja voimavaroihin

<i>Resurssien kolme tasoa</i>	<i>Jännitteet</i>	<i>Voimavarat</i>
<i>Yksilöllinen</i>	Taloudellinen epävarmuus	Työn arvostus Työn merkityksellisyys
<i>Yhteisöllinen</i>	Sosiaalisten suhteiden kaventuminen Harrastusmahdollisuuksien kaventuminen Vapaa-ajan kaventuminen	Perheen tuki Ystävien tuki
<i>Yhteiskunnallinen</i>	Tuen puute Sijaisten puute Epäluottamus Informaation puute	Vertaistuki Työnohjaus

Yksilöllisellä tasolla haasteet liittyivät ennen kaikkea hoitotyön raskauteen psyykkisellä ja materiaalisella tasolla. Eniten huolta aiheuttivat taloudelliset haasteet sekä epäluottamus kuntaan: hoitopalkkio koettiin liian pieneksi suhteessa tehtyyn työmäärään, ja osa koki joutuvansa jopa taistelemaan kunnan kanssa hoitopalkkion saadakseen. Välillä hoitopalkkio maksettiin liian pienenä, välillä myöhässä ja joskus ei ollenkaan. Hoitopalkkion tasoa pidettiin riittämättömänä myös siitä syystä, että osa perhehoitajista oli joutunut ottamaan lainaa ostaakseen perhehoitoon sopivan talon. Perhehoidon aloittaminen oli joka tapauksessa taloudellinen riski, sillä varmuutta sopivien asukkaiden löytymisestä ei ollut.

Yhteisötasolla perhehoitajat katsoivat perhehoidon vaikuttavan negatiivisesti heidän sosiaalisiin suhteisiinsa sekä heidän mahdollisuuksiinsa harrastaa ja ylipäättään viettää vapaa-aikaa. Käytännössä tähän vaikutti kaksi tekijää: ensinnäkin perhehoitoon tulleet asukkaat olivat odotettua huonokuntoisempia, mikä teki perhehoidosta erittäin sitovaa, mutta vaikutti myös siihen, että perhehoitajien ystävät eivät enää käyneet kylässä. Toiseksi perhehoitajilla oli vaikeuksia löytää sopivia ja luotettavia sijaisia siksi aikaa, kun he ovat vapaalla. Sijaisen löytäminen on kunnan vastuulla, mutta käytännössä perhehoitajat joutuivat käyttämään omia verkostojaan sijaisen saamiseksi. Kaksi perhehoitajaa oli kokenut sijaisen järjestämisen niin haasteellisena ja voimavaroja vievänä, että he eivät olleet pitäneet lainkaan vapaapäiviä.

Merkittävin jännite yhteiskunnallisella tasolla liittyi tuen puutteeseen. Osa oli saanut erittäin stressaavissa tilanteissa työnohjausta, mutta yleisesti perhehoitajat joutuivat selvittämään haasteensa itse. Myös kunnan työntekijöiden asenteet vaikuttivat perhehoitajiin, sillä monet heistä kokivat olevansa alempiarvoisia suhteessa kunnan muihin, ”oikeisiin” työntekijöihin. Epäluottamusta kuntaan lisäsi myös tiedonkulkuun liittyvät vaikeudet kunnan ja perhehoitajan välillä. Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat olivat siis samanlaisia kuin omaishoidossa (Bee ym., 2009; Brodaty & Donkin, 2009; Washington ym., 2011). Perhehoitajalla on lain mukaan oikeus saada tietää oleelliset tiedot asukkaan elämäntilanteesta, historiasta ja terveydentilasta. Perhehoitoon saattoi kuitenkin tulla uusi asukas, jolla oli mukanaan vain lista hänen käyttämistään lääkkeistä.

Näistä jännitteistä huolimatta itse perhehoitotyö koettiin erittäin merkitykselliseksi. Perhehoitajat kokivat, että heidän asukkaansa ja asukkaiden omaiset arvostivat heidän työtään. Ennen kaikkea he arvostivat itse omaa työtään ja sitä, että pystyivät antamaan asukkailleen hyvää hoivaa. Virallinen koulutus koettiin hyödyksi, mutta kuvaillessaan perhehoitajan tärkeimpiä ominaisuuksia perhehoitajat nostivat esiin ennen kaikkea kärsivällisyyden, empaattisuuden ja huumorintajun. Merkittävää oli myös asukkaiden sairauksien, esimerkiksi muistisairauden etenemisen hyväksyminen (ks. esim. Cherry ym., 2013). Perhehoitajien muun tuen puutetta kompensoi erityisesti oman perheen tuki, mutta myös ystävien tuki. Sosiaalisen tuen saatavuus ja laatu olivat itse asiassa tukiverkoston laajuutta tärkeämpiä perhehoitajan resilienssin vahvistamiselle (Roth ym. 2005). Perheen ja ystävien lisäksi vertaistuki oli tärkeää monelle perhehoitajalle, vaikkakin heidän mahdollisuutensa tavata kasvokkain olivat harvassa perhehoitotyön sitovuuden takia.

Perhehoidossa tehdyn hoivatyön merkityksellisyydestä ja erityisyydestä kertoo myös se, ettei kukaan niistä perhehoitajista, joilla oli aiempaa työkokemusta vanhainkodeista, kotihoidosta tai palveluasumisesta, halunnut takaisin aiempaan työpaikkaansa. Suurimpana syynä tähän oli kiireen ja jatkuvan suorittamisen kokemukset formaalissa hoivatyössä. Suurin osa perhehoitajista näki perhehoidon hyvänä puolena sen, ettei heidän ja asukkaiden välillä ole selkeää hoitaja-hoidettava -suhdetta - muutama perhehoitaja piti asukkaitaan jopa omina perheenjäseninään.

Tämän semiformaalien hoivasuhteen lisäksi perhehoidon välimuotoisuus näkyy erityisesti perhehoitajan ja kunnan välisissä suhteissa. Kuten Ungar (2012) kirjoittaa, kontekstilla, eli tässä tapauksessa kunnalla ja sen tarjoamilla tukipalveluilla, on keskeinen rooli resilienssin vahvistamisessa. Tulosten mukaan perhehoitajien ja kunnan välisessä yhteistyössä oli kuitenkin yllättävän paljon vaikeuksia. Perhehoidon semiformaali asema näkyy niin palkkionmaksussa, sijaisen järjestämisessä, tuen ja tiedon saannissa kuin vapaa-ajan järjestämisessä. Tällaisia tilanteita on vaikea kuvitella olevan formaalissa hoivatyössä, varsinkin palkanmaksun suhteen. Perhehoitajat vaikuttavatkin olevan sitoutuneita hoivatyöhönsä, mutta kuntien sitoutuminen perhehoitoon on kyseenalaisempaa.

5.3 Hoivan tilat, paikat ja rajat

Kolmas tutkimuskysymykseni koski perhekoteja hoivan tiloina: millaisia rajanvetoja perhekoteissa tehdään yksityisten ja julkisten tilojen ja toisaalta työn ja perheen välillä? Artikkelissa 3 (Leinonen 2020a) tarkastelin perhekotien yksityisiä ja julkisia tiloja, näiden tilojen välillä olevia rajoja sekä perhekodin ja ulkopuolisen maailman välisiä rajanvetoja. Artikkelini perustuu perhehoitajien haastatteluihin (n= 12), haastatteluiden aikana ja niiden jälkeen tehtyihin havaintoihin ja niistä kirjoitettuun tutkimuspäiväkirjaan sekä lyhyeen kyselyyn (n = 10), jossa kysyttiin, miten perhekodin tilat vaikuttavat hoivan antamiseen (ks. liite 2). Yhtä perhekotia lukuun ottamatta kaikki perhekodit olivat omakotitaloja,

jotka sijaitsivat pääasiassa maaseutumaisilla alueilla. Puolet kodeista oli ostettu nimenomaan perhehoidon käynnistämistä varten, puolet taas olivat alun perinkin perhehoitajien omia koteja. Pienimmässä perhekodissa oli keittiön ja olohuoneen lisäksi kolme makuuhuonetta, kun taas suurin oli yli 600-neliöinen, seitsemän makuuhuoneen omakotitalo.

Käytin analyysissa Clarkin (2000) työn ja perheen välisten rajojen kolmijaottelua: hänen mukaansa nämä rajat voivat olla ensinnäkin fyysisiä, jotka määrittävät, missä tietyt perheeseen tai työhön liittyvät toiminnot tehdään. Toisaalta rajat voivat olla temporaalisia, jotka määrittävät milloin tietyt toiminnot tehdään. Rajat voivat olla myös psykologisia rajoja, jotka ovat enemmänkin sääntöjä tietynlaiselle käyttäytymiselle tietyssä tilassa. Edellä mainitut rajat voivat olla vahvoja tai heikkoja; tämä riippuu rajojen läpäisevyydestä, joustavuudesta ja sekoittumisen asteesta. Analyysissa tarkastelin, miten perhehoitajat hallinnoivat näitä perheen ja työn välissä olevia fyysisiä, temporaalisia ja psykologisia rajoja sekä sitä, miten vahvoja tai heikkoja nämä rajat ovat. Olen koonnut keskeisimmät tulokset taulukkoon 6.

Taulukko 6 Perhekotien julkisen ja yksityisen väliset fyysiset, temporaaliset ja psykologiset rajat

	<i>Kodin sisäiset rajat</i>	<i>Kodin ulkoiset rajat</i>
<i>Fyysiset rajat</i>	Portaat Lukitut ovet Kameravalvonta	Lukitut ovet Lukitut portit
<i>Temporaaliset rajat</i>	Ruoka-ajat Oma aika	Sovitut ajat vierailuille
<i>Psykologiset rajat</i>	Omat paikat Jääkaappi	Ilmoittamisvelvollisuus Vierailumäärän rajoittaminen Perhesysteemin suojele

Ensimmäinen keskeinen tulos liittyi kodin uudelleenmäärittelyyn perhehoidon alkamisen vuoksi. Kodin uudelleenmäärittely alkoi käytännössä siitä hetkestä, kun päätös perhehoitajaksi ryhtymisestä oli tehty. Koti muotoutui fyysisenä ja sosiaalisena prosessina, jossa kodin tiloja muokattiin hoivatyöhön sopiviksi lisäämällä tukikahvoja ja luiskia, poistamalla kynnyksiä sekä ostamalla uusia huonekaluja, sairaalasänkyjä ja vuodevaatteita. Sosiaalisesti kodin rytmit ja rutiinit muokattiin hoivatyöhön sopivaksi. Samalla kodin julkisia ja yksityisiä tiloja määriteltiin uudelleen päättämällä, mitkä huoneet annettaisiin asukkaiden käyttöön ja mitkä huoneet pysyisivät esimerkiksi vain perheen lapsien käytössä. Paikat saivat myös uudenlaisia merkityksiä – yksittäinen tuoli saattoi olla perhehoitajalle symbolisesti merkityksellinen, omistajuutta ja hallintaa ilmentävä paikka (Martin-Matthews, 2007). Tulosten mukaan perhehoitajat pystyivät säilyttämään jotkin osat kodistaan yksityisinä, vain heidän omina tiloinaan, joihin se saattoivat vetäytyä rentoutumaan ja rauhoittumaan, olemaan ”näkymättömiä” (Goffman, 1959). Muut tilat sen sijaan, kuten olohuone, keittiö ja myös asukkaiden huoneet olivat luonteeltaan enemmänkin julkisia, hoivatyöhön liittyviä tiloja. Kaikilla asukkailla ei edes ollut omaa huonetta. Tämä johtui perhe-

hoitajien mukaan siitä, että asukkaat kokivat olonsa turvallisemmaksi muiden seurassa, mutta osin kyse oli myös tilojen puutteesta.

Toinen keskeinen tulos koski kodin sisäisiä rajoja. Kodin sisäisiä fyysisiä rajoja olivat portaat, lukitut ovet ja portit sekä muutamissa kodeissa käytössä ollut kameravalvonta, joiden käyttöä perusteltiin asukkaiden turvallisuudella. Suurimmalla osalla tätä tutkimusta varten haastatelluista perhehoitajista oli kokemusta siitä, että muistisairas asukas oli lähtenyt harhailemaan ja eksynyt, joten perhehoitajat joutuivat tasapainottelemaan asukkaiden itsemääräämisoikeuden ja turvallisuuden välillä. Ajalliset rajat liittyivät ennen kaikkea perheen ja työn välisiin rajanvetoihin, erityisesti perhehoitajien omaan aikaan, jota heillä oli yleensä iltaisin muutaman tunnin ajan.

Useasti ajalliset ja fyysiset rajat olivatkin yhteydessä toisiinsa luoden erilaisia tiloja koskevia sääntöjä. Yleensä perhekodeissa pyrittiin esimerkiksi syömään samaan aikaan ja samassa tilassa - ruoka-ajat olivat siten julkista aikaa julkisessa tilassa. Sääntönä saattoi olla myös se, että perhehoitaja vetäytyi aina tiettyyn aikaan omalle puolelleen, jolloin yksityisen rajaa määrittivät sääntöjen lisäksi myös ajalliset ja fyysiset rajat. Eräs kiinnostava sääntö liittyi jääkaappiin, jota ikääntyneet asukkaat eivät useimmissa perhekodeissa saaneet käyttää. Joissakin perhekodeissa jääkaapit oli lukittu. Niissäkin perhekodeissa, joissa jääkaapille sai mennä, asukkaat eivät välttämättä sitä tehneet; perhehoitajien mukaan tämä johtui siitä ajatuksesta, ettei "toisten jääkaapeille voi mennä". Yksityisen ja julkisen tilan näkökulmasta tämä on kiinnostavaa: missä määrin jokin paikka on koti, mikäli siellä ei saa käyttää jääkaappia?

Kolmas keskeinen tutkimustulos koski kodin ulkopuolisia rajoja. Näiden kodin ulkopuolisten rajojen määrittely liittyi ennen kaikkea erilaisiin perhehoitajien luomiin sääntöihin. Nämä säännöt liittyivät esimerkiksi siihen, saivatko ikääntyneet asukkaat tai heidän perheenjäsenensä oleskella perhehoitajan omassa tiloissa tai muissa yhteisissä tiloissa silloin, kun siellä oli muitakin. Perhekotien asukkailla on luonnollisesti oikeus tavata omia sukulaisiaan, mutta koska perhekoti on monesti samalla perhehoitajan yksityiskoti, jossa hänen perheensäkin asuu, on rajojen määrittely haasteellisempaa. Vierailujen osalta yleisin sääntö oli, että vierailijoiden tuli ilmoittaa vierailusta ja sen ajankohdasta perhehoitajalle etukäteen. Tämä ilmoittamisvelvollisuus oli siten tapa hallinnoida perhehoitajien kodin yksityistä rajaa. Toinen tapa liittyi vierailujen määrän rajoittamiseen joko niin, että perhekotiin sai tulla vain tiettyyn aikaan päivästä tai vierailukertoja sai olla vain tietty lukumäärä viikossa. Näiden sääntöjen tarkoituksena oli yhtäältä se, että perhehoitaja saattoi vetäytyä omaan yksityiseen tilaansa ja irrottautua hoivavastuista, ja toisaalta varmistaa, etteivät muut perhekodin asukkaat häiriintyisi. Nämä rajanvedot johtivat välillä kiistoihin omaisten kanssa: jotkut omaiset eivät ilmoittaneet tulostaan etukäteen, toiset taas olisivat halunneet tulla vierailulle joka päivä. Tämä kertoo myös perhekotien jatkuvasta tasapainottelusta yksityisen ja julkisen välillä.

Kaiken kaikkiaan näissä perhekodeissa näytti olevan sekä näkyviä että näkymättömiä rajoja, jotka liittyivät perhekotien puolijulkiseen luonteeseen. Yksityisyyden rajat suhteessa perhekodin asukkaisiin kulkivat ennen kaikkea

perhehoitajien omien tilojen ja julkisten tilojen välillä. Tästä huolimatta perheen ja työn rajat eivät olleet näin selkeitä. Analyysini mukaan perheen ja työn väliset rajat perhekotien sisällä olivat pääsääntöisesti heikkoja; sen sijaan rajat perhekodin ja ulkomaailman välillä olivat huomattavasti vahvempia. Heikommat rajat tarkoittivat suurempaa joustavuutta ja läpäisevyyttä perheen ja työn välillä, käytännössä näiden sekoittumista toisiinsa. Tätä sekoittumista perhehoitajat kuvailivat sanalla 'perhesysteemi', jolla he tarkoittivat asukkaidensa ja heidän itsensä muodostamaa kollektiivia. Perhehoitajat myös suojelivat tätä perhesysteemiä fyysisillä, ajallisilla ja sääntöihin perustuvilla rajoilla. Tämän tavoitteena oli ennen kaikkea turvata perhekodin osin haavoittuvakin arki ja sen toimivuus. Perhehoitajien mukaan uusi asukas ei aina "sopinut joukkoon", mikä yleensä johti hoitosuhteen katkaisemiseen. Samoin eräällä perhehoitajalla oli ollut joidenkin kuntien kanssa ongelmia, jolloin perhehoitaja oli päättänyt olla ottamatta uusia asukkaita kyseisestä kunnasta. Tässä tapauksessa perhehoitajan valta rajoittaa ja hallita kotinsa yksityisyyttä (Twigg 1999) ulottui siis kuntarajoille saakka.

5.4 Hoivan aika: temporaalinen toimijuus

Neljäs tutkimuskysymykseni koski perhehoidon arkea ja erityisesti sitä, miten perhehoitajat harjoittivat toimijuuttaan aikaan liittyvissä kysymyksissä. Artikkelissa 4 (Leinonen, 2020b) tarkastelin, miten perhehoitajat käyttävät heidän ajallista toimijuuttaan ja miten heidän ajallinen orientaationsa muuttuu eri tilanteissa. Artikkelini perustuu perhehoitajien haastatteluaineistoon (n = 12). Analyysissä käytin aikatyö -käsitettä ('time work', Flaherty, 2003; 2011), joka koostuu viidestä eri ulottuvuudesta: ajallisen kokemuksen kestosta, tiettyjen ajallisten toimintojen toistuvuudesta, ajallisten toimintojen järjestyksestä, tiettyjen toimintojen ajoituksesta sekä ajan allokatiosta. Lisäksi käytin analyysissä ajatusta ajallisen toimijuuden variaatioista eri tilanteissa. Nämä toimijuuden variaatiot olivat pragmaattinen, identiteettiin ja elämänkulkuun liittyvä toimijuus (Hitlin & Elder, 2007). Taulukossa 7 kuvaan analyysissä käyttämäni aikatyön teemojen, aikahorisontin ja toimijuuden välisiä suhteita.

Taulukko 7 Aikatyö, toimijuus, aikahorisontti (mukailtu Hitlin & Elder, 2007)

<i>Aikatyön teemat</i>	<i>Ajallinen toimijuus</i>	<i>Aikahorisontti</i>
<i>Kesto, frekvenssi, sekvenssi, ajoitus</i>	Pragmaattinen	Nykyhetki
	Identiteetti	Rutiinit, tavoitteet
<i>Allokatio</i>	Elämänkulku	Mennyt ja tuleva

Kiinnostavin tulos on se, että perhehoitajan näkökulmasta hoivan kotiuttaminen puolijulkiseen tilaan tukee perhehoitajien ammatillista identiteettiä, erityisesti niiden perhehoitajien kohdalla, joilla oli aiempaa työkokemusta hoitotyöstä. Perhehoitajat pystyivät antamaan kodissaan kiireetöntä ja ihmistä kunnioit-

tavaa hoivaa – hoivaa, jota he eivät aikapaineiden vuoksi kyenneet edellisissä työsuhteissaan antamaan. Tässä mielessä perhehoitotyö oli perhehoitajille tapa vastustaa taloudellirationaalista, ajallisesti tiukasti määriteltyä työtä. Esimerkiksi Hirvonen & Husso (2012) totesivat tutkimuksessaan hoitotyöntekijöiden olevan työssään jatkuvasti ”veitsenterällä”, sillä työn luomat aikapaineet pakottivat hoitotyöntekijät reagoimaan jatkuvasti uusiin, nopeasti vaihtuviin tilanteisiin, mikä puolestaan vaikeutti heidän mahdollisuuksiaan toimia työssään ”hyvän hoitajan” tavoin. Oman aineistoni perusteella perhehoidossa tällaista ei ilmennyt. Perhehoitajat pystyivät vaikuttamaan hoivatyöhön liittyvien tehtävien keston, toistuvuuteen, järjestykseen ja ajoitukseen varsin hyvin, ja siten toimimaan oman professionaalisen identiteettinsä mukaisesti. Monille perhehoitajille olikin tärkeää kyetä ennen kaikkea olemaan läsnä eikä niinkään aktivoimaan asukkaitaan jatkuvasti. Kuten eräs haastateltava kuvaavasti totesi: ”ei tavallissakaan kodeissa ole ohjelmaa”.

Perhekodin rytmin muodostivat ennen kaikkea ruoka-ajat; sen sijaan esimerkiksi nukkumaanmenoajoja ei yleensä määritelty tarkasti. Useassa kodissa asukas sai mennä nukkumaan ja herätä silloin, kun halusi. Vain yhdessä kodissa rutiineja ja kellonaikoja noudatettiin erittäin tiukasti: herätys oli kaikilla aina samaan aikaan, samoin aamupala, lounas ja illallinen. Vaikka suurimmassa osassa perhekodeista elettiin joustavasti, halusivat kaikki perhehoitajat kuitenkin pitää kiinni niin sanotusta ”normaalista päivärytmistä” eli siitä, että vuorokausirytmisi ei kääntyisi täysin pääläelleen. Rytmillä ja rutiineilla pyrittiin tukemaan asukkaiden hyvinvointia, mutta myös perhehoitajien omaa jaksamista, erityisesti riittävien yöunien suhteen.

Toinen keskeinen tulos liittyi puolestaan vapaa-aikaan. Perhehoitajilla on oikeus vähintään kahteen lomapäivään kuukaudessa, mutta muuten he ovat vastuussa asukkaistaan ympärivuorokautisesti. Se, että perhehoitajat pystyivät käyttämään aikaa hoivatyöhön ilman ylhäältä tulevia aikapaineita, tarkoitti samalla sitä, että heillä oli vaikeuksia allokoida aikaa itselleen. Käytännössä perhehoitajilla oli omaa aikaa vain iltaisin, korkeintaan muutaman tunnin ajan. Monelle päivittäiset ”pienet raot” (Sointu, 2016), oman ajan hetket, muodostuivat kauppareissuista tai kirjan luvusta samalla, kun asukkaat katsoivat elokuvaa. Osa perhehoitajista koki vapaa-ajan puutteen suurempana ongelmana kuin toiset: muutamat perhehoitajista kokivat, että heillä jää puolet elämästä elämättä, kun taas toiset eivät juuri kaivanneet vapaata. Suurimmalle osalle perhehoitajista oli kuitenkin tärkeää voida ajoittain tehdä selkeä irtiotto hoivavastuista – monet perhehoitajat pitivätkin vapaansa putkeen, noin parin viikon pätkissä muutaman kerran vuodessa.

Kolmas keskeinen tulos liittyi perhehoitajien elämäntilanteeseen toimijuuteen ja ennen kaikkea luopumiseen. Osalle perhehoitajista luopuminen ikään-tyneestä asukkaasta oli selvästi vaikeaa, vaikka asukkaan tilanne oli jo sellainen, että hän tarvitsi ympärivuorokautista hoivaa. Osa perhehoitajista yritti kuitenkin pidentää hoivasuhteen kestoa oman jaksamisensa rajamaille, sillä asukkais- ta oli tullut heille kuin perheenjäseniä. Eräskin perhehoitaja kertoi tunteneensa huonoa omaatuntoa siitä, ettei enää kyennyt hoitamaan vaikeasti sairasta asu-

kastaan, ja kokeneensa olevansa tästä syystä huono perhehoitaja. Tämä kertoo perhehoidon emotionaalisesta sitovuudesta. Toisaalta kyse oli myös toimeentulosta, sillä luopumalla asukkaasta perhehoitaja ottaa taloudellisen riskin, sillä takeita uuden asukkaan saamisesta ei aina ole.

Kaiken kaikkiaan perhehoidossa käsitys ajasta on varsin erilainen esimerkiksi laitoshoitoon verrattuna: perhehoidon ajallinen kehys ei tämän tutkimuksen mukaan perustu taloudellisrationaaliseen ajankäytön tehokkuuteen, vaan hoivarationaalisuuteen, hoivan tarvitsijan tarpeisiin (Twigg, 2008; Wearness 1984). Hyvän hoitajan tavoin toimimisella oli myös negatiivisia vaikutuksia, ennen kaikkea suhteessa perhehoitajien koettuun hyvinvointiin ja jaksamiseen. Perhehoitajat olivat lähes jatkuvasti sosiaalisesti tavoitettavissa (Zerubavel, 1981). Tätä tilaa voisi kutsua myös limboksi, jossa perhehoitaja on koko ajan työn ja ei-työn välitilassa. Ennen kaikkea ikääntyneiden perhehoidossa kietoutuvat yhteen lukuisat taloudelliset, sosiaaliset ja emotionaaliset siteet, jotka osaltaan tekivät hoivatyöstä merkityksellistä, ja osaltaan hoivasuhteen purkamisesta vaikeaa silloinkin, kun hoivasuhteen jatkaminen on jo kuormittavaa.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän väitöskirjan keskeisenä tavoitteena on ollut tuottaa uutta tietoa ja ymmärrystä uudenaikaisesta hoivamuodosta, ikääntyneiden pitkäaikaisesta perhehoidosta. Olen tutkimuksessani tarkastellut ikääntyneiden toimeksiantosopimussuhteista perhehoitoa osana suomalaista hoivapolitiikkaa ja sen muutosta. Väitöskirjani otsikon mukaisesti olen käsitteellisesti pyrkinyt paikantamaan ikääntyneiden perhehoitoa hoivan kentällä ja ymmärtämään siihen vaikuttavia tekijöitä, sillä hoiva ei ole pelkästään kahden ihmisen välinen suhde, vaan erilaisten ajallisten, tilallisten, yhteisöllisten ja yhteiskuntapoliittisten suhteiden ja normien kudelma. Sosiaalisen konstruktionismin tutkimusperinteen mukaisesti paikantamisen avulla on mahdollista nimetä, tunnistaa ja ymmärtää paremmin erilaisia ilmiöitä ja todellisuuksia, joita sosiaalisessa vuorovaikutuksessa rakennetaan. Tässä luvussa vastaan väitöskirjani päätutkimuskysymykseen: mihin ikääntyneiden perhehoito sijoittuu julkisen ja yksityisen, formaalin ja informaalin muuttuvalla rajalla?

Perhehoito on tämän tutkimuksen perusteella semiformaalinen hoivamuoto, jota normittaa lainsäädäntö ja kuntien toimintatavat, mutta jonka arkea eletään puolijulkisissa perhekodeissa. Julkisen ja yksityisen rajat ovat perhehoidossa läsnä niin formaalin ja informaalin, perheen ja työn, ammatillisuuden ja ei-ammattillisuuden, perhekodin tilojen ja perhehoitajien ajankäytön välillä. Mitä merkitystä näillä moninaisilla, osittain päällekkäisillä rajoilla sitten on? Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että juuri näihin rajanvetoihin liittyvät vaikeudet aiheuttavat ongelmia, sillä ikääntyneiden perhehoito on niin monella tavalla välimuotoista.

Tutkimukseni tuloksista voi vetää neljä keskeistä johtopäätöstä. Ensimmäkin ikääntyneiden perhehoidon kehittämisessä korostuu nykyisen hoivapolitiikan eetos kustannusten hillitsemisestä, ja toisaalta käsitys kodin ensisijaisuudesta hoivan paikkana. Näyttäisi siltä, että ikääntyneiden pitkäaikaisella perhehoidolla pyritään osin paikkaamaan laitoshoidon ja tehostettua palveluasumista. Kuten luvussa kaksi kuvasin, hallituksen esityksessä perhehoitolain muuttamisesta perhehoidon säästöpotentiaali perustui oletukseen, jossa perhehoidon korvaaviksi hoitomuodoiksi oletettiin 90 prosenttisesti tehostettu palveluas-

minen ja 10 prosenttisesti tehostettu kotihoito. Tämä oletus on ristiriidassa perhehoidon tavoitteiden kanssa, sillä perhehoidon asukkaiden ei lähtökohtaisesti tulisi olla tehostetun palveluasumisen tai ylipäättään ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa. Tällöin perhehoito säästää vain siinä tapauksessa, että se aidosti korvaa laitoshoidon tai tehostettua palveluasumista. Vaikuttaakin siltä, ainakin tämän tutkimuksen perhehoitajien mukaan, että ikääntyneitä sijoitetaan perhehoitoon aivan liian myöhään ja aivan liian sairaina. Tämä viittaa siihen, että perhehoidon alkuperäinen tavoite ei kaikkialla täyty.

Toinen keskeinen johtopäätös on se, että perhehoidon semiformaali asema kuntien palvelurakenteessa aiheuttaa perhehoitajille eriaikaisia sosiaalisia riskejä, joista merkittävimmät liittyivät epävarmaan tulotasoon, heikkoon sosiaaliturvaan, heikentyneisiin sosiaalisiin suhteisiin sekä riittämättömään vapaa-aikaan. Nämä tulokset ovat samansuuntaisia omaishoitoon liittyvien riskien kanssa (Brodsky & Donkin, 2009). Tulosten mukaan useimmat perhehoitotyöhön liittyvät jännitteet olivat luonteeltaan jatkuvia tai vähintäänkin toistuvia. Tulokset osoittavat, että perhehoidon semiformaali asema kunnan palveluvalikossa heikentää perhehoitajien hyvinvointia. Suurin osa perhehoitoon liittyvistä jännitteistä tuli nimenomaan ulkoa, yhteiskunnalliselta tasolta. Tämän tutkimuksen perhehoitajilla oli erilaisia keinoja selviytyä vaativista ja stressaavista tilanteista, mutta heidän mahdollisuutensa neuvotella itselleen parempia työolosuhteita olivat heikot, ennen kaikkea siitä syystä, että perhehoitajien tehtävä ei ole työtä, joten he eivät saa siitä palkkaa tai lomaa. Vaikka hoitopalkkion maksusta on määrätty perhehoitolaissa, esiintyi sen maksukäytänteissä kirjavuutta, samoin mahdollisuuksissa saada vapaa-aikaa. Kirjavia maksukäytänteitä on kritisoitu yhdenvertaisuuden näkökulmasta myös asukkaiden kohdalla (Leppäaho ym. 2019). Erityisen huolestuttavia ovat kokemukset siitä, että perhehoitajia ei kohdella yhdenvertaisesti suhteessa muihin kunnan työntekijöihin. Myös nämä tekijät korostavat perhehoitajien puolivirallista asemaa ja sitä, että sopimus ei takaa molempien sopijaosapuolien, siis julkisen organisaation ja perhehoitajan, tasavertaista asemaa.

Kolmas johtopäätös liittyy hoidon kotiuttamiseen. Näyttää siltä, että hoidon kotiuttaminen puolijulkiseen tilaan vaikeuttaa perhehoitajan yksityisen ja julkisen, perheen ja työn, välisten rajojen vetämistä. Hoidon kotiuttaminen tilaan, joka on sekä perhehoitajan yksityiskoti ja työpaikka että ikääntyneiden asukkaiden (vähintäänkin) kodinomainen asuinpaikka, tekee perhekoodista todella monimutkaisia spatio-temporaalisia tiloja, joissa myös kysymykset vallasta nousevat esiin. Perhehoitajat käytännössä määrittävät, mitkä tilat ovat heidän omaa yksityistä aluettaan ja mitkä julkisempia tiloja. Vaikka tämä jaottelu oli sinänsä selkeä, olivat perheen ja työn rajat kuitenkin pääsääntöisesti sekoittuneet toisiinsa, jolloin erottelua työn ja perheen välillä oli vaikea tehdä. Keskeistä näissä perhekoodissa oli toimivan ”perhesysteemin” suojelu, mikä tarkoitti erilaisten sääntöjen luomista vierailuja varten, mutta myös sellaisten uusien asukkaiden hoitosuhteen lopettamista, jotka eivät sopineet perheeseen. Tämän tutkimuksen perusteella on mahdotonta sanoa, missä määrin ikääntyneet asukkaat itse pystyivät vaikuttamaan omaan yksityisyyteensä liittyviin

asioihin. Selvää oli kuitenkin se, että asukkaiden huoneet olivat enemmän julkista, hoivatyöhön liittyvää tilaa. Perhekotien puolijulkisuuteen liittyikin kaksi ongelmaa, joista ensimmäinen liittyy ikääntyneiden asukkaiden itsemääräämisoikeuteen ja siihen, missä määrin he voivat vaikuttaa omaan yksityisyyteensä. Toinen ongelma puolestaan palautuu Koskiahon (2013) kritiikkiin: piiloutuuko julkinen vastuu yksityiseen sfääriin?

Neljänneksi kodin piirissä tehtävä hoivatyö mahdollistaa ajallisesti sen, että tämän tutkimuksen perhehoitajat saattoivat antaa oman ammatillisen identiteettinsä mukaista hyvää, kiireetöntä hoivaa, mikä ei ollut mahdollista heidän entisissä työpaikoissaan. Vaikuttaa siltä, että perhehoito on osalle perhehoitajista tapa vastustaa formaalin hoivatyön tehokkuusvaatimuksia. Nämä tulokset viittaavat siihen, että hoivan kotiuttaminen vahvistaa perhehoitajien ammatillista temporaalista identiteettiä, mutta samalla vaikeuttaa ajan allokoimista muuhun kuin hoivatyöhön. Tämän tutkimuksen perhehoitajat pystyivät vaikuttamaan hoivatyöhönsä ja sitä kautta perhekotien arkeen liittyvien toimintojen keston, toistuvuuteen, järjestykseen ja ajoitukseen. Sen sijaan vapaa-aikaa, eli ajan allokoimista perhehoitajille itselleen, koskevat ongelmat liittyivät perhehoidon semiformaaliin asemaan – koska perhehoitajan työ ei ole työtä, oli vapaan järjestäminen ja hoivavastuusta irrottautuminen vaikeaa. Hoivavastuusta irrottautuminen oli perhehoitajille vaikeaa myös emotionaalisessa mielessä, sillä ikääntyneen asukkaan hoitoisuuden lisääntymisestä huolimatta perhehoitajat jatkoivat hoivasuhdetta oman jaksamisensa rajoilla. Osalle kyse oli myös toimeentulosta, sillä varmuutta uuden asukkaan saamisesta ei ollut.

Kuten Julkunen (2006) kirjoittaa, sosiaalipoliittisten järjestelmien toimivuus testataan arjessa. Suomalaisessa vanhushoivapolitiikassa vallalla oleva hoivan kotiuttamisen eetos kutsuu perheitä ja yksityiskoteja resursseiksi. Tutkimukseni perusteella on selvää, ettei perhehoidossa, niin kuin ei kaikessa muussakaan hoivassa, ole kyse vain resursseista tai työstä, vaan monimutkaisesta suhteiden verkostosta, jossa luopuminen, sairauden eteneminen ja kuolema ovat vääjäämättömiä. Tästä syystä myöskään hoivan tilat ja hoivan aika eivät pelkisty pelkiksi resursseiksi, vaan ne ovat merkityksellinen osa hoivasuhdetta.

Toisaalta tarjolla olevat resurssit ilmentävät sitä, miten hoivatyötä arvotetaan suhteessa muuhun työhön. Kuten aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu, tukipalveluiden saatavuus vähentää omaishoitajien hoivatyön kuormittavuutta ja lisää heidän hyvinvointiaan, samoin hyvät sosiaaliset suhteet (Wilks & Croom, 2008; Brodaty & Donkin, 2009; Cherry ym., 2013; Donnellan ym., 2015). Myös perhehoitajien vertaistuen parempi saatavuus tulisi varmistaa, sillä aiempien tutkimusten mukaan se vähentää sosiaalisen eristäytyneisyyden ja yksinäisyyden tunteita (Dennis, 2003; Charlesworth ym., 2011). Perhehoidon samanaikainen fyysinen ja emotionaalinen sitovuus sekä tuen puute kuitenkin heikentävät perhehoitajien hyvinvointia ja jaksamista. Kuten Ungar (2011) on todennut, ympäristöllä, eli tässä tapauksessa kunnalla ja sen tukipalveluilla, on suuri vaikutus yksilön kykyyn olla resilientti.

