



Forgács Judit – Molnárné Jancsik Beáta

ÖREGEDŐ BÖRTÖNPOPULÁCIÓ: SZERVEZETI KIHÍVÁSOK ÉS MEGOLDÁSOK AZ IDŐS FOGVATARTOTTAK KEZELÉSÉBEN

An aging prison population: Organizational challenges and solutions in the management of geriatric inmates

A börtönpopuláció szisztematikus öregedése hazánkban, az Európai Unió és az Egyesült Államok börtönrendszerében egyaránt kimutatható tendencia, amely a XXI. század büntetés-végrehajtási gyakorlatát alapvetően átalakítja. Jelen tanulmány átfogó célja annak vizsgálata, hogy a társadalomban megfigyelhető demografikus öregedési folyamatok milyen hatást gyakorolnak a büntetés-végrehajtás szervezetére, intézményi kapacitásaira, és hogy milyen szervezeti, jogi és etikai megoldások alkalmazhatók az idős fogvatartottak speciális szükségleteinek kielégítésére. A nemzetközi tapasztalatok – az Egyesült Államok, Németország, az Egyesült Királyság, Franciaország – és a magyar gyakorlat komparatív elemzésén keresztül bemutatjuk az idős fogvatartottak kezelésének strukturális és funkcionális kihívásait, az ellátás szervezésének lehetőségeit és korlátait, valamint a szükséges fejlesztések irányait.

Kulcsszavak: börtönpopuláció öregedése, idős fogvatartottak, geriátria, szervezeti megoldások, emberi méltóság, szociális integráció

The systematic aging of the prison population is a demonstrable trend in Hungary, the European Union, and the prison systems of the United States alike, fundamentally reshaping correctional practice in the 21st century. The overarching aim of the present study is to examine how demographic aging processes observed in society affect the organization and institutional capacities of correctional systems, and to explore what organizational, legal, and ethical solutions can be applied to meet the specific needs of geriatric inmates. Through a comparative analysis of international experiences – specifically those of the United States, Germany, the United Kingdom, and France – and Hungarian practice, the study presents the structural and functional challenges of managing geriatric prisoners, the possibilities and limitations of organizing their care, and the directions of necessary future developments.

Keywords: aging prison population, geriatric inmates, geriatric corrections, organizational solutions, human dignity, social integration

Bevezetés

Az öregedő társadalom jelenségeire Simone de Beauvoir már évtizedekkel ezelőtt hivatkozott, miszerint az öregedés kérdései a társadalom egésze számára jelentenek kihívást, és teszik azt próbára (Beauvoir, 1972). Ez a megfigyelés az elmúlt évtizedekben nem csupán aktualitást nyert, hanem az Európai Unió, valamint az észak-amerikai kontinens büntetés-végrehajtási szektora számára is kritikus szintű valósággá vált. Az alapfelvetésünk – amely az alábbi tanulmányt vezérli – az, hogy a nemzetek börtönpopulációjának összetétele a társadalmak demográfiai, szociális és politikai jellegzetességeinek tükörképe. Ebből a feltevésből szükségszerűen következik a kérdés: ha a fejlett, fogyasztói társadalmak jellemzőjeként az öregedés jelenik meg, akkor az elidősödés folyamata a büntetés-végrehajtás szervezetét (a továbbiakban: bv. szervezet) milyen speciális feladatok és strukturális megújulás elé állítja? A kutatási adatok alapján (Molnárné, 2022) előzetesen megállapítható, hogy az idősödő börtönpopuláció kezelése nem csupán demográfiai jelenség, hanem kiemelt szervezeti feladat, amely többszintű megközelítést igényel a büntetés-végrehajtási, egészségügyi és szociális ellátórendszerek összehangolásán keresztül.

Az UNESCO még 1997-ben, közel három évtizeddel ezelőtt fogalmazott meg olyan prognózist, amely szinte jövendölésnek hat napjainkban: *„Korunkban több idős ember él a Földön, mint bármikor ezelőtt, és arányuk a lakosság egészéhez viszonyítva tovább növekszik.”*¹ Magyarország a bv. intézetek viszonyában közvetlenül is érintett ebben az átalakulásban, a 60 év feletti fogvatartottak száma 2015 és 2025 között 495 főről 976 főre, azaz 10 év alatt közel a kétszeresére nőtt. Ez az aránytalanul magas növekedési ütem azt sugallja, hogy nemcsak a társadalmi demográfiai trendek, hanem a büntetőpolitika és a büntetés-végrehajtási rendszer szervezeti jellegzetességei is szerepet játszanak ebben a folyamatban.

Elméleti alapvetések és az idős börtönpopuláció fogalmi keretei

Az elidősödés nemzetközi dimenziói

A Nemzetközi Statisztikai Intézet 2019-es felmérése szerint az Európai Unió 28 tagállamában² 2018 elején 101,1 millió idős (65 éves vagy annál idősebb) ember élt, ami a teljes népesség több mint egyötödét (19,7%) tette ki. Az európai demográfusok előrejelzései szerint a következő három évtized során ez a szám 2050-re eléri a 149,2 millió lakost,

1 81/2009. (X. 2.) OGY határozat az Idősügyi Nemzeti Stratégiáról

2 Ennek oka, hogy az Egyesült Királyság csak 2020. január 31-én lépett ki az EU-ból, 2019-ben még az EU tagja volt.

amely az EU népességének 28,5%-át fogja képezni (Eurostat, 2019). Ez az előrejelzés nem pusztán statisztika, ez gyakorlati értelemben azt jelenti, hogy az Európai Unió minden harmadik lakosa idősebb ember lesz, aki feltehetően speciális szociális, egészségügyi és közszolgáltatási igénnyel fog rendelkezni.

Az EU népességének gyors elöregedése alapvető társadalmi-demográfiai tényezőkre vezethető vissza: a termékenységi ráták hosszú távú csökkenésére, valamint a várható élettartam drámai növekedésére (Hablicsek – Pákozdi, 2004). A várható élettartam – mely 1960-ban még 69,7 év volt az EU-ban – 2024-re 81,7 évre emelkedett, és a kelet-európai tagállamok még mindig lemaradásban vannak, azonban a trendek világos irányba mutatnak (Eurostat, 2025). Az Eurostat 2019-es jelentésének megállapításai között található egy különösen figyelemfelhívó adat: az EU-n belüli medián életkor várhatóan 3,8 évvel nő 2050-re; a nagyon idősök (85 évesek vagy idősebbek) száma gyorsan növekszik, azonban több mint kétszer annyi nagyon idős nő van, mint nagyon idős férfi (Eurostat, 2019). Ez gyakorlati értelemben azt jelenti, hogy az EU szociális infrastruktúráját elsősorban 85-90 éves korban lévő, különösen sérülékeny, gyakran özvegy és intézményi gondozásra szoruló nők számára kell kialakítani.

