

# EUTHANASIE IN AUSTRALIË EN HET ARGUMENT VAN HET HELLENDE VLAK<sup>1</sup>

*Helga Kuhse*<sup>2</sup>

**SUMMARY** – *Euthanasia in Australia and the slippery slope argument* – Against those who argue that by allowing voluntary euthanasia, the Netherlands stepped on a slippery slope necessarily leading to intentional life-shortening without the patient's request, it is shown that the empirical evidence from the Netherlands does not establish the existence of such a Slippery Slope. Comparison of the data from the Netherlands, Australia and Belgium provides some grounds for the view that the public acceptance of voluntary euthanasia will lead to fewer, not more cases of non-voluntary euthanasia. This conclusion is supported both on a narrow definition of euthanasia as the use of lethal drugs with the explicit intention of ending the patient's life, and on a wider definition of 'euthanasia' as any end-of-life definition undertaken with the explicit intention of shortening life.

## 1. Inleiding

Op het moment dat ik dit schrijf, worden een Westaustralische dokter, Daryl Stephens, en twee familieleden van een terminaal zieke vrouw ervan beschuldigd ofwel moord met voorbedachte rade te hebben gepleegd, ofwel geholpen te hebben bij een zelfmoord. De vrouw, Freeda Hayes, had de vastberaden wens om te sterven geuit en werd dood teruggevonden nauwelijks vier uur nadat ze opgenomen was in een verpleeghuis in Perth. Tijdens de inleidende hoorzitting werd beweerd dat Dr. Stephens, de uroloog van mevrouw Hayes, haar een cocktail van snel werkende middelen had toegediend en dat de familieleden van de dode vrouw hem daarbij hadden geholpen.<sup>3</sup>

De politie in Sydney, New South Wales, onderzoekt op hetzelfde moment de dood van de 72-jarige Norma Hall. Mevrouw Hall leed aan kanker, die uitgezaaid was naar haar longen, lever en botten. Ze wou in alle rust sterven. Omdat er geen mogelijkheid was tot directe medische bijstand om haar leven te beëindigen, besloot ze zelf haar leven te beëindigen door vloeibaar voedsel te weigeren, maar dan overleed ze, schijnbaar na inname van pijnstillende voorgeschreven geneesmiddelen. Ze werd verpleegd door een arts, Dr. Philip Nitschke, die niet haar behandelende dokter was en die bekend staat als een uitgesproken voorstander van de legalisering van vrijwillige euthanasie.<sup>4</sup>

Vrijwillige euthanasie, als onderdeel van opzettelijke levensbeëindiging (voor definities, zie Tabel 1) is in heel Australië<sup>5</sup> illegaal, maar de legalisering ervan staat blijvend

<sup>1</sup> Vertaling: Nancy De Vylder.

<sup>2</sup> De auteur is directeur van het *Centre for Human Bioethics* van de *Monash University*, Clayton, Victoria, in Australië.

<sup>3</sup> *West Australian*, 13/1/2001.

<sup>4</sup> *Sydney Morning Herald*, 22/1/2001.

<sup>5</sup> Ik zal in dit korte artikel geen onderscheid maken tussen vrijwillige euthanasie en medische hulp bij zelfdoding, maar in beide gevallen van 'vrijwillige euthanasie' spreken.

ter discussie. Jammer genoeg echter kennen velen van degenen die zich mengen in deze discussies de empirische gegevens niet die centraal staan in dit debat, of ze begrijpen ze verkeerd of ze misbruiken ze met opzet.