Kuntien näkökulmasta perhehoito näyttäytyy joustavana ja edullisena tapana järjestää ikääntyneiden hoivaa, mutta perhehoidon kotiuttaminen ja semi-formaali asema tarkoittavat toisaalta sitä, että ongelmat saattavat piiloutua yksityiseen kotiin; toisaalta taas tuen puute saattaa jättää perhehoitajat selviämään yksin vaikeista tilanteista. Mikäli perhehoidon tarjontaa halutaan laajentaa, vaatii se selkeitä panostuksia tukipalveluihin sekä muutoksia kuntien toimintatavoihin. Tässä tutkimuksessa esiin tulleet puutteet riittävän informaation saamisessa, palkkionmaksussa ja tuen saamisessa kertovat kukin osaltaan perhehoidon puolivirallisesta ja osin epätasa-arvoisesta asemasta suhteessa ”oikeaan työhön”. Romanttiset oletukset perhekodista pullantuoksuisena, yhteisöllisenä paikkana osaltaan vähättelevät perhekodeissa tehtävää vaativaa hoivatyötä, jonka tekemisestä perhehoitajat ovat vastuussa ympärivuorokautisesti. Kuten Tammelin ja Ilmarinen kirjoittavat (2013), perhehoitajien tekemä hoivatyö vaatii jo jaksamisen kannalta ammattimaista työtettä ja osaamista, vaikka muodollista pätevyyttä ei vaaditakaan. Vaikuttaa siltä, että ikääntyneiden perhehoitoon sisältyy useita taloudellisia ja sosiaalisia riskejä, joista päävastuun näyttäisi kantavan perhehoitaja. Tätä kirjoittaessa koronaepidemia on pakottanut perhehoitajat siirtämään vapaitaan vierailukiellon vuoksi ja käytännössä tehnyt mahdottomaksi lyhytaikaisten perhehoitajien työskentelyn. Perhehoitajien työttömyys-turvan kehittäminen pikaisesti olisi erittäin tärkeää, sillä tällä hetkellä monet perhehoitajat ovat tyhjän päällä.

Kaiken kaikkiaan ikääntyneiden perhehoidolla on potentiaalia olla hyvä hoivavaihtoehto niin perhehoitajan, perhehoidossa olevan asukkaan kuin kunnan kannalta. Tämän tutkimuksen perusteella vaikuttaa kuitenkin siltä, että valtio ja kunnat eivät ole vielä luoneet parhaita mahdollisia toimintaedellytyksiä perhehoidolle. Kuntien tulisikin kohdentaa huomio perhehoidon säästöpotentiaalista siihen, miten tehdä perhehoidosta aidosti turvallinen, yhdenvertainen sekä osallisuutta, hyvää hoivaa ja työllisyyttä lisäävä hoivapalveluvaihtoehto, jonka tarkoituksena ei olisi korvata laitoshoidoa tai tehostettua palveluasumista. Tutkimukseni perusteella huomiota – ja resursseja – täytyisi kohdentaa perhehoitajien resilienssin vahvistamiseen, perhekotien toimivuuteen ja perhehoitajien vapaa-aikaan, mutta myös perhehoitoon pääsemisen kriteereihin. Mikäli perhehoitoon olisi mahdollista päästä aikaisemmassa vaiheessa, olisi asukkailla enemmän mahdollisuuksia osallistua kodin ulkopuoliseen elämään ja samalla perhehoitajat voisivat välillä vapautua hoivavastuustaan. Kaiken perustana tulisi olla parempi tiedonkulku ja yhtenäiset toimintatavat, jotka vaikuttavat olennaisesti perhehoitajan, asukkaan, asukkaan omaisten ja kunnan välisiin luottamussuhteisiin. Nämä toimet myös selkeyttäisivät perhehoitomallia suhteessa formaaliin ja informaaliin hoivaan.

7 LOPUKSI

Olen tässä tutkimuksessa määritellyt hoivan suhteeksi, joka koskee kahden hoivaan osallistuvan ihmisen välisen suhteen lisäksi myös suhdetta lainsäädäntöön, yhteiskuntapolitiikkaan, tilaan ja aikaan. Hoivan käytännöt rakentuvat vuorovaikutuksessa, johon vaikuttavat lait, normit, tavat ja tottumukset, mutta myös konkreettiset ja kuvitellut tilat, käytettävissä oleva aika ja hoivan osapuolien ominaisuudet, toiveet, odotukset ja pelot. Tämän tutkimuksen keskeiset johtopäätökset koskevat perhehoitoa, mutta kuvaavat samalla myös yleisesti hoivan moninaisuutta, sen sisäänrakennettua haavoittuvuutta ja osin eriarvoisuuttakin tuottavia mekanismeja. Hoiva itsessään ei ole samanlaista kaikkialla ja kaikille. Hoivassa kietoutuvat yhteen omalle kodille, omalle tilalle ja omalle ajalle annetut merkitykset, mutta hoiva myös muuttaa niitä – se venyttää ja muokkaa niiden rajoja. Hoivan myötä myös arjessa kohdatut haasteet, vastoinkäymiset ja ongelmat muuttuvat, mikä vaikuttaa ihmisten mahdollisuuksiin selvitä niistä.

Perhehoidon tavoitteena on saattaa yksinäiset, apua ja hoivaa tarvitsevat ikääntyneet kodin ja yhteisön piiriin. Samalla perhehoito rikkoo perinteisiä kotiin ja perheeseen liitettyjä normeja ja käsityksiä. Onkin kiinnostavaa pohtia, miksi ikääntyneiden perhehoitoa on kehitetty juuri Suomessa, mutta ei muissa Pohjoismaissa, vaikka lastensuojelun perhehoito on valtavirtaa erityisesti Ruotsissa ja Norjassa (Korhonen, 2017). On mahdollista, että muissa Pohjoismaissa aikuisen muuttaminen vieraan ihmisen kotiin koetaan yksinkertaisesti liian vieraaksi ajatukseksi. Lisäksi esimerkiksi Isossa-Britanniassa perhehoito on kehystetty ennen kaikkea yhteisöllisyyden tukimuodoksi, jonka avulla ikääntyneet voivat edelleen osallistua yhteisön toimintaan ja kodin ulkopuoliseen maailmaan. Suomessa kehystys vaikuttaisi liittyvän ennen kaikkea taloudellisiin seikkoihin, kuten pitkäaikaishoidon järjestämisen säästötavoitteisiin.

Tämän tutkimuksen tulosten arvioinnin kannalta olennaista on, ettei tuloksia voi suoraan yleistää koskemaan kaikkia perhehoitajia eivätkä ne kerro kaikkea perhehoitajien ja perhekotien arjesta. Olen käsitellyt, analysoinut ja tulkinut aineistoani tiettyjen rajattujen käsitteiden kautta, mikä osaltaan vaikuttaa tutkimukseni tuloksiin. Tämän tutkimuksen keskeinen heikkous on siinä,

että olen keskittynyt ainoastaan valtionhallinnon asiakirjojen sekä perhehoitajien haastatteluiden analysointiin. Perhehoidossa asuvien ikääntyneiden ääni sekä kunnan työntekijöiden näkemykset jäivät siten tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Tulevissa tutkimuksissa olisi ensiarvoisen tärkeää saada ikääntyneiden ääni kuuluviin ja pohdittava, onko perhehoito ikääntyneen asukkaalle kannalta vain yksi välivaihe kodin ja laitoksen, yksityisen ja julkisen, välissä. Olisi tärkeää selvittää, millainen hoivan ja asumisen paikka perhekoti todella on ikääntyneelle, miten sosiaaliset suhteet rakentuvat näissä perhekodeissa ja millaisia vaikutuksia perhehoidolla ylipäätään on ikääntyneen elämään. Onko perhekoti todella yhteisöllisyyttä luova ja turvallisuutta lisäävä paikka? Samoin lisätietoa tarvitaan perhehoidon todellisista kustannuksista, sillä tällä hetkellä tiedot ovat hajallaan ja tietojen kirjaamisessa on paljon alueellista vaihtelua.

Tutkimukseni keskeinen vahvuus on puolestaan siinä, että se käsittelee aihetta, jota suomalaisessa tutkimuskentässä ei ole vielä tutkittu. Tutkimuskohteeni edustaa sellaista ryhmää, joka ei muualla ole juurikaan edustettuna. Tutkimukseni tuottaa siten uutta tietoa uudenlaisesta hoivatyöntekijöiden ryhmästä, joka näyttäisi tilastojen mukaan olevan kasvussa. Kansainvälisestikin perhehoidosta on hyvin vähän tietoa. Tutkimuksen aineistona on käytetty poliittisten asiakirjojen, lakitekstien ja eduskunnan täysistuntojen keskusteluiden lisäksi perhehoitajien haastatteluja, tutkimuspäiväkirjaa sekä perhehoitajien taustaa ja kotia koskevaa kyselyä, jotka yhdessä tekevät monipuolisen analyysin mahdolliseksi. Yhdistämällä makro- ja mikrotason tarkastelua tutkimus lisää ymmärrystä ikääntyneiden perhehoidon kontekstista, hoivatyöstä ja perhekotien arjesta. Tutkimukseni lisää tietoa perhehoidosta elämäntilanteena, mutta myös hoivapolitiittisena mallina. Käyttämäni kotiuttamisen ja semiformaalien hoivatyön käsitteet tekevät näkyväksi ikääntyneiden perhehoidon vahvuudet, mutta myös perhehoitajien työn haavoittuvuuden. Kuntien tulisikin vakavasti pohtia, millaisen perhehoidon mallin ne haluavat alueelleen luoda. Perhehoito luo ikääntyneille mahdollisuuden saada hoivaa kotinsa ulkopuolelta, mutta samalla yksityiskoti saattaa haastaa perhehoidon yhdenvertaisuuden, sillä kunkin perhehoidin toimintatavat muotoutuvat perhekodin arjessa.

Välimuotoisten, hybridien hoivan muotojen, joissa yhdistetään formaalin ja informaalin hoivan piirteitä, kehittyminen on kiinnostavaa. Ne kertovat yhtäältä tarinaa siitä, mikä nykyisessä hoivapolitiikassa katsotaan olevan vikana. Uudet yhteisölliset ja verkostomaiset asumisratkaisut ja perhehoito näyttäisivät vastaavan lähes kaikkiin ongelmiin, joita niin sanotussa tavallisessa ikääntyneiden palveluntuotannossa on: ne ovat yhteisöllisiä paikkoja, joissa ihmiset voivat kuitenkin elää tavallista, yksilöllistä elämää ja joissa hoivatyöntekijät, jos sellaisia edes on, voivat toimia hoivaetiikkansa mukaisesti. Lisäksi hybridit hoivan muodot säästävät yhteiskunnan varoja. Toisaalta nämä erilaiset mallit kertovat tarinaa myös siitä, millaista hoivaa olisi mahdollista toteuttaa myös kotihoidossa, tavallisessa ja tehostetussa palveluasumisessa. Tämän väitöskirjan jatkotutkimuskysymys voisikin olla: mihin suomalainen hoivapolitiikka paikantuu hyvän hoivan ja talouden välissä?

ENGLISH SUMMARY

This dissertation examines a hybrid form of a housing and care service for older people called *adult foster care*. The idea of adult foster care is that older people are cared for in ordinary homes by foster carers who are not related to them and who are not formally employed by the public sector. In this dissertation I analyse the adult foster care scheme from the macro and micro levels: as a care policy and as everyday life experiences, practices, boundaries, and temporalities. The main focus is on analysing adult foster care as a domesticated, semi-formal form of care, which is located somewhere between informal and formal care. The research questions are: (1) Why has adult foster care been developed? (2) What kind of problems do foster carers face in their work and how do they cope with these problems? (3) What kind of boundaries separate (a) public and private spaces (b) the foster care home and the outside world? (4) How does foster carers' temporal orientation affect their care work?

The dataset consists of the Adult Foster Care Act, the Adult Foster Carer Act and official records of Finnish parliamentary plenary sessions from between 1991 and 2016 (242 pages) in which adult foster care was discussed. In addition, the dataset consists of twelve thematic interviews of foster carers (159 pages), a research diary (which included observations made during and after the interviews) and a short questionnaire ($n = 10$) that was sent to the foster carers. I used WPR ("What is the problem represented to be?") method and thematic content analysis in analysing the data. I illustrate the nature of adult foster care by analysing it from four perspectives: (1) from a governmental perspective, (2) adult foster care as care work, (3) the foster care home as a place of care and (4) the temporal agency of foster carers.

The findings show that the assumptions behind the development of adult foster care in Finland are related to the two main objectives of care policy for older people: deinstitutionalisation and ageing-in-place. Homes are seen as the best possible places for receiving care. In the parliamentary discussions, adult foster care was represented as a humane, safe, affordable, and family-like care option for older people in need of care. However, older person's rights for self-determination and agency were not problematised at all. The semi-formal nature of adult foster care was particularly visible in the debates and discussions on the care work and foster carers' attributes. On one hand, foster care work was seen as altruistic work which should not be overly controlled or standardised by the public sector. On the other hand, the questions of foster carers' rights and inadequate social security were debated. Moreover, the limitedness of the public monitoring in regard to a private home was acknowledged.

Secondly, in terms of resilience, the findings suggest that foster carers are able to manage and adapt to different tensions produced by the semi-formalness of foster care but have few resources to negotiate better work conditions with the municipalities. On the individual level, the problems and tensions of foster care work were in particular related to financial insecurity, whereas on the communal level, due to overall lack of free-time, their social

relationships and the possibilities to have hobbies outside of their home were narrower than before. The most severe problems were related to the societal level, visible as a lack of support, information, and substitutes and also as a lack of trust between the foster carers and the municipalities. However, regardless of all these problems, the foster carers were very content with their work. The foster carers felt that their care work was appreciated by their residents and their relatives – and most of all, by the foster carers themselves. In addition, the lack of support from the municipalities was partly compensated for by the strong support from the families.

Thirdly, it is evident that the adult foster care homes are very complex socio-spatial places of care. The findings reflect how the semi-formalisation blurred the private and public boundaries of these foster care homes, both within and outside of the foster care homes, and also blurred the boundaries between work and family. The foster care homes had been changed physically and socially: ramps and grab-bars had been installed and mealtimes, sleeping-times and other house-rules were negotiated and established. The most profound change was the division of private and public spaces, that is, who is allowed to be where and when. The results show that the foster carers were able to maintain some spaces of their home as private to them only, as ‘back-stage’. However, the rooms of the residents were more semi-public spaces as they were seen more as spaces of work and care. The boundaries between these spaces were temporal, physical or based on different kinds of rules. For example, in some foster care homes the residents’ relatives were only allowed to visit at certain times. In addition, the relatives had to notify the foster carer before their visit. This requirement of asking for permission to enter the foster care home was a way for foster carers to manage the boundaries of their homes. Strong outer boundaries suggest that protecting the intimacy of home, themselves and the structure of their family system was central for all foster carers. This also had social consequences as not everyone was accepted as part of the foster care home. Moreover, some foster carers were not willing to let go of their residents despite their care needs exceeding the criteria for foster care.

Fourthly, it seems that being a foster carer was in fact a way of resisting clock-driven, institutional-like care work, its time constraints and unpredictability. Despite foster carers being their ‘own bosses’ and acting as they thought a good carer should act, their possibilities to have their own time were in fact reduced, partly because of the municipal policies but also because they do not have the benefits of a formal work contract. By acting as a ‘good carer’, foster carers were constantly socially available which in turn meant that allocating time for themselves was difficult. Foster care is vulnerable work from the emotional, financial, and social points-of-view: emotional bonds between foster carer and older people may lead to an untenable situation in which the foster carer is overburdened. Furthermore, even if the care relationship ends, there is always a chance that the municipality cannot offer a suitable new resident. In that sense, the financial and psychosocial risks are embedded in the foster care system itself as foster carers themselves bear the burden of the outcomes.

From policy perspective, the privacy of the foster care homes is a problematic issue as foster carers are providing public care although it takes place in the intimacy of home. On one hand, respecting the privacy of home can mean that the foster carers are left alone to cope with their problems. On the other hand, the privacy of home can also hide the problems related to care, social relationships and power issues in the intimacy of home. All in all, the focus of the development of the adult foster care model should shift from being on cost-effectiveness to being on having a more comprehensive understanding of the whole model and its potentiality. The results show that more resources should be allocated in order to strengthen the resilience and well-being of foster carers, as well as the functionality of foster care homes. The whole model should be built on an effective and trustworthy flow of information between the municipality and foster carers as well as on equal treatment of all foster carers in every municipality. Above all, the criteria of the foster care residents should be reconsidered.

LÄHTEET

- Adam, B. 1995. *Timewatch: The social analysis of time*. Cambridge: Polity Press.
- Ahosola, P. 2018. *Vanhushoivapolitiikan uusfamilismi. Omaisettomat hoivan tarvoitsijat institutionaalisen hallinnan kohteena*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Alasuutari, P. 2014. *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Vastapaino.
- Andersson, K. 2008. The Neglect of Time as an Aspect of Organising Care Work. Teoksessa: S. Wrede, L. Henriksson, H. Host, S. Johansson & B. Dybbroe (toim.) *Care work in crisis : reclaiming the Nordic ethos of care*. (1. ed. edition) Lund: Studentlitteratur, 341-361.
- Angus, J., Kontos, P., Dyck, I., McKeever, P., & Poland, B. 2005. The personal significance of home: Habitus and the experience of receiving long-term care. *Sociology of Health & Illness*, 27(2), 161-187.
- Anttonen, A. & Sointu, L. 2006. *Hoivapolitiikka muutoksessa: Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa*. Helsinki: Stakes.
- Anttonen, A. 2009. Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa: Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.) *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, 54-98.
- Anttonen, A. & Zechner, M. 2009. Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.) *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino.
- Anttonen, A. & Häikiö, L. 2011. From social citizenship to active citizenship? Teoksessa Newman, J. & Tonkens, E. (toim.) *Participation, Responsibility and Choice. Summoning the Active Citizen in Western European Welfare States*. Amsterdam University Press, Amsterdam, 67-87.
- Anttonen, A., Häikiö, L. & Valokivi, H. 2012. Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa: vanhushoivapolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu. Teoksessa Anttonen, A. Haveri, A., Lehto, J., Palukka, H. 2012. *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Anttonen, A. & Karsio, O. 2016. Eldercare service redesign in Finland: deinstitutionalization of long-term care. *Journal of Social Service Research* 42 (2), 151-166.
- Arajärvi, M., Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2018. Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2017. Tilastoraportti 41/2018, THL. Haettu 19.3.2019 osoitteesta: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut>
- Bacchi, C. 2009. *Analysing policy: What's the problem represented to be?* French Forest: Pearson.
- Bandura, A. 2006. Toward a Psychology of Human Agency. *Perspectives on Psychological Science* 1(2), 164-180.

- Bee, P.E., Barnes, P. & Luker, K. 2009. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1379-93.
- Berger, P. & Luckmann, T. 1994. *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen*. Helsinki: Gaudeamus.
- Berkes, F., Folke, C. & Colding, J. 2000. *Linking social and ecological systems: Management practices and social mechanisms for building resilience*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Bowlby, S., Gregory, S. & McKie, L. 1997. Doing home: patriarchy, caring, and space. *Women's Studies International Forum* 20(3) 343-350.
- Bowlby, S. 2012. Recognising the time-space dimensions of care: caringscapes and carescapes. *Environment and Planning* 44, 2101-2118.
- Bradter, H. 2012. *Kodin ja perheen välissä. Tutkimus vanhusten kokemuksista ympärivuorokautisesta perhehoidosta*. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.
- Braun, V. & Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brodsky, H., & Donkin, M. 2009. Family caregivers of people with dementia, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-28.
- Brookes, N. & Callaghan, L. 2013. What next for Shared Lives? Family-based support as a potential option for older people. *Journal of Care Services Management*, 7(3), 87-94.
- Brookes, N., Palmer, S. & Callaghan, L. 2016. "I live with other people and not alone": a survey of the views and experiences of older people using Shared Lives (adult placement)". *Working with Older People*, 20(3), 179-186.
- Burau, V., Zechner, M., Dahl, H. M. & Ranci, C. 2016. The political construction of elderly care markets: comparing Denmark, Finland and Italy. *Social Policy & Administration* 51(7), 1023-1041.
- Burr, V. 2003. *Social constructionism* (2nd edition). London: Routledge.
- Callaghan, L., Brookes, N. & Palmer, S. 2017. Older people receiving family-based support in the community: a survey of quality of life among users of 'Shared Lives' in England. *Health and Social Care* 25(5), 1655-1666.
- Charlesworth G., Burnell, K., Beecham, J., Hoare, Z., Hoe, J., Wenborn, J., Knapp, M., Russell, I., Woods, B., & Orrell, M. 2011. Peer support for family carers of people with dementia, alone or in combination with group reminiscence in a factorial design: study protocol for a randomised controlled trial, *Trials* 12(205).
- Cherry, M.G., Salmon, P., Dickson, J.M., Powell, D., Sikdkar, S. & Ablett, J. 2013. Factors influencing the resilience of carers of individuals with dementia. *Reviews in Clinical Gerontology* 23, 251-266.
- Clark, S. 2000. Work/family border theory: a new theory of work/family balance. *Human relations* 53(6) 747-770.
- Clawson, D. & Gerstel, N. 2014. *Unequal Time: Gender, Class, and Family in Employment Schedules*. Russell Sage Foundation.

- Cloutier, D., Martin-Matthews, A., Byrne, K. & Wolse, F. 2015. The space between: using 'relational ethics' and 'relational space' to explore relationship-building between care providers and care recipients in the home space. *Social & Cultural Geography* 16(7), 764–782.
- Davey, J., Nana, G., de Joux, V., & Arcus, M. 2004. Accommodation options for older people in Aotearoa/New Zealand. Wellington, New Zealand: NZ Institute for Research on Ageing/Business & Economic Research Ltd, for Centre for Housing Research Aotearoa/New Zealand.
- Davies, K. 2001. Responsibility and daily life. Reflections over timespace. In May, J. & Thrift, N. (toim.) *Timespace: Geographies of Temporality*. London: Routledge, 133–148.
- Dennis, C. 2003. Peer support within a health care context: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies* 40(3), 321–32.
- Donnellan, W., Bennett, K. & Soulsby, L. 2015. What are the factors that facilitate or hinder resilience in older spousal dementia carers? A qualitative study. *Aging & Mental Health* 19(10), 932–39.
- Dyck, I., Kontos, P., Angus, J. & McKeever, P. 2005. The home as a site for long-term care: meanings and management of bodies and spaces. *Health & Place* 11, 173–185.
- Eggebo, H. 2010. The problem of dependency: Immigration, gender and the welfare state. *Social Politics*, 17(3), 295–322.
- Esping-Andersen, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Evans, K. 2002. Taking Control of Their Lives? Agency in Young Adult Transitions in England and the New Germany. *Journal of Youth Studies* 5(3), 245–69.
- Evans, B. & Reid, J. 2014. *Resilient life: The art of living dangerously*, Cambridge: Polity Press.
- Evers, A. 2005. Mixed Welfare Systems and Hybrid Organizations: Changes in the Governance and Provision of Social Services. *International Journal of Public Administration*, 28(9–10), 737–748.
- Exley, C. & Allen, D. 2007. A critical examination of home care: End of life care as an illustrative case. *Social Science & Medicine* 65, 2317–2327.
- Fiedler, B. 2004. Person Centred Approaches and Adult Placement: Report of the Practice Survey. SCIE, London.
- Fisher B. & Tronto, J. 1990. Toward a Feminist Theory of Caring. Teoksessa: Abel, K. & Nelson, MK (toim.) *Circles of Care*. New York: State University of New York, 35–62.
- Flaherty, MG. 2003. Time Work: Customizing Temporal Experience. *Social Psychology Quarterly* 66(1), 17–33.
- Flaherty, MG. 2011. *The Textures of Time: Agency and Temporal Experience*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Frericks, P., Jensen, P. & Pfau-Effinger, B. 2013. Social rights and employment rights related to family care: Family care regimes in Europe, *Journal of Aging Studies* 29, 66–77.

- Fuchs, S. 2001. Beyond Agency. *Sociological Theory* 19(1), 24–40.
- Geissler, B. & Pfau-Effinger, B. 2005. 'Change in European care arrangements', in Pfau-Effinger, B. and Geissler, B. (toim.) *Care and social integration in European societies*, Bristol: Policy Press, 3-20.
- Gilbert, N. 2002. *Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility*. Oxford: Oxford University Press.
- Goffman, E. 1959. *The Presentation of Self in Everyday Life*. London: Penguin Books.
- Hakkarainen, P., Kuukkanen, M. & Piispanen, H. 2014. *Perhehoidon tietopaketti*. Jyväskylä: Perhehoitoliitto ry.
- Hakkarainen, P., Haverinen, M., Kuukkanen, M. & Leinonen, R. 2018. *Hyoää perhehoitoa ikäihmisille. Toimeksiantosuhteisen perhehoidon tietopaketti*. Jyväskylä: Perhehoitoliitto ry.
- Havukainen, S. & Kaisto, K. 2008. *Vanhusten lyhytaikainen perhehoito omaishoidon tukena*. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- HE 144/1991 Hallituksen esitys perhehoitajalaiksi. Haettu osoitteesta: https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/he_144+1991.pdf
- HE 256/2014 Hallituksen esitys perhehoitolaiksi. Haettu osoitteesta: https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/he_256+2014.pdf
- HE 86/2016 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi perhehoitolain muuttamisesta. Haettu osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2016/20160086>
- Hedrick, S. C., Sales, A. E. B., Sullivan, J. H., Gray, S.L., Tornatore, J. & Curtis, M. 2003. Resident outcomes of Medicaid-funded community residential care. *Gerontologist*, 43, 473–482.
- Heinämäki, L. 2012. *Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla*. Tampere: Tampereen yliopistopaino
- Hesanto, S., Merkkiniemi, P. 2018. *Mä ainakin tykkäisin, jos voisın puhua jollekin tasavertaiselle. Ikäihmisten perhehoitajien näkemyksiä tehtävässä jaksamisesta ja tuen tarpeesta*. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu
- Heywood, F., Oldham, C. & Means, R. 2002. *Housing and home in later life*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Hirvonen, H., & Husso, M. 2012a. Hoivatyön ajalliset kehykset ja rytmiristiriidat. Työelämän tutkimus - Arbetslivsforskning, 10(2), 119–133.
- Hirvonen, H. & Husso, M. 2012b. Living on a knife's edge: Temporal conflicts in welfare service work. *Time & Society* 21(3), 351–370.
- Hirvonen, H. 2014. *Habitus and care: Investigating welfare service workers' agency*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto
- Hitlin, S. & Elder, Jr. GH. 2007. Time, Self, and the Curiously Abstract Concept of Agency. *Sociological Theory* 25(2), 170–191.
- Hoppania, H-K., Karsio, O., Näre, L. M., Olakivi, A. O., Sointu, L., Vaittinen, T. & Zechner, M. 2016. *Hoivan arvoiset. Vaiva yhteiskunnan ytimessä*. Helsinki: Gaudeamus.

- Howell, J. 2020. What is a Care Home? Haettu 20.5.2020 osoitteesta: <https://www.seniorhomes.com/care-homes/>
- Huhta, J., Karppanen, S. 2020. *Kohti ikäystävällistä yhteiskuntaa. Iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistamistyöryhmän raportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:16: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Hynynen, R. 2015. *Palvelualueen ja ikäystävällisen asuinalueen kehittäminen*. Ympäristöministeriön raportteja 5/2015: Ympäristöministeriö.
- Hämäläinen, J. 2007. Lastensuojelun kehityslinjoja. Tutkimus Suomen lastensuojelun aatepohjasta ja oppihistoriasta. Kuopio: Snellmaninstituutti.
- Jenson, J. 2009. Redesigning Citizenship Regimes after Neoliberalism. Moving Towards Social Investment. Teoksessa: Morel, N., Palme, J. & Palier, B. (toim.) *What Future for Social Investment?* Research Report 2/2009. Tukholma: Institute for Future Studies.
- Jokinen, A. 2016. Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa Jokinen, A. Juhila, K., Suoninen, E. (toim.) *Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö*. Tampere: Vastapaino, 249–265.
- Jolanki, O. 2009. Agency in talk about old age and health. *Journal of Aging Studies* 23(4), 215–226.
- Jolanki, O., Szebehely, M. & Kauppinen, K. 2013. Family rediscovered? Working carers of older people in Finland and Sweden. In Kröger, T. & Yeandle, S. (toim.). *Combining Paid Work and Family Care. Policies and Perspectives in International Perspective*. Bristol: Policy Press, 53–69.
- Jolanki, O., Leinonen, E., Rajaniemi, J., Rappe, E., Räsänen, T., Teittinen, O. & Topo, P. 2017. *Asumisen yhteisöllisyys ja hyvä vanhuus*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 47/2017.
- Julkunen, R. 2001. *Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Vastapaino, Tampere.
- Julkunen, R. 2006a. Perhe, työ, hoiva ja valtio – oma ja yhteinen, yksityinen ja julkinen hoivavastuu. Teoksessa Hokkanen, L. & Sauvola, M. (toim.), *Puhumattomat paikat. Puheenvuoroja perheestä*. Oulu: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 22, 15–45.
- Julkunen, R. 2006b. *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Helsinki: Stakes.
- Kalliomaa-Puha L. 2007. *Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoivan instrumenttina*. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 90. Helsinki: Kela.
- Kalliomaa-Puha, L. 2017. Vanhuksen oikeus hoivaan ja omaisolettama. *Gerontologia*, 31(3), 227–242.
- Kane, RA., Kane, RL., Illston, LH., Nyman, JA. & Finch, MD. 1991. Adult foster care for the elderly in Oregon: a mainstream alternative to nursing homes? *American Journal of Public Health* 81, 1113–20.
- Karsio, O., & Anttonen, A. 2013. Marketisation of eldercare in Finland: Legal frames, outsourcing practices and the rapid growth of for-profit services. Teoksessa: Meagher, G. & Szebehely, M. (toim.), *Marketisation in Nordic*

- eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences.* Stockholm: Stockholm University, 85–125.
- Karsio, O. & Tynkkynen, L-K. 2017. Kotitori: integroitu palveluohjausmalli yksityisen ja julkisen rajalla. *Gerontologia*, 31(3), 212–226.
- Kehusmaa, S. & Erhola, K. 2018. Kotihoito omaishoidon tukipalveluna. Tutkimuksesta tiiviisti 1/2018, THL. Haettu osoitteesta: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135863/URN_ISBN_978-952-302-998-9.pdf?sequence=1
- Ketola, J. 2008. *Perhehoito. Tekemisen ja tukemisen arvoista työtä.* Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kivilehto, S. & Ritala, W. 2014. "Ongelmallinen rytmihän on jos valvoo yöt ja nukkuu päivät" – Ikäihmisten päivärytmi heidän itsensä ja asiantuntijoiden kuvaamana. Teoksessa Korvela, P. & Tuomi-Gröhn, T. (toim.) *Arjen rakentuminen ja rytmit perhe-elämän käännekohtissa.* Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Knijn, T. & Kremer, M. 1997. Gender and the caring dimension of the welfare states: towards inclusive citizenship, *Social Politics*, 4(3), 328–61.
- Koinsaari, J., Rautio, E. 2018. *Osallisuus, monitoimijuus ja arjen tuki. Käsikirja onnistuneeseen omais- ja perhehoidon tukeen sekä sektorirajat ylittävän palveluohjausverkoston perustamiseen.* Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Korhonen, I. 2017. Sijaishuolto Pohjoismaissa. Tutkimuskatsaus pohjoismaiseen kirjallisuuteen 2010-2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta: https://thl.fi/documents/605877/2848374/Sijaishuolto_Pohjoismaissa.pdf/12c2012f-535e-43d6-b1fc-909ee9625a31
- Koskiaho, B. 2013. Avuton vanhus kaupan. *Yhteiskuntapolitiikka*, 78(4), 462–464.
- Kröger, T. 1997. *Hyönteikunnan aika. Kunta hyvinvointivaltion sosiaalipalvelujen rakentajana.* Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kröger, T., Anttonen, A. & Sipilä, J. 2003. Social care in Finland: stronger and weaker forms of universalism. Teoksessa Anttonen, A., Baldock, J. & Sipilä, J. (toim.) *The Young, the Old and the State. Social Care Systems in Five Industrial Nations.* Cheltenham: Edward Elgar.
- Kröger, T. 2009. Hoivapolitiikan rajanvetoja. Teoksessa: Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.) *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki.* Tampere: Vastapaino, 99–125.
- Kröger, T., Leinonen, A. & Vuorensyrjä, M. 2009. *Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa.* Sosiaalityön julkaisusarja 6. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kröger, T. 2011a. Defamilisation, dedomestication and care policy. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(7/8), 424–440.
- Kröger, T. 2011b. Retuning the Nordic welfare municipality. Central regulation of social care under change in Finland. *International Journal of Sociology and Social Policy* 31(3/4), 148–159.

- Kröger, T., & Leinonen, A. 2012. Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland. *Health & social care in the community*, 20(3), 319–327.
- Kröger, T., Van Aerschot, L. & Mathew Puthenparambil, J. 2018. *Hoivatyö muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa*. YFI-julkaisuja 6. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kröger, T. 2019. Looking for the easy way out: demographic panic and the twists and turns of long-term policy in Finland. Teoksessa: T.-k. Jing, S. Kuhnle, Y. Pan, & S. Chen (toim.), *Aging Welfare and Social Policy : China and the Nordic Countries in Comparative Perspective*. International Perspectives on Aging, 20. Cham: Springer International Publishing, 91–104.
- Kröger, T., van Aerschot, L. & Mathew Puthenparambil, J. 2019. Ikääntyneiden hoivaköyhyys. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(2), 124–134.
- Kuukkanen, M., Ilmarinen, K. & Leinonen, R. 2015. Läheisyyttä lääkkeeksi - yhteisöllisyys iäkkäiden perhehoidossa. Teoksessa Kattilakoski, M., Kilpeläinen, A. & Peltomäki, P. (toim.) *Yhteisöllisyydellä hyvinvointia ja palveluja maaseudulle*. Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmän julkaisu 1/2012, 172–181.
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen ja turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen ja turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012
<https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2012/20120980>
- Laki perhehoitolain muuttamisesta 510/2016.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20160510>
- Lehning, A. & Austin, M. 2010. Long-Term Care in the United States: Policy Themes and Promising Practices. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(1), 43–63.
- Leinonen, E. 2014. *Henkilökohtainen budjetti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Leinonen, E. 2017. Jotain uutta, jotain vanhaa, jotain lainattua - ikääntyneiden perhehoito Suomessa *Gerontologia* 31(3), 210–24.
- Leinonen, E. 2018. Tensions and resilience - the experiences of adult foster care workers in Finland. *International Journal of Care and Caring* 2(2), 181–196.
- Leinonen, E. 2020a. Caring in space: the boundaries between public and private spaces in Finnish adult foster care homes. *Ageing and Society*, 1-18.
DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001831>
- Leinonen, E. 2020b. Time to care? Temporal variations of agency of the Finnish adult foster carers. *Journal of Aging Studies* 52. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100830>

- Leitner, S. 2003. Varieties of familialism: the caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5(4), 353–76.
- Leppäaho, S., Jokinen, S., Kehusmaa, S. Luomala, O. & Luoma, M.-L. 2019. Iäkkäiden perhehoidon tilanne – Omais- ja perhehoidon kysely 2018. Teoksessa Noro, A. (toim.) *Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018. Päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 61/2018. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. s. 37–44.
- Lister, R. 1994. 'She has other duties': women, citizenship and social security'. Teoksessa Baldwin, S. & Falkingham, J. (toim.) *Social Security and Social Change: New Challenges*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 31–44.
- Maa- ja kotitalousnaisten Keskus 2012. *Perhehoito – apu vanhuksille ja mahdollisuus maaseudulle- hankkeen loppuraportti*. Haettu 13.9.2019 osoitteesta:
https://www.maajakotitalousnaiset.fi/sites/default/files/attachment/loppuraportti_perhehoitoapuvanhuksillemahdollisuusmaaseudulle_21052013.pdf
- Martin-Matthews, A. 2007. Situating 'home' at the nexus of the public and private spheres. Ageing, gender and home support work in Canada. *Current Sociology* 55(2), 229–249.
- Mathew Puthenparambil, J. 2019. *Marketisation of care within the Nordic context. Private care provision for older people in Finland*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- McLaughlin, E. & Glendinning, C. 1994. "Paying for care in Europe: is there a feminist approach?" Teoksessa: Hantrais, L. and Mangen, S. (toim.) *Family Policy and the Welfare of Women*. University of Loughborough, Loughborough, 52–69.
- Meagher, G. & Szebehely, M. 2013. *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm: Stockholm University.
- Means, R. 2007. Safe as Houses? Ageing in Place and Vulnerable Older People in the UK. *Social Policy & Administration*, 41(1), 65–85.
- Mielikäinen, L. & Kuronen, R. 2019. Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2018. Tilastoraportti, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 14.11.2019 osoitteesta:
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138808/Tr41_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Miller, J. & Glassner, B. 2004. The "inside" and the "outside". Finding realities in interviews. Teoksessa Silverman, D. (toim.) *Qualitative research: theory, method and practice*. (2nd edition) London: SAGE, 125–139.
- Milligan, C. 2000. Bearing the burden: Towards a restructured geography of caring. *Area* 32(1), 49–58.
- Milligan, C. 2005. From home to 'home': situating emotions within the caregiving experience. *Environment and Planning A*, 37, 2105–2120.