Az idős állapot meghatározása

Az idős állapot meghatározását a demográfiai definícióval szükséges kezdeni: az Egészségügyi Világszervezet (WHO) életkor szerinti felosztása alapján az idősödés folyamata 50 éves korban kezdődik. Az 50-59 év az ún. „áthajlás kora”, a 60-74 év az „idősödés kora”, a 75-89 év az „időskor”, a 90-100 év az „aggkor”, illetve a 100 év feletti időszakot „matuzsálem korként” jelölik (KSH, 2025). Azonban az idős állapot definiálásánál nem nélkülözhetjük a többdimenziós megközelítést. A kronológiai időskor mellett szükséges figyelembe venni a biológiai életkort, amely az egyén általános fizikai állapotát, potenciális élettartamát, az neurológiai és szervi funkcionális állapotát jelöli. Mindemellett nem lehet figyelmen kívül hagyni a funkcionális életkort sem, amely az egyén képességeit és korlátait, valamint önellátási és társas aktivitáshoz szükséges képességét jelenti. Harmadikként pedig a pszichológiai életkort kell figyelembe venni a viselkedés és észlelés szempontjából, amely szerint a szubjektív érzés és az életkor felfogása jelentős eltéréseket mutathat a kronológiai kortól (Molnárné, 2002).

A bv. intézetekben működő gyakorlat merőben más valóságot mutat. Az Egyesült Államok börtönrendszerének empirikus kutatásai rámutattak egy figyelemre méltó jelenségre: az intézetben eltöltött idő alatt az emberek gyorsabban öregszenek, mint a szabad társadalomban élők (Juhász, 2012). Az amerikai „börtönorvosok” és kriminológusok becslése szerint sok fogvatartott esetében a fiziológiai életkor 10-15 évvel haladja meg a tényleges életkort (Maschi – Morgen, 2014). Ez a különbség több okra vezethető vissza: az eleve rossz szociális körülmények közül érkező személyek már

meglévő egészségügyi alapproblémáira, a bv. intézetben tapasztalt érzelmi trauma és krónikus stressz fiziológiai hatásaira.

Ez az ún. „accelerated aging” (felgyorsult öregedés) jelenség a hosszú fogvatartás tanulmányozásának egyik leginkább megdöbbentő megállapítása. Az amerikai geriátriai kutatások azt találták, hogy olyan mozgásszervi fogyatékoságok, hallás- és látáskárosodások, valamint inkontinencia-problémák, amelyek egy szabad ember esetében tipikusan 75-80 éves korban jelennek meg, a fogvatartotti populációban átlagosan 55-60 éves korú egyéneknek jelentkeznek (Maschi – Morgen, 2014).

Az életvégi fogvatartás etikai kérdései

Az emberi méltóság koncepciója – amely az Európai Unió szerződéseinek tárgyát képezi – vonatkozik az élet végére is. Azonban a fogvatartás ezt az alapvetet számos módon befolyásolja. Az alapvetős kérdés, hogy mikor válhat az idősödő, véglegesen beteg fogvatartott egyéb joga is sérülté olyannyira, amit a szabadságvesztés-büntetés tényéből fakadó következményeként elfogadhatunk? Az Európai Tanács Kínzás Megelőzésére Létrehozott Bizottsága általános javaslati szerint: „*A gyógyíthatatlan beteg vagy haldokló fogvatartottak általában többé nem jelentenek veszélyt a társadalom számára, és lehetőséget kell biztosítani arra, hogy a börtönön kívül haljanak meg, ha úgy kívánják.*” (CPT, 2016, p. 26.). Ez a kijelentés azonban a bv. szervezetek gyakorlatában kihívást jelent. Mi történik, ha az elítéltnak nincsen hozzátartozója? Mi történik, ha az elkövetett bűncselekmény olyan súlyos volt, hogy a társadalmi nyomás megakadályozza a szabadon bocsátást? A büntetés-végrehajtás jellegéből fakad, hogy a családtagok gyakorta nem lehetnek jelen a haldokló fogvatartottak életének utolsó pillanatainál. Ez a körülmény az elítélt emberi méltóságban történő sérülésének további rétege, amely etikai szempontból még nagyobb hangsúlyt helyez az alternatív megoldások keresésére, mint például a bv. intézeten kívüli ellátás, vagy a feltételes szabadságra bocsátás lehetőségére.

Nemzetközi összehasonlító elemzés

Az Egyesült Államok modellje

Az Egyesült Államok büntetőjogi rendszere – melynek populációja 2,1 millió fogvatartott személy – kiugró a globális összehasonlításban (Maschi – Morgen, 2014). Az amerikai börtönrendszer egyszerre működik felhasználható modellként és figyelmeztetésként is a nem megfelelően kezelt idősödési krízis vonatkozásában. Az 55 éves vagy annál idősebb felnőtt fogvatartottak száma az 1990-es évek óta több mint háromszorosára nőtt (Maschi – Morgen, 2014). Ez az exponenciális növekedés több tényező kombinációjának

eredménye: a 1980-as és 1990-es évekbeli „tough on crime”³ politika elsöprő ereje, amely hosszabb ítéleteket eredményezett; a feltételes szabadságra bocsátás rendszerének szűkítése; valamint a szexuális bűncselekmények üldözésének intenzitásnövekedése, mely a Megan’s Law⁴ 1994-es érvénybe lépése után vált markánssá (Maschi – Morgen, 2014). Az amerikai Legfelsőbb Bíróság már 1976-ban, az Estelle kontra Gamble precedens-ügyében megállapította, hogy a fogvatartottaknak alkotmányos joga van a megfelelő egészségügyi ellátáshoz, amelynek ugyanolyan színvonalúnak kell lennie, mint a nem fogvatartott közösségé (Maschi – Morgen, 2014). Ez a jogi döntés elégtelennek bizonyult, mivel számos bv. intézet strukturálisan képtelen teljesíteni ezt a követelményt.

Az idős (60 évnél idősebb) fogvatartottaknál előforduló krónikus betegségek közül a leggyakoribbak:

- Magasvérnyomás-betegség (52-65%),
- 2-es típusú cukorbetegség (30-40%),
- Tüdőbetegségek, COPD (20-30%),
- Szív- és érrendszeri megbetegedések (25-35%) (Maschi – Morgen, 2014).