- Mollica, R., Booth, M., Gray, C. & Sims-Kastelein, K. 2008. Adult foster care: a resource for older adults. Haettu 23.2.2016 osoitteesta: http://www.nashp.org/sites/default/files/AFC_resource.pdf
- Muistiliitto 2019. Kotisivut. Omaishoitajuus. Haettu 1.10.2019 osoitteesta: <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/koko-perheensairaus/omaishoitajuus>
- Nevalainen, E. 2007. *Perhehoitajien kokemuksia toimeksiantosopimukseen perustuva vanhusten perhehoidosta*. Pro gradu-tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Niemelä, P. 2007. Vanhuus ja turvattomuus. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö: Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. PS- kustannus, Jyväskylä, 167–192.
- Nippert-Eng, C. 1996. *Home and work: Negotiating boundaries through everyday life*. University of Chicago Press, Chicago.
- Noro, A. Mäkelä, M. Jusmäki, T. & Finne-Soveri, H. 2014. Ikäihmisten palvelut murroksessa. Teoksessa Noro, A. & Alastalo, H. (toim.) *Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013*. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.
- Nyman, J. A., Finch, M. D., Kane, R. A., Kane, R. L. & Ilston, L. H. 1997. The substitutability between adult foster care and nursing facility care in Oregon. *Medical Care*, 35: 801–813.
- Näre, L. 2012. Hoivatyön uudet paradoksit. *Niin&Näin* 1/2012, 92–97.
- Olakivi, A. 2018. *The relational construction of occupational agency. Performing professional and enterprising selves in diversifying care work*. Helsinki: University of Helsinki.
- Olin, E. & Dunér, A. 2019. Careful assistance? Personal assistance within the family as hybridization of modern welfare policy and traditional family care. *European Journal of Disability Research* 13, 113–125.
- Paying for Senior Care website 2019. Adult Foster Care for the Elderly & Financial Assistance Options. Haettu 12.4.2019 osoitteesta: <https://www.payingforseniorcare.com/longtermcare/paying-for-adult-foster-care.html>
- Perhehoitolaki 263/2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150263#P20>
- Perhehoitajalaki 312/1992
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920312>
- Perhehoitoliitto 2019a. Ikäihmisten perhehoito. Haettu osoitteesta: <https://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset>
- Perhehoitoliitto 2019b. Perhehoitajan asema ja sosiaaliturva. Haettu osoitteesta: https://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoitajalle/perhehoitajan_asema_ja_sosiaaliturva
- Pfau-Effinger, B. 2007. Payment for care in the context of new semi-formal forms of care work in European societies. Paper for presentation at the ESPAnet Conference Social Policy in Europe: Chancing Paradigms in an enlarging Europe? Vienna, September 20-22, 2007.

- Pfau-Effinger, B., Flaquer L. & Jensen P.H. 2009. *Formal and Informal Work. The Hidden Work Regime in Europe*. Routledge, New York, London.
- Phillips, J. & Martin-Matthews, A. 2008. Blurring the boundaries: aging and caring at the intersection of work and home life. Teoksessa Martin-Matthews, A. & Phillips, J. (toim.) *Aging and caring at the intersection of work and home life: blurring boundaries*. New York: Psychology Press.
- Pulkki, J., Tynkkynen, L-K. & Jolanki, O. 2017. Aktivoivat, muuttuvat ja sopimattomat vanhenemisen paikat. Analyysi vanhuspalvelulain lähetekeskustelusta. *Yhteiskuntapolitiikka* 82(1), 45-54.
- Pääministeri Sipilän hallitusohjelma 2015. Ratkaisujen Suomi.
<https://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma>
- Raitanen, M. 2016. *Perhehoito maaseudun mahdollisuutena*. Esiselvitysraportti. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun julkaisuja Sarja B. Tutkimuksia ja raportteja nro 159.
- Rauhala, P-L. 1996. *Miten sosiaalipalvelut ovat tulleet osaksi suomalaista sosiaaliturvaa?* Tampere: Tampereen yliopisto
- Rauhala, P-L. 2001. Kunnallisen sosiaalitoimen ja valtion suhde Suomessa: valtakamppailuja, jännitteitä ja vuorovaikutusta. *Yhteiskuntapolitiikka* 66(4), 301-317.
- Repo, T. 2015. "Mä olen vielä jokin ja kykenen vielä johonkin lähtemään". *Osavuorokautinen perhehoito ikäihmisten kotona asumisen tukena Tampereella*. Opinnäytetyö. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Robertson, I., Cooper, G., Sarkar, M. & Curran T. 2015. Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 88, 533-62.
- Roth, D. L., Clay, O. J., Madan, A., Mittelman, M. S., & Haley, W. E. 2005. Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 20(4), 634-44.
- Rutter, M. 2012. Resilience: causal pathways and social ecology. Teoksessa M. Ungar (toim.) *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*, New York, NY: Springer.
- Savikko, N., Routasalo, PE., Tilvis, RS. & Pitkala, KH. 2006. Social contacts and their relationship to loneliness among aged people - a population-based study. *Gerontology* 52(3), 181-187.
- Sevenhuijsen, S. 1998. *Citizenship and the ethics of care: Feminist considerations on justice, morality and politics*. London: Routledge.
- Shared Lives Plus. 2020a. Could you be a Shared Lives carer? Haettu 30.3.2020 osoitteesta: <https://sharedlivesplus.org.uk/start-your-shared-life/become-a-shared-lives-carer/>
- Shared Lives Plus. 2020b. The state of Shared Lives in England. Haettu 25.5.2020 osoitteesta: <https://www.camphillvillagetrust.org.uk/wp-content/uploads/2019/07/State-of-Shared-Lives-2018.pdf>
- Silverman, D. 2011. *Interpreting qualitative data*, 4th Edition. London: SAGE Publications Ltd.

- Sointu, L. 2016. *Hoiva suhteessa. Tutkimus puolisoaan hoivaavien arjesta*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Usein kysytyjä kysymyksiä - perhehoitolaki. Haettu 11.3.2016 osoitteesta: <http://stm.fi/perhehoitolaki/ukk>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa -kärkihanke. Haettu 20.8.2019 osoitteesta: <https://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. Perhehoidon palkkiot ja korvaukset vuonna 2019. Haettu osoitteesta: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kuntainfo-perhehoidon-palkkiot-ja-korvaukset-vuonna-2019
- Sotkanet 2019. "Perhehoidossa olleet vanhukset 31.12., kunnan kustantamat palvelut" ja Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen asiakkaat 31.12. yhteensä". Haettu osoitteesta: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy71ttbNjzcFAA==®ion=s07MBAA=&year=sy6rtDbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718>
- Southerton, D. 2013. Habits, routines and temporalities of consumption: From individual behaviours to the reproduction of everyday practices. *Time & Society*, 22(3), 335–55.
- Southgate, E. & Bennett, A. 2014. Excavating Widening Participation Policy in Australian Higher Education: Subject Positions, Representational Effects, Emotion. *Creative Approaches to Research*, 7(1), 21–45.
- Suomen perustuslaki 731/1999
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Suoninen, E. 2016. Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa Jokinen, A. Juhila, K. & Suoninen, E. (toim.) *Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö*. Tampere: Vastapaino, 229–247.
- Tammelin, M. & Ilmarinen, K. 2013. Vanhusten perhehoidon jännitteet. *Janus*, 21(3), 259–267.
- Tedre, S. 2000. Hoivaa jokapäiväisten toistojen maailmassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 65(6), 520–526.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019. Omais- ja perhehoitokysely 2018. Haettu osoitteesta: <https://www.slideshare.net/THLfi/ikkiden-perhehoidon-nykytila>.
- Tiilikainen, E. 2016. *Yksinäisyys ja elämäntilanne: Laadullinen seuranta tutkimus ikääntyvien yksinäisyydestä*. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Tikkanen, U. 2016. *Omaishoidon arki. Tutkimus hoivan sidoksista. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 5*. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Tilastokeskus 2019. Väestörakenne. Väestöiän ja sukupuolen mukaan 1865-2018. Haettu 18.9.2019 osoitteesta: http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_vrm_vaerak/satfin_vaerak_pxt_11rc.px/table/tableViewLayout1/

- Toivanen, M. 2010. *Vanhusten perhehoito toimeksiantosopimuksella Etelä-Pohjanmaalla. Johtavien viranhaltijoiden ajatuksia vanhusten perhehoidosta. Opinnäytetyö.* Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu.
- Tronto, J. 1993. *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care.* New York: Routledge.
- Trydegård, GB. 2012. Care work in changing welfare states: Nordic care workers' experiences. *European Journal of Ageing* 9(2), 119–129.
- Twigg, J. 1999. The spatial ordering of care: public and private in bathing support at home. *Sociology of Health & Illness* 21(4), 381–400.
- Twigg, J. 2000. Carework as a form of bodywork. *Ageing and Society* 20, 389–411.
- Twigg, J. 2008. Clashing temporalities: time, home and the bodywork of care. Teoksessa Martin-Matthews, A. & Phillips, J. (toim.) *Ageing and caring at the intersection of work and home life: blurring boundaries.* New York: Psychology Press.
- Ungar, M. 2012. Social ecologies and their contribution to resilience. Teoksessa M. Ungar (ed) *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice,* New York: Springer, 13–32.
- Ungar, M., Ghazinour, M. & Richter, J. 2013. Annual research review: What is resilience within the social ecology of human development?, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 348–66.
- Ungerson, C. 2005. Gender, labour markets and care work in five European funding regimes. Teoksessa: Pfau-Effinger, B. & Geissler, B. (toim.) *Care and social integration in European societies.* Polity Press, Bristol.
- Uotila, H. 2011. *Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista.* Tampere: Tampereen yliopisto.
- Van Aerschot, L. 2014. *Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön.* Tampere: Tampereen yliopisto.
- Vilkko, A. 2000. Riittävästi koti. *Janus* 8(3) 213–230.
- Vilkko, A. 2010. Kohteena koti. Teoksessa Vilkko, A., Suikkanen, A. & Järvinen-Tassopoulos, J. (toim.) *Kotia paikantamassa.* Rovaniemi: Lapland University Press.
- Vilkko, A., Muuri, A., Saarikalle, K., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Jokinen, S. 2014. Läheisavun moninaisuus. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014.* Tampere: Suomen yliopistopaino, 222–237.
- Volk, R. & Laukkanen, T. 2010. *Hoivan rahoitus. Kansainvälisiä käytäntöjä ja kotimaisia vaihtoehtoja.* Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:22.
- Välakangas, K. 2009. *Yhteisöllisyyttä, laatua ja vaihtoehtoja. Ikääntyneiden välimuotoisen asumisen ratkaisuja Ruotsissa, Tanskassa ja Hollannissa.* Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Waerness, K. 1984. The Rationality of Caring. *Economic and Industrial Democracy* 5, 185–211.

- Walker, B., Holling, C.S., Carpenter, S.R. & Kinzig, A. 2004. Resilience, adaptability and transformability in social-ecological systems. *Ecology and Society*, 9(2), 5.
- Washington, K., Meadows, S., Elliot, S. & Koopman, R. 2011. Information needs of informal caregivers of older adults with chronic health conditions. *Patient Education and Counselling*, 83(1), 37–44.
- Washington, K. T., Parker Oliver, D., Demiris, G., Wittenberg-Lyles, E. & Shaunfield, S. 2011. Family Perspectives on the Hospice Experience in Adult Family Homes. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(2), 159–174.
- Wennerberg, M., Eriksson, M., Danielson, E. & Lundgren, S. 2016. Unravelling Swedish informal caregivers' generalised resistance resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 602–13.
- Wild, K., Wiles, J. & Allen, R. 2011. Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology, *Ageing and Society*, 33, 137–58.
- Wiles, J. 2003. Daily geographies of caregivers: mobility, routine, scale. *Social Science & Medicine* 57, 1307–132.
- Wiles, J. 2005. Conceptualizing place in the care of older people: the contributions of geographical gerontology. *Journal of Clinical Nursing* 14(8b), 100–108.
- Wilks, S. & Croom, B. 2008. Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support, *Aging & Mental Health* 12(3), 357–65.
- Williams, F. 2001. In and beyond New Labour: Towards a new political ethics of care. *Critical Social Policy* 21(4), 467–493.
- Windle, G. 2011. What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 152–69.
- Windle, G., & Bennett, K. 2012. Caring relationships: how to promote resilience in challenging times', Teoksessa M. Ungar (toim.), *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*. New York: Springer, 219–31.
- Ympäristöministeriö 2013. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013-2017. Haettu 12.5.2016 osoitteesta [https://www.ymparisto.fi/fi-FI/Asuminen/Ikaantyneiden_asuminen/Ikaantyneiden_asuminen_kehittamisohjelma_20132017/Ikaantyneiden_asuminen_kehittamisohjelma\(33664\)](https://www.ymparisto.fi/fi-FI/Asuminen/Ikaantyneiden_asuminen/Ikaantyneiden_asuminen_kehittamisohjelma_20132017/Ikaantyneiden_asuminen_kehittamisohjelma(33664))
- Zechner, M. 2010. *Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Zechner, M. 2017. Vastuutetut omaishoitajat markkinoilla. *Gerontologia* 31(3), 181–196.
- Zerubavel, E. 1981. *Hidden rhythms: Schedules and Calendars in Social Life*. Chicago: University of Chicago Press.

LIITTEET

Liite 1. Perhehoitajien haastatteluiden teemarunko

Perhehoidon alku (tausta, motivaatio, ennakkovalmennus)

Perhehoito työnä (talous, vaikutusmahdollisuudet, tuki, vapaat)

Arkipäivä (osallistuminen, yhteisö)

Kodin kokemus (asukkaiden näkökulma)

Kehittämiskohteet

Liite 2. Kysely perhehoitajille

1. Syntymävuotesi:
2. Perheeseesi kuuluvat:
3. Montako hoidettavaa tällä hetkellä?
4. Nettotulosi kuukaudessa (verojen jälkeen):
5. Miten oman kodin tilat vaikuttavat hoidon ja hoivan antamiseen?



ORIGINAL PAPERS

I

JOTAIN UUTTA, JOTAIN VANHAA, JOTAIN LAINATTUA - IKÄÄNTYNEIDEN PERHEHOITO SUOMESSA

by

Leinonen, E. 2017.

Gerontologia 31(3), 210–24.

<https://journal.fi/gerontologia/article/view/63288/26668>

Reproduced with kind permission by
Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry.



Jotain uutta, jotain vanhaa, jotain lainattua – ikääntyneiden perhehoito Suomessa

Emilia Leinonen¹

¹*Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, Jyväskylän yliopisto*

Tässä artikkelissa tarkastellaan ikääntyneiden perhehoitoa, jolla tarkoitetaan ikääntyneen henkilön lyhyt-, osa-aikais- tai pitkäaikaishoitoa ja asumista perhehoitajan kodissa. Artikkelin tarkoituksena on tunnistaa tekijöitä, jotka ovat perhehoidon taustalla ja joiden varassa perhehoitoa kehitetään ikääntyneiden hoivan yhdeksi vaihtoehdoksi. Lisäksi artikkelissa tarkastellaan perhehoitoa hoivapoliittisena ratkaisuna julkisen ja yksityisen rajalla semiformaaliuden ja (de)domestikaation käsitteiden kautta. Aineistona käytetään eduskunnan täysistuntojen pöytäkirjoja sekä perhehoito- ja perhehoitajalakeja ja näiden lakien hallituksen esityksiä, joita analysoidaan Carol Bacchin WPR-metodin avulla. Tulosten mukaan ikääntyneiden perhehoidon kehittäminen perustuu yhtäältä oletuksiin siitä, että ikääntyneet haluavat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, ja toisaalta siihen, että kodinomaisen palveluratkaisu on parempi niin ikääntyneelle itselleen ja julkiselle taloudelle kuin laitoshoido. Oletukset liittyvät ennen kaikkea kodin ja perheen ensisijaisuuteen hyvän hoivan järjestämisessä. Perhehoidon kehittämisessä ei problematisoida ikääntyneen omia valinnanmahdollisuuksia perhehoitoon pääsemisessä.

Johdanto

Kodista on tullut keskeinen ikääntyneiden hoivan järjestämisen paikka. Kunnille on Suomessa asetettu velvollisuus toteuttaa ikääntyneiden hoivapalvelut ensisijaisesti ikääntyneiden omissa kodeissa tai muissa kodinomaisissa palveluratkaisuissa. Tavoitteena on, että 92 prosenttia yli 75-vuotiaista asuu kotona vuoteen 2030 mennessä. (Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma... 2013, 4–5.) Suomessa yhdeksi uudeksi ikääntyneiden

asumis- ja hoivapalveluiden vaihtoehdoksi on esitetty perhehoitoa, jolla tarkoitetaan ikääntyneen lyhyt-, osa-aikais- tai pitkäaikaishoitoa ja asumista perhehoitajan kodissa. Suomen lisäksi perhehoitoa on olemassa ainakin Yhdysvalloissa (*adult placement, adult foster care*, Mollica, Booth, Gray & Sims-Kastelein 2008) ja Isossa-Britanniassa (*adult placement*, nykyisin *shared lives*, Brookes & Callaghan 2014, 87; Shared Lives Plus 2015). Suomessa hallituksen tavoitteena on lisätä perhehoitoa ”parantamalla perhehoitojärjestelmän ehtoja

ja kannustimia”. Perhehoidon kehittämiseen varataan 10–20 miljoonaa euroa vuosittain 2016–2020. Hallitusohjelman tavoitteena on lisätä perhehoito osaksi vanhuspalvelulain pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamista ohjaavia periaatteita eli käytännössä tukea perhehoitoon siirtymistä. (Pääministeri Sipilän hallitusohjelma 2015, liite 6, 25.)

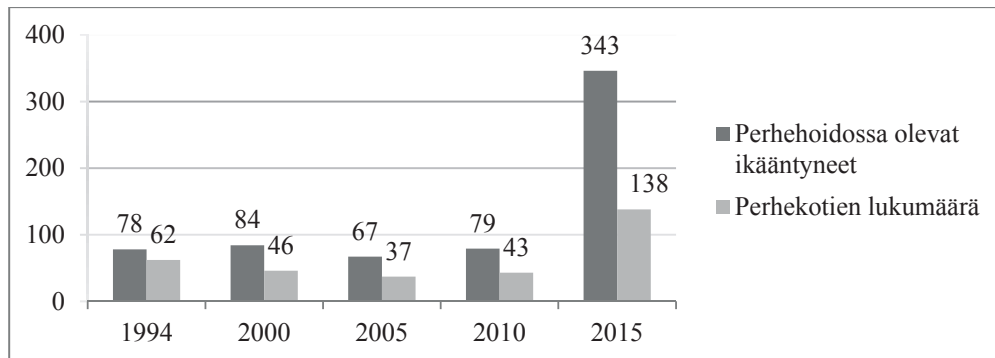
Suomessa tutkimusta ikääntyneiden perhehoidosta ei juurikaan ole tehty, muutamia opinnäytetöitä lukuun ottamatta (ks. Nevalainen 2007; Toivanen 2010; Bradter 2012; Repo 2015). Ketolan (2008, 15) mukaan köyhiinhuutokauppojen maine on vaikuttanut pitkään nykymuotoisen perhehoidon kehittämisessä. Perhehoitoon suhtautumisessa näyttäisi olevan edelleen paljon jännitteitä. Yhtäältä perhehoitoa pidetään hyvinvointia ja yhteisöllisyyttä luovana asumismuotona (Havukainen & Kaisto 2008; Perhehoitoliitto 2015; Repo 2015); toisaalta taas perhehoitoa pidetään paluuna huutolaisaikaan. Kritiikki on kohdistunut erityisesti siihen, että perhehoidossa sosiaalipolitiikka piiloutuu yksityiseen sfääriin, vie-raan ihmisen kotiin (Koskiahho 2013, 462).

Tämän artikkelin tarkoituksena on tunnistaa tekijöitä ja oletuksia, jotka ovat perhehoidon taustalla ja joiden varassa perhehoitoa kehitetään ikääntyneiden hoivan vaihtoehdoksi. Artikkelissa tarkastellaan perhehoitoa hoivapoliittisena ratkaisuna julkisen ja yksityisen rajalla semiformaaliuden ja (de)domestikaation käsitteiden kautta (Geissler & Pfau-Effinger 2005; Pfau-Effinger 2007; Kröger 2011). Artikkelit etenee seuraavalla tavalla: ensin esitellään lyhyesti perhehoidon toimintalogiikkaa ja esiintyvyyttä Suomessa, jonka jälkeen käsitellään semiformaaliuden ja domestikaation käsitteitä. Artikkelissa käytetään Carol Bacchin (2009) politiikka-analysimetodia, jonka avulla tarkastellaan perhehoidon kehittämistä. Lopuksi artikkelissa määritellään perhehoidon sijoittumista julkisen ja yksityisen rajalle.

Perhehoito Suomessa

Perhehoidossa voi asua niin lapsia, vammaisia, ikääntyneitä kuin muitakin avun ja hoidon tarpeessa olevia henkilöitä. Tässä artikkelissa keskitytään nimenomaan ikääntyneiden perhehoitoon. Ikääntyneiden perhehoito voi olla vuosia kestävä ympärivuorokautinen hoivasuhde tai lyhytaikainen hoitopaikka esimerkiksi omaishoitajan lakisääteisten vapaa-päivien aikana. Perhehoito on avohoitoa ja se toteutetaan kunnan ja perhehoitajan toimeksiantosuhteisena sopimuksena, joka ei siis tarkoita työsuhdetta. Perhehoitoa tarjoavat myös yksityisiin sosiaalipalveluihin lukeutuvat ammatilliset perhehoitokodit, joissa asuu pääsääntöisesti lapsia. Toimeksiantosuhteisessa perhehoidossa voidaan hoitaa neljää tai enintään kuutta henkilöä, jolloin perhehoitajia tulee olla kaksi, joista vähintään toisella on esimerkiksi lähihoitajan koulutus. Toimeksiantosuhteisessa perhehoidossa valvonta on kunnan vastuulla, kun taas ammatilliseen perhehoitoon sovelletaan lakia yksityisistä sosiaalipalveluista. (Hakkarainen, Kuukkanen & Piispanen 2014; L 263/2015 2§; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015: L 510/2016.) Tässä artikkelissa käsitellään pääosin toimeksiantosuhteista perhehoitoa, sillä se on valvonnan, ja siten myös julkisen ja yksityisen rajan, suhteen hyvin erilainen ammatilliseen perhehoitoon verrattuna.

Perhehoitoliiton mukaan perhehoito sopii sellaiselle ikääntyneelle, jolla on kotiin annettavista palveluista huolimatta vaikeuksia selviytyä arjessa, mutta joka ei kuitenkaan vielä tarvitse laitoshoidoa tai tehostettua palveluasumista. Erityisen hyvin perhehoidon katsotaan sopivan sellaiselle ikääntyneelle, joka kokee olevansa yksinäinen ja turvaton ja jonka elämänlaatu on heikentynyt, mutta jolla on vielä riittävästi toimintakykyä jäljellä ja enintään keskivaikea muistisairaus. (Volk & Laukkanen 2010, 28; Hakkarainen ym. 2014.) Perhehoitolain mukaan perhehoitajan on oltava koulutuksensa tai henkilökohtaisten ominaisuuksiensa perusteella sopiva antamaan



Kuvio 1. Jatkuvässä perhehoidossa olevien ikääntyneiden ja perhekotien lukumäärä 1994–2015 (Sotkanet 2016).

perhehoitoa. Perhehoitajan on käytävä myös pakollinen ennakkovalmennus ennen perhehoitajaksi ryhtymistään. Perhehoitajalle maksetaan toimeksiantosopimussuhteisessa perhehoidossa kuukausittainen veronalainen palkkio, joka on 1.1.2017 alkaen vähintään 784,03 euroa yhtä hoidettavaa henkilöä kohden. Lisäksi kuukausittain korvataan perhehoidossa olevan henkilön hoidosta aiheutuvista kustannuksista todellisten kustannusten mukainen korvaus, joka on vähintään 411,52 euroa. Perhehoidon käynnistämiskustannuksia voidaan maksaa enintään 2922,52 euroa. Perhehoitajalle kertyy vähintään kaksi vapaapäivää kuukaudessa, joiden aikana hoito järjestetään esimerkiksi kiertävän perhehoitajan avulla. Vuonna 2016 perhehoitolakia muutettiin niin, että perhehoitajille taataan hyvinvointi- ja terveystarkastukset vähintään joka toinen vuosi. (L 263/2015; STM 2016; L 510/2016.)

Tilastotietojen mukaan vuodesta 1994 vuoteen 2015 jatkuvässä perhehoidossa olleiden ikääntyneiden määrä on yli kolminkertaistunut: vuonna 1994 jatkuvässä perhehoidossa oli 78 ikääntynyttä, kun taas vuonna 2015 määrä oli 343. Perhehoitokoteja ikääntyneille oli vuonna 1994 yhteensä 62 ja vuonna 2015 perhehoitokoteja oli 138. (Kuvio 1, Sotkanet 2016.) Vaikka ikääntyneitä on asunut perhehoidossa jo pitkään, niin se on vielä hyvin marginaalinen palvelumuoto. Hallituksen tavoitteena on lisätä perhehoidossa olevien mää-

rää 1455 henkilöön vuoteen 2020 mennessä (Sosiaali- ja terveystministeriö 2016).

Kodista (vieraaseen) perheeseen

Suomessa laitos- tai palveluasumista pidetään vaihtoehtona vasta siinä vaiheessa, kun ikääntyneen turvallisuutta ja hyvinvointia ei voida muutoin taata. Taustalla on vaikuttanut ”paikallaan ikääntymisen politiikka” (*ageing-in-place*, Means 2007), jolla tarkoitetaan ikääntyneiden oikeutta asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään kotipalveluiden tuella. Koti hoivan paikkana on kuitenkin monitahoinen: koti saattaa muuttua myös eristäväksi ja marginalisoivaksi, ja siksi paikallaan ikääntymisen politiikkaa on arvosteltu kodin idealisoinnista (Heywood, Oldham & Means 2002; Kalliomaa-Puha 2007, 25). Turvattomuus, yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyneisyys ilman mahdollisuuksia osallistua kodin ulkopuolisiin toimintoihin on monen iäkkään ihmisen ongelma. Turvattomuuden tunne liittyy usein toimintakyvyn heikkenemiseen ja sitä kautta avun tarpeen lisääntymiseen. (Savikko, Routasalo, Tilvis & Pitkala 2006, 198; Niemelä 2007, 176.)

Vaikka Suomessa hoivavastuu on edelleen pitkälti kunnilla ja valtiolla, eikä omaisilla ole lakisääteistä velvollisuutta huolehtia omaisistaan, on perheenjäsenten ja jopa naapurei-

den näkeminen hoivan tuottajina lisääntynyt vanhushoivapolitiikassa (Kröger, Anttonen & Sipilä 2003, 30; Vilkkio 2010). Esimerkiksi perheille maksettavista tukimuodoista, kuten omaishoidon tuesta, on tullut yksi keskeinen tapa järjestää ikääntyneiden hoivaa (Ungerson 2005). Tämä korostaa kodin ja perheen merkitystä hoivan järjestämisessä, mutta tuo samalla julkisen sfäärin osaksi kotia esimerkiksi omaishoitajan vapaapäivien määrittelyn muodossa (Sointu 2016, 19). Pfau-Effingerin (2007, 23) mukaan julkisen ja yksityisen hoivan välinen raja on hämärtynyt: informaali hoiva ei enää välttämättä tarkoita perheen sisäistä palikatonta hoivaa yksityisessä kodissa eikä formaali hoiva tapahdu enää pelkästään julkisessa sfäärissä, eli laitoksissa. Yhteiskunnallisesti hoiva voidaankin jaotella kolmeen kategoriaan, formaaliin, semiformaaliin ja informaaliin hoivaan. Näitä kategorioita erottaa ennen kaikkea se, missä määrin julkinen valta osallistuu hoiva-suhteen määrittelyyn. Formaaliin hoivatyöhön voidaan lukea työsuhteinen hoiva, jota koskevat normaalit työsuhteeseen kuuluvat velvoitteet ja etuudet sekä informaalin ja formaalin hoivatyön yhdistelmä, jolla tarkoitetaan esimerkiksi vanhempien osa-aikatyötä, jolloin he hoitavat kotona lapsiaan tai vanhempiaan osan päivästä. Informaaliksi hoivaksi taas ymmärretään esimerkiksi maahanmuuttajien tekemä informaali hoivatyö, informaali omaishoito sekä vapaaehtoistyö, joita julkinen valta ei säätele millään tavalla. Näiden väliin asettuu semiformaali omaishoito, joka on lakiin perustuvaa säänneltyä hoivatyötä ilman varsinaista työnteon statusta. (Geissler & Pfau-Effinger 2005; Pfau-Effinger 2007.) Perhehoito on samalla tavalla puolijulkista; hoivaa, mutta ei varsinaista hoivatyötä, yksityisessä kodissa.

Hoivavastuiden jakoa yhteiskunnassa on käsitelty tutkimuskirjallisuudessa paljon. Esping-Andersenin (1990) markkinariippuvuuksien analyysi on feministisessä tutkimuksessa koettu riittämättömäksi ja tilalle on ehdotettu defamilisaation käsitettä, joka kiinnittää huomiota erityisesti naisten riippumattomuuteen

perheestä ja mahdollisuudesta osallistua työmarkkinoille (Lister 1994). Defamilisaation käsitettä on arvosteltu myöhemmin siitä, ettei se itse asiassa ota lainkaan huomioon hoivaa, vaan keskittyy lähinnä hyvinvointivaltion takaamiin sosiaalitukiin ja ansiotyöhön. Leitner (2003) määritteli defamilisaation tarkoittavan ennemminkin hoivavastuiden siirtämistä pois perheeltä, jolloin taloudellisen itsenäisyyden lisäksi voidaan saavuttaa sosiaalinen itsenäisyys. Kröger (2011, 429–430) on ehdottanut defamilisaation tilalle dedomestikaation käsitettä, jonka avulla otetaan huomioon sekä perheenjäsenten oikeus olla antamatta hoivaa että hoivan tarvitsijan oikeus saada hoivaa julkiselta sektorilta, ei pelkästään perheeltään. Julkinen sektori ja markkinat vähentävät tällöin perheiden hoivavastuuta ja mahdollistavat ihmisten osallistumisen yhteiskuntaan kodin ulkopuolella. Toisaalta huomioon on otettava myös omaisten oikeus antaa hoivaa, mitä voidaan tukea semiformaalilla omaishoidontuella (Kremer & Knijn 1997; Kröger 2011, 430). Perhehoito on näiden yhdistelmä: samalla kun se vapauttaa perheen hoivavastuusta, siirtyy hoivavastuu vieraaseen perheeseen. Perhehoidon kohdalla voidaan siis puhua domestikaatiosta, hoivan kotiuttamisesta.

WPR-metodi ja aineisto

Tässä artikkelissa aineistona on käytetty eduskunnan täysistuntojen pöytäkirjoja sekä perhehoito- ja perhehoitajalakeja (L 312/1992; L 263/2015; L 510/2016) ja näihin lakeihin liittyviä hallituksen esityksiä (HE 144/1991; HE 256/2014; HE 86/2016). Aineiston analysointiin käytettiin Carol Bacchin (2009) politiikka-analyysimetodia, jota hän kutsuu ”Millaiseksi ongelma representoidaan?” (“What is the problem represented to be?”, jäljempänä WPR) -metodiksi. WPR-metodin avulla voidaan keskittyä tapoihin, joilla sosiaalipoliittisia ”ongelmia” representoidaan poliittisissa asiakirjoissa ja siihen, millaisia seurauksia ongelmien

määrittely tuottaa. WPR-metodissa ”ongelma” viittaa ennen kaikkea siihen, mitä poliittisissa asiakirjoissa ja politiikassa halutaan muuttaa, oli se sitten jokin ilmiö tai yhteiskunnassa vallitseva tila. WPR-metodissa ikään kuin kelataan taaksepäin ja katsotaan politiikkaohjelmien vaikutusten sijaan niiden tarkoitusperiä. WPR-metodi poikkeaa konventionaalista politiikka-analyysistä siinä, että sen avulla voidaan analysoida poliittikkatoimien taustalla vaikuttavia ongelman määrittelyitä, jotka taas vaikuttavat siihen, millaisia ratkaisuehdotuksia ongelmaan voidaan esittää. Analyysi ei siis pelkisty sosiaalisten ongelmien poliittisiin ratkaisuihin ja niiden toimivuuden arviointiin vaan keskittyy siihen, kenen tai mistä johtuvasta ongelmasta puhutaan ja millä tavalla. (Bacchi 2009, 1; xvi; 55.) Tarkastelun kohteena on siten myös hoivapolitiikka, jonka Anttonen (2009, 55) käsitteellistää ennen muuta julkisen vallan, valtion ja kuntien, harjoittamaksi politiikaksi, joka ilmenee lainsäädännössä ja lakiin perustuvissa hoivapolitiittisissa etuuksissa ja palveluissa. WPR-metodia on käytetty esimerkiksi koulutuksen, prostituution, perheenyhdistämisen kriteerien ja markkinaistumisen analysoimiseen (Eggebo 2010; Carson & Edwards 2011; Southgate & Bennett 2014; Burau, Zechner, Dahl & Ranci 2016).

WPR-metodi koostuu kuudesta kysymyksestä: Millaiseksi ongelma representoituu poliittisissa asiakirjoissa? Mihin oletuksiin ongelman representaatio perustuu? Miten ongelman representaatio on syntynyt? Mitä on jätetty problematisoimatta? Mitä seurauksia ongelman representaatiolla on? Miten ja missä ongelman representaatio on tuotettu? Tässä artikkelissa poliittisten asiakirjojen analysointiin käytetään kolmea WPR-metodin kysymystä, jotka muokattiin tutkimukseen sopiviksi: 1) Mihin ongelmaan ikääntyneiden perhehoidon katsotaan vastaavan? 2) Mihin oletuksiin ikääntyneiden perhehoidon kehittäminen perustuu? ja 3) Mitä ei problematisoida ikääntyneiden perhehoidon kehittämisessä?

Ensimmäinen kysymys ongelman representaatiosta on varsin suoraviivainen, sillä sen avulla tarkastellaan, mitä halutaan muuttaa. Esimerkiksi jos työttömyysetuuden saaminen muutetaan jollain tapaa vastikkeelliseksi, ongelma määrittyy tällöin se, että työttömät ovat saaneet etuutta ilman vastikkeellisuutta. Yksinkertaisin tapa ongelman representaation identifioimiseen on tarkastella, mihin valtion budjetissa allokoidaan rahaa. (Bacchi 2009, 4–9, 54–57.) Toinen kysymys oletuksista kytkee WPR-metodin diskurssianalyysiin, jonka tarkoituksena on analysoida ongelman määrittelyn käsitteellistä logiikkaa sekä ennakkoletuksia ja tietoa, joihin ongelman määrittely perustuu. Oletukset voivat olla tiettyjä avainsanoja tai dikotomioita, kuten ”yksilöllisyys” tai ”hyödyllinen - hyödytön”. Erityisesti avainsanoja ja dikotomioita analysoidaan argumentoinnin yhteydessä, jolloin huomio kiinnittyy siihen, mihin niillä viitataan. (Bacchi 2009, 57–61.) Kolmas kysymys kiinnittää huomiota ongelman määrittelyn hiljaisuuksiin eli asioihin, joita ei problematisoida. Mikäli esimerkiksi työttömyys ajatellaan politiikassa passiivisten työttömien viaksi, niin tällöin problematisoimatta jää työpaikkojen vähäinen määrä.

Tutkimusaineistona on käytetty valtionhallinnon asiakirjoja, jotka käsittelevät ikääntyneiden perhehoitoa. Aineisto koostuu eduskunnan täysistunnon pöytäkirjoista vuosilta 1991–2016, joissa ikääntyneiden perhehoitoa on käsitelty. Pöytäkirjat ovat vapaasti saatavilla eduskunnan valtiopäiväasiakirjojen haun kautta. Yhteensä perhehoitoa käsiteltiin 166 täysistunnon pöytäkirjassa, joista kertyi yhteensä 242 sivua tekstiä. Pöytäkirjoista käytetään viittauksissa lyhennettä PTK sekä pöytäkirjojen omaa numerointia vuosilukuineen. Aineistonäytteen viitteestä käy ilmi myös puhujan nimi ja hänen puoluetustansa, vaikka tässä tutkimuksessa jakoa esimerkiksi hallitus- ja oppositiopuolueiden mielipiteiden välillä ei tarkastellakaan. Pöytäkirjojen lisäksi aineisto käsittää perhehoitaja- ja perhehoitolait sekä lain perhehoitolain

muuttamisesta vuosilta 1992, 2015 ja 2016 sekä näiden lakien hallituksen esitykset vuosilta 1991, 2014 ja 2016, Sipilän hallituksen ohjelman ja sosiaali- ja terveydenhuollon kärkihankesuunnitelman vuodelta 2016. Tutkimus on aineistolähtöinen, sillä aineistolähtöistä analyysia tarvitaan etenkin silloin, kun tarvitaan perustietoa jostakin ilmiöstä tai asiasta (Eskola & Suoranta 2008, 19). Aineiston analyysissa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2012).

Aineiston analysoinnin ensimmäisessä vaiheessa kaikki poliittiset asiakirjat ja eduskunnan täysistuntokeskusteluiden pöytäkirjat luettiin huolellisesti läpi kokonaiskuvan luomiseksi. Toisessa vaiheessa aineisto värikoodattiin avainsanojen ja dikotomioiden mukaan, jotka liittyivät joko oletuksiin tai ongelman määrittelyihin. Avainsanat ja dikotomiat luokiteltiin tämän jälkeen esimerkiksi kotiin tai perhehoidon ammatillisuuteen ja ei-ammattillisuuteen liittyviksi teemoiksi. Kolmannessa vaiheessa aineisto käytiin uudelleen läpi, jolloin tarkoituksena oli löytää ne asiat, joita ei problematisoitu lainkaan. Tavoitteena oli tarkastella aineistoa siitä näkökulmasta, mitä jätetään sanomatta.

Perhehoidon representaatio, oletukset ja hiljaisuudet poliittisissa asiakirjoissa

Representaatio

Tulosten mukaan ikääntyneiden perhehoidolla on pyritty viimeisen 25 vuoden aikana vastaamaan ennen kaikkea kahteen makrotason hoivapoliittiseen ongelmaan: väestörakenteen muutoksista johtuvaan palvelutarpeiden lisääntymiseen ja palvelutarpeiden kasvusta johtuvaan kustannusten kasvuun. Hallituksen esityksen mukaan perhehoidon järjestäminen aikaisempaa monimuotoisempaan ei pitäisi aiheuttaa kunnille lisäkustannuksia. Esityksessä todetaan, että yhden ikääntyneen laitoshoidon hinnalla voitaisiin perhehoidossa hoitaa perä-

ti kahdeksan ikääntynyttä. (HE 256/2014 vp.) Perhehoidon vahvistamisen ajatellaan vähentävän painetta lisätä vanhusten laitoshoidoa tai tehostettua palveluasumista (HE 256/2014 vp) ja jopa korvaavan pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon tarvetta (PTK 159/2014 Anneli Kiljunen, sd). Samaa ongelmaan on pyritty vastaamaan kotiin tuotavien palveluiden lisäämisellä. Taustalla vaikuttaa myös vanhuspalvelulaki, jossa painotetaan kodin tai kodinomaisuuden ensisijaisuutta hoivan järjestämisessä. Sosiaalipoliittiseksi ongelmaksi muodostuu siis yhtäältä ikääntyneiden palvelutarpeiden kasvu ja toisaalta laitoshoidon ja tehostettu palveluasuminen, jotka molemmat ovat kunnille kalliita hoitovaihtoehtoja.

Perhehoitolainsäädännön kehittämisenä todetaan olevan monia merkittäviä yhteiskunnallisia vaikutuksia, jotka liittyvät työllisyyteen, terveyteen ja aluekehitykseen. Perhehoidon kehittämisenä tavoitellaan perhehoidon lisäämistä eri asiakasryhmissä ja eri alueilla. Hallituksen esityksessä perhehoitolaiksi arvioidaan, että erityisesti maaseudulla perhehoidon yleisyys lisääntyy ja tuo uudenlaisia työllistymismahdollisuuksia syrjäseuduille (HE 256/2014). Ongelmaksi muodostuu siten maaseudun huono työttömyystilanne, jota perhehoidon kehittäminen voisi parantaa. Mielenkiintoisen kontrastin tälle luo pääministeri Sipilän hallitusohjelma, jossa todetaan, että ”ehdot ja kannustimet rajataan siten, etteivät ne houkuttele työikäistä aktiiviväestöä perusteettomasti siirtymään perhehoitajiksi” (Pääministeri Sipilän hallitusohjelma 2015, 24). Ongelmaksi määrittyy siis osaltaan maaseudun työttömyys ja toisaalta huoli siitä, että työssäkäyvät siirtyvät perusteettomasti perhehoitajiksi. Tällaisten huolien esittäminen osin arvottaa perhehoitajuutta suhteessa ”oikeaan” työhön. Ehtojen ja kannustimien rajaaminen siten, etteivät ne houkuttele työikäistä aktiiviväestöä perhehoitajiksi saa kysymään, millaisia perhehoitajien sitten tulisi olla. Kenties ei enää työmarkkinoiden käytettävissä?

Oletukset

Perhehoidon kehittämisen taustalla vaikuttavat oletukset siitä, että ikääntyneet haluavat asua joko kotonaan tai kodinomaisissa asumisratkaisussa. Koti tai kodinomainen asuminen ovat tämän oletuksen mukaan laitosasumiseen verrattuna parempia vaihtoehtoja sekä ihmiselle itselleen että julkisen sektorin taloudelle; tämä kaksijakoisuus hoivan ja talouden välillä värittää koko perhehoitokeskustelua. Perhehoitoa kuvataan avainsanoilla 'inhimillinen', 'lämmin', 'perheenomainen', 'kodinomainen' ja 'edullinen'. Koti ja perhe näyttäytyvät aineistossa ideaaleina hoivan toteuttamisen paikkoina, joissa ikääntyneiden hyvinvointi lisääntyy:

Kuinka on mahdollista, että perhehoitoon siirretyt asiakkaat voivat siellä niin hyvin? Perhehoidossa toteutuu erityisesti sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden tila. Sitä ei oikeastaan missään laitoksessa voida niin hyvin toteuttaa kuin kodeissa. (PTK 62/1996 Maija Rask, sdp)

Koti ja perhe antavat parhaat lähtökohdat turvallisuuden kokemiselle, läheisille ihmissuhteille ja arvokkaalle elämälle. Perhehoitolain esitys pyrkiikin vahvistamaan tätä mahdollistamalla perhehoidon antamisen perhehoitajan kodin lisäksi hoidettavan kotona. (PTK 159/2014 ministeri Susanna Huovinen, sdp)

Kun makrotasolla perhehoidon oletetaan vähentävän kustannuksia ja lisäävän kuntien mahdollisuuksia järjestää ikääntyneiden palveluita, niin mikrotasolla ikääntyneiden perhehoidon oletetaan vastaavan ikääntyneiden yksinäisyyden ja turvattomuuden kokemuksista aiheutuviin ongelmiin. Perhehoidon oletetaan olevan varteenotettava vaihtoehto erityisesti lievästi tai keskivaikeasti muistisairaille sekä ”vanhuksille, jotka kokevat turvattomuutta omissa kodeissa kotipalveluista huolimatta” (PTK 39/2012 Aila Paloniemi,

kesk). Taustaoletuksena on tällöin se, että perhehoito luo yhteisön, ja että yhteisöllisyys ja perhe vähentävät turvattomuuden kokemuksia. Esimerkiksi palvelutalossa asuvien ikääntyneiden on todettu tuntevan enemmän turvattomuutta kuin yksin asuvat – tämä saattaa tosin selittyä sillä, että palvelutalossa asuu sellaisia ikääntyneitä, joiden elämänhallinta on jo merkittävästi heikentynyt, mikä taas heijastuu turvattomuuden kokemuksiin (Savikko ym. 2006, 203). Perhehoidon etuna voi olla ryhmän pienuus, joka edesauttaa yhteisöllisyyden ja turvallisuuden kokemista.

Perhehoitajien kohdalla selkeäksi dikotomiaksi määrittyy ammatillisuus ja ei-ammattillisuus ja näihin liittyvät oikeudet ja velvollisuudet. Perhehoitajat muodostavat omaishoitajien tapaan ”työntekijöiden kaltaisen ryhmän”, sillä perhehoitolaissa perhehoitajat on suljettu perinteisen työntekokäsityksen ulkopuolelle (Kalliomaa-Puha 2007, 109). Perhehoitajat eivät ole työsopimuslainsäädännön piirissä, eivätkä he siten ole oikeutettuja samaan sosiaaliturvaan kuin muut työntekijät. Perhehoitajien sosiaaliturvan parantaminen ei sisällynyt vuoden 2015 perhehoitolakiin, koska ”uudistus oli tehtävä kustannusneutraalisti” (PTK 118/2014 ministeri Susanna Huovinen, sdp). Perhehoitajana toimiminen ei esimerkiksi kerrytä työssäoloehtoa eivätkä perhehoitajat voi liittyä työttömyyskassan jäseniksi. Työtä ilman työsuhdetta kuvataankin eduskunnan keskusteluissa jopa orjatyövoimaksi (PTK 2000 Marjatta Stenius-Kaukonen, vas). Toisaalta taas perhehoidon järjestämistä toimeksiantosuhteisena on perusteltu sillä, että vain se takaa hoidettavien yksilöllisten tarpeiden huomioonottamisen, koska perhehoitoa ei pidä ohjalla yksityiskohtaisin määräyksin ja normein. Lisäksi hallituksen esitystä perhehoitajalaiksi puolustettiin sillä, että perhehoitajat itse halusivat nimenomaan toimeksiantosopimussuhteen. Oletus on tällöin se, että perhehoito on altruistinen kutsumustyö, eikä hoivaa tule normittaa työlainsäädännöllä:

Kotona tehtävää ympärivuorokautista hoitotyötä ei ole mielekästä rinnastaa työsuhteeseen. Sellainen ajattelu on liian sirpaleinen, että kotihoito pirstottaisiin kahdeksan tunnin työjaksoiksi. (PTK 107/1991 Marja-Leena Viljamaa, sdp)

Kyse on tietynlaisesta elämäkatsomuksesta, jota ei voi ja jota ei tule sovittaa liian ahtaisiin raameihin. (...) Perhehoitajat itse nimenomaan haluavat toiminnan järjestettäväksi toimeksiantosopimuksen puitteissa eivätkä työsuhteena. (PTK109/1991 Maija Perho-Santala, kok)

Ei-ammattillisuuden yhteydessä eduskunnan keskusteluissa esille nousi naisten tekemä hoivatyö, mistä keskusteltiin ennen vuoden 1992 perhehoitajanlain voimaantuloa. Naisten asemaan hoivatyöntekijöinä kiinnitettiin huomiota seuraavan kerran vasta vuoden 2016 hallituksen esityksessä perhehoitolain muuttamisesta, jossa todettiin hyvinvointi- ja terveystarkastusten parantavan naisten asemaa (HE 86/2016 vp). Tämä perustui oletukseen siitä, että pääosa perhehoitajista on naisia.

Olen melko varma siitä, että jos tämä ala olisi miesvaltainen, tällaisiin toimeksiantosopimukseen ei yksinkertaisesti tyydyttäisi vaan vaadittaisiin ainakin silloin työsuhdetta, milloin se suinkin on mahdollista. Tässä toisin sanoen näkyy se seikka, että hoivatyö, tehtiinpä sitä palkatta kotona taikka jollakin korvauksella tai palkkasuhteessa, on naisten työtä, ja tämä matala käsitys siitä, miten sitä korvataan tai minkä tasoisia ovat palkat, näkyy kaikessa. (PKT 109/1991 Marjatta Vehkaoja, sdp)

On sanomattakin selvää, että perhehoitajalain mukaista huolenpitotyötä tulevat tulevaisuudessaakin tekemään naiset. (PKT 109/1991 Outi Ojala, vas)

Toisaalta ammatillisuuden ja ei-ammattillisuuden dikotomiaan liittyvät myös itse perhehoitokodit. Kritiikki koskee erityisesti ammatillista perhehoitoa ja sen mahdollisuutta muuttua liiketoiminnaksi. Vuonna 1991 eduskunnassa tuotiin esille huoli, ettei ”kukaan ei kykene enää tulkitsemaan, milloin kyseessä on vilpittön, humanitaarinen perhehoito korkeine hoidollisine tavoitteineen ja milloin mahdollisesti laman, työttömyyden ja kuntien taloudellisen ahdingon aiheuttama liiketoiminta” (PTK 109/1991 Virpa Puisto, sdp). Sama kriittisyys näkyi vuonna 2014: ”...on mahdollista, että esitetyllä lakimuutoksella paitsi edistetään ammatillisen perhehoitotoiminnan lisääntymistä, myös vahvistetaan suurten toimijoiden monopoliaseman luomista markkinoille” (PTK 2014 Anne Louhelainen, ps). Lainauksista käy hyvin ilmi perhehoidon sekä markkinoilla toimivan ammatillisen perhehoitokodin välinen dikotomia, jossa ensimmäinen nähdään arvokkaana, perheenomaisena ja inhimillisenä, ja jälkimmäinen markkinoilla toimivana liiketoimintana, jonka tarkoituksena on tuottaa voittoa.

Perhehoidon valvonta nousi yhdeksi keskeiseksi avainsanaksi eduskunnan keskusteluissa. Käytännössä ikääntynyt itse tai hänen omaisensa voi ilmoittaa kunnalle perhehoidon puutteista tai muista ongelmista, jolloin kunnan on tultava tarkastuskäynnille. Vastuu valvonnasta on sijoittajakunnalla, ei sillä kunnalla, jossa perhehoitokoti sijaitsee. Lain mukaan ”pysyväisluonteiseen asumiseen käytettävät tilat voidaan tarkastaa ainoastaan, jos tarkastaminen on välttämätöntä asiakkaan aseman ja asianmukaisten palvelujen turvaamiseksi” (L 263/2015). Muutoin valvontakäynnit sovitetaan etukäteen perhehoitajan kanssa, koska kyseessä on kuitenkin useassa tapauksessa perhehoitajan oma koti. Toimeksiantosopimussuhteinen perhehoito ei myöskään kuulu yksityisten sosiaalipalveluiden valvontalain piiriin, johon ammatillinen perhehoito kuuluu. Ihmisten yksityisyyden kunnioittaminen ja toisaalta perhehoidon luonne julkisena palveluna nousivat esiin valvonnasta puhuttaessa:

On täysin ymmärrettävää, että perhehoito-yksikkö on ihmisten koti ja sitä tulee kaikin tavoin kunnioittaa. Kuitenkin kun kyse on erityisen haavoittuvassa asemassa olevista henkilöistä, tulee heidän etunsa olla aina etusijalla. Valvovaa viranomaista voidaan pitää heidän edunvalvojanaan. On tilanteita, joissa etu vaatii ehkä yllättäenkin tehtäviä valvontakäyntejä, joista ei ilmoiteta etukäteen. (PTK 118/2014 Hanna Mäntylä, ps)

Kunnan intressi saattaa olla selvitä myös perhekotihoidosta mahdollisimman vähällä ja vähin kustannuksin ja siten sijoitella hoidettavia halvalla jopa kyseenalaisiin tiloihin tai kyseenalaiseen hoitoon, kun valvonta on vain sen omissa käsissä. Erityisesti kunnalla on vaikeuksia valvoa perhekotihoidoa, jos perhekoti sijaitsee muussa läänissä tai jopa toisella puolella maata, kuten monesti tapahtuu. (PTK 62/1996 Timo Ihamäki, kok)

Jotkut olivat sitä mieltä, että perhehoito olisi pitänyt valvontalain piiriin saattaa. Onneksi näin ei kuitenkaan tehty. Perustelut sille, että perhehoito olisi tämän lain piiriin saatettu olivat sen suuntaiset, että on tapahtunut väärinkäytöksiä. Meillä ei kovin monia väärinkäytöksiä ole pystytty osoittamaan, vaikka joitakin on varmasti olemassa. Vaikka meillä olisi minkälaiset lait hyvänsä, niin väärinkäytöksiä aina tapahtuu. (PTK 62/1996 Maija Rask, sdp)

Nämä puheenvuorot valvonnasta antavat hyvän kuvan perhehoidon välillisyydestä, jossa vastakkain asetetaan yksityinen koti sekä julkinen vastuu. Perhehoito luo yksityisen ja julkisen tilan väliin oman, puolijulkisen tai jopa puoliyksityisen tilansa, jossa vieraan ihmisen kodista ja perheestä tulee ikääntyneen hoivan paikka ja uusi koti. Ikääntyneen asuessa kotonaan hänellä itsellään on valta omasta yksityisestä tilastaan, vaikka hänen luonaan kävisikin kotihoitaja - ikääntynyt voi esimerkiksi kieltää kotihoitajaa tulemasta sisälle (Twiggg 1999,

386). Perhehoidossa valta voi olla kuitenkin perhehoitajalla silloin, kun ikääntynyt muuttaa perhehoitajan kotiin. Miten esimerkiksi ikääntyneiden tai perhehoitajien omaisten ja läheisten vierailuista sovitaan? Myös kunta osallistuu vallankäyttöön selvittäessään perhehoitajan sopivuutta perhehoitoon muuttavalle ikääntyneelle. Kunnan on varmistettava, hyväksyvätkö perhehoitokodin muut jäsenet uuden perhehoitoon muuttavan, ja voiko perhehoitoon muuttava saada tasa-arvoisen aseman suhteessa muihin jäseniin. (HE 256/2014, 3.) Oletukset liittyvät tässä tapauksessa perhehoitokodin rinnastamiseen tavalliseen kotiin, jonka valvonta täytyy järjestää yksityiskotia kunnioittaen.

Hiljaisuudet

Hiljaisuuksien, asioiden joista ei puhuta tai jotka on sysätty syrjään, tutkiminen vaatii tutkijalta kykyä havaita puhuttujen asioiden kääntöpuoli. Tässä tutkimuksessa olen tulkinut hiljaisuuksiksi asioita, joista puhutaan vammaisten kohdalla, muttei ikääntyneiden kohdalla. Esimerkiksi perhehoidon yhteydessä ei yllättäen puhuta ikääntyneiden valinnanvapaudesta, vaikka siitä on tullut merkittävin hoivapolitiikka ohjaavista ajatuksista. Vammaisten perhehoidon kohdalla korostetaan itsemääräämisoikeuden toteutumista (HE 256/2014), mutta ikääntyneiden kohdalla sitä ei mainita ollenkaan. Valinnanvapaus näkyy lähinnä kunnan laajenevina mahdollisuuksina järjestää palveluita kustannustehokkaasti. Ikääntyneen ei ole esimerkiksi mahdollista ostaa perhehoitopalveluita, sillä sopimuksen perhehoidosta tekevät kunta ja perhehoitaja. Valinnanvapaus, itsemääräämisoikeus ja osallisuus tulevat todennäköisesti esille vasta silloin, kun ikääntynyt on jo päässyt perhehoitoon. On mahdollista, että perhehoidossa ikääntynyt saa laajemmin päättää esimerkiksi omista ruoka- ja peseytymisajoistaan, jotka kuuluvat hänelle luontaiseen elämänrytmiin. Perhehoito saattaakin tukea ihmisten itsemääräämisoikeutta paremmin

kuin laitoshoido, jossa yleensä esimerkiksi ruokaillaan tiettyyn kellonaikaan. Tämä riippuu luonnollisesti sekä toimeksiantosopimussuhteen että ammatillisen perhehoitokodin tavoista; siitä, miten ja keiden kanssa arjen rutinit sovitaan ja sallitaanko niistä poikkeaminen.

Ikääntyneiden osallisuudesta puhutaan ylipäätään hyvin vähän. Ikääntyneen yksilöllisiä tarpeita ja elämänhistorian tuntemista korostetaan, mutta yksilön tarpeisiin vastaaminen ei tarkoita osallisuutta. Osallisuus tulee enemmänkin esiin perhehoitajista puhuttaessa: perhehoitajat tarvitsevat tukiverkoston, heille tetaan vastuutyöntekijä sekä erilaisia tukimuotoja ja koulutuksia. Perhehoitajan jaksamisen kannalta tämä on tietysti olennaista, mutta on erikoista, että ikääntyneiden osallisuus jää näkymättömiin virallisissa asiakirjoissa ja eduskunnan keskusteluissa, vaikka perhehoidosta puhutaan nimenomaan osallistavana ja yhteisöllisyyttä tuottavana asumis- ja palveluvaihtoehtona. Ikääntyneiden perhehoito ei näytä tavoittavan vanhuspalvelulain henkeä, jossa tehtiin suuri painotus ikääntyneiden vaikutus- ja valinnanmahdollisuuksien lisäämiselle (L 980/2012). Perhehoidon osalta ei myöskään puhuta siitä, ketkä todellisuudessa pääsevät perhehoitoon ja millä perusteilla. Perhehoidon asiakas maksaa saman verran asumisestaan ja hoidostaan kuin pitkäaikaisessa laitoshoidossa, joten asiakkaalle perhehoito ei ole edullisempi vaihtoehto kuin laitoshoido. Kunnat päättävät omista hoivapoliittisista ratkaisuistaan ja palvelutarpeen arvioinneissa siitä, kenelle ja millaisia palveluita tarjotaan. Tämän vuoksi on vaikea uskoa, että itsensä esimerkiksi yksinäiseksi tunteva ikääntynyt ilman suurta tai kohtalaista palveluiden tarvetta pääsisi perhehoitoon, ainakaan tällä hetkellä, kun perhehoito on vasta kehittymässä. Lisäksi ikääntyneen mahdollisuudet jatkaa perhehoidossa vähenevät siinä vaiheessa, kun hänen avuntarpeensa lisääntyvät niin, että hän tarvitsisi ympärivuorokautista hoivaa. Perhehoitajalla on tällöin valta päättää perhehoitosuhde kuukauden varoitusajalla.

Vaikka koti ja perhe ovat avainsanoja, asioita, jotka aineistossa nousseiden oletusten mukaan lisäävät perhehoidossa olevien ihmisten hyvinvointia, niitä kuitenkin määritellään hyvin vähän. Millaisen kodin ja perheen esimerkiksi neljä ikääntynyttä ja hoitaja luovat?

Ei välttämättä ole enää kysymys yksityiskodista siinä työssä, jota tällä lailla ajetaan takaa. Ei ole millään tavoin määritelty, mikä koti on. (...) Mutta on erittäin vaikeaa kuvitella kodinomaiseksi, perheenomaiseksi hoidoksi tilannetta, jossa kaksi aikuista, jotka eivät muodosta perhettä itse, hoitaa seitsemää kehitysvammaista henkilöä taikka vanhusta. (PKT 1991/107, PKT 1991/109, Marjatta Stenius-Kaukonen, vas)

Koti määrittyy keskusteluissa ja asiakirjoissa nimenomaan perhehoitajan kodiksi, josta tulee myös ikääntyneen koti, tai ainakin kodinomainen asuinpaikka, kuten perhehoitokoti hallituksen esityksessä perhehoitolaiksi määritellään (HE 256/2014). Kodin- ja perheenomaisuus näyttäisivät aineiston mukaan muodostuvan muun muassa kotiympäristön äänistä: ”Aina parasta ei ole se, pyyhitäänkö selkä kolme kertaa päivässä sprillä vai saako hän vaikutteita kotiympäristössä ja onko hänellä virikkeellisempi se kotiympäristö, jossa hän kuulee kaikkia elämänpiiriin liittyviä ääniä ja tapahtumia, toisten ihmisten keskusteluja ja lehden lukua, puhelimen sointia jne” (PKT 1992/157 Riitta Kauppinen, kesk). Kodinomainen viittaa siten ympäristön piirteisiin, jotka kytkeytyvät enemmän kotiin kuin laitokseen, esimerkiksi omiin huonekaluihin ja omaan päivärutmiin. Kodinomainen tarkoittanee perhehoidossa ”riittävästi kotia” (Vilkko 2000), jolloin kotia koskevat romantisoituneet odotukset minimoidaan ja sovitellaan yhteen uuden asuinpaikan kanssa. Kodin tuntu muodostuu kokemuksesta, autonomiasta, tuntemuksista, muistoista ja ihmisistä; asioista, joista olettaisi yhteiskuntapoliittisissa linjauksissakin puhuttavan (Sointu 2016).

Taulukko 1. Perhehoidon representaatio, oletukset ja hiljaisuudet.

Mihin ongelmaan perhehoito vastaa?	Perhehoito vastaa niukkenevien resurssien ongelmaan Perhehoidolla on työllistämisaikutuksia Perhehoito vastaa yhdenvertaisuuden ongelmaan Perhehoito täydentää omaishoitoa
Mihin oletuksiin perhehoidon kehittäminen perustuu?	Koti parhaana hoivan tuottamisen paikkana Perhettä voi käyttää hoivan resurssina Koti ja perhe vähentävät turvattomuutta Hoivaa ei voida normittaa kuten työsuhdetta Perhehoitokoti rinnastetaan tavalliseen kotiin (valvonnan rajallisuus)
Mitä ei problematisoida perhehoidon kehittämisessä?	Ikääntyneen valinnanvapaus Ikääntyneen osallisuus Ikääntyneen mahdollisuudet jatkaa perhehoidossa, väliaikaisuus Tasa-arvo hoivatyössä Koti ja perhe

Yhteenveto

Ikääntyneiden hoiva perheissä ei ole uusi asia, vaan hyvinkin perinteinen tapa huolehtia suvun vanhimmista. Nykymuotoinen perhehoito herättää kaikuja vanhasta elätehoidosta, mutta samalla se lainaa toimintatapoja, kuten sopimussuhteen, yksityiseltä sektorilta. Vanhan mallin käyttöönotto ja sen muuttaminen sopimuksellisuuden avulla ovatkin luoneet jottain aivan uutta.

Tämän artikkelin tarkoituksena on ollut analysoida yhtäältä, miksi perhehoitoa kehitetään, ja toisaalta paikantaa perhehoito julkisen ja yksityisen liikkuvalla rajalla. Tulosten mukaan (taulukko 1) ikääntyneiden perhehoidolla pyritään vastaamaan laitoshoidon vähentämistavoitteeseen ja kustannusten hillitsemiseen. Perhehoidolla oletetaan olevan työllisyysvaikutuksia maaseudun haja-asutusalueilla, joissa työnsaantimahdollisuudet ovat heikentyneet. Työikäinen väestö ei saisi kuitenkaan perusteettomasti siirtyä perhehoitajaksi, pois varsinaisilta työmarkkinoilta.

Perhehoidon kehittämisen taustalla vaikuttavat oletukset liittyivät viiteen avainsanaan tai vastakohtapariin: kotiin, turvattuuteen, ei-ammattillisuuteen/ammattillisuuteen, valvontaan sekä yksityiseen ja julkiseen. Ikääntyneiden perhehoito representoitui näiden oletusten kautta siten, että se on inhimil-

linen, perheenomainen, edullinen ja turvallisuutta luova palvelu, jota voisi hyödyntää erityisesti maaseudulla. Perhehoidon kehittäminen perustuu yhtäältä oletuksiin siitä, että ikääntyneet haluavat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, ja toisaalta siihen, että kodinomainen palveluratkaisu on parempi kuin laitoshoido niin ikääntyneelle itselleen kuin julkiselle taloudellekin. Oletukset liittyvät ennen kaikkea kodin ja perheen ensisijaisuuteen hyvän hoivan järjestämisessä. Koti oletetaan paikaksi, jossa ikääntynyt voi saada tarpeitaan vastaavaa hoivaa ja kokea olonsa turvalliseksi uuden yhteisön tasaveroisena jäsenenä. Perhehoito ratkaisisi osaltaan ikääntyneiden kokemaa yksinäisyyttä ja turvattomuutta silloin, kun esimerkiksi omaishoito ei ole mahdollinen vaihtoehto perheenjäsenen puuttumisen tai pitkien välimatkojen takia. Perhehoitajan työ nähdään inhimillisenä ja lämpimänä, jopa altruistisena ja elämänsäntörmukseen liittyvänä hoivana, jota ei voi ohjailla yksityiskohtaisen määräyksen. Tähän liittyvät myös kysymykset valvonnasta, jossa vastakkain asetettiin kunnan vastuu ja kunnioitus yksityiskotia kohtaan sekä hoivan tuottaminen ammatillisesti ja ei-ammattillisesti.

Perhehoidon kehittämisessä ei aineiston mukaan problematisoida ikääntyneen omia valinnanmahdollisuuksia perhehoitoon pääsemisessä, vaan kehittämisessä painottuvat kun-

tien lisääntyneet vaihtoehdot tuottaa ja ostaa palveluita. Ennen kaikkea perhehoidon kehittämisessä korostuu hiljaisuus ikääntyneiden omasta osallisuudesta, yhteisöllisyyden luomisesta ja sitä kautta perheestä ja kodista. Lisäksi perhehoidon kehittämisessä ei oteta huomioon sukupuolten tasa-arvoa perhehoitajan asemasta puhuttaessa.

Johtopäätökset: Perhehoito yksityisen ja julkisen rajalla

Ikääntyneiden perhehoito on osa sosiaali- ja terveyspalveluiden laajempaa muutosta, jossa palveluita ja palveluyksiköitä ei enää voi määrittellä puhtaasti julkiseksi tai yksityiseksi, vaan hybrideiksi, joita määrittää resursien jakautumisen ja hallinnollisten, markkinoita, valtiota ja kansalaisyhteiskuntaa koskevien, periaatteiden sekoitus. (Evers 2005, 738.) Perhehoito luokien kiinnostavan alueen hoivapalveluiden perinteiselle formaali-informaali -jaottelulle. Perhehoito muodostaa oman semiformaalien hoivamuotonsa, jossa hoivaajana on omaisen sijaan perhehoitaja, jolle palkkio hoivasta maksetaan. Samaan tapaan kuin omaishoito on semiformaaliala, perhehoidossa annettavaa hoivatyötä ei määrittellä ansiotyöksi. Toimeksiantosopimussuhteinen perhehoito on ei-ammattillista sijaisomaishoitoa, jossa vastuu hoidon laadusta on viimekädessä sijoituksen tehneellä kunnalla. Perhehoidon läpileikkävänä teemana näyttäisikin olevan välimuotoisuus, sillä perhehoito sijoittuu jonnekin kodin ja laitoksen väliin. Ammatillinen perhehoito on taas perhehoidon ja laitoksen väliin sijoitettava sijaishoitomuoto. Paikallaan ikääntymisen politiikkakaan ei välttämättä toteudu perhehoidossa, koska hoivatarpeiden kasvu ja esimerkiksi keskivaikean muistisairauden muuttuminen vaikeaksi tarkoittaa yleensä sitä, ettei ikääntynyt voi enää asua perhehoidossa.

Perhehoitoon liittyy myös ammatillisen ja ei-ammattillisen työn välitila, jossa muodollista pätevyyttä ei vaadita, mutta joka työnä vaatii

jo jaksamisenkin kannalta ammattimaista työtettä ja osaamista. Perhehoitajuus on myös jostain kutsumustyön ja yritystoiminnan välille sijoittuvaa: siinä ei tavoitella voittoa, mutta työ sisältää kuitenkin yrittäjyyteen liittyviä piirteitä kuten vastuukysymykset, säännöllisyyden, asiakkuudet, valvonnan ja suunnitelmallisuuden. (Tammelin & Ilmarinen 2013, 259–260.) Työn tekeminen toimeksiantosopimuksella takaa perhehoitajalle palkkion ja jonkinlaisen sosiaaliturvan, mutta ei kuitenkaan täysiä työsuhteisiin liittyviä etuuksia. Juuri tämä ei-ammattillisuuden ja ammatillisuuden dikotomia johdi eduskunnan keskusteluissa kiistoihin, joissa yhtäältä perusteltiin perhehoitajuutta kutsumustyönä, jota ei voida normittaa, ja toisaalta taas oltiin huolissaan perhehoitajan sosiaaliturvasta ja oikeuksista.

Perhehoidon määrittelyssä kotiuttamisen käsite tuo jo mainittuun välimuotoisuuteen uuden näkökulman, jossa hoiva ”kotiutuu puolittain”. Perhehoito vapauttaa ikääntyneen omaisen hoivavastuusta, mikäli tällainen omainen on olemassa, ja avuntarvitsijan riippuvuudestaan perheestä – samalla se kuitenkin pitää hoivan kodin piirissä ja ikään kun kotiuttaa sen tehdyn sopimuksen kautta vieraaseen perheeseen ja siirtää näin hoivavastuun sijaisperheelle antamatta sille formaalia status-ta työsuhteena. Hoivavastuusta ja hoivaamisen maailmasta tulee semiformaaliala, kodin yksityisyyteen kuuluva asia, jota kuitenkin säädellään julkisesti. Perhehoitajan mahdollisuudet osallistua yhteiskuntaan vähenevät merkittävästi, sillä hoivavastuu on perhehoidossa hyvin sitovaa. Myös perhehoidossa olevan ikääntyneen mahdollisuudet osallistua saattavat vähentyä, sillä esimerkiksi perhehoitajan tarjoamista kyydeistä kaupungille tai kyläkeskuksiin on sovittava etukäteen hoito- ja palvelusuunnitelmassa.

Eduskunnan keskusteluissa, hallituksen esityksissä ja laeissa hoivan kotiuttaminen nähdään parhaana vaihtoehtona riittävän hoivan toteuttamiselle. Kahtiajakaisuus talouden ja hoivan välillä ilmentää hoivavastuiden siirtymistä perheille, sillä taloudellisesti hoivan

tuottaminen kotona on kaikkein edullisinta. Perhe nähdään yhä enemmän resurssina, yhtenä palveluntuottajana. Perhehoito liittyy hoidon kulttuuriseen ja rakenteelliseen muutokseen, jossa perheiden mahdollisuus kokoaikaisen hoidon antamiseen on kaventunut työssäkäynnin, yksin asumisen ja etäisyyksien vuoksi. Sosiaalipolitiikan tehtävä on sikäli paradoksaalinen, että samalla kun sen tulee tasoittaa perheiden eriarvoisten hoivaan liittyvien resurssien eroja, tulee sen myös tukea perheiden hoivavastuuta (Julkunen 2006, 22–23). Tässä mielessä kehittämällä uusvanhaa perhehoidon mallia sekä tuetaan että tasoitetaan perheiden hoivavastuuta.

Ikääntyneiden perhehoito asettuu sekä julkisen ja yksityisen sektorin rajalle että julkisen ja yksityisen tilan rajalle. Näissä molemmissa rajapinnoissa merkityksellisiksi tulevat vastuun, vallan ja itsemääräämisoikeuden kysymykset. Kuten tulokset osoittavat, poliittisessa diskursussa julkisen vastuun katsotaan ulottuvan perhehoitokodin sisälle saakka, yksityiseen tilaan. Samalla kuitenkin tunnustetaan väärinkäytösten mahdollisuus ja julkisen valvonnan rajallisuus suhteessa yksityiseen kotiin. Päätökset perhehoitoon pääsemisestä tehdään julkisella tasolla, mutta perhehoidon sisältö muodostuu perhehoitokodin jäsenten välisessä vuorovaikutussuhteessa, mikä tuo vastuun hyvästä hoidosta perhehoitajalle.

Kirjallisuus

- Anttonen, A. (2009). Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.), *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki* (s. 54–98). Tampere: Vastapaino.
- Bacchi, C. (2009). *Analysing policy: What's the problem represented to be?* French Forest: Pearson.
- Bradter, H. (2012). Kodin ja perheen välissä. Tutkimus vanhusten kokemuksista ympärivuorokautisesta perhehoidosta. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.
- Brookes, N. & Callaghan, L. (2013). What next for Shared Lives? Family-based support as a potential option for older people. *Journal of Care Services Management*, 7(3), 87–94.
- Burau, V., Zechner, M., Dahl, H. M. & Ranci, C. (2016). The political construction of elderly care markets: comparing Denmark, Finland and Italy. *Social Policy & Administration*. DOI: 10.1111/spol.12198
- Carson, L. & Edwards, K. (2011). Prostitution and Sex Trafficking: What are the Problems Represented?