Ezek az adatok azt mutatják, hogy az idős fogvatartotti populáció egészségügyi profilja jellemzően eltér az általános, fiatalabb börtönpopulációtól. Az USA egyik előremutató válasza a geriátriai képzéseket hangsúlyozta – például a San Francisco-i Geriátriai Képzőműhely a rendőrtiszteknek, amely interdiszciplináris csoportban (rendőrök, ügyvédek, bírák, „börtönorvosok”, pártfogó felügyelők) tanítja az idősödés fiziológiájának és a demencia felismerésének alapjait (Williams – Brie, 2021). Azonban a rendszerszintű megoldásokat továbbra is hátráltatja a politikai egyetértés hiánya: Az USA-ban nincs központi szövetségi protokoll az idős fogvatartottak kezelésére, minden államnak, sőt gyakran az egyes bv. intézeteknek saját megoldásuk van.

Európai megoldások

Németország büntetőjogi szemléletében az úgynevezett reszocializációs alapelv központi helyet foglal el. A német büntetés-végrehajtási törvény (Strafvollzugsgesetz) 141. szakasza kimondja, hogy az ítélethozatal célja a társadalomba való visszailleszkedés, és ezért a különböző intézetekben olyan lehetőségeket kell biztosítani, amelyek garantálják az egyéni bánásmódot. A Singen intézet Reutlingenben (Baden-Württemberg) a német büntetés-végrehajtási fejlesztések jó gyakorlati példája. 54 férőhellyel, kizárólag 62 évnél idősebb, első alkalommal bűncselekményt elkövetők számára fenntartva működik. A fogvatartottak zárkái reggel 7 órától este 22 óráig nyitva vannak, szabadon mozoghatnak

3 Olyan büntetőpolitikai megközelítés, amely a bűncselekmények visszaszorítását keményebb büntetésekkel és erősebb rendészeti fellépéssel próbálta elérni.

4 Az Egyesült Államokban 1996-ban elfogadott jogszabály, amely előírja, hogy a hatóságok nyilvánosságra hozzák a szexuális bűnelkövetők adatait a közösség védelme érdekében.

az épületben; az udvaron padok, sportpályák és halastó található; önkéntesen munkát végezhetnek (2016-ban a fogvatartotti populáció 70%-a dolgozott). Az átlagéletkor 2016-ban 70,5 év volt, és az intézet személyi állománya már akkor speciális ismeretekkel rendelkezett az időskori gondozás vonatkozásában. Ez az intézet azt támasztja alá, hogy az idős fogvatartottak akkor alkalmazkodnak a legjobban – ami még a biztonsági mutatókat is javítja –, amikor autonómiát kapnak, ugyanakkor a német fogvatartotti idősgondozás kapcsán kritikaként jelenik meg, hogy a jó gyakorlatok csak helyi szinten működnek, általános gyakorlatról, rendszerszintű végrehajtásról nem beszélhetünk (Kenkmann – Ghanem – Erhard, 2022).

Az Egyesült Királyságon belül Angliában és Walesben az idős fogvatartottak már a leggyorsabban növekvő csoportot képezik a fogvatartotti populációban. Az angol, walesi és skóciai börtönstatisztikák azt mutatják, hogy a 60 év feletti fogvatartottak 85%-a szenved valamilyen súlyos krónikus betegségben. A brit börtönrendszer azonban jelentős infrastrukturális hátránnyal küzd, számos intézetüket a viktoriánus korban építették, és azok akadálymentesítése – mozgássérültekre, idősekre vonatkozó modern követelményeknek megfelelően – finanszírozási okokból gyakran elmaradt. Az angliai és walesi börtönrendszerrel kapcsolatban egy innovatív megoldás emelhető ki: az integrálódó egészségügyi rendszer. A „börtönorvosi” szolgálat hosszú ideig az Igazságügyi Minisztérium alatt működött, külön a civil Nemzeti Egészségügyi Szolgálattól (a továbbiakban: NHS). Ez az elkülönült működés azonban erősen kritikus véleményeket eredményezett, mivel a kétféle ellátás közötti különbségek – például az orvosi felszerelés, a gyógyszerekhez való hozzáférés – meghatározók voltak. Az integráció (2006-tól) azt eredményezte, hogy az NHS orvosai saját szakértelmüket viszik a bv. intézetekbe, és így az idős angol fogvatartottak napjainkban már – legalább elméletileg – ugyanolyan szintű egészségügyi ellátáshoz férnek hozzá, mint a civil lakosság (Hayton – Boyington, 2006).

Franciaország börtönnépessége több mint 10%-ban idősnek számít (60 év feletti korcsoport). A francia büntetőpolitika azonban itt is sajátos megoldásokat alkalmazott. A francia büntetés-végrehajtási törvény kimondja, hogy 70 évnél idősebb fogvatartottak – megfelelő biztosítékok (például lakhatás, munka) mellett – jogosultak a feltételes szabadságra bocsátásra anélkül, hogy a minimális büntetési időt kitöltenék. Azonban a gyakorlatban ezt a jogintézményt ritkán alkalmazzák – a társadalmi stigma, valamint a politikai nyomás erősebbek a jog által biztosított lehetőségeknél. 2002 és 2014 között a Francia Köztársaság progresszív törvényi módosításokat hajtott végre a súlyos egészségügyi állapot miatt adható felfüggesztett büntetés kapcsán, valamint a mentális vagy fizikai állapotromlás elismerésére vonatkozóan (European Prison Litigation Network, 2025). Azonban ezek a jogintézmények a gyakorlatban sok dilemmát rejtenek: elegendő-e egyetlen orvosi szakvélemény? Mikor szükséges elindítani az eljárást? Hova mehet az elítélt, ha nincs hozzátartozó vagy szociális támogatási rendszer?

Az életfogytig tartó szabadságvesztés nemzetközi megítélése

Az életfogytig tartó szabadságvesztés büntetés kiszabása nemzetközi szinten eltérő gyakorlatot mutat. Brazília, Norvégia, Portugália és Spanyolország kivezette ezt a büntetési nemet, helyette szigorú, de határozott időtartamú ítéleteket alkalmaznak. Azonban a legtöbb európai és az angol nyelvű közös jogforrású államok továbbra is alkalmazzák az életfogytig tartó büntetést.

Az átlagos letöltési idő szélsőséges eltéréseket mutat. A feltételes szabadságra bocsátáshoz szükséges minimum letöltendő szabadságvesztés időtartamát az egyes államok az alábbiak szerint határozták meg:

- Srí Lanka: 6 év,
- Japán, Dél-Korea, Dél-Afrika: 10 év,
- Németország, Ausztria: 15 év,
- Kanada: 10-25 év (a bűncselekmény súlyától függően),
- Egyesült Államok: egyes államokban valóban élethosszig tartó (kb. 10 000 ember) (KSH, 2022).