Ikääntyneiden perhehoidosta kaivataan kokonaisvaltaista tieteellistä tietoa, joka ottaa huomioon niin perhehoidossa olevien ikääntyneiden, heidän omaistensa sekä perhehoitajien kokemukset perhehoidossa asumisesta sekä sen vaikutuksista heidän hyvinvointiinsa. Olisi tärkeää selvittää, toteutuvatko perhehoidossa valinnanvapaus ja osallisuus, joita korostetaan ikääntyneiden hoivapolitiikassa. Tämän tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että valinnanvapaus koskettaa nimenomaan kuntia luoden niille uusia mahdollisuuksia järjestää ikääntyneiden palveluita. Ikääntyneen osallisuudesta ei puolestaan puhuta ollenkaan. Perhehoitoa kehitetään ja edistetään yhteisöllisenä asumis- ja hoivamuotona, mutta tarkempaa tutkimusta tarvitaan siitä, muodostavatko perhehoitokodin asukkaat tasa-arvoisen yhteisön vai onko kyseessä vain uudenlainen, kevyempi laitosasumisen muoto, joka säästää kuntien kustannuksia. Onko perhehoito siis vain yksi välivaihe kodin ja laitoksen, yksityisen ja julkisen, välissä?

Yhteydenotto:

Emilia Leinonen, YTM, tohtorikoulutettava
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos,
Jyväskylän yliopisto
Sähköposti: emilia.a.leinonen@jyu.fi



- sented to Be? A Discursive Analysis of Law and Policy in Sweden and Victoria, Australia. *Australian Feminist Law Journal*, 34(1), 63–87.
- Eduskunnan täysistunnon pöytäkirjat. Haettu 19.3.2016 osoitteesta: <https://www.eduskunta.fi/FI/search/Sivut/vaskiresults.aspx?k=perhehoito#k=perhehoito>
- Eggebo, H. (2010). The problem of dependency: Immigration, gender and the welfare state. *Social Politics*, 17(3), 295–322.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2008). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Evers, A. (2005). Mixed Welfare Systems and Hybrid Organizations: Changes in the Governance and Provision of Social Services. *International Journal of Public Administration*, 28(9–10), 737–748.
- Geissler, B. & Pfau-Effinger, B. (2005). Change in European care arrangements. Teoksessa Pfau-Effinger, B. & Geissler, B. (toim.), *Care and social integration in European societies* (s. 3–21). Bristol: Polity Press.
- Hakkarainen, P., Kuukkanen, M. & Piispanen, H. (2014). *Perhehoidon tietopaketti*. Jyväskylä: Perhehoitoliitto ry.
- Havukainen, S. & Kaisto, K. (2008). *Vanhusten lyhytaikainen perhehoito omaishoidon tukena*. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- HE 144/1991 Hallituksen esitys perhehoitajalainsiksi.
- HE 256/2014 Hallituksen esitys perhehoitolaiksi.
- HE 86/2016 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi perhehoitolain muuttamisesta.
- Heywood, F., Oldham, C. & Means, R. (2002). *Housing and home in later life*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Julkunen, R. (2006). Perhe, työ, hoiva ja valtio – oma ja yhteinen, yksityinen ja julkinen hoivavastuu. Teoksessa Hokkanen, L. & Sauvola, M. (toim.), *Pubumattomat paikat. Puheenpuoroja perheestä* (s. 15–45). Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 22, Oulu.
- Kalliomaa-Puha L. (2007). *Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoivan instrumenttina*. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 90.
- Ketola, J. (2008). *Perhehoito. Tekemisen ja tukemisen arvoista työtä*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Knijn, T. & Kremer, M. (1997). Gender and the caring dimension of welfare states: toward inclusive citizenship. *Social Politics*, 4(3), 328–361.
- Koskiahho, B. (2013). Avuton vanhus kaupan. *Yhteiskuntapolitiikka*, 78(4), 462–464.
- Kröger, T., Anttonen, A. & Sipilä, J. (2003). Social care in Finland: stronger and weaker forms of universalism. Teoksessa Anttonen, A., Baldock, J. & Sipilä, J. (toim.), *The Young, the Old and the State. Social Care Systems in Five Industrial Nations* (s. 25–54). Cheltenham: Edward Elgar.
- Kröger, T. (2011). Defamilisation, dedomestication and care policy. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(7/8), 424–440.
- L 263/2015 Perhehoitolaki
- L 312/1992 Perhehoitajalaki
- L 510/2016 Laki perhehoitolain muuttamisesta
- L 980/2012 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.
- Leitner, S. (2003). Varieties of familism: the caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5(4), 353–76.
- Lister, R. (1994). ‘She has other duties’: women, citizenship and social security’. Teoksessa Baldwin, S. & Falkingham, J. (toim.), *Social Security and Social Change: New Challenges* (s. 31–44). Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Mollica, R., Booth, M., Gray, C. & Sims-Kastelein, K. (2008). Adult foster care: a resource for older adults. Haettu 23.2.2016 osoitteesta: http://www.nashp.org/sites/default/files/AFC_resource.pdf
- Nevalainen, E. (2007). *Perhehoitajien kokemuksia toimeksiantosopimukseen perustuvasta vanhusten perhehoidosta*. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Niemelä, P. (2007). Vanhuus ja turvattomuus. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.), *Vanhuus ja sosiaalityö: Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä* (s. 167–192). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Pfau-Effinger, B. (2007). Payment for care in the context of new semi-formal forms of care work in European societies. Paper for presentation at the ESPAnet Conference Social Policy in Europe: Chancing Paradigms in an enlarging Europe? Vienna, September 20–22, 2007.
- Pääministeri Lipposen hallitusohjelma (1995). Haettu 1.4.2016 osoitteesta: http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelmat/-/asset_publisher/66-paaministeri-paavo-lipposen-hallituksen-ohjelma
- Pääministeri Sipilän hallitusohjelma (2015). Ratkaisujen Suomi. Haettu 1.4.2016 osoitteesta: <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/>

- Ratkaisujen+Suomi_FL_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82
- Repo, T. (2015). *"Mä olen vielä jokin ja kykenen vielä johonkin lähtemään"*. *Osavuorokautinen perhehoito ikäihmisten kotona asumisen tukena Tampereella*. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Savikko, N., Routasalo, PE., Tilvis, RS. & Pitkala, KH. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people – a population-based study. *Gerontology*, 52(3), 181–187.
- Shared Lives Plus (2015). Kotisivut. Haettu 14.4.2016 osoitteesta: <http://www.sharedlivesplus.org.uk/shared-lives>.
- Sointu, L. (2016). *Hoiiva suhteessa. Tutkimus puoli-soaan hoitavien arjesta*. Tampere: Tampere University Press.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2015). Usein kysytyjä kysymyksiä - perhehoitolaki. Haettu 11.3.2016 osoitteesta: <http://stm.fi/perhehoitolaki/ukk>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2016). Kuntainfo: Perhehoidon palkkiot ja korvaukset. Haettu 13.13.2016 osoitteesta: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kuntainfo-perhehoidon-palkkiot-ja-korvaukset-vuonna-2017
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2016). Omaishoidon määrät laskelmissa. Haettu 1.12.2016 osoitteesta: <http://stm.fi/documents/1271139/2261293/Omaishoidon+ja+perhehoidon+m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4t+s%C3%A4%C3%A4st%C3%B6laskelmissa.pdf/a860c9bb-0005-429d-8f18-6412f05f908e>
- Sotkanet (2016). Perhehoidossa olleet vanhuksat 31.12., kunnan kustantamat palvelut. Vanhusten perhehoitokotien lukumäärä 31.12., kunnan kustantamat palvelut. Haettu 13.12.2016 osoitteesta: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy7Njc8HAA==®ion=s07MBAA=&year=sy4rtzbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f>
- Southgate, E. & Bennett, A. (2014). Excavating Widening Participation Policy in Australian Higher Education: Subject Positions, Representational Effects, Emotion, *Creative Approaches to Research*, 7(1), 21–45.
- Tammelin, M. & Ilmarinen, K. (2013). Vanhusten perhehoidon jännitteet. *Janus*, 21(3), 259–267.
- TENK (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- Toivanen, M. (2010). *Vanhusten perhehoito toimeksiantosopimuksella Etelä-Pohjanmaalla. Johtavien viranhaltijoiden ajatuksia vanhusten perhehoidosta*. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.
- Twigg, J. (1999). The spatial ordering of care: public and private in bathing support at home. *Sociology of Health & Illness*, 21(4), 381–400.
- Ungerson, C. (2005). Gender, labour markets and care work in five European funding regimes. Teoksessa Pfau-Effinger, B. & Geissler, B. (toim.), *Care and social integration in European societies* (s. 49–71). Bristol: Polity Press.
- Vilkko, A. (2000). Riittävästi koti. *Janus*, 8(3), 213–230.
- Vilkko, A. (2010). Koti vanhetessa. Teoksessa Vilkko, A., Suikkanen, A. & Järvinen-Tassopoulos, J. (toim.), *Kotia paikantamassa* (s. 213–236). Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Volk, R. & Laukkanen, T. (2010). *Hoiivan rahoitus. Kansainvälisiä käytäntöjä ja kotimaisia vaihtoehtoja*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:22.
- Ympäristöministeriö (2013). *Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013–2017*. Haettu 12.5.2016 osoitteesta: http://www.ym.fi/fifi/Asminen/Ohjelmat_ja_strategiat/Ikääntyneiden_ajatus_2013-2017



II

TENSIONS AND RESILIENCE - THE EXPERIENCES OF ADULT FOSTER CARE WORKERS IN FINLAND

by

Leinonen, E. 2018

International Journal of Care and Caring 2(2), 181-196

<https://doi.org/10.1332/239788218X15224821762868>

Reproduced with kind permission by Policy Press.

article

Tensions and resilience: the experiences of adult foster-care workers in Finland

Emilia Leinonen, emilia.a.leinonen@jyu.fi
University of Jyväskylä, Finland

This article examines adult foster care for older people in Finland. This is a semi-formal service in which older people are cared for by foster carers who are remunerated for their work by the local municipality. In the article, the tensions and resources of resilience of foster-care work are analysed. The data consist of 12 thematic interviews with foster carers. The results suggest that foster-care work is emotionally draining and has adverse effects on social relationships. However, foster carers see caring as purposeful, they see themselves as professionals and they have enough social resources.

key words adult foster-care work • older people • resilience • Finland

To cite this article: Leinonen, E. (2018) 'Tensions and resilience: the experiences of adult foster-care workers in Finland', *International Journal of Care and Caring*, 2(2): 181–96,
DOI: 10.1332/239788218X15224821762868

Introduction

In Finland, the two main objectives of care policy for older people are deinstitutionalisation and ageing in place; the home itself has become the most significant place for the long-term care of older people over the past two decades. The principle behind this has been 'honouring the wishes of older people to continue living at home', as well as reducing the cost of publicly funded care services (Ministry of Environment, 2013; Ministry of Social Affairs and Health, 2017). Consequently, there has been a growing interest in innovative housing and care options for older people, particularly those models that incorporate housing and services and also highlight a sense of community (Hynynen, 2015; Jolanki et al, 2017). These new models also change the nature of care work. In this article, I explore a new housing and care service for older people called adult foster care. My purpose is to examine the tensions within foster-care work and what helps foster carers to sustain their caring role.

In adult foster care, older people are cared for not by their relatives or friends, but by foster carers, who make a 'commission agreement' with a municipality and are remunerated for their work. The scheme is similar to that known in England as *Shared Lives*, and in the US as *adult placement* or *adult foster care* (Mollica et al, 2008; Brookes and Callaghan, 2013: 87). Research on adult foster care for older people

is scarce and insufficient both in Finland and internationally (but see Brookes and Callaghan, 2013; Jolanki et al, 2017; Leinonen, 2017).

In the Nordic context, an adult foster-care scheme is a specific variation of care work as, historically, care for older people has been provided either by the formal public sector or informally by family members. Geissler and Pfau-Effinger (2005) have argued that an exclusive focus on these two opposites – ‘formal’ and ‘informal’ care – omits recent developments in care work. They call new forms of family-based care work ‘semi-formal’ care, in which the (family) care relationship is also constructed and regulated by the welfare state. The welfare state legally regulates the care work and supports it financially, without regarding it as formal gainful employment (Frericks et al, 2013). The Finnish Informal Care Allowance, for example, is a semi-formal form of care. Similarly, adult foster care can be positioned somewhere between the formal and informal spheres, and can thus be considered a semi-formal service (Leinonen, 2017) that domesticates care by outsourcing it to semi-formal carers since the older person receiving care moves to a foster carer’s home. This profoundly transforms the context of care and of care work. The foster-care home becomes a semi-public place in which care workers are not formally employed or trained, yet are nevertheless monitored by the public sector.

In this article, findings on adult foster carers’ experiences are illustrated in comparison with research on the experiences of both formal care workers and informal carers. The concept of resilience, which is understood here as a holistic psychological phenomenon and as a process of negotiating, managing or adapting to significant sources of stress (Windle, 2011; Windle and Bennett, 2012; McCann et al, 2015), is used as a tool for analysing the experiences of foster carers. The article is organised as follows: first, the Finnish adult foster-care scheme is described in more detail; and, second, the data and method of analysis are presented. Findings are then presented in relation to three levels of resilience. Finally, the findings are further discussed and embedded in the conceptual framework of resilience.

Adult foster care for older people in Finland

In Finland, municipalities are responsible for arranging older people’s social and health services. Foster care is widely used in child welfare services and in services for disabled people in Finland. Adult foster care has been an option available in housing and care for older people for almost 30 years, but it has only recently become a focus of political discussion, legislation and campaigns, partly because of the strong influence of the Finnish Federation of Foster Care Associations (Leinonen, 2017). The current law on foster care came into effect in 2015 and was amended in 2016. The early history of adult foster care is in 19th-century ‘pauperism’, in which the poor and the old were ‘sold’ to households that would take care of them for a very small amount of money paid by the municipality. Pauperism was widely used in Finland during the 1800s and at the beginning of the 1900s, but in 1922, it was forbidden in the Act on Poor Relief, which expanded people’s entitlement to poor relief (Ketola, 2008; Markkola, 2008).

Today, adult foster care for older people is a marginal service in Finland, with only 346 older people taken care of in 138 foster-care homes in 2016 (Sotkanet Indicator Bank, 2016). Nevertheless, the government of Finland places a major emphasis on adult foster care, which is less expensive than traditional institutional care, and aims

to increase the number of people living in adult foster care to 1,455 by 2020 (Finnish Government, 2015). The overall goal of this policy is to promote a sense of community and caring within a family, and to decrease older people's feelings of loneliness as the share of people aged over 65 years living alone increases (Statistics Finland, 2015).

Adult foster care is a form of community-based care in which older people and the foster carer and her/his family live together. According to the Finnish Federation of Foster Care Associations, adult foster care is suitable for older persons who feel insecure and lonely in their own homes, have care needs or a memory disorder, but are not yet in need of residential care (Hakkarainen et al, 2014; Finnish Federation of Foster Care Associations, 2017). At most, an older person in adult foster care pays up to 85% of her/his net income to the municipality. This sum covers everything from meals to linen, cleaning and bathing (but not health care). An older person with care needs can be placed in foster care through a care needs assessment completed by a municipal care manager. Usually, but not always, the foster carer and the older person meet before the older person decides whether or not she/he wants to move to the foster-care home. The foster carer also has the right to decide whether or not that particular older person can move to her/his foster-care home. Older people can be placed in foster care by several different municipalities, so there may be people from up to six municipalities living in one foster-care home. The municipality from which the older person comes is responsible for monitoring the quality of foster care (Act 263/2015¹), and during monitoring visits, care managers pay attention to the foster-care home as well as to the well-being of the older people and their foster carers.

Foster carers do not need any kind of formal education; motivation, a short training course and suitable personal characteristics, evaluated by the municipality, are sufficient if the carer wishes to care for up to four persons in her/his own home. If two foster carers work in the same household, they can care for up to six persons, although, in that case, one of the foster carers must have a formal education, for instance, in nursing (eg as a practical nurse or registered nurse). The foster carer makes a 'commission agreement' with the municipality, through which the foster carer is not formally employed by the municipality, but paid a monthly fee (which is taxable) and is compensated for their expenses in providing foster care by the municipality. In 2017, the minimum monthly fee per older person was €784 and the minimum expenses was €411 per older person per month. The expenses cover the older person's food and other everyday necessities bought by the foster carer. In addition, carers can get start-up assistance for home alterations and furniture of up to €2,922 (Act 263/2015) (Ministry of Social Affairs and Health, 2016). Foster carers are entitled to three days' leave per month and to regular health examinations every other year. They are also entitled to a pension and are insured in case of occupational injury.

Adult foster care can be arranged as a short-term, part-time or long-term placement. Short-term placements can be used, for example, during informal carers' holidays, while part-time placements can be for only a few hours per day. In this article, I am particularly interested in long-term foster care as this is very different from the aforementioned foster-care models. In long-term foster care, the carer and older people share their lives and a home with each other, while in short-term foster care, "one is just visiting", as one interviewee stated.

A tension and resilience perspective

Resilience as a concept is used in various fields of research, such as in resource management (Berkes et al, 2000), sustainable development (Walker et al, 2004) and the psychological development of children (Masten et al, 1990). However, it has recently gained attention in care and health sciences as well. Providing care for a frail older person is a stressful experience that can wear down the psychological well-being of caregivers (Pinquart and Sörensen, 2003). In this article, care is understood as the provision of daily social, psychological, emotional and physical attention for people (Knijn and Kremer, 1997). In care work, the risks vary from physical and emotional strain to threats of violence (Kröger et al, 2009). These tensions within care work are not just single events, but more continuous in their nature. In the same way, resilience is, by nature, a continuous process in which the individual's life, experiences and knowledge intertwine, rather than the occurrence of a single event (Rutter, 2012).

The understanding of resilience has shifted from focusing on the traits of individuals to person–environment processes (Ungar et al, 2013). Accordingly, in this article, I use Windle's (2011: 163) definition of resilience: 'Resilience is the process of negotiating, managing, or adapting to significant sources of stress or trauma. Assets and resources within the individual, their life and environment facilitate this capacity for adaptation and "bouncing back" in the face of adversity'. Furthermore, Windle (2011) acknowledges that three components must be present for an adult to be resilient: significant adversity; resources to balance the effects of this adversity; and positive adaptation to – or the avoidance of – negative outcomes. This means that resilience incorporates an individual's internal and external resource domains in the face of a stressful situation; resilience is thus both a trait and a process (Robertson et al, 2015).

I use the concept of tension to describe the nature of stressful conditions. Like Wennerberg et al (2016: 603), I view the stressors as counterparts to resources of resilience, as 'demands that a person does not automatically know how to respond, which creates a state of tension'. To be resilient does not mean that one has never encountered an adversity or a traumatic situation. In fact, it means that after a traumatic event, one can 'bounce back' and become more resilient in similar situations. In addition, one might struggle in one area, such as in financial well-being, but be highly socially resilient. In the same way, what is considered to be a risk or a stress factor for some people in certain situations can be harmless for others (Wild et al, 2011).

Windle (2011) has further argued that resilience factors are present or absent on three different resource levels – on the societal, communal or individual levels – and that these levels overlap and intertwine with each other. Societal-level resources include social policy, social support services, neighbourhood, economy and health and social care services. Community-level resources include social support, social cohesion, social participation and housing, whereas the individual level includes psychological resources, biological resources, gender, age, health behaviour and material resources.

The concept of resilience was heavily criticised by Evans and Reid (2014) in their book *Resilient life: The art of living dangerously*. They argue that the concept of security has been 'shod' by liberalism as it embraces the new ideal of resilience as the fundamental property that individuals must possess. They contend that insecurity has become the new normal and that resilience places the burden of the crisis on the shoulders of the individual (Evans and Reid, 2014). With this criticism in mind, the intention of this article is not to focus merely on resilience, the positive side of

foster care, but to map and make visible the different adversities that carers face in their work, as well as the ways in which carers can become, and can be helped to become, more resilient. In addition, it is important to note that being resilient does not necessarily mean superior functioning or flourishing, it is as much about ‘doing OK’ (Windle, 2011; Windle and Bennett, 2012).

As stated earlier, resilience as a concept bears a lot of weight, but it can capture the specific nature of tackling various tensions in a better way than a mere ‘coping strategy’ would because resilience also takes into account the carers’ external resources (eg social policy and social support from the community), not just their internal resources (Rutter, 2012). The connectivity of internal and external resources is a pivotal part of building resilience since tensions and resilience do not happen in a vacuum. This connectivity also guides the thematic analysis of this article, which is presented next.

Interview data and thematic analysis

This article is based on 12 thematic interviews with adult foster carers undertaken between October 2016 and May 2017. The themes of the interviews focused on foster carers’ everyday lives and their expectations of, and experiences and difficulties in, their care work. Foster carers were recruited to the study from different regions of Finland through regional service managers, who made the initial contact with carers to enquire about their interest in participating in an interview. If the carer was interested, service managers either gave the carer’s contact details to the researcher or the carers themselves contacted the researcher via email or phone. The recruitment was limited to those carers who provided long-term foster care, although one carer interviewed, Ritva, had provided long-term foster care in the past but had recently moved and decided to provide only short-term foster care. She was also the only interviewee who provided care by herself; all others had either their spouse, a relative or a friend working with them. Kirsi and Juha (spouses), Anneli and Matti (spouses) and Anna and Marja (mother and daughter) were interviewed at the same time. Anna had already retired from foster-care work but was still substituting for Marja during her holidays.

The data collection took place in carers’ homes. The thematic audio-recorded interviews lasted from 47 to 155 minutes, being 105 minutes long on average. The data set consists of 159 transcribed pages. All participants gave independent informed consent and their names were changed to pseudonyms for anonymity. Of the 12 participants, 10 were women. The participants were aged between 33 and 68 years. Seven had a formal education in the social and health care sector; others were retired or had worked previously in teaching or the business sector. Table 1 summarises some of the key characteristics of the interviewees, and indicates each participant’s name, age, education or work experience, the number of long-term older residents living in the foster-care home, how many years they had worked as a foster carer, and their income per month (after taxes). In addition to long-term residents, interviewees had short- and part-time residents, which explains the differences in their incomes. On average, and after taxes, a foster carer gets around €1,000 per month per older person living long-term in a foster-care home. This amount is composed of both the care fee and expenses. Marja, Saara and Johanna shared the net income with the partner or friend that they were working with.

Thematic analysis

In this article, I focus on two questions: ‘What kind of problems do foster carers face in their work?’ and ‘How do they cope with these problems?’. These questions created the two main themes of this article, that is, *tensions carers face in their work* and *resilience*. I use the guidelines for thematic analysis developed by Braun and Clarke (2006) to identify sub-themes within these main themes. Braun and Clarke (2006: 87) divide thematic analysis into six phases: (1) familiarising yourself with your data; (2) generating initial codes; (3) searching for themes; (4) reviewing themes; (5) defining and naming themes; and (6) producing the report. I was very familiar with the data as I was the sole interviewer and had transcribed three of the interviews. Along with rereading, I was also beginning to generate initial codes from the data, such as ‘obstacle’, ‘care work’, ‘free time’ and ‘support’. The next step was to search for themes, in this case, for sub-themes. The interviewees were asked about the rewarding aspects of foster care, on the one hand, and the stressful aspects, on the other. The interviewees brought up things such as their motivation, professionalism, social resources, financial situation, lack of information and lack of holidays.

Table 1: Participants’ characteristics

Name	Age	Education/work experience	Number of older people living long-term in the foster-care home	Years as foster carer	Income per month (€, after taxes)
Kirsi (f)	64	Practical nurse	3	6	3,980
Juha (m)	64	Retired	2	1	2,500
Marja (f)	45	Practical nurse	6	6	6,000
Anna (f)	68	Practical nurse		10 (now retired)	
Ritva (f)	52	Practical nurse	3	3	3,500
Irene (f)	59	Practical nurse, no education	4	2	3,100
Saara (f)	33	Registered nurse	6	2	8,200
Anneli (f)	52	Catering entrepreneur	1	4	2,500
Matti (m)	58	Storeman	0	4	
Johanna (f)	na	Bachelor of Social Services and Health Care	5	< 1	na
Sisko (f)	52	Teacher	2	< 1	3,600
Toini (f)	64	Registered nurse	2	< 2	5,800

Note: m = male; f = female.

In this article, I employ all three levels of resilience, that is, societal, communal and individual, and include the following resources of resilience that corresponded to the themes found in the data: social policy, social support services, health and social services (society); social support and social participation (community); and psychological and material resources (individual). After reviewing the sub-themes,

the following sub-themes connected to the main theme of *tensions* were identified (and named): (1) caring as emotionally draining (individual level); (2) adverse effects on social relationships (communal level); and (3) trust (societal level). The first sub-theme was composed of *finance* and *violence*, the second sub-theme of *friendship*, *lack of substitutes* and *lack of holidays*, and the third sub-theme of *information* and *attitudes*. The *resilience* main theme included the following sub-themes: *caring as purposeful* (individual level) and *social resources* (communal and societal level). The sixth phase, producing the final analysis, was undertaken in relation to the research questions and the theoretical framework of resilience. The analysis focused on combining the levels of resilience and the sub-themes mentioned earlier.

Findings

Tensions foster carers face in their work

Individual level: caring as emotionally draining

On the individual level, foster-care work is physically, but especially emotionally, draining. The interviewees had faced various kinds of adversities, ranging from fears of financial security to physical violence and sexual harassment, all of which were harmful to the foster carers' mental well-being and created a state of continuous tension in their lives. According to previous research, care workers in Finland feel more inadequate, are threatened more often by physical violence and have higher physical and mental strain than their colleagues in other Nordic countries (Kröger et al, 2009). Three interviewees stated that they had experienced physical violence by older people they were caring for. In one of the violence cases, the foster carer was hit with a walking stick when she was trying to stop an older person from going out with only her socks on. This incident was reported to the municipal officials, whose decision was that the foster carer should have respected the older person's self-determination and let her go out; the decision diminished the trust between the foster carer and the municipality and resulted in the foster carer's reluctance to take new inhabitants from that particular municipality. In addition, one interviewee said that he had been sexually harassed by one older person, but that the matter had been solved within the family and was never disclosed to officials.

Regarding material resources, the care fee was considered insufficient by all foster carers since, in practice, they were 'on duty' 24 hours per day. Some had earned more in their previous work. They also felt that it was insufficient because of the major investments that they had made, for example, buying a suitable house and taking out a loan for it. In addition, a few foster carers had a separate house or apartment where they went in their free time. Although most municipalities pay a care fee in line with the Law on Foster Care and regional general directives, some foster carers had difficulty getting the correct care fee. Sometimes, the fee was paid late or even not at all. Interviewees in one region described this as 'a constant battle' in which they personally had to check that they had received the fee that they were entitled to. Furthermore, almost all foster carers were subjected to talk of jealousy, whether connected to the amount of money that they were getting or, in general, to the 'easiness' of the work that they were doing. As Matti describes:

“There is also another kind of criticism, behind our backs of course. People say that everything is so easy for us, that we get tons of money off those grannies, and all we need to do is to chat with them and brew coffee. I have said many times, ‘Come here for a couple of days and see what we are doing here’.”

Communal level: adverse effects on social relationships

Informal carers often lack social contacts and may experience feelings of loneliness (Brodaty and Donkin, 2009). Also, on a communal level, foster-care work seems to have very adverse effects on social relationships and on the foster carers’ opportunity to have hobbies or holidays. The work is highly restrictive as the foster carer is constantly responsible for the older people living with her/him. For many, the biggest surprise was how ill the older persons with them were: “We thought we could visit markets and cultural events, but, no, we cannot go anywhere as they are so ill and have serious memory disorders” (Johanna). This had a major effect on opportunities to engage in any activities with the older people that required active participation, such as cooking together. It also affected the attitudes of the friends of the foster carers as they did not want to visit any more:

“There is no seeing friends; sometimes, I leave to see somebody after 9 pm when I get the grannies to sleep, but I’d say that has happened twice in one-and-a-half years. All my friends vanish around me, also because of jealousy, we know that a Finnish person should not try, or at least should not have, success.” (Toini)

The main reason for being unable to go on holiday was the lack of suitable substitutes or substitute care. Although the municipality is responsible for arranging substitutes for foster carers during their days off, in practice, this did not always happen, even when the foster carer was on sick leave. In fact, most of the interviewees said that they had to find their substitutes themselves:

“You know, in the commission agreement, it states that it is the municipality’s responsibility to arrange a substitute. But, in practice, it was not so: if I did not find anyone from among my friends or fellow students or anyone trustworthy to whom I could leave these people and my home, it meant they [the older people] went to some short-term place. It was the only thing the municipality could arrange.” (Ritva)

The interviewees were divided in how they viewed the importance of holidays and free time. Some were very strict in keeping all holidays that they had earned, and some kept extra days off too, although it might mean that they got less money. For some, holidays were not so important, for example, one carer had not been on a holiday for two years as she and her husband regarded all the holiday arrangements, such as finding substitutes, giving instructions and packing, as too exhausting. Some couples arranged their free time so that they were on holiday in turns in order to be able to have a longer holiday period together during the summer.

Societal level: lack of openness

On a societal level, foster carers faced problems regarding the lack of adequate information on older people moving into a foster-care home, negative attitudes and lack of support. Previous studies consistently report unmet needs among informal carers, particularly regarding information (Bee et al, 2009; Washington et al, 2011). The unmet need for information is also present in foster-care work as some interviewees reported that the information they received about a new older person to be placed in their foster-care home was nothing more than a list of their medication. In other words, foster carers did not know anything about the older person before she/he arrived in the foster-care home:

Anna: “When they [older people] come here, many of them have only a bundle of prescriptions in their hands; sometimes, not even that as the prescriptions can be in the home nursing agency. And then you just have to check those prescriptions as you do not really know what kind of illnesses they have.”

Interviewer: “So, you do not get any information about that [the illnesses]?”

Anna: “No, just a list of medication. We divide the medicines according to that. Then we are just guessing that maybe this person has this or that illness since they are getting this or that medicine [laughs].”

Connected to the lack of information, there was also a lack of support from the municipality. In informal care, availability and acceptance of formal support is associated with a decreased burden of care work and an increased sense of well-being (Cherry et al, 2013). The ideal of foster care is that older people could live in a foster-care home for the rest of their lives. Death is therefore one inevitable part of the care. According to the interviewees, after a death of an older person, municipalities did not necessarily offer any support services to the foster carer. For instance, Johanna, who said that she did not usually need support from the municipality, explained that after a long and intensive end-of-life care period, she was so tired that support was needed. However, she did not get any.

Alarmingly, foster carers felt that municipal officers had negative attitudes towards foster care, which made the care work harder. Many foster carers felt that they were not appreciated by the older person’s relatives or by social workers. Some foster carers felt that they were not regarded as care workers, and therefore were not treated as equal to other care workers. A few interviewees stated that the officers in charge of social care services did not want to share any knowledge about adult foster care with their subordinates because they were not willing to offer foster care as an option for their service users. This resulted in cases where care managers were not even aware of foster care when foster carers contacted them.

Resilience of foster carers

Individual level: caring as purposeful

Although foster carers were subjected to various adversities in their work, such as violence, financial problems and lack of holidays and support from the municipality,

all had their own coping strategies and external resources that made them resilient and, overall, content with their work. In all cases, foster carers showed a high degree of resilience towards being a care provider, and 'being significant in their own eyes' (Wennerberg et al, 2016). As many of the interviewees had work experience in hospitals, residential care or home care, they felt that the largest difference between professional care work and adult foster-care work was the unhurried pace of living and giving care. Caring was seen as purposeful and satisfying, especially for those who felt that they, and their work, were appreciated by the older people and their relatives. To be able to give time to older people, to do things together and to be one's own boss were the key factors that made the care work purposeful. As Ritva said:

“The most rewarding thing in this work is to see the progress and rehabilitation of the older people. And, of course, the gratitude is also rewarding. When someone says every night that ‘you are so kind that you take care of me’ or ‘how sweet you are’ or ‘thank you for looking after me’, it is very rewarding.”

Many interviewees criticised their previous workplaces and care policy in Finland. For instance, Maria and Anna were very concerned about the ageing-in-place policy as they had seen many malnourished people coming into foster care from their homes – despite home care services, one older person weighed only 37 kilograms when she was placed in foster care. None of the foster carers, who had worked in hospitals, residential care or home care, wanted to go back to their previous work:

“In no way would I go back to the ordinary [care work], I think I would change the line of work then. After all, one reason, one of the many reasons, why I started this was the fact that I ‘went numb’ in my work, the pressure, the work pace, the responsibility, the awful and constant performing ... and then the person there, the person is almost a secondary thing there. You are just tapping your computer away there. To be frank, in an ugly way, it is almost quasi-care work there versus what I think care work should be, to really take care of a person.” (Saara)

Those foster carers who had a formal education in health care regarded themselves as professionals; their experience and knowledge facilitated the management of the illnesses as their problem-solving skills were, to their mind, better than those of, for example, foster carers who were not educated as a nurse. However, when asked about what kind of attributes a good foster carer possesses, three words came up most frequently: humour, empathy and genuineness – not education. Compared with formal care work, in which feelings of guilt and inadequacy may appear when there is not enough time to provide care caused by the work environment (Kröger et al, 2009; Häggström et al, 2010), foster carers were very proud of their work and of providing good care and a home for the older people living with them. A few carers even viewed themselves, their partners, their children and the older people as a family, in which the carer and care receiver roles were almost non-existent, compared with care institutions. The professional boundaries that are important in formal care work (Ablett and Jones, 2007) were absent in foster-care work. As Sisko describes:

“I have seen many places which call themselves home-like, these little care institutions found everywhere nowadays. Although they are home-like, they are not like homes. In my opinion, there is [in a care institution] always the care worker and the care receiver, not like we are in our family; we are all people here.... It is almost a relief that although I have an education, I have to ‘take it off’; even though I know about things and about care work, I do not have to underline that I am a nurse, and that I know everything, and that I am somehow above you.”

Previous studies have shown that caregivers with higher self-efficacy and personal mastery are more resilient (Fortinsky et al, 2002; Harmell et al, 2011). According to the data, the ability to accept and manage the illness, for example, a memory disorder and its symptoms, was significant in decreasing the mental strain caused by the care work (see also Cherry et al, 2013). Here, the adaptation process is crucial. As Juha expresses it:

“About the stress factors, firstly you have to make clear to yourself that when you start this job, you cannot walk on water. I mean you cannot heal the illnesses. Inevitably, those illnesses will progress, no matter what you do, and if you do not do this job, somebody else will. You cannot blame yourself for everything.”

Communal and societal level: social resources

As Rutter and Rutter (1993) have pointed out, resilience is strongly influenced by social relationships. Social support can enhance resilience and is therefore a valuable and protective resource of informal carers (Wilks and Croom, 2008; Brodaty and Donkin, 2009; Donnellan et al, 2015). Similarly, foster carers got help and support from their social relationships, the most important support coming from their family and friends. The availability of support and satisfaction with support are more important to the well-being of caregivers than the actual size of the support network (Roth et al, 2005). Hence, the quality of support is significant. As the data indicate, couples in which both partners were working as foster carers got a lot of support from each other, which compensated for the lack of support from others. According to the interviews, a good division of labour was essential in achieving a balanced life:

“Absolutely 100% teamwork with my husband. It is the foundation and structure of our everyday life, completely. We both know, without saying, what should happen at a certain time of day. And you know what the other one is feeling as, of course, there are days when you just cannot do this work anymore, and then you can share it, talk it through and the other one knows exactly the situation and all the things behind it.” (Saara)

Also, peer support can directly improve the well-being of carers by decreasing feelings of isolation (Charlesworth et al, 2011; Dennis, 2003). Peer support was very important for many foster carers, although opportunities to meet face to face with other foster carers were limited, again due to the restrictive nature of the work. A new guideline in Finland recommends that every new foster carer should have a named mentor

who can guide, give advice and be the person from whom the foster carer can get peer support (Finnish Federation of Foster Care Associations, 2017). However, of the interviewees, only Anneli and Matti had a mentor. Foster carers met other foster carers mainly during regional or nationwide training days organised a few times per year. It is important to keep in mind that resilience does not happen in a vacuum. Support from family, friends and the municipality is an essential part of the process since individuals may fail to become resilient if the community does not facilitate opportunities to adapt (Ungar, 2012).