Az Egyesült Királyságban az angol és walesi törvény szerint az életfogytiglani ítéletből történő feltételes szabadságra helyezés azt jelenti, hogy a fogvatartott feltételes szabadságon marad élete végéig, ezáltal a belügyminiszter bármikor visszavonhatja azt.⁵

Az életfogytiglani ítéletet töltő fogvatartottak pszichológiai terhe rendkívüli. A kutatások azt mutatták, hogy az „állandósult bizonytalanság” az egyik legsúlyosabb pszichés terhelés. A szabadulás lehetősége nélküli helyzet depresszív, kognitív és magatartásbeli problémákat okoz. Az amerikai supermax biztonsági börtönök (például FCI Marion, Illinois⁶) tapasztalatai azt mutatták, hogy ilyen körülmények között az agresszió, az önszélélyeztetés és a zendülések gyakoribbak voltak (Bákói, 2001).

Magyarország, mint öregedő társadalom és a fogvatartotti populáció demográfiai változásai

Magyarország – miként az Európai Unió általában – öregedő társadalommá vált. A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint a magyar népesség medián életkora 1990-ben 37,2 év volt; 2010-ben 38,8 év; és 2020-ra már 41,4 évre emelkedett. Ezzel párhuzamosan a 65 évnél idősebb magyar lakosság aránya 1990-ben 13,2% volt, 2010-ben 16,2%, míg 2024-re már 20,7%-ra nőtt (KSH, 2022).

5 Az angol-walesi jogban az életfogytiglani szabadságvesztés sajátos, a tényleges szabadulás nem jelenti azt, hogy az elítélt „letöltötte” a büntetését.

6 Az intézetet 2013-ban bezárták.

A magyar korfa „fordított piramis” jellegű, ami azt jelenti, hogy több idős ember része a magyar társadalomnak, mint gyermek. Ez a strukturális demográfiai fordulat közvetlen hatással van a szociális költségvetésre, valamint a gazdaságra.

Demográfiai adatok a fogvatartotti népességben

A magyar bv. szervezetet sem kerülik el a társadalomra jellemző demográfiai trendek. Az alábbi adatok a 2021-2025 közötti időszakot ölelik fel:⁷

Korcsoportok	2021	2023	2025	Változás (%)
16-18 év	82	109	106	+29,27%
19-24 év	1 952	2 287	1 823	–6,61%
25-29 év	2 746	3 084	2 938	+6,99%
30-39 év	5 030	5 806	5 785	+15,01%
40-49 év	4 597	4 920	4 584	–0,28%
50-59 év	2 293	2 634	2 775	+21,02%
60+ év	759	901	976	+28,59%

1. táblázat: Demográfiai trendek a fogvatartottakra vonatkozóan 2021 és 2025 között

A 16-18 évesek korcsoportja mellett, az 50-59 évesek 21,02%-os, illetve a 60 év feletti csoport 28,59%-os növekedése jelentős a többi korcsoporthoz képest. A 19-24 évesek, valamint a 40-49 évesek esetében jelenleg csökkenő tendencia figyelhető meg. Az összes fogvatartott létszáma 17 462 főről (2021) 18 992 főre (2025) növekedett, azaz a teljes fogvatartotti populáció 8,75%-os növekedése mellett az idős fogvatartottak aránya biztosan tartja a pozícióját. A növekedési mutató azt sugallja, hogy nemcsak a társadalmi öregedés, hanem a büntetőpolitika változásai és az alternatív büntetések alkalmazásának hiánya is magyarázó tényező lehet esetünkben.

Az életfogytig tartó szabadságvesztésre ítélték helyzete

A magyar bv. szervezet által közölt adatok szerint 2022-ben körülbelül 280-300 életfogytiglani ítéletet töltő fogvatartott volt a bv. intézetekben (Molnárné, 2022). A hosszú időtartamú szabadságvesztés pszichológiai hatásainak pontos felmérésére végzett kutatások többek között megállapították, hogy a nagyobb gondot a külső személyekkel való kapcsolat elvesztése, a szabad élethez kapcsolódó tevékenységek hiánya okozta. Kisebb problémát eredményezett a bv. intézet belső élete, az ahhoz való alkalmazkodás csakúgy, mint az érzelmi stabilitás elvesztésétől való félelem, az önbizalom csökkenése, vagy az öngyilkosság elkövetésének veszélye. Az életfogytig tartó szabadságvesztéssel kapcsolatos vizsgálatok szerint ezen ítélték nagyobb arányban többszörös visszaesők, mindemellett az is tapasztalható, hogy a büntetési idő növekedésével kognitív a teljesítményük

⁷ bv.gov.hu

csökken (Fekete, 2021). Ugyanakkor nem csak negatív következményeket találtak, hanem kedvezőt is, például a környezeti elvárásokhoz való eredményesebb alkalmazkodás.

A megállapítások szerint az életfogytiglanra ítéltnek, akiknek minimum 15 évet le kell tölteniük, a büntetésük elején úgynevezett túlélési tervet, stratégiát kell készíteniük, amelynek segítségével képesek lesznek átvészelni az előttük álló igen hosszú, nehezen belátható időintervallumot. További megállapítás, hogy a hosszú együttlét során az elítéltek kikényszerítik egymástól a kontrollált és együtt is elviselhető magatartásmódokat (Bozsó – Pappné – Sasvári, 2018; Fekete, 2022).

A hosszú időtartamú szabadságvesztés büntetést töltő fogvatartotti népesség helyzete különösen összetett az öregedés szempontjából. Az életfogytiglani szabadságvesztést töltő fogvatartottak pszichológiai kategóriái ebből is kiemelkednek. A rendelkezésre álló kutatások (Molnárné, 2022) három jól elkülöníthető fázisra bontják ezt az időszakot:

- 1.) Az első fázis (0-3 év): Az elítélt izgatott, indulatos, szorongó, ebben az időszakban még a büntetőeljárás pszichés hatása alatt áll, gyakran fegyelmi vétségeket követ el, csak néhány esetben találkozhatunk alkalmazkodó magatartással.
- 2.) A második fázis (8-10 év): A valóságtól történő pszichés „el/kitérés” (Molnárné, 2022). Az elítélt ebben az időszakban általában kiemelkedő munkateljesítményt nyújt. Az együttműködés a személyi állománnyal és fogvatartott-társaival megerősödik, a közösségi szerepek stabilizálódnak.
- 3.) A harmadik fázis (10+ év): Ezt az időszakot az intellektuális és érzelmi rezignáció jellemzi. Gyakran megfigyelhető, hogy az eredetileg elkövetett bűncselekmény vagy teljesen feledésbe merül, vagy már feldolgozódott, az energia és motiváció radikálisan csökken, így a feltételes szabadságra bocsátás lehetőségével kiszabott életfogytiglani szabadságvesztés esetén a reintegráció sikere megkérdőjeleződik (Molnárné, 2022).

A fent vázolt fázis-modell a már hosszú ideje szabadságvesztését töltő, időskorúvá vált fogvatartott esetében az időskori leépülés és a szociális kapcsolatok elvesztése olyan halmozott hátrányokat eredményez, amelyek miatt a reintegráció kockázatosabbá és kevésbé reális lehetőséggé válik.

Szervezeti megoldások, a magyar büntetés-végrehajtás gyakorlata

Speciális részlegek a magyarországi bv. szervezetenél

A magyar büntetés-végrehajtás a börtönpopuláció előregedésére specializált részlegekkel válaszol, amelyek integrálják az egészségügyi, pszichológiai és reintegrációs feladatokat, tükrözve a demográfiai trendeket.

A Krónikus Utókezelő Részleg

A Krónikus Utókezelő Részleg a magyar büntetés-végrehajtás azon speciális egysége, amely a tartós ápolásra és rehabilitációra szoruló, döntően idős, több krónikus betegségben szenvedő fogvatartottak fekvőbeteg-szakellátását biztosítja a Szegedi Fegyház és Börtön III. objektumában (Algyő-Nagyfa). A részleg 80 férőhelyes (Molnárné, 2022), jellemzően 60 év feletti, gyakran 4-5 krónikus kórképpel élő elítélteket lát el, amely jól tükrözi a fogvatartotti populáció gyorsuló előregedését. Feladata a folyamatos belgyógyászati és ápolási ellátás, a rehabilitáció követése, szükség esetén külső szakellátás bevonása, valamint diagnosztikai és szakértő orvosi háttér biztosítása a bv. szervezet járóbeteg-rendszere számára. Kiemelt tevékenysége a rokkantsági, fogyatékosági és kegyelmi eljárásokhoz szükséges orvosi dokumentáció előkészítése, illetve a büntetés félbeszakítására vonatkozó javaslattétel súlyos egészségi állapot esetén. A részlegen dolgozó pszichológusok beszámolóí szerint a betegek pszichés meglassultsága, kognitív hanyatlása és a megértési-fókuszálási nehézségek az idősellátásban megszokottnál is nagyobb türelmet és időráfordítást igényelnek. Külön feszültségforrást jelet a „beteg-szerep” és az „elítelt-szerep” közötti egyensúly fenntartása. Az idős fogvatartottak esetében ugyanis a romló egészségügyi állapot miatt a büntetés megítélése megváltozik: a fizikai leépülés a jogilag határozott idejű szabadságvesztést a gyakorlatban egyfajta „élethosszig tartó” tehertétellé minősíti át (Molnárné, 2022).

A gyógyító-terápiás részleg

A gyógyító-terápiás részlegek speciális egységek, amelyek elsősorban személyiségzavaros, addikciós leépüléssel vagy értelmi fogyatékossgal élő fogvatartottak komplex rehabilitációját szolgálják. Ezek a részlegek 1979 óta működnek, céljuk a reintegrációs programok hatékonyságának növelése olyan elítéltek körében, akik nehezen illeszkednek az általános bv. intézeti életrendbe. A részlegvezetői pozíciót reintegrációs tiszt tölti be, aki koordinálja a pszichológusok, pszichiáterek és gyógypedagógusok teammunkáját, miközben gondoskodik a hathavonta esedékes felülvizsgálatokról. A komplex terápiás programok egyéni és csoportos formában pszichoterápiát, kognitív tréninget, művészet-terápiát (például rajz, kézműves), filmnézést és kisállat-terápiát jelentenek, hangsúlyozva

a személyiségfejlesztést és a felelősségvállalást. Idős fogvatartottak esetében a részleg a demenciával és depresszióval élő idős elítéltek terápiás közege. Szorosan együttműködik a pszichoszociális részleggel, biztosítva a testi-lelki hanyatlás lassítását a krónikus betegségek kezelése mellett, a programok csökkentik az öngyilkossági kockázatot és javítják az életminőséget az időskorúaknál (Molnárné, 2022).

A pszichoszociális részleg

A részleg elsődleges célja a mentális képességeik miatt könnyen kiszolgáltatott helyzetbe kerülő és a bűncselekményük jellege miatt veszélyeztetett fogvatartottak védelme, de emellett kiemelt szerepe van a demenciával, szorongással és szociális elszigeteltséggel élő idős elítéltek támogatásának is. A pszichoszociális részleg személyre szabott terápiákkal és csoportos társasági programokkal kívánja csökkenteni a magányosságból fakadó öngyilkossági kockázatot, és elősegíteni a családi kapcsolatok fenntartását időskorban. A speciális részleg tevékenységének fókuszában a visszailleszkedés előkészítése áll, rendszeres értékelésekkel dokumentálva a reintegrációs haladást. Etikai szempontból a részleg kezeli a tartós elhelyezés dilemmáit, hangsúlyozva az emberi méltóság megőrzését az idős fogvatartottaknál.

Az időskorúak részlege

Az időskorúak részlege szakmai válaszként értelmezhető a bv. intézetekben is tapasztalt demográfiai elöregedésre. Célja az idős fogvatartottak speciális fizikai, pszichés és szociális ellátása, integrálva a gyógyító-terápiás és pszichoszociális részlegek tevékenységét a demencia, mozgáskorlátozottság és magányosság kezelésében. A részleget kizárólag a 60. életévét betöltött elítéltek számára hozták létre, akik önként nyilatkozatot tesznek a részleg szabályainak betartásáról. Más fogvatartottaktól elkülönítve működik, elsősorban az időskorúak elesettségéből fakadó áldozattá válás kockázatának minimalizálása érdekében, végrehajtási rendje pedig a III. kategória besoroláshoz igazodik. A be- és kihelyezésről a Befogadási és Foglalkoztatási Bizottság (BFB) határozata rendelkezik. A javaslatátételt nem támogatják olyan esetekben, ahol az elítélt fizikai állapota munkavégzésre alkalmas, illetve személyisége egyszemélyes elhelyezést indokol. A részleg működését szakmai team koordinálja – egészségügy, pszichológia, esetlegesen a lelkes és a bv. pártfogó felügyelő –, amelynek középpontjában a reintegrációs tiszt áll, aki naponta kétszeri szemlével figyeli az elítéltek fizikai és mentális állapotát. A reintegrációs tiszt háromhavonta értékelő véleményeket készít a beilleszkedésről, figyelemmel a közösségi magatartásra, jutalmazásokra és kapcsolattartásra, továbbá havi programterveket dolgoz ki egyéni, kiscsoportos foglalkozásokra, miközben pszichológiai és egészségügyi szempontokat (például alsóágyas elhelyezés) mérlegel a zárkák kiosztásakor. Az időskorú fogvatartottak jellemzően krónikus betegségekkel (például mozgásszervi, kardiovaszkuláris) küzdenek, emiatt munkáltatásba, oktatásba vagy sporttevékenységekbe kevésbé

bevonhatók, ám a kulturális és szabadidős programok aktív résztvevői. A részlegről történő kihelyezés akkor válik indokolttá, ha az elítélt magatartása veszélyezteti a működést, súlyos fegyelemsértést követ el, vagy nem teljesíti az együttműködési kötelezettséget. Összességében a részleg komplex reintegrációs modellt valósít meg, amely az időskorúak kiszolgáltatottságát célozza patronálással és önszorgító csoportokkal, elősegítve a családi kapcsolatok fenntartását és a szabadulási körülmények javítását.