Discussion

The purpose of this article was to examine the tensions that foster carers face in their work, and to understand what helps them to sustain their caring role. The concept of resilience, the dynamic process in which an individual's traits, experiences and communal and societal resources intertwine (Windle, 2011; Rutter, 2012), has been used as a framework for the analysis. One of the most interesting results is that foster carers are able to manage and adapt to tension but have few resources to negotiate better work conditions with the municipalities. The results indicate that foster carers face many different tensions in their work; work that is, at the same time, both their working life and their personal life. The tensions embedded in foster-care work seem to be more similar to informal care than to formal care: all interviewees had experienced some problems with the municipalities; they all felt that the care fee was inadequate; and they all felt that their social network was narrower than before. On the one hand, these issues were linked especially to the material resources of an individual, visible as a lack of money and of time. The actual causes of these tensions, however, came more from outside the foster-care home, mainly from the municipalities, that is, from the societal level.

The results indicate that foster-care work itself actually generated resistance and empowered foster carers to see themselves as professionals in their work. On the individual level, their humour, compassion and inner need to help others gave them ways of coping with difficult issues, such as the lack of appreciation. On the communal level, their social support networks made them resilient, whether the support came from their family, relatives, spouses, friends, peers, hobbies or the work itself. This result is consistent with previous resilience research (Wilks and Croom, 2008; Donnellan et al, 2015).

The continuousness of stress, worries and feelings of social isolation are major risk factors that can hamper the positive effects of foster-care work. Foster carers are, indeed, in need of constant support and commitment from the municipality and may otherwise experience social isolation through lack of personal time and opportunities to socialise and share experiences. About half the interviewees had good and trusting relationships with the municipalities that they worked with. Here, the word 'with' is pivotal since openness, trustworthiness and working social support services made the foster carers feel that they were not working alone; rather, it made them feel that they were an important part of the municipality's care services, and as appreciated as other care workers.

The semi-formal nature of the foster-care work is visible in the relationship between foster carer and the municipality. On the one hand, the privacy of a foster-care home may hide the problems of the care work; on the other, foster carers may be less

protected when, for example, facing violence. It is rather surprising, however, that foster carers had so many problems with the municipalities. One might assume that although foster carers are not formally employed by the municipalities, they would get more support from their 'semi-employer'. Without support, informal or formal, foster carers can feel emotionally burdened. As Ungar (2012) argues, the context – in this case, the municipality and its services – plays a crucial role in facilitating resilience, and may, in fact, be where the resources and efforts should first be concentrated. If the support system works, resilience at the individual level is easier to achieve. That is why it is essential for all foster carers to have access to peer support on a regular basis. This could be achieved, for example, by widening mentoring services from new foster carers to all.

Another key issue is to ensure that foster carers are able to have both short breaks during the day, for example, by recruiting volunteers, and longer holiday periods. If the government's target of multiplying the number of older people living in foster-care homes is to be reached, specific attention needs to be given to foster carers' well-being. Regular health examinations are a good start; however, in addition, a uniform nationwide directive needs to be established to minimise regional differences in the care fee, social support services and, especially, the attitudes of officers, social workers and care managers. One way of ensuring this could be to look at current practices from the perspective of resilience.

With a small sample size, generalisations cannot be drawn from the data presented here. Nevertheless, this study gives a first glimpse of the work of adult foster carers, and of what it takes and what it gives. For further study, more research is needed on foster care for older people in general, on the relationship between the carer and the older person in particular, and, overall, on older people living in foster-care homes. Has their quality of life improved since moving into the foster-care home? What kind of effects has it had on the older person's social relationships, on their opportunities to participate and on their feelings of loneliness? Furthermore, comparative international research would be important for understanding the role and potential of adult foster care in different social policy contexts.

Acknowledgements

I am grateful for all those foster carers who were willing to share their experiences with me. Warm thanks to my editors, reviewers and supervisors – Professor Teppo Kröger and Academy researcher Mia Tammelin – for their useful insights and comments. This study was conducted at the University of Jyväskylä as part of the ASUVA project (New Alternatives for Living and Housing), funded by the Prime Minister's Office. The study is also a part of Linked Ageing: Interdependencies in Housing and Care in the Course of Later Life (LinkAGE) and the Centre of Excellence in Research on Ageing and Care (CoE AgeCare), funded by the Academy of Finland (312303).

Note

¹ L263/2015 Act on Adult Foster Care, see: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150263>

References

- Ablett, J.R. and Jones, R.S.P. (2007) Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work, *Psycho-Oncology*, 16: 733–40.
- Bee, P.E., Barnes, P. and Luker, K. (2009) A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer, *Journal of Clinical Nursing*, 18: 1379–93.
- Berkes, F., Folke, C. and Colding, J. (2000) *Linking social and ecological systems: Management practices and social mechanisms for building resilience*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77–101.
- Brodaty, H. and Donkin, M. (2009) Family caregivers of people with dementia, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2): 217–28.
- Brookes, N. and Callaghan, L. (2013) What next for Shared Lives? Family-based support as a potential option for older people, *Journal of Care Services Management*, 7(3): 87–94.
- Charlesworth, G., Burnell, K., Beecham, J., Hoare, Z., Hoe, J., Wenborn., J, Knapp, M., Russell, I., Woods, B. and Orrell, M. (2011) Peer support for family carers of people with dementia, alone or in combination with group reminiscence in a factorial design: study protocol for a randomised controlled trial, *Trials*, 12(205): 1–9.
- Cherry, M.G., Salmon, P., Dickson, J.M., Powell, D., Sikdkar, S. and Ablett, J. (2013) Factors influencing the resilience of carers of individuals with dementia, *Reviews in Clinical Gerontology*, 23: 251–66.
- Dennis, C. (2003) Peer support within a health care context: a concept analysis, *International Journal of Nursing Studies*, 40(3): 321–32.
- Donnellan, W., Bennett, K. and Soulsby, L. (2015) What are the factors that facilitate or hinder resilience in older spousal dementia carers? A qualitative study, *Aging & Mental Health*, 19(10): 932–9.
- Evans, B. and Reid, J. (2014) *Resilient life: The art of living dangerously*, Cambridge: Polity Press.
- Finnish Federation of Foster Care Associations (2017) *Hoivaa ja huolenpitoa perheessä [Care and solicitude within a family]* <https://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset>
- Finnish Government (2015) Finland, land of solutions. Programme of Prime Minister Sipilä's government, http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_EN_YHDISTETTY_netti.pdf/8d2e1a66-e24a-4073-8303-ee3127fbfcac
- Fortinsky, R., Kercher, K. and Burant, C. (2002) Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia, *Aging & Mental Health*, 6(2): 153–60.
- Frericks, P., Jensen, P. and Pfau-Effinger, B. (2013) Social rights and employment rights related to family care: family care regimes in Europe, *Journal of Aging Studies*, 29: 66–77.
- Geissler, B. and Pfau-Effinger, B. (2005) Change in European care arrangements, in B Pfau-Effinger and B Geissler (eds) *Care and social integration in European societies*, Bristol: Policy Press, pp 3–21.

- Häggström, E., Mamhidir, A.-G. and Kihlgren, A. (2010) Caregivers' strong commitment to their relationship with older people, *International Journal of Nursing Practice*, 16: 99–105.
- Hakkarainen, P., Kuukkanen, M. and Piispanen, H. (2014) *Perhehoidon tietopaketti [Information package of adult foster care]*, Jyväskylä: Perhehoitoliitto ry.
- Harmell, A., Chattillion, E., Roepke, S. and Mausbach, B. (2011) A review of the psychobiology of dementia caregiving: a focus on resilience factors, *Current Psychiatry Reports*, 13(3): 219–24.
- Hynynen, R. (2015) Palvelualueen ja ikäystävällisen asuinalueen kehittäminen [The development of service area and age-friendly neighbourhood], reports of the Ministry of Environment, 5/2015.
- Jolanki, O., Leinonen, E., Rajaniemi, J., Rappe, E., Räsänen, T., Teittinen, O. and Topo, P. (2017) Asumisen yhteisöllisyys ja hyvä vanhuus [The sense of community in housing and good old age], government's analysis, assessment and research publication series, 47/2017
- Ketola, J. (2008) *Perhehoito. Tekemisen ja tukemisen arvoista työtä [Foster care. Work worthy of doing and supporting]*, Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Knijn, T. and Kremer, M. (1997) Gender and the caring dimension of the welfare states: towards inclusive citizenship, *Social Politics*, 4(3): 328–61.
- Kröger, T., Leinonen, A. and Vuorensyrjä, M. (2009) Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa [Doing care: Finnish care work in Nordic comparison], publication series of social work 6, University of Jyväskylä.
- Leinonen, E. (2017) Jotain uutta, jotain vanhaa, jotain lainattua – ikääntyneiden perhehoito Suomessa [Something new, something old, something borrowed – adult foster care for older people in Finland], *Gerontologia*, 31(3): 210–24.
- Markkola, P. (2008) Welfare provision in Finland in the 19th and early 20th centuries, *History in Focus*, 14, <https://www.history.ac.uk/ihr/Focus/welfare/articles/markkolap.html>
- Masten, A., Best, K. and Garmezy, N. (1990) Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity, *Development and Psychopathology*, 2(4): 425–44.
- McCann, T., Bamberg, J. and McCann, F. (2015) Family carers' experience of caring for an older parent with severe and persistent mental illness, *International Journal of Mental Health Nursing*, 24: 203–12.
- Ministry of Environment (2013) Housing development programme for older population for 2013–2017, http://www.ym.fi/en-US/Housing/Programmes_and_strategies/The_development_programme_for_housing_for_elderly_people
- Ministry of Social Affairs and Health (2016) Perhehoidon palkkiot ja korvaukset [Care fees and compensation of expenses of adult foster care], http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kuntainfo-perhehoidon-palkkiot-ja-korvaukset-vuonna-2017
- Ministry of Social Affairs and Health (2017) Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older persons, <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160688>
- Mollica, R., Booth, M., Gray, C. and Sims-Kastelein, K. (2008) Adult foster care: a resource for older adults, https://nashp.org/wp-content/uploads/sites/default/files/AFC_resource.pdf

- Pinquart, M. and Sörensen, S. (2003) Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis, *Psychology and Aging*, 18(2): 250–67.
- Robertson, I., Cooper, G., Sarkar, M. and Curran, T. (2015) Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: a systematic review, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88: 533–62.
- Roth, D.L., Clay, O.J., Madan, A., Mittelman, M.S. and Haley, W.E. (2005) Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease, *Psychology and Aging*, 20(4): 634–44.
- Rutter, M. (2012) Resilience: causal pathways and social ecology, in M. Ungar (ed) *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*, New York, NY: Springer.
- Rutter, M. and Rutter, M. (1993) *Developing minds: Challenge and continuity across the lifespan*, New York, NY: Basic Books.
- Sotkanet Indicator Bank (2016) Perhehoidossa olleet vanhukset 31.12., kunnan kustantamat palvelut. Vanhusten perhehoitokotien lukumäärä 31.12., kunnan kustantamat palvelut [Older people in adult foster care 31.12. funded by the municipalities. The number of adult foster care homes 31.12. funded by the municipalities], <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy7Njc8HAA==®ion=s07MBAA=&year=sy4rtzbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f>
- Statistics Finland (2015) Dwellings and housing conditions, Statistics Finland, http://tilastokeskus.fi/til/asas/2015/asas_2015_2016-05-24_tie_001_fi.html
- Ungar, M. (2012) Social ecologies and their contribution to resilience, in M Ungar (ed) *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*, New York, NY: Springer, pp 13–32.
- Ungar, M., Ghazinour, M. and Richter, J. (2013) Annual research review: what is resilience within the social ecology of human development?, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54: 348–66.
- Walker, B., Holling, C.S., Carpenter, S.R. and Kinzig, A. (2004) Resilience, adaptability and transformability in social-ecological systems, *Ecology and Society*, 9(2): 5.
- Washington, K., Meadows, S., Elliot, S. and Koopman, R. (2011) Information needs of informal caregivers of older adults with chronic health conditions, *Patient Education and Counselling*, 83(1): 37–44.
- Wennerberg, M., Eriksson, M., Danielson, E. and Lundgren, S. (2016) Unravelling Swedish informal caregivers' generalised resistance resources, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30: 602–13.
- Wild, K., Wiles, J. and Allen, R. (2011) Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology, *Ageing and Society*, 33: 137–58.
- Wilks, S. and Croom, B. (2008) Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: testing moderation and mediation models of social support, *Aging & Mental Health*, 12(3): 357–65.
- Windle, G. (2011) What is resilience? A review and concept analysis, *Reviews in Clinical Gerontology*, 21: 152–69.
- Windle, G. and Bennett, K. (2012) Caring relationships: how to promote resilience in challenging times, in M. Ungar (ed) *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*, New York, NY: Springer, pp 219–31.



III

CARING IN SPACE: THE BOUNDARIES BETWEEN PUBLIC AND PRIVATE SPACES IN FINNISH ADULT FOSTER CARE HOMES

by

Leinonen, E. 2020

Ageing & Society, 1-18.

<https://doi.org/10.1017/S0144686X19001831>

Reproduced with kind permission by Cambridge University Press.

ARTICLE

Caring in space: the boundaries between public and private spaces in Finnish adult foster care homes

Emilia Leinonen* 

Centre of Excellence in Research on Ageing and Care, University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

*Corresponding author. Email: emilia.a.leinonen@jyu.fi

(Accepted 3 December 2019)

Abstract

The purpose of this article is to explore a hybrid community-based form of care for older people called adult foster care. In the article, the nature of the foster care home as a place of care is explored from the foster carers' point-of-view. It is based on an interview study of 12 foster carers. In this article, the theoretical frameworks from human geography and work–family research are combined in order to analyse the boundaries between private family-life and public work-life in the particular space of the foster care home. The research questions are: What kinds of public and private spaces exist in adult foster care homes? What kinds of boundaries separate (a) the public and private spaces and (b) the foster care home and the outside world? The findings suggest that foster care homes are very complex socio-spatial places of care, in which the questions of power (who can do what and when in a certain space), the re-organisation of home, and the division of private and public spaces all contest the idea of home as a mere 'safe haven' from the pressures of work life. Different boundaries and boundary management strategies enabled the foster carers to regard their place of living and working as their home, even though it had altered to a place of care of 'strangers'.

Keywords: adult foster care; Finland; public and private; boundaries; work and family

Introduction

It is estimated that in Finland, the share of people aged over 65 in the total population will reach 26.1 per cent by 2030, nearly 10 per cent more than that in 2010 (Official Statistics of Finland, 2018). The growth of the older population has challenged governments across Europe to find solutions to meet increasing care needs and to create new forms of long-term care without raising costs (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013; Kröger and Bagnato, 2017). The target of the Government of Finland is that 92 per cent of older people aged 75+ will live at home or in home-like environments by 2030 (Ministry of Environment, 2013). The ageing-in-place policy and the changes in the delivery

© The Author, 2020. Published by Cambridge University Press.

of care services have resulted in the transfer of care from formal places such as institutions to more informal places such as homes or homelike environments (Anttonen and Karsio, 2016). Furthermore, alongside the deinstitutionalisation, the understanding of home as a site of care has transformed in several ways. Milligan (2000: 55) even argues that domestic places have merged with public services, and that this process of the reconstruction of care could be more aptly considered as ‘institutionalisation of private places’.

In Finland, a hybrid form of community-based housing and care service for older people called adult foster care has gained political and legislative attention in recent years. The idea of adult foster care is that older people are cared for in ordinary homes by foster carers who are not related to them and who are not formally employed by the public sector. Similar schemes exist also in the United States of America (USA) (adult foster care; Mollica *et al.*, 2008) and England (shared lives; Brookes and Callaghan, 2013). The English Shared Lives scheme is very similar to the Finnish system, although it is mainly used by people with learning disabilities (Callaghan *et al.*, 2017). However, older people receiving support from the Shared Lives scheme seem to be more able, *i.e.* not requiring nursing care, than older people in the Finnish system (Brookes *et al.*, 2016). In the USA, the definition of adult foster care varies from state to state: in some states adult foster care is similar to institutional care, in some it is more similar to collective housing (Paying for Senior Care, 2019). Research on adult foster care is however scarce both in Finland and internationally (however, *see* Brookes *et al.*, 2016; Callaghan *et al.*, 2017; Jolanki *et al.*, 2017; Leinonen, 2017, 2018). One reason for the lack of Finnish research is that adult foster care is still a very marginal service in Finland. In 2018, Finland only had 224 foster care homes (Sotkanet Indicator Bank, 2019), which were scattered across the country and mainly situated in rural areas or small towns.

Care, which is here understood as the provision of daily social, psychological, emotional and physical attention given to people (Knijn and Kremer, 1997; Daly, 2002), is structured not only by social policies or economical concerns but also by spatial aspects, that is, the interrelationships between places, people and care (Milligan, 2014). In fact, the question of *where* ageing occurs, in other words the geography of ageing, has become one of the most important areas of research in recent years (Skinner *et al.*, 2018). In adult foster care the interrelationships between people and places are particularly intriguing: the home of the foster carer, a typical single-family home, transforms from a private place to a semi-public place in which the foster carer and older people share their lives, but which is also monitored by the public sector. This means that the private and public spaces of home, and in particular the boundaries between them, become blurred.

Thus, the objective of this article is to identify and illustrate the blurred boundaries between the private and public spaces both within and outside foster care homes. In the article I ask: What kinds of public and private spaces exist in adult foster care homes? What kinds of boundaries separate (a) the public and private spaces and (b) the foster care home and the outside world? In the article, I combine theoretical frameworks from gerontological geography (Twigg, 1999; Wiles, 2003, 2005; Dyck *et al.*, 2005; Mahmood and Martin-Matthews, 2008; Milligan, 2009, 2014) and work–family research (Nippert-Eng, 1996; Clark,

2000) in order to analyse the boundaries between private family-life and public work-life in the particular space of the foster care home. Can foster carers still regard the foster care home as their own home, and in what terms? The overall aim of this article is to create new insight into the under-researched area of adult foster care, and into the ways in which adult foster care homes are organised, understood and experienced. The goal is to understand the interrelationship between the spatial aspects of the foster care home, foster carers themselves and their care work. Next, I describe the Finnish adult foster care scheme in more detail.

Adult foster care in Finland

In Finland, municipalities are responsible for arranging older people's social and health-care services. The Finnish adult foster care scheme is a form of community-based social care in which the home of the foster carer is considered a resource. The idea of the scheme is that the older person moves to the foster carer's home and lives there, ideally, until the end of their lives. In Finland, the majority of foster carers provide only short-term care (from a few hours to two weeks); however, the interest of this article lies in long-term foster care, in which older people and foster carer(s) share a home permanently, or at least for as long as possible.

According to the Finnish Federation of Foster Care Associations, adult foster care is suitable for older persons who feel insecure or lonely in their own homes, who have care needs but are not yet in need of residential care (Hakkarainen *et al.*, 2014; Finnish Federation of Foster Care Associations, 2018). In addition, the functional ability of these older people should be quite good, and they should be able to move independently, for example, use the toilet by themselves. However, it is impossible to say how these criteria are fulfilled, as there are no statistics or research on this matter. An older person with care needs is placed in foster care through a care needs assessment. They pay up to 85 per cent of their net income to the municipality, a sum which covers everything but health care. Usually, but not always, the foster carer and the older person meet before in order to decide whether they want to live together or not.

The municipality of the older person is responsible for monitoring the quality of foster care (Finlex, 2015), and during monitoring visits, done once a year, care managers must pay attention to the foster care home as well as to the wellbeing of both the older person and foster carers. For instance, care managers pay attention to the home layout (how many rooms, floors, renovation needs), to the older person's own room and to common spaces (kitchen, living room). Furthermore, they consider accessibility and safety issues (environment, emergency phones, fire safety, cleaning). There should be an official guideline in every municipality, in which the rights, regulations and criteria concerning foster carers, foster care homes and older people living in foster care are defined. According to the Finnish Federation of Foster Care Associations, close co-operation and communication between care managers and foster carers are the most important ways of monitoring and also supporting foster carers. However, as the foster care homes are considered as private homes, the municipality can inspect the foster care home without notice only if there is a justified reason (Finlex, 2015).

Foster carers do not need any formal education if they wish to care for up to four people in their own home. However, they have to participate in a compulsory training course which usually lasts eight weeks. The home, its layout, accessibility and safety issues are one topic of the training course. After the training course, municipalities evaluate the foster carer's personal characteristics and motivation to become a foster carer. The suitability of their home is also evaluated. If two foster carers work in the same household, they can care for up to six people. In this case, however, one of the foster carers must have formal education, for instance in nursing (practical nurse, registered nurse). Foster carers are not formally employed by the municipality; instead they make a commission agreement with the municipality and are paid a monthly care fee and compensation of expenses (which covers the older person's food and other everyday necessities bought by the foster carer). In 2019, the minimum monthly care fee per older person was €799 and the minimum compensation of expenses was €420 per older person per month. In addition, carers can receive up to €2,983 as start-up assistance for home alterations and furniture (Finlex, 2015; Ministry of Social Affairs and Health, 2019). Foster carers are entitled to two days off per month.

Boundaries of the place called home

In human geography, place has been defined as a meaningful location which is made, maintained and contested. Places are material things, even if they are imaginary ones. Places have spaces between them, and by naming a space it becomes a place (Cresswell, 2004: 5–10; Wiles, 2005). Tuan (1977: 6) has argued that space is movement and place is a pause – when the movement stops, space can be named and transformed into a place. Thus, places and spaces are always relational in nature since the same space can contain multiple places which are interpreted in diverse ways depending on the person interpreting or the time of the interpretation. The starting point of this article is to explore the places and spaces of adult foster care homes from the human gerontology perspective: the premise is the notion that care reshapes the nature of home, and because of this, foster carers need to reconstruct their relation to their home which has changed to a place of care and work.

There is a substantial amount of research on home as a place of care (Twigg, 1999; Villkko, 2000; Wiles, 2003, 2005; Dyck *et al.*, 2005; Martin-Matthews, 2007; Phillips and Martin-Matthews, 2008; Cloutier *et al.*, 2015). On the one hand, research has focused on the experiences of older people receiving care in their own homes (*e.g.* Twigg, 1999; Dyck *et al.*, 2005), and on the other hand, on care workers' experiences of caring for older people in the older people's homes (Mahmood and Martin-Matthews, 2008; Sims-Gould *et al.*, 2013). In adult foster care, a home is a more complex site of study as it is usually the foster carer's home before it becomes a place of care for 'strangers' and eventually, at least ideally, a home for these strangers, that is, older people in need of care.

Home is a universally recognised value in which certain socially shared rules of behaviour apply (Twigg, 1999). As Bowlby *et al.* (1997: 343) have stated: 'The notion of the home as a physical location and a psychological concept is often a positive one of warmth, security, and a haven from the pressures of paid employment and public life'. When home becomes a place of care, however, care work

questions the norm of home as a place of privacy and complicates the resident's power to exclude and manage the boundaries of their home (Twigg, 1999). Moreover, the mere need to reshape home to adjust it to the requirements of care can have an impact on the social, symbolic and physical dimensions of home (Milligan, 2009). The 'coming of care', as Twigg calls it, into a home also reorganises its materiality (Twigg, 2008) as places and spaces are not simply backgrounds for events, they are very much part of social interactions (Wiles, 2005) and care. This is also why home is not a universal space for the provision of care (Dyck *et al.*, 2005), it is more relational in nature (Cloutier *et al.*, 2015).

In the adult foster care homes, the question of boundaries is not only about private and public, it is also a concern of boundaries of work and family. Foster care homes can be seen as semi-public places as they are private homes that are pre-accepted to function as places of care and later monitored by the municipalities. This semi-formalisation (Geissler and Pfau-Effinger, 2005; Frericks *et al.*, 2013; Leinonen, 2017) produces the very special nature of these homes, as they are simultaneously personal dwellings and sites of intensive care work. In this article, I am interested in the boundaries and the boundary management strategies that foster carers use in order to make and manage the privacy of their homes.

For this reason, I utilise work–family research, especially research on the boundaries between these two domains. According to Nippert-Eng (1996), work and home are two domains that (a) can be integrated, that is, have no clear boundaries between them or (b) can be segmented, that is, the domains are clearly separated from each other. Clark (2000) developed a work–family border theory which concerns the boundaries between these two domains. She argues that borders between family and work are physical, such as walls, which define *where* certain domain-relevant actions take place; temporal, which define *when* the work is done; or psychological, which are *rules* created by individuals for behavioural patterns in certain spaces. In addition, all borders are defined partly by their *permeability*: if one's office is at home, walls might make up a physical border, but the border is very permeable if family members are accustomed to entering the office freely. In addition, borders can be *flexible* if, for instance, an individual has no specific working times. Permeability and flexibility of borders may lead to *blending* of work and family domains. Furthermore, these characteristics also determine the *strength* or *weakness* of the borders. If a border is very impermeable, inflexible and does not allow blending, Clark considers the border as 'strong'. On the other hand, weak physical, temporal and psychological borders between work and family may lead to colliding demands. In this article, I analyse how foster carers manage the physical, temporal and psychological boundaries between work and family and public and private spaces. I am interested in how the foster care home remains as a personal place too, not just a workplace.

Data and method

I interviewed 12 foster carers, ten female and two male, about the following themes: the beginning of foster care, their experiences of care work, everyday life, and the foster care home and its spatial influence on their work and personal life. I used a question sheet that I had prepared in advance, but the purpose of the interviews was to

Table 1. Participants' characteristics

Name	Age	Number of older people living long-termly in the foster care home	Years as foster carer	Location of the foster care home
Kirsi (female)	60–70	3	6	Rural area
Juha (male)	60–70	2	1	Rural area
Marja (female)	40–50	6	6	Rural area
Anna (female)	60–70	6	10	Rural area
Ritva (female)	50–60	3	3	Rural area
Irene (female)	50–60	4	2	Rural area
Saara (female)	30–40	6	2	Small town
Anneli (female)	50–60	1	4	City
Matti (male)	50–60	0	4	City
Johanna (female)	NA	5	<1	Small town
Sisko (female)	50–60	2	<1	Rural area
Toini (female)	60–70	2	<2	Rural area

Note: NA: not available.

leave as much space as possible for the interviewees' reflections and descriptions. The question of space was actually brought up by the very first foster carer whom I interviewed. During the interview she pointed out specific features of her home she considered as private or 'her own'. From this point forward, I included the question of spaces in the question sheet. Regarding the topic of this article, the interviewees were also asked if they needed to make any home alterations, did their inhabitants feel that the foster care home was their home too, could relatives visit the foster care home and did foster care promote sense of community. In addition to the interviews, the data consisted of a research diary, which included observations made during and after the interviews, and a short questionnaire (N = 10) sent to the foster carers, which asked them how their homes facilitated or hindered their care work. Other questions were related to foster carers' background information such as net income, education and the number of years as a foster carer (see Table 1).

I recruited the foster carers via regional service managers who made the initial contact with the foster carers and inquired about their interest in participating in an interview. If the foster carers were interested, the service managers either gave their contact details to me or the carers themselves contacted me via email or phone. The recruitment was limited to carers who provided long-term foster care for older people. However, one interviewed foster carer had previously provided long-term foster care but had recently begun to provide only short-term foster care. Two foster carers provided care by themselves, the others had either their spouse, relative or friend working with them. Two spouses, as well as a mother and a daughter, were interviewed at the same time. Seven foster carers had formal education in the social and health-care sector, others were retired or had previously worked, for instance, in the business sector.

The foster care homes were mostly located in rural villages from which the distance to the nearest town was approximately 10–50 kilometres. One foster care home was in a city (>100,000 inhabitants) and two were in a small town (>10,000 inhabitants). Only one foster care home was in an apartment building; the others were detached houses with their own gardens or in the countryside, even with fields and forest. Half of these homes were two-storeyed: downstairs were the living room, the kitchen, one or two bathrooms with shower and/or sauna, and the bedrooms of older people, and upstairs were at least the master bedroom and one bathroom. The other half of the foster care homes were one-storeyed. Four foster care homes were originally the foster carers' own homes and the other four were bought to be specifically renovated to serve as foster care homes. In one case, the municipality had built the foster care home. The smallest foster care home was comprised of a kitchen and four rooms (foster carer's bedroom, living room and two bedrooms), and the biggest home was over 600 square metres with seven bedrooms, two living rooms, a hobby room, a dining room, a large kitchen and a hall.

The data were collected in the carers' homes. The interviews were audio-recorded and lasted from 47 to 155 minutes, being 105 minutes on average. The interview data-set consisted of 159 transcribed pages and the research diary, containing observations, consisted of 12 pages. The questionnaires were approximately one page long each. Regarding research ethics, each participant gave their independent informed consent for the interview and for it to be recorded. The participants were also informed of their option to cancel the interview at any point or later refuse permission to use the data. To ensure the privacy of the interviewees, I use pseudonyms.

The interviews, the research diary and the questionnaires were analysed using thematic content analysis. In this article, the following guidelines and phases for thematic analysis suggested by Braun and Clarke (2006) are used: (a) familiarising yourself with your data, (b) generating initial codes, (c) searching for themes, (d) reviewing the themes, (e) defining and naming the themes, and (f) producing the report. As I was the sole interviewer, I was very familiar with the data. While re-reading the interviews, I first concentrated on finding descriptions of home in general. I started to generate the initial codes from the data based on these descriptions. While coding, I noted that all descriptions of home and its spaces were also about their division to private and public, work and family, and that this division involved the boundaries within and outside the foster care home. I started to focus on what kinds of spaces the foster carers talked about, how they described them, and whether they attempted to restrict or manage some spaces from other spaces. On the basis of research literature on geographies of care and work–family borders, I formed more precise analytical categories and research questions, which were: What kinds of public and private spaces exist in adult foster care homes? What kinds of boundaries separate (a) public and private spaces and (b) foster care home and the outside world?

The first theme was linked to the beginning of foster care work and to the ways in which foster carers needed to decide which rooms of their homes would be in their resident's use and which perhaps would not. The two other themes were about the boundaries of the foster care homes: if foster carers first needed to divide

their home into private and public areas, they also had to manage the boundaries between these areas, both within the foster care home and between the foster care home and the outside world. My analysis of boundaries was guided by Twigg's (1999, 2008) analysis of spatial distinctions within and outside home, and by Clark's (2000) border theory, which aims to make visible not only the physical but also the temporal and psychological boundaries of private–family and public–work spaces. To ensure rigour, I checked the themes against each other and back to the original data set to ensure that the themes were consistent and that they reflected the meanings of the interviews accurately.

Findings

The changing household: the division of public and private spaces

As a landscape of caring, home is not a static space, it is in fact constructed through material and social practices (Dyck *et al.*, 2005) and processes (Wiles, 2005). In an adult foster care home, the physical and social process begins at the very moment when a person decides to become a foster carer. Most homes are not designed to accommodate the needs of chronically ill people and their care providers (Angus *et al.*, 2005; Exley and Allen, 2007). Thus, some special arrangements were needed in most of the foster care homes. These arrangements also guided the establishment of private and public spaces in all the foster care homes, in particular the division between work and home spaces (Clark, 2000; Dyck *et al.*, 2005; Mahmood and Martin-Matthews, 2008). Physically, the rooms were rearranged and renovated in every foster care home: ramps, grab-bars and rails were installed, doorsteps were removed, and new linen and other necessary items were purchased. Socially, the rhythms and routines were reorganised, including mealtimes, sleeping times and cleaning (*see also* Wiles, 2003). In one home, for example, the foster carers (spouses) slept in turns on a couch so that they could hear if an older person needed help or assistance. In many homes the master bedroom was situated downstairs for the same reason.

In addition to practical issues, different spaces represented a multitude of meanings (Williams, 2002). All foster carers had their own private space, usually the bedroom and in some cases one bathroom. They also had their own specific places, as Ritva describes: 'My territory is that armchair, and this chair here. If someone tries to sit here, I guide them away.' This statement reveals the symbolic meaning attached to a specific space: a simple chair can also act as a way of controlling the territory of privacy and possession (Martin-Matthews, 2007).

Two foster carers had a separate house for themselves, and two foster carers had their own separate part of the house. Within a foster care home, those places that were private to the foster carer and those that were public and available to the older people were very clear, mainly because the spaces belonged to the foster carer, not the residents. Almost all foster care homes were embodiments of the foster carers' identities (Twigg, 1999), personalities and individual preferences of décor. Most of the older people had their own room and could decorate it with their own things, like paintings, pictures and some furniture. Their beds, some of them hospital beds, had been bought by the foster carers. When the foster carers showed me around

their houses, only some of them asked the older person if I could see their room. Some of the older people did not, however, have their own room: *e.g.* in one foster care home, all men (two) and all women (three) shared a room, and in another home two women shared a room. The foster carers stated that the older people who shared a room did so because they felt safer in the company of others. However, it seems to be also a matter of available space, as their home did not have enough rooms for everyone.

Privacy, which is one of the central aspects of home (Twigg, 1999; Vilkkö, 2010), is naturally a more complicated matter than just a matter of one's own bedroom. It is also about the privacy of the entire home, particularly the boundaries that separate home and the outside world. Next I will analyse what kinds of boundaries separate above-mentioned public and private spaces and also what kinds of boundaries are separating foster care homes from the outside world. How can foster carers control their privacy in a semi-public home?

The boundaries between private and public spaces

Privacy is related to the feeling that at home, one can be at ease, in a way authentic to one's true self (Bowlby *et al.*, 1997; Twigg, 1999; Vilkkö, 2010). It is related to Goffman's (1959: 114–115) idea of backstage, that one can be invisible, without an audience. As described above, foster carers did have private places for themselves, but they also needed to control the boundaries between the private and public in order to maintain their privacy. In this article, I see the boundaries of foster care homes as physical, temporal or psychological (Clark, 2000) which refer to the boundaries between public and private spaces, and also to the boundaries between work and family. This concerns also the questions of who can do what and when in certain spaces (Milligan, 2014).

In some cases, the clearest physical border was the stairs, as the foster carers' bedroom was situated upstairs. Other clear physical borders were locked doors and locked gates, which were all justified by safety issues. Camera surveillance was used in some foster care homes, also for safety reasons. Thus, these physical borders not only made the boundaries between the public and the private clear, they were used also to keep the older people safe. There are no statistics on how many of the older people living in foster care homes have a memory disorder, but according to the interviewees, almost all their inhabitants had some sort of such disorder, some even severe ones. Almost all of the interviewees reported incidents in which an older person, usually with a memory disorder, had run away. Thus, the foster carers needed to find to balance between the older people's right to self-determination and their safety, as the foster carers were responsible for the older people living with them. Of course, there were also exceptions: some older people went for a walk independently whenever they wanted to, for example.

Temporal boundaries were used to separate the carer's own or family time from work time (Nippert-Eng, 1996; Clark, 2000). Usually the foster carers had some time for themselves in the evenings. For example, Irene wanted to have time to herself, so she had set a time when she would go to her own side and be 'off duty'. Similarly, Ritva used both physical and temporal borders in order to be 'invisible':

I have said to the visitors, I mean, to the relatives, and also to these ones [the older people living with her] that I would like to go to my own room at 7 pm – at 7 pm, because I want to go to sleep early so I can get ‘me-time’ for two hours. They are used to it now. But not everyone, for some it’s just some boring restriction. (Irene)

To me it is important, that, I have tried to teach this to all my inhabitants, that after lunch we all have a nap. If I don’t feel sleepy, I can read or something but if possible, I would like to be invisible, that I go upstairs. (Ritva)

This way Ritva could have some time for herself without anybody needing her all the time. It was important to her that she could be in her own space, rest and do her own things, and that the space was safe in a way that it was restricted not only by time but also by the stairs. In addition, the word ‘teaching’ that she uses refers to a psychological border acting as a rule that Ritva tried to maintain in her everyday life. She, and also Irene, wanted to keep their temporal boundaries as impermeable as possible (Clark, 2000). In fact, temporal borders were usually intertwined with the physical and especially psychological borders. For instance, mealtimes and sleeping times were, at least to some extent, regulated by the foster carers. In most of the foster care homes the rule was that everyone eats together at the same time and in the same room. Mealtimes were thus public time in a public space, guided by the rules of the foster care home.

One interesting psychological boundary was the refrigerator. The refrigerator is a socially agreed silent boundary in Finland, as usually only family members or close friends can use it freely. Some foster care homes were more family-like in this respect since the older people and even their family members were encouraged to take snacks from the refrigerator whenever they wanted. However, for the older people the refrigerator was also a mental threshold, which can be explained by the principle of managing on one’s own; it was not easy for an older person to move to somebody else’s home after decades of living independently. In some of the homes, the refrigerator was locked and the older people were not allowed to use it. The most extreme example of this boundary was the view of one foster carer who stated that one older person ate so much bread that ‘she even stole it’. Thus, the refrigerator and its contents were clearly the foster carer’s property. This naturally begs the question: exactly what kind of a home is the foster care home for older people?

There were also homes in which the distinction between the public and private spaces were not that clearly manifested. In some foster care homes, the boundaries between public and private, work and family, were more flexible and permeable, and thus blended (Clark, 2000), than in some homes. For example, there seems to be no boundaries at all in Sisko’s or Saara’s foster care homes. They both regarded their home as a place in which everyone could be ‘as they are’, in a way authentic to their true selves (Vilkko, 2010), where work and home, even family, were truly integrated (Nippert-Eng, 1996):

It was surprising how quickly these people became part of our family. In our home, unlike in other homes, people are not in their own ‘pigeonholes’. It would feel funny somehow if they [older people] had to stay in their own rooms –

in our home everyone can be wherever they want, we do not have things like, you're not allowed to be in certain places. We are who we are, everywhere. (Sisko)

We have wanted to keep the doors open, this is not an institutional care home nor am I 'the great nurse' – I have tried, and succeeded to make the relatives feel free to go to the fridge, and, if they come for a visit, they can make a sandwich, take some juice, feed and give the older person something to drink, go and do, participate. It has been really nice, and I guess the relatives have considered it unusual when I've said to them that this house is partly their home too. (Saara)

The boundaries of Sisko's foster care home were thus weak in that sense that there were no clear physical borders or rules; the flexibility and permeability of different boundaries made the foster care home blended, not exclusively family or work domain but something between. Saara, on the other hand, wanted to make clear that her foster care home really was a home, not an institution. These homes are thus not only concrete physical entities, they are as much abstractions in people's mind (Milligan, 2005). All in all, foster carers spoke a lot about the balance of these two domains of work and family. Ritva, for instance, emphasised that work cannot override marriage and family, or *vice versa*: the domains must stay side by side. On the other hand, Toini tried to keep both domains flexible, but not at the same time: 'When my children come here, this is their childhood home, then our inhabitants must step aside a bit, and when their family visits, I step aside.'

Two of the foster carers did not regard the foster care home as their own home at all. In both cases, the foster care home was either rented or owned by the foster carers, but they had their own home nearby where they went during their leave. One of these foster carers (Irene) thought there was no privacy at all in her foster care home, and she viewed the foster care home as a 'work home':

These surroundings are your work surroundings. I don't know how to use my time sensibly. You just are. It makes me frustrated. If you were in your own home, it would be much more motivating to be a foster carer in your own home. This is not a real home. This is your work home, you are always on duty here. You have no privacy here. The courtyard is circle-shaped, and everyone can see everything. (Irene)

In this case, the municipality had built the foster care home, and this limited Irene's ability to establish boundaries between public and her own private spaces. To her, the place in which she lived was not her home, and this in turn had an impact on her wellbeing as she could not express her identity in terms of décor and privacy (Twigg, 1999). Interestingly, she talks about visibility, that 'everyone can see everything'. Much in the same way, Sisko's experience of being somehow imprisoned in her own home was one example of the lack of these features. She, however, was able to end the care relationship and, in this way, ensure her ability to control her privacy. Sisko describes:

Our first resident, her mental and physical state were such that she just clung to me, she wanted to see me all the time. If I went around the corner, she

immediately shouted after me, it was not enough for her that I was here and she was there in her rocking chair, I ought to hold her hand, sit next to her and stroke her hand. Sometimes I felt, well one time when I was alone with her, she shouted from her room 'Are you there?' I felt like, I wanted to shut the door, that I didn't even have a minute of peace when someone was always watching me. I felt like I was in prison. (Sisko)

These statements highlight the difficulties in balancing the work and family life. The need for invisibility was vital for every foster carer, no matter how blended their home was in terms of work and family life, but especially Irene had no control in determining the level of publicness of her surroundings. This can have a hampering effect to the continuity of foster care work, if the work domain is too dominant.

Boundaries between the foster care home and the outside world

The privacy of home rests on the capacity to exclude, to shut the door on the outside world (Twigg, 1999). The network of people visiting a foster care home can be quite large, as it can include the relatives and friends of both the foster carer and the older people, but also doctors, nurses, service managers, priests, volunteers, subsidised employees, students, pedicurists, hairdressers and cleaners. But whose public and whose private boundaries do we actually refer to when we talk about foster care homes and their residents? Who can enter the foster care home and on what terms?

Like inner boundaries, outer boundaries were also controlled by a mixture of temporal and psychological boundaries. For instance, in most homes time was one strategy for restricting the number and frequency of visits. Temporal boundaries were used because the foster carers were worried about their residents – as some of them became easily restless if many new people visited at the same time:

Everything that is 'atypical' affects the everyday life, such as loud noises – you know, if someone comes here and speaks very loudly, then our older people with memory disorder start to wander and they keep asking 'where are we going, where is the front door?' It's not that big deal, we can solve that out but still ... You'll notice that the structure of a normal day is dependent on the smallest of things. (Saara)

Those children all came here at once to see their mother. Some of the inhabitants were disturbed by this. Of course, it was nice for their mother that all her children and grandchildren were here, but I think they should have been in that [other] room so that the others [the other residents] could have been here in the living room. (Kirsi)

There are five children, and in the beginning, they visited twice a day, all the time someone was coming or going. The other inhabitants became restless. We had to restrict it a bit. (Maria)

The statements above describe disruptions to the meaning of home as a place of control and independence (Mahmood and Martin-Matthews, 2008) and views

some of the visitors' behaviour or the time of the visits as intrusive. If the inner boundaries of foster care homes were quite blended, or at least flexible, the outer boundaries were more strongly controlled. This highlights the complex nature of these homes, as foster carers themselves regarded them as more private than public. The interviewees raised issues of control and co-operation when they were asked about the visits of the older people's relatives. One way to restrict and control the visitors and their behaviour was to establish physical territory and boundaries (Clark, 2000; Martin-Mathews, 2007). The power to exclude was always in the hands of the foster carer, and besides establishing temporal boundaries, it was made visible through locked gates, doors and specific rules for visitors. For example, most of the interviewees required the relatives to notify them by message or phone call before a visit. This requirement of 'asking permission to enter' can be seen as an expression of the power to exclude, regulate and control the physical, temporal and psychological boundaries of the foster care home. However, some of the relatives did not notify the foster carer at all which made the foster carer in question feel like she was being watched or that the relatives wanted to somehow catch her off guard or doing something wrong. This refers to trust issues between the relatives and the foster carer, but also to the difficult nature of foster care. The socially accepted rules of behaviour in the home environment (Twigg, 1999) are not self-evident in foster care homes, and in this particular case, the views of the foster carer and the relatives were in fact conflicting. Moreover, one foster carer had so many problems with one municipality that she had decided not to accept any new residents from that particular municipality. In that sense, the power to exclude extended to municipal level as well.

Related to power issues, many foster carers described their home and its residents as a 'family system' which was always fragile to sudden changes. A new resident might not fit into their family system:

Then there are residents who just don't settle in. One resident came for a two-week trial period, but she was already too ill, she just wandered around and threw things at other residents. She was here only five days, then I had no other choice but to call and say that this is not going to work. Other residents were shaken up, I couldn't bear it and she didn't benefit from foster care at all. You have to have the courage to say it. (Ritva)

Our principle in foster care is that when a new resident moves in, she/he has to get along with other people. It's not safe for us or others, if one of us needs to watch that one resident constantly and other residents are left aside. It feels like the representatives of municipalities don't get that. And in that case the whole community suffers. (Matti)

In fact, by ending the care relationship, the foster carers could make and control the boundaries of their homes. In a way, foster carers protected the balance of their home, their family system, which as a term seems to refer to 'a community that works'. As a matter of fact, foster carers themselves did not set all the boundaries: due to the declining health of their residents, most foster carers were bound to their home environment and were not able to go out with their residents or visit their

own friends. From this perspective, balancing and protecting the family system that works is understandable, as it was a way to ensure the wellbeing of both foster carers and their residents.

Discussion

The purpose of this article was to identify and analyse the private and public spaces of the Finnish foster care homes, in particular the boundaries within them and also those boundaries between the foster care homes and the outside world. The aim was to create new insights into the scarcely researched area of adult foster care, especially into the actual spaces in which care is given, received and experienced. The analysis in this article highlights the complex socio-spatial nature of adult foster care homes. In these homes the questions of power to exclude, the re-organisation of home, and the division of private and public spaces all contest the idea of home as a mere 'safe haven' from the pressures of work life (Bowlby *et al.*, 1997; Twigg, 1999; Wiles, 2005; Milligan, 2009). In fact, the findings suggest that the boundaries of work and family inside these homes are flexible, permeable and blended, but the outer boundaries are quite strong.

The findings reflect how the semi-formalisation blurs the private and public boundaries of these foster care homes. One central finding was that various physical, temporal and psychological boundaries and boundary management strategies related to them enabled the foster carers to regard their place of living and working as their home, even though it had altered to a place of care of strangers. Most of the foster carers were able to maintain some private aspects of their homes in a similar way to that in 'normal' homes, in which the bedroom was the most private and restricted space. Interestingly, different spaces represented a multitude of meanings (Williams, 2002). The bedroom acted as a 'hideout' for foster carers, as a space in which they could be invisible and disengage themselves from caring responsibilities (Goffman, 1959). It seems that other spaces, including the bedrooms of older people, were constructed as more public, work-related spaces (Clark, 2000). This finding is in line with previous research on older people receiving care in their own home: physical care needs may expose the intimacy of private spaces such as bedrooms (Dyck *et al.*, 2005). In a way, the foster carers gave space to older persons living with them, but also used these spaces as their workspaces.

The second central finding was that the boundaries within the foster care homes were both visible and invisible. Like Milligan (2005) has argued, homes are not simply physical entities, they are as much abstractions in people's minds. Locks, gates, rules and other restrictive features were used in every foster care home, but in addition, invisible meanings given to places, even to certain chairs, were used when creating psychological boundaries between work and home domains. Temporal borders were used to control especially the amount and frequency of visits which, in the worst case, according to the foster carers, either disturbed other older people or reduced the amount of time the foster carers could have for themselves. Temporal borders were in particular used to define the outer boundaries of the foster care home and also to protect the 'family system'.

Thirdly, the combination of the theoretical frameworks of spaces, places and work-family boundaries revealed the potentially vulnerable ways of balancing

work–family life in semi-public places such as adult foster care homes. Blended, and in that way weak, inner boundaries between work and family and strong outer boundaries (Clark, 2000) suggest that protecting the intimacy of home, themselves and the structure of their family system was central for all foster carers. This also had social consequences as not everyone was accepted to be a part of their home. Rules for visitors were established in order to control the privacy of the foster care home, to keep the home as ‘normal’ as possible. However, for some foster carers their home was only a work home in which their possibilities to establish, make and maintain their privacy was limited. This might threaten the wellbeing of foster carers if the balance of their family system transforms into imbalance of work and family. On the other hand, the rights of older people and their relatives might be threatened as well if the privacy and structure of the foster care home is too protected.

From the policy perspective, the privacy of the foster care homes is thus a problematic issue as foster carers are providing public care although it takes place in the intimacy of home. On the one hand, respecting the privacy of home can mean that the foster carers are left alone to cope with their problems. On the other hand, the privacy of home can also hide the problems related to care, social relationships and power issues inside the intimacy of home. Foster carers should have power to decide when and how a visitor can enter their home, but the understanding of their home as an altered place should also be considered. It seems that foster carers should try to extend their family system to a community that takes into account also the relatives of their residents. This would require extensive interaction and relationship-building (Cloutier *et al.*, 2015) between the municipality, foster carers, residents and their relatives but it might have positive outcomes in terms of mutual trust, openness and overall continuity of the foster care work.

Certain limitations apply to this study, the most evident of them being the fact that none of the older people living in these foster care homes were interviewed. Thus, the results discussed here are only from the foster carers’ perspective: how they experience the adult foster care home as a place of public and private spaces and how they construct the boundaries between those domains. No findings can be generalised beyond this model. However, this article does describe the views and experiences of carers that are not represented elsewhere. Like Dyck *et al.* (2005) have stated, there must be room for negotiation so that individuals, in this case the foster carers, are able to control the home environment in a way that also promotes older people’s abilities to have some control over their private spaces and preserve their self-integrity. To achieve this, foster carers need to balance between safety issues, their own personal need for privacy and the self-determination of older people. However, clearly defined boundaries between different rooms, bathrooms and even concerning refrigerators can diminish older people’s abilities to negotiate their use of space. For further studies, it would be pivotal to investigate the thoughts and experiences of the older people living in foster care homes. Do they see the foster care home as their own home? How could their power and self-determination be enhanced?

Acknowledgements. I am grateful for all those foster carers who were willing to share their experiences with me. Warm thanks to my supervisors – Professor Teppo Kröger and Academy Researcher Mia Tammelin – for their useful insights and comments.

Financial support. This study was conducted at the University of Jyväskylä as part of the Centre of Excellence in Research on Ageing and Care (CoE AgeCare) funded by the Academy of Finland (312303).

References

- Angus J, Kontos P, Dyck I, McKeever P and Poland B** (2005) The personal significance of home: habitus and the experience of long-term home care. *Sociology of Health and Illness* **27**, 161–187.
- Anttonen A and Karsio O** (2016) Eldercare service redesign in Finland: deinstitutionalization of long-term care. *Journal of Social Service Research* **42**, 151–166.
- Bowlby S, Gregory S and McKie L** (1997) Doing home: patriarchy, caring, and space. *Women's Studies International Forum* **20**, 343–350.
- Braun V and Clarke V** (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* **3**, 77–101.
- Brookes N and Callaghan L** (2013) What next for Shared Lives? Family-based support as a potential option for older people. *Journal of Care Services Management* **7**, 87–94.
- Brookes N, Palmer S and Callaghan L** (2016) 'I live with other people and not alone': a survey of the views and experiences of older people using Shared Lives (adult placement). *Working with Older People* **20**, 179–186.
- Callaghan L, Brookes N and Palmer S** (2017) Older people receiving family-based support in the community: a survey of quality of life among users of 'Shared Lives' in England. *Health and Social Care in the Community* **25**, 1655–1666.
- Clark S** (2000) Work/family border theory: a new theory of work/family balance. *Human Relations* **53**, 747–770.
- Cloutier D, Martin-Matthews A, Byrne K and Wolse F** (2015) The space between: using 'relational ethics' and 'relational space' to explore relationship-building between care providers and care recipients in the home space. *Social & Cultural Geography* **16**, 764–782.
- Cresswell T** (2004) *Place: A Short Introduction*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Daly M** (2002) Care as a good for social policy. *Journal of Social Policy* **31**, 251–270.
- Dyck I, Kontos P, Angus J and McKeever P** (2005) The home as a site for long-term care: meanings and management of bodies and spaces. *Health & Place* **11**, 173–185.
- Exley C and Allen D** (2007) A critical examination of home care: end of life care as an illustrative case. *Social Science & Medicine* **65**, 2317–2327.
- Finlex** (2015) *Act on Adult Foster Care* (Act No. 263/2015). Available at <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150263>.
- Finnish Federation of Foster Care Associations** (2018) *Ikäihmisten perhehoito [Foster Care for Older People]*. Available at <https://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset>.
- Frericks P, Jensen P and Pfau-Effinger B** (2013) Social rights and employment rights related to family care: family care regimes in Europe. *Journal of Aging Studies* **29**, 66–77.
- Geissler B and Pfau-Effinger B** (2005) Change in European care arrangements. In Pfau-Effinger B and Geissler B (eds), *Care and Social Integration in European Societies*. Bristol, UK: Policy Press, pp. 3–20.
- Goffman E** (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. London: Penguin Books.
- Hakkarainen P, Kuukkanen M and Piispanen H** (2014) *Perhehoidon tietopaketti [Information Package of Adult Foster Care]*. Jyväskylä, Finland: Perhehoitoliitto ry.
- Jolanki O, Leinonen E, Rajaniemi J, Rappe E, Räsänen T, Teittinen O and Topo P** (2017) *Asumisen yhteisöllisyys ja hyvä vanhuus [The Sense of Community in Housing and Good Old Age]* (Government's Analysis, Assessment, and Research Publication Series No. 47/2017). Helsinki: Prime Minister's Office.
- Knijn T and Kremer M** (1997) Gender and the caring dimension of the welfare states: towards inclusive citizenship. *Social Politics* **4**, 328–361.
- Kröger T and Bagnato A** (2017) Care for older people in early twenty-first-century Europe: dimensions and directions of change. In Martinelli F, Anttonen A and Mätzke M (eds), *Social Services Disrupted: Changes, Challenges and Policy Implications for Europe in Times of Austerity*. Cheltenham, UK: Edward Elgar, pp. 201–218.

- Leinonen E** (2017) Jotain uutta, jotain vanhaa, jotain lainattua – ikääntyneiden perhehoito Suomessa [Something new, something old, something borrowed – adult foster care for older people in Finland]. *Gerontologia* 31, 210–224.
- Leinonen E** (2018) Tensions and resilience – the experiences of adult foster care workers in Finland. *International Journal of Care and Caring* 2, 181–196.
- Mahmood A and Martin-Matthews A** (2008) Dynamics of care work. Boundary management and relationship issues for home support workers and elderly clients. In Martin-Matthews A and Phillips J (eds), *Aging and Caring at the Intersection of Work and Home Life: Blurring the Boundaries*. New York, NY: Taylor & Francis, pp. 21–42.
- Martin-Matthews A** (2007) Situating ‘home’ at the nexus of the public and private spheres. Ageing, gender and home support work in Canada. *Current Sociology* 55, 229–249.
- Milligan C** (2000) Bearing the burden: towards a restructured geography of caring. *Area* 32, 49–58.
- Milligan C** (2005) From home to ‘home’: situating emotions within the caregiving experience. *Environment and Planning A* 37, 2105–2120.
- Milligan C** (2009) *There’s No Place Like Home: Place and Care in an Ageing Society* (Health Geography Book Series). Aldershot, UK: Ashgate.
- Milligan C** (2014) Place and informal care in an ageing society: reviewing the state of the art in geographical gerontology. *Progress in Geography* 34, 1558–1576.
- Ministry of Environment** (2013) *Housing Development Programme for Older Population for 2013–2017*. Available at http://www.ym.fi/en-US/Housing/Programmes_and_strategies/The_development_programme_for_housing_for_elderly_people.
- Ministry of Social Affairs and Health** (2019) *Perhehoidon palkkiot ja korvaukset [Care Fees and Compensation of Expenses of Adult Foster Care]*. Available at https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kuntainfo-perhehoidon-palkkiot-ja-korvaukset-vuonna-2019.
- Mollica R, Booth M, Gray C and Sims-Kastelein K** (2008) *Adult Foster Care: A Resource for Older Adults*. Available at http://www.nashp.org/sites/default/files/AFC_resource.pdf.
- Nippert-Eng C** (1996) *Home and Work: Negotiating Boundaries Through Everyday Life*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Official Statistics of Finland** (2018) *Population Projection. Appendix Table 1. Population by Age in 1900 to 2070 (Years 2020 to 2070: Projection)*. Helsinki: Statistics Finland. Available at https://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018-11-16_tau_001_en.html.
- Organisation for Economic Co-operation and Development** (2013) *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care* (OECD Health Policy Studies). Paris: OECD Publishing.
- Paying for Senior Care** (2019) *Adult Foster Care for the Elderly & Financial Assistance Options*. Available at <https://www.payingforseniorcare.com/longtermcare/paying-for-adult-foster-care.html>.
- Phillips J and Martin-Matthews A** (2008) Blurring the boundaries: aging and caring at the intersection of work and home life. In Martin-Matthews A and Phillips J (eds), *Aging and Caring at the Intersection of Work and Home Life: Blurring Boundaries*. New York, NY: Psychology Press, pp. 245–254.
- Sims-Gould J, Byrne K, Beck C and Martin-Matthews A** (2013) Workers’ experiences of crises in the delivery of home support services to older clients: a qualitative study. *Journal of Applied Gerontology* 32, 31–50.
- Skinner M, Andrews G and Cutchin M** (2018) Introducing geographical gerontology. In Skinner M, Andrews G and Cutchin M (eds), *Geographical Gerontology: Perspectives, Concepts, Approaches*. London: Routledge, pp. 3–10.
- Sotkanet Indicator Bank** (2019) *Perhehoidossa olleet vanhuksset 31.12., kunnan kustantamat palvelut [Older People in Adult Foster Care 31.12. Funded by the Municipalities]*. Available at <https://bit.ly/36J1tI9>.
- Tuan YF** (1977) *Space and Place: The Perspective of Experience*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Twigg J** (1999) The spatial ordering of care: public and private in bathing support at home. *Sociology of Health & Illness* 21, 381–400.
- Twigg J** (2008) Clashing temporalities: time, home and the bodywork of care. In Martin-Matthews A and Phillips J (eds), *Aging and Caring at the Intersection of Work and Home Life: Blurring Boundaries*. New York, NY: Psychology Press, pp. 229–244.
- Vilkko A** (2000) Riittävästi koti [Home enough]. *Janus* 8, 213–230.

- Vilkko A** (2010) Kohteena koti [Home as a subject]. In Vilkko A, Suikkanen A and Järvinen-Tassopoulos J (eds), *Kotia paikantamassa [Locating Home]*. Rovaniemi, Finland: Lapland University Press, pp. 11–31.
- Wiles J** (2003) Daily geographies of caregivers: mobility, routine, scale. *Social Science & Medicine* **57**, 1307–1325.
- Wiles J** (2005) Conceptualizing place in the care of older people: the contributions of geographical gerontology. *Journal of Clinical Nursing* **14**, 100–108.
- Williams A** (2002) Changing geographies of care: employing the concept of therapeutic landscapes as a framework in examining home space. *Social Science & Medicine* **55**, 141–154.

Cite this article: Leinonen E (2020). Caring in space: the boundaries between public and private spaces in Finnish adult foster care homes. *Ageing & Society* 1–18. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001831>



IV

TIME TO CARE? TEMPORAL VARIATIONS OF AGENCY OF THE FINNISH ADULT FOSTER CARERS

by

Leinonen, E. 2020

Journal of Aging Studies 52.

<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100830>

Reproduced with kind permission by Elsevier.



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Aging Studies

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jaging

Time to care? Temporal variations of agency of the Finnish adult foster carers

Emilia Leinonen

Centre of Excellence in Research on Ageing and Care, University of Jyväskylä, Opinkivi, Keskussairaalantie 2, PO Box 35, 40014, Finland



ARTICLE INFO

Keywords:

Temporal agency
Care work
Adult foster care
Time work
Finland

ABSTRACT

This article analyses a hybrid form of housing and care service for older people called adult foster care. In Finnish adult foster care model, an older person moves to a foster care home and is cared for by a semi-professional foster carer who is not related to them. A foster care home is thus simultaneously a personal dwelling and a site of intensive care work which also changes the rhythms and routines of both the foster carer and older person. In the article I ask, how do foster carers express their temporal agency and its variations (identity, pragmatic, life course) through time work? By temporal agency I mean individuals' ability to impact on their experience of time, which is done through time work. The article is based on 12 thematic interviews that were analysed using thematic content analysis. The analysis shows that as a resource, time itself was the most valued aspect of foster care work. Being a foster carer was in fact a way of resisting clock-driven, institutional-like care work. The foster carers were able to exercise their professional identity agency, that is, act like 'a good carer' should act, but they found it difficult to allocate time for themselves and to their families. This can

endanger their well-being and the continuity of foster care relationship. In order to develop the adult foster care scheme to a real housing and care option for older people and a tenable work option for potential foster carers, several issues should be carefully considered. To ensure foster carers' well-being, their statutory right to days-off should be increased, and the support and substitute system should be enhanced so that foster carers can allocate more time for themselves and their families, even when this would mean more costs to the municipalities. Also, older people in need of care should be placed to foster care much earlier.

Introduction

In care work, time is essential. As Twigg (2000, 2008) has argued, the temporal ordering of domestic life in general, and especially a body in need, conflict with the rationalities of service provision. In organisations, timing typically revolves around the institution: care is provided at the pace and at the times determined by the provider rather than the client. Similarly, the structuring of time in home care often accommodates that of the carers despite the privacy and flexibility a home allows. The rhythms and routines of an older person may be disrupted if the demand for efficiency means that, for example, bathing occurs at inconvenient times or too infrequently, or conflicts with the wishes and needs of an older person (Bowlby, 2012; Kivilehto & Ritala, 2014; Twigg, 2000, 2008). In Finland, the number of home care users has increased, resulting in higher work pressures and less time available per visit. In Finnish institutional care, care workers' feelings of inadequacy are at a high level, as their abilities to influence their work have declined and as the quality of care no longer meets their own standards (Kröger, Van Aerscht, & Mathew Puthenparambil, 2018).

Previous studies on care workers' agency in the Finnish context have shown that the adoption of managerialist, market-oriented principles and time frames endangers the professional autonomy of care workers and their time for face-to-face interactions (Hirvonen, 2014; Olakivi, 2018).

But what happens to the rhythms and temporalities of care in a place that is not an institutional care facility nor a private home? This article focuses on a hybrid type of housing and care service for older people in Finland called adult foster care (*perhehoito* in Finnish). It is a form of community-based care in which an older person moves to someone else's home and is cared for by a foster carer who is not related to them. Similar schemes also exist in the United States (*Adult foster care*, Mollica, Booth, Gray, & Sims-Kastelein, 2008) and in England (*Shared lives*, Brookes & Callaghan, 2013). In Finland, most foster carers provide only short-term care (from a few hours to two weeks); however, this research focuses on long-term foster care, whereby older people and foster carer(s) share a home indefinitely. A foster care home is thus simultaneously a personal dwelling and a site of intensive care work.

In this article, I analyse the organisation of everyday life in adult

E-mail address: emilia.a.leinonen@jyu.fi.

<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100830>

Received 26 April 2019; Received in revised form 11 December 2019; Accepted 14 December 2019

Available online 26 December 2019

0890-4065/ © 2019 Elsevier Inc. All rights reserved.

foster care homes from the foster carers' perspective. In this analysis, I use the concept of 'time work' which refers to individuals' temporal agency; that is, their ability to determine the organisation of their work. Flaherty (2003, 2011) has argued that time work consists of five different dimensions: duration, frequency, sequences, timing and allocation. In other words, people may use their temporal agency to control, for instance, the frequency of certain events. I also utilise the work of Hitlin and Elder Jr. (2007) by connecting Flaherty's idea of time work as temporal agency to their typology of three variants: pragmatic, identity, and life course agencies, all of which are intertwined in care work. Thus, I analyse how foster carers express their temporal agency through time work. I am interested in how everyday life and care work are organised in a foster care home that is not an institutional care facility nor simply a private home. I ask how foster carers exercise their temporal agency in a setting in which the time frame is their own, but the responsibilities and working hours do not end at a predetermined time.

Adult foster care in Finland

In Finland, municipalities are responsible for arranging older people's social and health services. Foster care is widely used in child welfare services and in services for disabled people in Finland. Similarly, adult foster care is a form of community-based social care in which older people live together with the foster carer and their family. Adult foster care has been an option for older people for almost 30 years but has only recently gained political and legislative interest in Finland, partly because of the influence of the Finnish Federation of Foster Care Associations (Leinonen, 2017). The current law came into effect in 2015. The scheme was reinforced in the Programme of Prime Minister Sipilä's Government (Finnish Government, 2015), in which governmental funds were allocated for the development and expansion of the adult foster care. The overall goal of the Government's programme was to promote the sense of community and caring within a family. One reason behind the interest in developing foster care was that it is much cheaper than, for instance, residential care (IBID). Also, the current emphasis of older people's care services in Finland is on 'ageing-in-place', that is, ageing (and being cared for) in home or home-like environments instead of institutional care settings (Anttonen & Karsio, 2016).

Adult foster care is targeted towards older people who have care needs but are not yet in need of residential care (Finnish Federation of Foster Care Associations, 2019; Hakkarainen, Kuukkanen, & Piispanen, 2014). Potential residents should also have the functional ability to move independently. In 2018, only 1155 older people were in adult foster care. In the previous year, over 40,000 older people were in residential care (The Sotkanet Indicator Bank, 2019). An older person in adult foster care pays up to 85% of their net income to the municipality. Excluding health care, this sum covers everything from meals to linen, cleaning and bathing. However, user fees vary from one municipality to another. An older person with care needs can be placed in foster care through a care needs assessment completed by a municipal care manager. Older people from as many as six municipalities can be placed in the same foster home. The municipality from which the older person comes is responsible for monitoring the quality of foster care (Act on Adult Foster Care 263/, 2015).

Foster carers who care for up to four persons in their own home do not need a formal education. The only requirement is that they participate in a compulsory eight-week training. After they have completed this, the municipalities evaluate their personal characteristics, motivation and suitability to become a foster carer. It is possible to have up to six residents in one foster care home, but this requires two foster carers, of which one must have a formal education, for example, in nursing (practical nurse, registered nurse). Foster carers make a commission agreement with the municipality, which means that they are not formally employed by the public sector. They receive a monthly care fee,

which was 785 euros per older person in 2018, and also compensation for expenses to cover their residents' food and other everyday necessities. At the beginning, foster carers can receive additional start-up assistance for home alterations, which in 2018 was 2939 euros (Act on Adult Foster Care 263/, 2015; Ministry of Social Affairs and Health, 2018).

Foster carers have about three days off per month, but the number of days depends on the municipality, as only the minimum amount is determined by law (Act on Adult Foster Care 263/, 2015). In long-term foster care, the foster carers are responsible for their residents around the clock, seven days a week. This means that in order to use their statutory days off, they or their municipality need to arrange a suitable substitute who moves into the foster care home. In some regions, municipalities have 'roving' foster carers who mainly offer short-term foster care in older people's own homes (similar to homeware, but not formal employment). If suitable substitutes are not available, the municipality may offer users a temporary place in another care unit.

Time in care work, time work and temporal agency

Time is not a resource that can be equally distributed, nor is it experienced in the same way by everyone (Adam, 1995; Davies, 2001; Southerton, 2013; Twigg, 2008). The ways in which we use time are dependent on, amongst other things, the social relationships in which we are embedded. Time is experienced personally, but it is also guided by social norms and expectations (Southerton, 2013), as well as by the structures within which it occurs. However, temporal experiences do not just happen to us (Adam, 1995; Bandura, 2006; Hirvonen & Husso, 2012; Hitlin & Elder Jr., 2007), we use our agency in temporality as well (Flaherty, 2003, 2011; Hitlin & Elder Jr., 2007).

Although agency is a key concept in the social sciences, it holds very different meanings and definitions (Fuchs, 2001). It can be conceptualised as an actor's ability to make things happen (Bandura, 2006). However, this does not mean that people see themselves as agents in all circumstances, or that they are able to enact their agency in all situations (Fuchs, 2001; Jolanki, 2009). Structures and social situations also play important roles as contexts shape the experiences and available choices of individuals (Evans, 2002; Hitlin & Elder Jr., 2007). In terms of temporal context, the focus on cost-effectiveness in work can hinder workers' professional agency (Hirvonen, 2014; Olakivi, 2018) and is in conflict with the idea of the 'rationality of caring' (Waerness, 1984). According to the latter, care should be provided when it is needed, not simply planned in abstraction. While care cannot be fit into linear, mechanical clock-time (Twigg, 2008), in practice the structure of time utilised in care work most often accommodates the workplace, not the individuals in need.

Yet, again, temporal experiences do not just happen to us. According to Flaherty (2003, 2011), people tend to anticipate, plan and construct lines of activity in order to create a certain kind of temporal experience. Flaherty calls this 'time work', defined as the temporal basis of one's agency. Time work is constructed of five different time dimensions. First, time work can be practiced as an effort to manipulate the *duration* of a certain interval, by shortening or lengthening the experience of time. Second, an individual may try to control the *frequency* of certain events. Third, one can customise the *sequences* of events, by making activities precede or follow others. Fourth, individuals may control the optimal *timing* of an event; that is, when certain things should happen. Finally, individuals can *allocate* time, either to themselves or to other people.

Since people have many ways of using their temporal agency to manipulate their experiences of time, Flaherty's five dimensions of time work have some limitations. For instance, people have unequal control over time depending on their occupation, gender or family situation (Clawson & Gerstel, 2014), as well as, of course, variable such as their age and cognitive status. Furthermore, as Hitlin and Elder Jr. (2007) point out, circumstances also affect how a person uses their temporal

Table 1
Participants' characteristics (m = male, f = female).

Name	Age	Number of older people living in foster home	Years as foster carer	Education/Work experience
Kirsi (f)	60–70	3	6	Practical nurse
Juha (m)	60–70	2	1	Retired
Marja (f)	40–50	6	6	Practical nurse
Anna (f)	60–70		10 (now retired)	Practical nurse
Ritva (f)	50–60	3	3	Practical nurse
Irene (f)	50–60	4	2	Practical nurse, no formal education
Saara (f)	30–40	6	2	Registered nurse
Anneli (f)	50–60	1	4	Entrepreneur
Matti (m)	50–60	0	4	Storeman
Johanna (f)	n.a.	5	< 1	Bachelor of Social Services and Health Care
Sisko (f)	50–60	2	< 1	Teacher
Toini (f)	60–70	2	< 2	Registered nurse

agency, which in turn influences a person's temporal orientation. They argue that a person's temporal orientation is shaped by situational needs or problems which may make them focus strictly on present matters or extend their view (i.e. their time horizon) to the future. They also highlight the influence of social structures on our capacities to do time work in different situations. Since the temporal orders of different collectives are essentially socially constructed, the sociological interest is on the meanings that people attach to temporality (Zerubavel, 1981).

Hitlin and Elder Jr. (2007) have suggested four analytical types of temporal agency to describe the relationship between an actor and his or her time horizon and temporal orientation: 'existential', 'identity', 'pragmatic', and 'life course'. Existential agency means the inherent capacity to make choices in different temporal circumstances, and thus forms the basis of temporal agency and is similar to Flaherty's idea of time work. Thus, in this article I focus on the identity, pragmatic and life course variants of agency, as they all differ in terms of their time horizon.

Identity agency represents the normative roles, reactions and ways of acting in certain situations. For example, one's goal might be to fit the role of a teacher and thus one acts in the way a teacher is expected to act in the classroom (Bowly, 2012). In other words, past experiences and social expectations guide role-based behaviours. By pragmatic agency Hitlin and Elder refer to the circumstances that require our focus and an heightened attention to our surroundings. This means that we use our pragmatic agency in novel situations, for example when routine breaks down and the habitual response is no longer available. When presented with new situations, we are forced to make choices, but those are shaped and constrained by our emotions, histories and moral codes. Life course agency extends this notion of histories and refers to the individual's capacity to act in a future-oriented way to shape their own biography. It involves memories and experiences of constructing and engaging in long-term plans and goals. Life course agency is similar to that of Bandura's (2006) conception of forethought, which refers to an individual's ability to anticipate the outcomes of their actions and in turn guides and motivates their efforts. However, life course agency includes not only the situated form of agency; that is, exercising forethought in actions, but also confidence in one's abilities to achieve life course goals ('self-efficacy' in psychological parlance). This belief also helps individuals in difficult life course situations.

Using the concepts of time work and the variations of temporal agency, I illustrate everyday life in foster care homes in a way that takes into account 1) how foster carers use their temporal agency and 2) the different variations of agency foster carers use in care work. Furthermore, this temporal orientation, made visible by time work and variations of agency, can reveal how time shapes their views of what constitutes 'good care' or 'good carer'. This helps us understand what kind of meanings they attach to temporality. Thus, the aim is to shed light on the temporal aspects of care and to understand how foster carers see themselves as carers. What is their temporal orientation in care work? Do they work on 'a knife's edge', strictly focusing on the

present, or are they more future-oriented?