Az élet vége a bv. intézetben: etikai és szervezeti dilemmák

Az emberi méltósághoz való alapjog születéstől halálig tart, amelynek sérülése a büntetés-végrehajtás során sem megengedhető. Kiemelt jelentőséggel bír, hogy a fogvatartott családja élhessen a haldoklótól való búcsúzás lehetőségével, amely a polgári életben természetes igény. Az életük végén járó elítéltek esetében a magyar jogrendszer több lehetőséget biztosít a helyzet humánus kezelésére, elsősorban a büntetés féléveszakításával, súlyos egészségi állapot által indokolt esetben. Ez alól kivételt képeznek az életfogytiglani szabadságvesztésre ítélték, akiket kizártak a feltételes szabadságra bocsátás lehetőségéből, ám a szabályozók multidiszciplináris megközelítést kínálnak a méltóság megőrzésére. A súlyos beteg elítéltek vagy már büntetés-végrehajtási jogviszonnyal rendelkező fogvatartottak kegyelmi kérelmemmel fordulhatnak a köztársasági elnökhöz, aki a jogkör gyakorlója részére az iratokat az igazságügyi minisztérium készíti elő.⁸

Az otthonápolási őrizet⁹ a magyar büntetés-végrehajtási rendszer innovatív jogintézménye, amelyet a krónikus betegség harmadik hónapjától alkalmaznak azon elítéltek esetében, akiknek alapvető szükségleteik kielégítését nagyobbbrészt vagy teljes mértékben másra kell átruházniuk, mindennapi életvitelükhöz folyamatos ápolásra szorulnak, és állapotukban érdemi javulás rövid távon nem várható. Az otthonápolási őrizetet a bv. bíró rendeli el, ha családtag, vagy más személy írásban vállalja a gondozást, miközben elektronikus távfelügyeleti eszköz biztosítja az ellenőrzést, a reintegrációs őrizet szabályait¹⁰ megfelelően alkalmazva. Ezen jogintézmény alkalmazása különösen veszélyes elkövetők (erőszakos többszörös visszaesők és életfogytiglani szabadságvesztésüket töltők) esetében kizárt, és megszüntethető, ha az elítélt megszegi a magatartási szabályokat, kivonja magát a felügyelet alól, a gondozó visszavonja nyilatkozatát, vagy javul az egészségi állapota.

Az otthonápolási őrizet megkezdésére vonatkozó eljárást a bv. intézet orvosa indítja szakterületi véleménnyel, majd a parancsnok továbbítja a bíróság részre, amely

8 Igazságügyi Információk: Tájékoztató az általános kegyelmi eljárásokról

9 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról. 187/H. § (4)

10 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról. 187/A-187/F. §

felülvizsgálatot évente vagy szükség szerint rendelhet el. Ez a konstrukció különösen idős fogvatartottaknál releváns, összhangban az időskorúak részlegével, elősegítve a humánus reintegrációt és a börtönpopuláció előregedéséből fakadó etikai dilemmák kezelését. A bv. pártfogó felügyelő koordinálja a gondozást, biztosítva a családi kapcsolatok fenntartását és a társadalom védelmét.

A szociális integráció és civil partnerszervezetek szerepe

A civil szférával való együttműködés elengedhetetlen a büntetés-végrehajtás társadalmi integrációjában, különösen az idősödő fogvatartottak kezelésében – felismerve az ok-okozati összefüggéseket a társadalom és a rendszer, azon belül a büntetés-végrehajtás között. A leghatékonyabb megközelítés akkor valósul meg, ha a büntetés-végrehajtás partnerkapcsolatot épít ki a civil egészségügyi, szociális intézményekkel és szervezetekkel. A pszichoszociális és időskorúak részlegei jól mutatják, hogy a bv. szervezet saját kezdeményezései mellett civil együttműködésre támaszkodik a fogvatartottak védelmében és gondozásában. Például a Kalocsai Fegyház és Börtön időskorúak részlege vagy a Szegedi Fegyház és Börtön III. objektumának (Algyő-Nagyfa) Krónikus Utókezelő Részlege civil kórházakkal, idősotthonokkal kooperál a speciális igények (például mozgáskorlátozottság, demencia) kielégítésére.

Az idős fogvatartottak felgyorsult öregedése miatt a bv. szervezet eszközürendszere (Büntetés-végrehajtás Egészségügyi Központ – Berettyóújfalu, polgári egészségügyi intézményben történő ellátás) önmagában nem elégséges, civil partnerek bevonása nélkülözhetetlen a hospice-szerű gondozás vagy büntetés-félbeszakítás esetére is.

Konklúziók, javaslatok és lehetséges jövőbeli irányok

Az öregedés a fogvatartotti populációban nem csupán demográfiai jelenség, hanem fontos szervezeti feladat, amely összetett, többszintű megközelítést igényel a büntetés-végrehajtási, egészségügyi és szociális ellátórendszerek összehangolásával. A magyar gyakorlatban ez azt jelenti, hogy a demográfiai adatok (például a 60 év feletti fogvatartottak számának közel kétszeresre növekedése 2015-2025 között) szervezeti átalakításokat tesznek szükségessé úgy, mint önállóan működő, időseknek kialakított speciális részlegek létrehozása, vagy a pszichoszociális részlegek bővítése. Az autonómia növelésére a német Singen intézet modellje kiemelkedő példaként szolgálhat, ahol a 60 év feletti, biztonsági szempontból alacsonyabb kockázatot hordozó fogvatartottak részére nagyobb mozgásszabadságot és önkéntes munkát kínálnak. Az amerikai vagy brit gyakorlatok is alátámasztják, hogy ez az elhelyezési forma az idős fogvatartottak esetében csökkenti a pszichés ártalmakat és a visszaesés kockázatát, miközben költséghatékonyabb a hagyományos fogvatartásnál.

A „felgyorsult öregedés” jelenség valós és mérhető: az idős fogvatartottak biológiai állapota jelentősen rosszabb, mint a szabad társadalom azonos korcsoportjéé, amit a krónikus betegségek magas aránya (például magasvérnyomás-betegség 52-65%, cukorbetegség 30-40%), és a gyorsabb fizikai leépülés igazol. Az amerikai kutatások szerint a bv. intézetben a fiziológiai öregedés 10-15 évvel előzi meg a kronológiai életkort, ami Magyarországon is megfigyelhető a krónikus osztályok növekvő leterheltségében. Ez a folyamat sürgeti a biológiai és funkcionális életkor mérését alapul vevő protokollok bevezetését a korai beavatkozások érdekében.