Methods: data and analysis

The data consist of twelve audio-recorded interviews which lasted an average of 105 min (ranging from 47 to 155 min). The interview dataset consists of 159 single-spaced, transcribed pages. The twelve foster carers were recruited via regional service managers who made initial contact to inquire about their willingness to participate. If interested, the service managers either gave me the carer's contact details or the carers themselves contacted me via email or phone. The data was gathered between Autumn 2016 and Spring 2017. At that time, there were only 178 foster care homes in Finland, including both long-term and short-term foster care homes, which affected the number of potential interviewees (Sotkanet Indicator Bank, 2019). The study sample included ten women and two men, who were an average of 55 years old and had been providing care for roughly 3.5 years (see Table 1 for more detailed information on the characteristics of the interviewees).

Data collection took place in the carers' homes. I started the interviews by asking study participants about their backgrounds and motivations for becoming a foster carer. This was followed by topics ranging from municipal support, home setting and caring responsibilities to daily rhythms, social relationships, free-time and everyday life. I used a question sheet, but the purpose was to leave as much space as possible for interviewees' reflections and descriptions. For example, the terms that foster carers used to refer to their residents varied greatly: 'seniors', 'our grannies', 'family members', 'residents', and 'clients', although often they simply used the names of their residents. In this article, I use the term 'resident' given its more neutral connotation.

As I was interested in long-term foster care, I limited recruitment to only those foster carers who provided such care. One carer, however, had provided long-term foster care before but had recently moved and decided to serve only residents with short-term needs. Since her experience of long-term foster care was over two years long, I decided to include her. Two of the interviewees provided care by themselves, others had either their spouse, relative or friend working with them. Kirsi and Juha, Marja and Anna and Anneli and Matti were interviewed at the same time. Seven foster carers had a formal education in the social and health care sector, others were retired or had previously worked in different sectors.

Each participant gave their independent, informed consent to be interviewed and recorded. The consent form also alerted participants of their right to terminate the interview at any point or to afterwards refuse permission to use the data. To ensure the privacy of the interviewees, I have changed their names to pseudonyms.

I analysed the interviews using thematic content analysis (Braun & Clarke, 2006). In this article, I used Braun and Clarke's guidelines and phases for thematic analysis: 1. Familiarising yourself with your data, 2. Generating initial codes, 3. Searching for themes, 4. Reviewing themes, 5. Defining and naming themes and, 6. Producing the report. In the first

phase, I read the whole dataset with the topic of time in my mind. First, I concentrated more on the questions in which I had directly asked the foster carers to describe their normal daily rhythm. I searched for themes that would describe how time and its different dimensions affected the foster carers. At this point, my sole interest was in the everyday life and the daily rhythms and routines in the foster care homes, but soon I realised that the question of time was actually much more complicatedly embedded in the foster care work itself. Eventually, I decided to turn the question around: I started to think of foster carers' temporal agency and how they managed the time they had at their disposal.

After this realisation, Flaherty's (2003, 2011) concept of time work and its five dimensions (duration, frequency, sequence, timing, allocation) guided my search for codes and themes. 'Duration' was formed of descriptions of time going slowly or quickly and 'frequency' of descriptions of things recurring at a certain pace. I connected 'sequence' and 'timing' to 'daily rhythm' which was described in detail in every interview. 'Allocation' was formed from descriptions of giving, having or lacking time. These themes were further analysed in terms of variations of temporal, identity, pragmatic and life course agencies (Hitlin & Elder Jr., 2007). These variations were used as analytical tools. Pragmatic and identity agency were linked to duration, frequency, sequence and timing; and I analysed allocation together with life course agency (see Table 2). Thus, the first part of the analysis was about exercising time work in everyday life, and the latter part was about exercising temporal agency in terms of pauses, stops and future orientation.

In order to ensure rigor of the analytical process, I read and reread all the extracts of each theme and considered whether they formed a coherent pattern of meaning or were more anecdotal in nature. As Braun and Clarke (2006) advise, all generated themes were checked against each other and compared back to the original dataset to ensure they were coherent, consistent and distinctive. I considered the validity of each theme in relation to my dataset, and also whether the themes I generated accurately reflected the meanings in the interviews as a whole.

Findings

Exercising time work: duration, frequency, sequence, timing

Duration of time means that in certain situations time is experienced as slower or faster, longer or shorter rather than as linear, objectively measured clock-time (Flaherty, 2003). Twigg (2008) describes home-care work as slow time, even as non-time on occasion; a state in which routine tasks are performed and repeated almost mechanically. However, a fall or a missing person with a memory disorder interrupts this non-time and intensifies the experience of time. Suddenly, every moment of time matters in terms of survival and care. In other words, changing tempo is an inevitable part of care work. As one respondent, Sisko, put it, 'anything can happen at any time' (see also Altomonte, 2016). Almost all the foster carers had experienced the horrific moment of realising that one of their residents had wandered away. Thus, even one hour might feel too long if the foster carer is alone and something extraordinary happens.

The opposite can also be true. For example, Ritva spoke about a new

resident who was very aggressive and unwilling to participate in anything in the mornings, 'This has been by far the most difficult case I've ever had. It's against my work ethic that I do nothing, and I just try to pass the time in the mornings, until noon or so.' Ritva tried to pass the time and fill the empty mornings but felt guilty about not meeting her own standard of care: her professional identity was somewhat endangered. She believed that a good foster carer does not calculate the time invested: morning routines can take 'enormous amount of time', but this was exactly what made foster care work so meaningful to her. Sisko, on the other hand, lived a full life as a foster carer, and time for her passed particularly quickly. While she feared being bored, in reality, 'it feels like it's always time to say good night or that it's Friday'.

People can also have control over how often certain things happen. This brings us to the second dimension of time, *frequency*. In care work, this can refer to, for example, the frequency of baths or cleaning. The interviewees who specified the frequency of different tasks told me that they usually cleaned the whole house once a week, and that the residents showered or went to the sauna once a week. The scope and data of this study did not allow me to analyse whether the residents had any power to decide when or how often they wanted such things, and data shows that the desires and needs of the older person are subordinate to the requirements of the care system (Twigg, 2008). Even though a foster care home is not exactly a care system, the time frame is ultimately set by the foster carers. Some claimed they cleaned every single day and their residents were showered every morning and evening. For example, Toini describes her orientation towards cleaning as a sign of quality:

Today I have already vacuum-cleaned the whole house and mopped the floor and dusted everything because you really need to do that every single day. I also disinfect the toilets two times per day, like really properly. It's very important to me ... I'm very particular about that everything needs to be clean and fresh, it's also a good sign of quality, it's like in-house control although it's not statutory.

Toini's remarks underline her identity agency that cleaning is a part of the high-quality care she wants to provide to her residents. Toini had previously worked in an institution and continued in-house control in her own home too.

Frequency is closely tied with temporal *sequence*, which means the order of things; that a certain thing follows after another. *Timing* refers to a specific time at which a certain thing or event should happen (Flaherty, 2003; Korvela, 2003). These both refer more to the daily rhythm of foster care work (Korvela, 2011), as maintaining a daily rhythm is also a part of self-determination (Barrett, Hale, & Gaud, 2012). One goal of most of the foster carers was to make sure that their residents had a 'normal' daily rhythm as these had often been turned upside down before they came to foster care, especially for those with memory disorders. Certain activities in time construct a temporal sequence. For example, making the bed in the morning worked as a sign for some residents - they knew that after making their bed, they should put on their clothes and have breakfast. A regular daily rhythm also helped foster carers, as they were usually able to sleep through the nights and did not need to watch over the residents at night-time.

A regular daily rhythm was also a matter of predictability (Bowlby, 2012; Clawson & Gerstel, 2014; Tammelin, 2009). Typically, the residents could, for instance, sleep for as long as they wanted (or still had a normal rhythm for) and do things they would normally do in their own homes, according to their individual abilities. Mealtimes and coffee breaks routinely set the pace of an ordinary day. In addition, time was structured by activities such as being outdoors, singing, exercising, watching TV, or doing everyday household chores. Interestingly, three foster carers raised the fact that activating the functional abilities of older people, or 'active ageing,' (WHO, 2002) was something that the municipalities highlighted as a very important part of foster care, but which in reality was quite difficult to carry out. These foster carers felt that they could not constantly find new ways to stimulate the older people, firstly because many of their residents were too ill to participate

Table 2
The connections between time work dimensions and variations of agency.

Time work themes	Analytical tools	Time horizon
Duration, frequency, sequence, timing	Pragmatic agency Identity agency	Present Situational goal attainment
Allocation	Life course agency	Past and future

or did not wish to, and secondly because, like Marja puts it: 'this is our home, and at home you don't have a programme'. From the foster carers' point-of-view, it was more important to be there, to be available than to 'activate' residents.

So, some foster carers developed routines because their residents seemed to need a clear daily rhythm, but also because foster carers themselves needed rhythm in order to cope with the amount of work (see also Wiles, 2003). However, each foster carer had a different understanding of the daily rhythm. The most extreme example of a very structured, sequenced and timed schedule was that of Kirsi and Juha:

K: Well I can tell you our daily rhythm. There needs to be a rhythm, otherwise you're in a trouble with these (older people) if you don't have one. So, the wake-up call is at 7.15 am.

J: We wake up at 6 o'clock.

K: Yes, and even before that, this morning I woke up at 5.40. Then I go there at 7.15, to our men's bedroom and open the curtains and switch the lights on and say good morning. Then I ask how the night went, does someone need to go to the bathroom. If someone does, I wait, and then it's the women's turn. Then everyone gets dressed, does their hair and so on, then we come to the table for breakfast and I give them porridge and milk, and sandwiches which I usually make beforehand, and I give them their medicine and see that they take it. Then we drink coffee and then some of them go to the living room to watch the news or to the toilet, or someone might go and lie down for a while. Then we have lunch between 11 and 12, then toilet, and then everyone takes a nap until 1 or 1.30 pm. Then I go (to their bedrooms) and say come for coffee, we have our coffees and medicines, and then we watch a movie which starts at 1.30 pm.

J: Then we have afternoon coffee. Between 4 or 5 pm we have dinner.

K: And then at 7 pm we have the evening meal, and everyone takes their medicine and then everyone goes to the toilet one by one.

J: At 8 pm I take out the trash and then we have our own time for a couple of hours.

This description strikingly resembles the time structure of an institution. Kirsi's and Juha's identity agency clearly leans towards a more structural understanding of living and caring at home, as the day is scheduled as if in a workplace context (Twigg, 2008). As they say, without this rhythm they would be in trouble. Through this time work, they manage their day and ensure their own time in the evenings. It is unclear whether this rhythm responded to the needs of the older people or was constructed more on the foster carers' terms.

In their article, Hirvonen and Husso (2012) analysed the temporal agencies of care workers in an institutional setting. They concluded that care workers need to balance the needs of the people they care for with organisationally-driven, mechanical, cost-effective clock-time. Too often these care workers existed on a knife's edge: the time pressures of work forced them to concentrate only on their immediate surroundings and to exercise their pragmatic agency. Jaber Gubrium (1975) referred to this as an emphasis on 'bed and body work'. However, in foster care, achieving balance related more to social life and the amount of time the foster carer could invest in their family or friends. In fact, many foster carers exercised resistance (Hitlin & Elder Jr., 2007) towards their previous places of work, as none of the interviewees who had previously worked in home care, residential care or in a hospital wanted to go back to their previous jobs. Their temporal orientation, identity agency, derived from their understanding of what constitutes a 'good care worker', and the components of this role. Sisko and Irene described this orientation:

Sisko: I don't feel that it is terrible that I need to do things according to other people's needs. No, it's more like, to me it's crystal clear that the needs of others, that when I see that someone needs help, I leave my meal and go and help them to the toilet. There's nothing peculiar about that.

Irene: Before foster care, I worked in a sheltered housing for older people which actually gave me the idea of becoming a foster carer, as

there's [in sheltered housing] no time. In sheltered housing there are lots of lonely older people. Sense of a community was my dream...It fascinated me that [in adult foster care] I could give more time, just be there and serve.

For Sisko and Irene, their desired role involved serving, and that meant putting their own needs aside if someone needed help. Overall, the most important factor in foster care work was their ability to provide care without haste, at their own pace and precisely when it was needed. This was also the reason why foster carers wanted to emphasise that their foster care home was not an institution. The way Saara sees herself as a foster carer and what her duties are would not be the same in a more institutionalised care facility, which also illustrates her identity agency:

S: Yes, I have tried to break down some more traditional stuff...But the reality is that some days are very routine based, that you just do task-oriented things, and other days are such that you want to get everyone involved and do things together...It's about balancing, you have to adapt and balance every day, the whole time...Everyone here goes about (in a rhythm) as they like, if you want to stay in bed, I won't tear you away from it because lunch is ready. It would be very easy for me if everyone ate their lunch when it was ready. But then again, I have wanted to hold on to, you know, that older people have their own rhythms, those that they were used to have in their own homes, so I have tried to hold on to each individual rhythm.

I: So, there are many rhythms?

S: Yes, one drinks their morning coffee when one is eating lunch, or one eats lunch when it's time for afternoon coffee, but I've managed... It's demanding, but it is what it is...That's how I think it should be with older people. Yes, we should encourage them to be active and do things by themselves, yes, but on the other hand I think that they deserve that kind of care that, I don't want to be a taskmaster, like, 'get up, get up, get up, put your clothes and socks on' and so on. I think it's humane if I help a 97-year-old war veteran put his socks on and help him in everything and not make him do things by himself...These kinds of things belong more to the world of hospitals.

Thus, in Saara's home, everyday life was organised in a way that multiple sequences and timings overlapped. Her identity as a carer was driven by her understanding of what constitutes humane caregiving, which, to her mind, conflicted with the world of hospitals and institutional care facilities. In terms of temporal agency, she spoke of 'balancing' and 'applying', both of which refer to pragmatic orientation, but also to identity agency. Her temporal agency and the role she wanted to act out was made of novel events and a non-standardised way of living, which needed constant adaptation, but was still 'a clear system'. Hitlin and Elder Jr. (2007) call this 'patterned spontaneity', describing the habitual response to unexpected events. Those foster carers who had a professional background in caring emphasised their work experience and education in novel situations, as they could act spontaneously in times of emergency.

In sum, the foster carers expressed their identity agency through managing the duration of time, the frequency of events and by sequencing and timing everyday life. Their main goal was to establish a smooth, steady everyday life, in which certain events, especially mealtimes, acted as the basis of daily rhythm. The role they wanted to act out was that of a calm, emphatic carer who could provide personal care to their residents whenever needed. Time work was thus also body work (Cohen, 2011; Twigg, 2000). Pragmatic agency was mainly exercised in times of emergency, when the day was interrupted by illness, seizure or someone wandering away. Thus, the need to use pragmatic agency was not as necessary as it is on the knife's edge of residential care. Instead, every day is filled with unexpected events which need spontaneous reactions, and in turn reduce the amount of time they have to provide 'good care' (Hirvonen & Husso, 2012; Hitlin & Elder Jr., 2007; Kröger et al., 2018) as narrowly defined by 'bed and body work'.

Temporal agency at work: allocation, pauses and stops

The fifth dimension of time work is the *allocation* of time; that is, how, for whom and into what people divide their time. As Andersson (2008: 359) argues, 'sufficient allocation of time for both routines and for coping with unforeseen needs should be emphasised' in care work. Accordingly, I understand the allocation of time as being twofold: time available for care work and time available for the foster carers themselves. As Twigg (2008) pointed out, care workers live in plural time frames as they too have time needs that relate to their demands, such as eating and sleeping, as well as to the needs of their families. As a result, care workers' needs might compete with those of their residents. To analyse the allocation of time in more detail, I use the terms of *pauses* and *stops* to illustrate foster carers' agency in allocating time for themselves. Allocation is also connected to the life course agency variant, as the time horizon extends from the present to both the past and the future.

According to Davies (2001: 140) 'pauses are moments at work or at home when the usual flow of work is halted for a period'. Pauses are not times of inaction, but rather moments of 'recharging the batteries', moments of rest, relaxation and reflection essential to the well-being of all parties. However, activities related to care work cannot usually be neatly scheduled. Memory disorders play a large role in the everyday life of foster care homes, for example in terms of disturbed, mixed daily rhythms. Unexpected things, such as falls or other accidents, demand flexibility and prioritisation of other people's needs (Davies, 2001). Thus, it might be temporally as well as spatially difficult to find time and space for oneself, sometimes even to get enough sleep, as the foster carers were in reality tied to their inhabitants' cyclical tempo (Davies, 2001; Twigg, 2000, 2008; Wiles, 2003).

In care work, the assumption is that the care worker is always available (Altomonte, 2016; Davies, 2001), or what Zerubavel (1981) called 'socially accessible'. It seems that this is also true in adult foster care, although the timetables are not regulated by others. Foster carers had problems taking 'time-out' for themselves and not putting the needs of others first (Davies, 2001). For example, one foster carer could leave her home only twice a week for four hours as she was providing care by herself and only had a substitute arranged by the municipality twice a week. This related to the number of people working in the foster care home. Toini, for instance, had previously provided care by herself, but had now a neighbour to help her:

Here I can go jogging early in the morning and late in the evening but when I was alone, I was indoors for one and a half years without any outdoor activities. No-one can cope that. Everyone needs the possibility to air their heads.

In terms of a social life, for many it was hard to allocate time for friends and family (Leinonen, 2018). Some even felt they had so little free time that were not able to 'live half of their lives'. Irene, for example, was constantly on standby as she could never know what would happen, for example, during the night. What if someone fell or had some kind of seizure?

Thus, it was crucial for foster carers to have their own time, but *where* these time-outs or pauses were taken was also vital: in-home or out-of-home? Sointu (2016) conceptualised these two spatially and temporally different time-outs as 'little gaps' and 'breakaways': a little gap indicates a moment that can be taken for oneself during the day and a complete respite from caring duties. Some shared the time they had at their disposal with their partners so that they took their free-time in turns. For example, Anneli and Matti had found a way to take a little gap, a moment for themselves, during the day by doing grocery shopping (see also Wiles, 2003):

M: I have noticed that grocery shopping is really refreshing. Before I never thought about it like that, that I would go to the grocery shop and look for things and browse around the shelves like 'this is fun'. ... Usually I go to the neighbouring café...

A: So do I.

M: ... and I have a cup of coffee there...

A: ... watching people...

M: ... although we have coffee at home too... but there it's your own time.

Little gaps were also taken at home, during the day. It was common, especially in those foster care homes in which the residents had quite good functional abilities, that the foster carer could for instance read on the couch while the residents were watching a movie. For many foster carers, being able to get a clear break from their work was, however, a necessity. Slightly over half of the interviewed foster carers wanted to have a longer period of rest than the three days per month, so twice a year, they went away for about two or three weeks. They emphasised that they were not responsible for objects but for people who were often seen as part of their family. Yet longer breakaways needed careful planning, like finding a suitable, trustworthy substitute with whom they were comfortable leaving their residents and their homes. This was also the reason why some of the foster carers did not want to take longer breakaways, or even their statutory days-off as, like Sisko said, 'it would need too much work to arrange everything'.

In addition to pauses, another dimension of time needs to be stressed: the moment of *stop*. The ideal situation in adult foster care is that older people can live in the same place until the end of their lives. This means that an inevitable part of foster care is letting go, either because of death or illness; that is, situations beyond the control of a foster carer. Anneli and Matti describe a moment of letting go:

A: We started to think that this situation won't change even though I go to my mom's place and rest there.

M: Yes, and then we realised that the future brings new residents. We learned to blow the whistle and...

A: At a given time.

M: In time. Before you kill yourself with work. You weren't that far away from burnout, were you?

A: No, I wasn't. ... But like I said, this person (of whom they had to let go) was so sweet that it felt so bad (to let her go). That we had to make the decision of letting go. But now, in hindsight, we made the right decision. For her also. She is now in a safe environment and... So, you have to think that... but you can't help your feelings.

M: And really, the foster carer can feel guilty because...

A: ... it was like, I can't care for her...

M: ... that am I not a good carer since I have to end the care relationship. But that's the nature of this work.

In their analysis, Hirvonen and Husso (2012) conclude that the time horizon of caring extends from daily activities to past memories, experiences, and future plans. Their interviewees, like Matti and Anneli above, pondered and felt concern about the life situations of those they cared for. This is part of the temporal work that Hitlin and Elder Jr. (2007) call life course agency, which involves past memories and experiences in constructing and engaging in long-term plans. As Matti explained, they questioned their own abilities to provide good care, to be the foster carer they wanted to be. Milligan (2005) argued that the transition from home to residential care is bound up with informal carers' senses of self and identity: when the caregiving ends, feelings of both relief and failure can impact on carer's well-being. Likewise, letting go was hard for every foster carer, especially if the resident had lived with them for a long time. Foster carers spoke very fondly of their former residents and reminisced about funny incidents and mishaps or amusing things their resident used to say. It was clear that the foster carers missed them, but the most striking thing was how long these foster carers tried to cope with their deteriorating residents. Johanna, for instance, had a resident who did not sleep at all during the nights, who would look for a place to urinate five to seven times an hour, and if he did not find the toilet, he urinated on the mats. And still Johanna tried to cope with him, took the mats away and watched him closely. Thus, Johanna, like Anneli and Matti, attempted to manipulate the duration of the care relationship almost to the very limit of her own coping. Many interviewees indeed felt concern for their own health and

the continuity of foster care: if they became seriously ill, it would probably mean the end of their work and relationship with the resident. This may be why so many respondents highlighted the importance of free time, as it related to their own ability to continue providing care. For two foster carers, however, prolonging the care relationship was also a matter of income, as there was no assurance from municipality's part that they would get another resident if someone moved out.

Discussion

The purpose of this article was to analyse the everyday life of adult foster care providers in Finland in the context of time work and temporal agency and its variations. The article's main question was: how do foster carers express their temporal agency and its variations (identity, pragmatics, life course) through time work? The data highlight the complex nature of time in foster care work. Three central findings were the importance of time itself, the emphasis on identity agency and how difficult it was for carers to allocate time for themselves.

In terms of care work, time itself as a resource was the most valued aspect of foster care work. It was something that was always lacking, and/or which had caused pressure in their previous workplaces. As foster carers, the interviewees felt that they could impact the duration, frequency, sequence and timing of their care work quite well. The day was usually timed and sequenced according to mealtimes, which formed the basis of the daily rhythm. Other daily events, such as chores, outdoor activities and visits, followed a specific order that suited the residents and foster carers themselves. How the duration of time was experienced perhaps fluctuated the most: an ordinary day in a foster care home was peaceful, but the nature of care work also made it susceptible to sudden changes, and thus also vulnerable to the hardship of letting go.

In the analysis, I linked identity agency and pragmatic agency to the first four variables of time work. Pragmatic agency was mainly needed in times of emergency which highlights the difference of foster care work compared to other forms of care work. Accidents and seizures also happened in foster care, but creativity was mainly needed for more practical things, such as how to do entertain residents with memory disorders complete laundry more efficiently. Identity agency, on the other hand, was in a way embedded in the idea of adult foster care. The foster carers organised the daily rhythm and the timing and frequency of daily events in a way that ensured the well-being of their residents – yet this challenged their ability to find time for themselves and their own families. Most foster carers felt that it was more important to be there, to be present and available than to make sure that the household was cleaned or their residents were activated.

Although foster carers mostly allocated their time to their residents, literally from dusk till dawn, and in this way expressed their identity agency, the allocation of time to others, like family and friends, required careful, future-oriented planning. This is why I see the fifth dimension of time work, the allocation of time, more as exercising one's life course agency. It was the most problematic dimension to handle, not in terms of actual care work, but in terms of free time, rest and relaxation, which are essential to foster carers' well-being (Davies, 2001). It also had social consequences because the pauses the foster carers could take during their work were limited, as were longer breakaways. This is an important counter to previous findings (Hirvonen & Husso, 2012). Formal care workers' need for pragmatic agency may lead to neglecting their own needs: similarly, strong identity agency may lead to precisely the same result if the support system does not work.

Interestingly, the foster carers' life course agency also extended to their residents in terms of worrying about their future and well-being, missing them and wishing they could have provided the kind of care their resident most needed. This highlights how the past, present and future are intertwined in care work, and also illustrates the affective dimension of care work. It also stresses the semiformal and hybrid

nature of adult foster care, that it is not a long-term care facility nor an ordinary family care arrangement. Although foster carers care for older people whom they do not know beforehand, many formed strong emotional bonds with their residents (Milligan, 2005). This also made it difficult to let residents go when they died or needed more advanced care, although for two foster carers it was also a matter of income. All in all, foster care seems to be more similar to family care than to formal institutional care. Many times, the foster carers themselves are responsible in determining *when* an older person needs institutional care.

The main contribution of this article is to demonstrate how, in contrast to other forms of care, especially more formal forms, the understanding of time is distinct in foster care. The temporal context and time frame of adult foster care is not based on cost-effectiveness, but on the rationality of attending to the needs of needing bodies (Twigg, 2008; Waerness, 1984). For over half of the interviewees, being a foster carer was in fact a way of resisting clock-driven, institutional-like care work, its time constrains and unpredictability (Hirvonen & Husso, 2012). However, in acting out the desired role of a good carer, the foster carers ended up losing certain parts of their lives as being socially accessible (Zerubavel, 1981) left them stuck in liminal time between on-duty and off-duty.

These data show how hard it is for foster carers to combine their work and family/social life, due both to their strong professional agency and the fact that they are not regarded as formal care workers. The foster carers control their time in terms of work and routines but not in terms of their social life. In that sense, their time is unequal (Clawson & Gerstel, 2014). These risks are similar to those providing family care (Brodsky & Donkin, 2009), but also in some ways harder and more precarious. Foster care work demands professional knowledge and skills, although formal education is not needed (Tammelin & Ilmarinen, 2013). Yet, the adult foster care model fails to acknowledge these demands, as foster carers are treated only as semi-workers who have no formal work contract or associated benefits and job security. Thus, foster care is vulnerable work emotionally, financially and socially: emotional bonds between foster carers and residents may lead to untenable situations in which foster carers are overburdened, yet in some cases forced to continue. Since the municipality cannot always offer a new suitable resident when one dies, the financial and psychosocial risks are embedded in the foster care system itself, as foster carers themselves bear the burden of the outcomes similar to what has long been reported by informal family carers.

Thus, this finding highlights the need to reconsider the very model of adult foster care in terms of temporal issues. Regardless of the liberating aspect of adult foster care, at least some foster carers feel they only 'live half a life' because of a lack of free time. It is also a question of well-being: how are foster carers expected to continue in their work, to which they give their home and most of their time, if they do not get enough rest? In that sense, the policy behind the development of adult foster care that aims at cost-effectiveness (Leinonen, 2017) threatens foster carers well-being, although it does not determine their temporal agency. In order to develop the adult foster care scheme to a real housing and care option for older people and a tenable work option for potential foster carers, several issues should be carefully considered. To ensure foster carers' well-being, their statutory right to days-off should be increased, and the support and substitute system should be enhanced so that foster carers can allocate more time for themselves and their families, even when this would mean more costs to the municipalities. Also, older people in need of care should be placed to foster care much earlier. This means that adult foster care should not replace institutional care: instead, it should be a model that enhances the quality of life of older people in need of care and defers their need for more intensive care. It seems that through their professional temporal identity, foster carers are committed to their work, but it is questionable how committed the municipalities are to foster care. Also, in other countries that wish to develop adult foster care, commitment of funding and monitoring authorities is a necessary condition.

For further research, it would be interesting to analyse how older people living in a foster care home can execute their temporal agencies and examine what kind of choices are available to them (Evans, 2002). For foster carers, their care work was a way to resist the time pressures and time frames of current working life, that is, a way to be able to be 'their own bosses' and deliver what they deemed 'good care'. This, however, may have also negative consequences for older people if they themselves are not able to execute their temporal agency, which highlights the necessity of further research on adult foster care from the residents' perspective.

Acknowledgements

Warm thanks to the editor, reviewers and my supervisors, Professor Teppo Kröger and Academy Research Fellow, Research Director Mia Tammelin, and also Dr. Helena Hirvonen, for their useful insights and comments. This study is conducted at the University of Jyväskylä as part of the Centre of Excellence in Research on Ageing and Care (CoE AgeCare, 312303) funded by the Academy of Finland.

References

- Act on Adult Foster Care 263 (2015). Retrieved from <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150263>.
- Adam, B. (1995). *Timewatch: The social analysis of time*. Cambridge: Polity Press.
- Altomonte, G. (2016). Beyond being on call: Time, contingency, and unpredictability among family caregivers for the elderly. *Sociological Forum*, 31(3), 642–662. <https://doi.org/10.1111/sof.12267>.
- Andersson, K. (2008). The neglect of time as an aspect of organising care work. In S. Wrede, L. Henriksson, H. Host, S. Johansson, & B. Dybbroe (Eds.). *Care work in crisis: reclaiming the Nordic ethos of care* (pp. 341–361). (1. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Anttonen, A., & Karsio, O. (2016). Eldercare service redesign in Finland: Deinstitutionalization of long-term care. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 151–166. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129017>.
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 164–180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>.
- Barrett, P., Hale, B., & Gauld, R. (2012). Social inclusion through ageing-in-place with care? *Ageing and Society*, 32, 361–378. <https://doi.org/10.1017/S0144686X11000341>.
- Bowlby, S. (2012). Recognising the time-space dimensions of care: Caringscapes and carescapes. *Environment and Planning*, 44, 2101–2118. <https://doi.org/10.1068/a44492>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>.
- Brodsky, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228.
- Brookes, N., & Callaghan, L. (2013). What next for shared lives? Family-based support as a potential option for older people. *Journal of Care Services Management*, 7(3), 87–94. <https://doi.org/10.1179/1750168714Y.0000000029>.
- Clawson, D., & Gerstel, N. (2014). *Unequal time: Gender, class, and family in employment schedules*. (Russell Sage Foundation).
- Cohen, R. L. (2011). Time, space and touch at work: Body work and labourprocess (re) organisation. *Sociology of Health & Illness*, 33(2), 189–205. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01306.x>.
- Davies, K. (2001). Responsibility and daily life. Reflections over timespace. In J. May, & N. Thrift (Eds.). *Timespace: Geographies of temporality* (pp. 133–148). London: Routledge.
- Evans, K. (2002). Taking control of their lives? Agency in Young Adult Transitions in England and the New Germany. *Journal of Youth Studies*, 5(3), 245–269. <https://doi.org/10.1080/136762602200005965>.
- Finnish Federation of Foster Care Associations website (2019). Adult foster care, older people. Retrieved from <https://www.perheitoilto.fi/perheito/ikaihmiset>.
- Finnish Government (2015). Finland, land of solutions. Programme of prime minister Sipilä's government. Retrieved from http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suumi_EN_YHDISTETTY_netto.pdf/8d2e1a66-e24a-4073-8303-ee3127fbfcac.
- Flaherty, M. G. (2003). Time work: Customizing temporal experience. *Social Psychology Quarterly*, 66(1), 17–33. <https://doi.org/10.2307/3090138>.
- Flaherty, M. G. (2011). *The textures of time: Agency and temporal experience*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Fuchs, S. (2001). Beyond agency. *Sociological Theory*, 19(1), 24–40. <https://doi.org/10.1111/0735-2751.00126>.
- Gubrium, J. (1975). *Living and dying at Murray manor*. New York: St. Martin's Press.
- Hakkarainen, P., Kuukkanen, M., & Piispanen, H. (2014). *Perhehoidon tietopaketti (Information package of adult foster care)*. Jyväskylä: Perhehoitoliitto ry.
- Hirvonen, H. (2014). *Habitat and care: Investigating welfare service workers' agency*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Hirvonen, H., & Husso, M. (2012). Living on a knife's edge: Temporal conflicts in welfare service work. *Time & Society*, 21(3), 351–370. <https://doi.org/10.1177/0961463X12454382>.
- Hitlin, S., & Elder, G. H., Jr. (2007). Time, self, and the curiously abstract concept of agency. *Sociological Theory*, 25(2), 170–191. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9558.2007.00303.x>.
- Jolanki, O. (2009). Agency in talk about old age and health. *Journal of Aging Studies*, 23(4), 215–226. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.12.020>.
- Kivilehto, S., & Ritala, W. (2014). "Ongelmallinen rytmiän on jos valvoo yöt ja nukkuu päivät" – Ikäihmisten päivärytmi heidän itsensä ja asiantuntijoiden kuvaamana. ('One has a problematic rhythm if one stays up all night and sleeps all day', The daily rhythm of older people described by themselves and experts). In P. Korvela, & T. Tuomi-Gröhn (Eds.). *Arjen rakentuminen ja rytmit perhe-elämän käännekohtissa. (The construction of everyday life and rhythms in the turning points of family life)* (pp. 2014). Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Korvela, P. (2003). *Yhdessä ja erikseen – perheenjäsenten kotona olemisen ja tekemisen dynamiikka. (Together and individually – The dynamics of family members' gatherings at home)* Helsinki: Stakes.
- Korvela, P. (2011). Arki, päivärytmi ja sekkensitt – Miten käsitteellistä arkea ja kotia? (Everyday life, daily rhythm and sequences – how to conceptualise everyday life and home). In S. Fågel, M. Jonsson, P. Korvela, & A. Kupiainen (Eds.). *Arki haltuaun – Sekkensittmenetelmä perheyössä (In control of everyday life – sequence method in family work)* (pp. 219–223). Helsinki: Väestöliitto.
- Kröger, T., Van Aerschoot, L., & Mathew Puthenparambil, J. (2018). Hoivatyö muutoksessa. *Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa [Care work under change: Finnish care work for older people in Nordic comparison]*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Leinonen, E. (2017). Jotain uutta, jotain vanhaa, jotain lainattua – ikääntyneiden perhehoito Suomessa' (Something new, something old, something borrowed – adult foster care for older people in Finland). *Gerontologia*, 31(3), 210–224. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.63288>.
- Leinonen, E. (2018). Tensions and resilience - the experiences of adult foster care workers in Finland. *International Journal of Care and Caring*, 2(2), 181–196. <https://doi.org/10.1332/239788218X15224821762868>.
- Milligan, C. (2005). From home to 'home': Situating emotions within the caregiving experience. *Environment and Planning A*, 37, 2105–2120.
- Ministry of Social Affairs and Health (2018). Perhehoidon palkkiot ja korvaukset (Care fees and compensation of expenses of adult foster care). Retrieved from https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/perhehoidon-palkkiot-ja-korvaukset-vuonna-2018.
- Mollica, R., Booth, M., Gray, C., & Sims-Kastelein, K. (2008). Adult foster care: a resource for older adults. Retrieved from http://www.nashp.org/sites/default/files/AFC_resource.pdf.
- Olakivi, A. (2018). *The relational construction of occupational agency. Performing professional and enterprising selves in diversifying care work*. Helsinki: University of Helsinki.
- Sointu, L. (2016). *Hoiva suhteessa. Tutkimus puolisooan hoivaavien arjesta. (Care in a relation: a study of everyday lives of informal care)*. Tampere: University of Tampere.
- Southern, D. (2013). Habits, routines and temporalities of consumption: From individual behaviours to the reproduction of everyday practices. *Time & Society*, 22(3), 335–355. <https://doi.org/10.1177/0961463X12464228>.
- Tammelin, M. (2009). *Working time and family time. Experiences of the work-family interface among dual-earning couples in Finland*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Tammelin, M., & Ilmarinen, K. (2013). Vanhusten perhehoidon jännitteet. [Tensions of the adult foster care for older people]. *Janus*, 21(3), 259–267.
- The Sotkanet Indicator Bank (2019). "Perhehoidossa olleet vanhuksat 31.12., kunnan kustantamat palvelut" ja Ikääntyneiden tehostetun palveluasuminen asiakkaat 31.12. yhteensä. *Older people in adult foster care 31.12. funded by the municipalities*. Retrieved from <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy71ttbNjzcFAA=®ion=s07MBAA=&year=sy6rDbS0zUEAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718>.
- Twigg, J. (2000). Carework as a form of bodywork. *Ageing and Society*, 20, 389–411. <https://doi.org/10.1017/S0144686X99007801>.
- Twigg, J. (2008). Clashing temporalities: Time, home and the bodywork of care. In A. Martin-Matthews, & J. Phillips (Eds.). *Ageing and caring at the intersection of work and home life: Blurring boundaries*. New York: Psychology Press.
- Waerness, K. (1984). The rationality of caring. *Economic and Industrial Democracy*, 5(2), 185–211. <https://doi.org/10.1177/0143831X8452003>.
- WHO, World Health Organisation (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
- Wiles, J. (2003). Daily geographies of caregivers: Mobility, routine, scale. *Social Science & Medicine*, 57. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00508-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00508-7) 1307–132.
- Zerubavel, E. (1981). *Hidden rhythms: Schedules and calendars in social life*. Chicago: University of Chicago Press.