Az időskorú fogvatartottak speciális részlegre történő elhelyezése a büntetés-végrehajtás egyik legérzékenyebb szakmai döntése, mivel közvetlenül érinti az egészségügyi ellátás, a biztonság, az emberi méltóság és az erőforrás-gazdálkodás kérdéseit. A pusztán kronológiai életkorhoz kötött – jelenleg 60 évben meghatározott – bekerülési küszöb nem tükrözi megfelelően azt a valóságot, hogy a fogvatartottak biológiai, pszichés és szociális értelemben gyakran jóval fiatalabb korban mutatnak időskorra jellemző funkcionális hanyatlást. A nemzetközi tapasztalatok és kutatások alapján a fogvatartotti populációban az „accelerated aging”¹¹ jelensége miatt egy 50-55 éves fogvatartott egészségi és mentális állapota gyakran a civil társadalomban élő 65-70 éveseknek felel meg.

Ebből következően indokolt egy strukturált, pontozásos értékelési rendszer bevezetése már a befogadáskor, majd annak rendszeres (például éves) felülvizsgálata. Egy ilyen rendszer professzionálisabbá teszi az elhelyezési döntéseket, mert nem egyetlen kritériumra épít (60. életév), hanem a tényleges szükségleteket, kockázatokat és sérülékenységeket ragadja meg. A komplex, funkcionális megközelítés csökkenti az alul- és túlbesorolás esélyét, ezáltal elkerülhető, hogy valaki túl későn jusson hozzá a speciális környezetben történő elhelyezéshez, miközben annak esélye is csökken, hogy olyan fogvatartott kerüljön idős részlegre, akinek erre még nincs valós szüksége.

A korhatár 60 évről 55 évre történő leszállítása ebben a modellben nem automatikus bekerülést jelentene, hanem az értékelés lehetőségének megnyitását. Szakmailag különösen megalapozottnak tekinthető az 55 éves küszöb alkalmazása, mivel ez a kritérium kellően érzékeny az idő előtti funkcionális hanyatlás felismerésére, ugyanakkor elkerüli az indokolatlanul korai besorolást. Így az időskorú fogvatartottak speciális részlegére történő elhelyezés nem pusztán életkor, hanem egy átlátható, objektivizálható és szükségletalapú pontszámítás eredménye lenne, amely egyszerre szolgálja a fogvatartottak komfortérzetét, az intézeti rendet és a büntetés-végrehajtás szakmai hitelességét.

Az időskorú fogvatartottak speciális részlegen történő elhelyezésének megítélése keretében négy, egymással összefüggő szempontcsoport különíthető el: a kronológiai, a

¹¹ Magyarul: felgyorsult öregedés.

biológiai, a pszichológiai és a szociológiai dimenzió. A kronológiai szempont célja nem az automatikus besorolás, hanem az idősödés általános fokának jelzése. Az életkor ebben az összefüggésben önmagában kisebb súlyt kap, mivel a fogvatartotti populációban az egészségügyi és funkcionális állapot gyakran nem áll arányban az életkorral. Ugyanakkor az előrehaladott életkor fontos indikátora lehet az azzal összefüggő kockázatok és szükségletek megjelenésének, ezért az értékelés egyik, de nem kizárólagos elemeként jelenik meg. A biológiai szempont a fizikai állapot, az egészségügyi helyzet és az önálló képesség átfogó értékelésére irányul. E körben vizsgálat tárgyát képezi, hogy a fogvatartott mennyiben képes önállóan ellátni mindennapi tevékenységeit, rendelkezik-e krónikus betegségekkel, illetve igényel-e rendszeres orvosi vagy ápolási ellátást. A biológiai dimenzió különösen meghatározó, mivel a fizikai leépülés, a többszörös megbetegedések és az önellátási nehézségek közvetlenül befolyásolják az elhelyezés módját, az intézeti biztonságot¹² és az egészségügyi ellátórendszer terhelését. A pszichológiai szempont a kognitív funkciók, a mentális egészség és az érzelmi stabilitás vizsgálatára fókuszál. Ide tartoznak a hangulati zavarok, szorongásos tünetek jelenléte, valamint az életkorral összefüggő kognitív hanyatlás felismerése. A pszichés állapot értékelése azért kiemelt jelentőségű, mert az idősebb fogvatartottak fokozottan veszélyeztetettek a depresszió, az izoláció és a mentális leépülés szempontjából, ami az intézeti alkalmazkodóképességet és a mindennapi együttélést is jelentősen befolyásolja. A szociológiai szempont a társas támogatottság, az intézeti beilleszkedőképesség és az izoláció kockázatának feltárására irányul. Az értékelés során figyelembe kell venni a családi és társas kapcsolatok meglétét, a látogatások gyakoriságát, valamint azt, hogy a fogvatartott mennyire képes részt venni a közösségi életben. A társas kapcsolatok hiánya, a magány és a közösségből való kivonulás fokozza a pszichés sérülékenységet, és indokoltá teheti a támogatóbb, az időskor sajátosságaihoz igazodó elhelyezési forma alkalmazását.

E négy szempont együttes alkalmazása lehetővé teszi, hogy az időskorú fogvatartottak elhelyezéséről szóló döntések ne mechanikus, életkor-alapú logika mentén szülessenek meg, hanem a valós szükségleteket tükröző, szakmailag megalapozott értékelés eredményeként. Ez a megközelítés hozzájárul a humánus bánásmód érvényesüléséhez, az intézeti működés hatékonyságához és az időskorú fogvatartottak speciális igényeire érzékeny büntetés-végrehajtási gyakorlat kialakításához.

12 A fogvatartottak biológiai állapota közvetlenül befolyásolja az intézet biztonságát, mivel a gyenge vagy beteg személyek kiszolgáltatottabbá válnak, ami növeli a konfliktusok és visszaélések kockázatát. Az önellátásra korlátozott fogvatartottak fokozott felügyeletet és több személyi állomány erőforrást igényelnek, ami más biztonsági feladatoktól von el kapacitást.

Szükségleti kategória	Értelmezés	Elhelyezési javaslat
Alacsony szükséglet	A fogvatartott funkcionálisan jó állapotban van, egészséges, pszichésen stabil, társas beilleszkedése megfelelő.	Általános elhelyezés. Éves felülvizsgálat javasolt.
Mérsékelt szükséglet	Megjelennek az idősödés funkcionális jelei egészségi, pszichés vagy szociális téren, de még nem áll fenn folyamatos segítségigény.	Megfigyelés és támogatás. Mérlegelendő az időskorú részlegre történő áthelyezés. Gyakoribb felülvizsgálat javasolt.
Magas szükséglet	Jelentős fizikai, pszichés vagy szociális sérülékenység, rendszeres segítségigény.	Időskorú részlegre történő behelyezés. Egyéni gondozási és ellátási terv szükséges.

2. táblázat: A fogvatartottak szükségleti kategória szerinti elhelyezésére vonatkozó javaslatok

Az emberi méltóság megőrzése az idős fogvatartottak kezelésében nem lehet elhanyagolható szempont, amin nem csupán etikai elvárás, hanem gyakorlati szervezeti előfeltétele a reintegráció és a konfliktusok megelőzése szempontjából. A védett részlegek bizonyíthatóan csökkentik a kiszolgáltatottságot, és növelik a biztonságot. Ennek a további gyakorlati megvalósítása az idős fogvatartottak esetében az akadálymentes zárkaépítés és családcentrikus kapcsolattartás lehetőségének biztosítása, amely csökkenti a fizikai és pszichés romlás kockázatát.

Az alternatív megoldások (életkor által indokolt feltételes szabadságra helyezés, palliatív ellátás, hospice programok) szükségesek és költséghatékonyak, valamint nemzetközi precedensértékkel bírnak, például a németországi speciális részlegek révén. Magyarországon a feltételes szabadság kiterjesztése a 70 év feletti fogvatartottakra, valamint a hospice-programok bevezetése csökkenthetné az egészségügyi és végrehajtó állomány terheit, miközben növelné a reintegrációs esélyeket. A demográfiai adatok elemzése után egyértelműen kirajzolódik annak ténye, hogy hazánkban is szükséges elgondolkodni az időskorú fogvatartottak speciális vagy alternatív büntetés-végrehajtásán. Ezek a modellek nem csupán anyagi megtakarítást hozhatnak, hanem a bv. szervezet társadalmi elfogadottságát is növelhetik a humánusabb végrehajtás révén.

Felhasznált irodalom

2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról
- Bákói Aurél (2001): Büntetésvégrehajtási kérdések. LélekJelenLét, 2-3, 4-9.
- Bozsó Zoltán – Pappné Baranyi Edina – Sasvári Fruzsina (2018): A hosszú időre elítélt fogvatartottak vizsgálata. Börtönügyi Szemle, 2, 5-19.
- CPT (2016): Általános Jelentés az emberi jogokkal kapcsolatos kérdésekről. Strasbourg. Online: <https://www.cpt.coe.int> (Letöltés ideje: 2025. december 11.)
- CPT (2016): Általános Jelentések. Kínzás Megelőzésére Létrehozott Európai Bizottság, Strasbourg, Az életfogytig tartó szabadságvesztésre ítélt fogvatartottak helyzete, részlet a CPT 25. Általános jelentéséből. Online: <http://rm.coe.int/1680794103> (Letöltés ideje: 2025. március 06.)
- European Prison Litigation Network (2025): France – Factsheet on Prison System and Prisoners' Rights, Paris / Brussels. Online: https://www.prisonlitigation.org/wp-content/uploads/2025/03/fr_factsheet.pdf (Letöltés ideje: 2025. december 09.)
- Eurostat (2019): Age-platform.eu: Ageing Europe – Looking at the Lives of Older People in the EU. Online: <https://www.age-platform.eu/ageing-europe-looking-at-the-lives-of-older-people-in-the-eu-eurostat-2019-report/> (Letöltés ideje: 2022. február 04.)
- Eurostat (2025): EU life expectancy estimated at 81.7 years in 2024. Online: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20250911-1?etrans=hu> (Letöltés ideje: 2025. november 12.)
- Eurostat: Prison statistics quarterly data (2022–2023). Online: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Prison_statistics (Letöltés ideje: 2025. december 11.)
- Fekete Márta (2021): Prizonizáció, elidegenedés, börtönártalmak a hosszú időre elzárt fogvatartottak szemszögéből vizsgálva – Nemzetközi kutatások tükrében. Magyar Rendészet, 2, 127-141. DOI: <https://doi.org/10.32577/mr.2021.2.8>
- Fekete Márta (2022): Zárt intézeti neveltek és zárt intézetben dolgozók motivációs bázisának elemző vizsgálata. Doktori értekezés, Nemzeti Közszerológiai Egyetem Rendészettudományi Doktori Iskola
- General Report on Aging Societies: Population Trends and Policy Implications, Records of the UNESCO General Conference. 29th session, Paris, 1997. Online: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000110220> (Letöltés ideje: 2022. február 14.)
- Hablicsek László – Pákozdi Ildikó (2004): Az előregedő társadalom szociális kihívásai. Esély, 3, 87-119.
- Hayton, Paul – Boyington, John (2006): Prisons and health reforms in England and Wales. American Journal of Public Health, 2006/10. Online: <https://www.ojp.gov/nrcjrs/virtual-library/abstracts/prisons-and-health-reforms-england-and-wales> (Letöltés ideje 2025. december 18.)
- Igazságügyi Információk: Tájékoztató az általános kegyelmi eljárásokról. Online: <https://igazsagugyiinformaciok.kormany.hu/tajekoztato-az-altalanos-kegyelmi-eljarasrol> (Letöltés ideje: 2025. február 11.)
- Juhász Zsuzsanna (2012): Az előregedő börtönnépesség problémái. Börtönügyi Szemle, 2, 1-13.
- Kenkmann, Andrea – Ghanem, Christian – Silvia Erhard, Silvia (2022): The Fragmented Picture of Social Care for Older People in German Prisons. Journal of Aging & Social Policy, 35(4), 509-520. DOI: <https://doi.org/10.1080/08959420.2022.2031701>
- KSH: Népességtudományi Kutatóintézet: Demográfiai adatok, 2025. Online: <http://demografia.hu> (Letöltés ideje: 2025. december 11.)
- Maschi, Tina – Morgen, Keith (2014): Aging Behind Prison Walls, Studies in Trauma and Resilience. Routledge, New York
- Molnárné Jancsik Beáta (2022): Az idősödő társadalom hatása a büntetés-végrehajtás szervezetére. Diplomamunka, Nemzeti Közszerológiai Egyetem Rendészettudományi Kar, Budapest
- Molnárné László Anikó (2022): A hosszú időtartamú szabadságvesztés pszichológiai hatásai és a reintegráció lehetőségei. Börtönügyi Szemle, 1, 43-58.
- Simone de Beauvoir (1972): Az öregség. Európa Könyvkiadó, Budapest
- Williams, Brie A. (2021): The Growing Geriatric Prison Population: A Dire Public Health Challenge. Journal of General Internal Medicine (USA). DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.17454>