De meeste Australiërs zijn het erover eens dat de hopeloos zieken het morele recht hebben om te beslissen wanneer hun tijd gekomen is. Ongeveer vier op vijf is ook van mening dat het de dokters toegelaten zou moeten zijn deze mensen te helpen om hun leven te beëindigen. Het is ook voldoende bewezen dat ongeveer 1/3 van alle dokters minstens een keer vrijwillige euthanasie heeft toegepast, ondanks het feit dat de praktijk illegaal is. (Kuhse & Singer, 1988: 623-627; Baume & O'Malley, 1994: 137-144)

Australië kent een multiculturele samenleving. De meerderheid van de Australiërs is dan wel christen in naam, maar deze meerderheid is gestaag aan het afnemen. Veel traditionele overtuigingen gelden niet langer voor hedendaagse Australiërs: velen treden een waaier van niet christelijke religies bij, of hebben in toenemende mate zelfs helemaal geen godsdienst meer. (Griffin, 2000: 40-51) In het licht hiervan is het niet verwonderlijk dat de meest overtuigende argumenten tegen legalisering – die een rol speelden in de strijd tegen de *Rights of the Terminally Ill Act* in de Northern Territory, die in 1996-97 vrijwillige euthanasie toeliet – verwoord worden in consequentialistische termen. Als vrijwillige euthanasie (die moreel acceptabel of zelfs wenselijk zou kunnen zijn) toegelaten werd, zo wordt vaak beweerd, zouden er bepaalde onwenselijke gevolgen zijn, het belangrijkste waaronder dat het leven van kwetsbare patiënten verkort zou worden zonder hun toestemming.

In dit verband wordt vaak met de vinger gewezen naar Nederland, waar dokters al sinds de jaren 1970 openlijk vrijwillige euthanasie beoefenen. In zijn getuigenis voor een Australische Senaatcommissie die een onderzoek instelde naar de wenselijkheid om de vrijwillige euthanasie wetgeving van de Northern Territory te niet te doen, stelde J. Keown, een academicus uit Cambridge, dat "...het leven van duizenden patiënten opzettelijk werd verkort zonder uitdrukkelijk verzoek sinds euthanasie op grote schaal getolereerd wordt in Nederland." (Senate, 1997)

Hoewel, zoals we zullen zien, deze bewering feitelijk correct is, toch bewijst ze het bestaan niet van 'het hellende vlak' dat van vrijwillige euthanasie automatisch naar onvrijwillige euthanasie leidt, zoals Keown en anderen vaak lijken aan te nemen, noch het feit dat het leven van de patiënt opzettelijk wordt verkort zonder haar of zijn verzoek. Van nu af aan zal ik deze stelling dat er een noodzakelijk of waarschijnlijk verband bestaat tussen vrijwillige en onvrijwillige euthanasie benoemen als 'het argument van het hellend vlak'.

## 2. Voorbereiding

In dit artikel zal ik aantonen:

- 1) dat het empirisch bewijs uit Nederland het bestaan van het hierboven aangehaalde hellende vlak niet bewijst.
- 2) dat een vergelijking tussen gegevens uit Nederland, Australië en België een basis vormt voor de gedachte dat de publieke aanvaarding van vrijwillige euthanasie zal leiden tot minder gevallen van onvrijwillige euthanasie, niet tot meer.

Hiervoor zal ik een beroep doen op vier grote empirische studies, waarvan er twee werden uitgevoerd in Nederland [respectievelijk in 1990 (Van der Maas e.a., 1991: 669-674) en 1995 (Van der Maas e.a., 1996: 1699-1705)], een in Australië in 1996 (Kuhse e.a., 1997: 191-196), en een in België in 1998. (Deliens e.a., 2000: 1806-1811) We doen er goed aan deze studies hier even kort te introduceren. Het doel van alle vier de studies was om nationale gegevens te verzamelen over de incidentie van medische beslissingen rond het levenseinde en om deze enerzijds diachroon te vergelijken (in het geval van de twee Nederlandse studies) en anderzijds over de grenzen heen (in het geval van de Australische en Belgische studies).

Hoewel de studies zonder uitzondering gebruik maakten van grotendeels dezelfde vragenlijst die voor het eerst gebruikt werd in de Nederlandse studies, waren er toch enkele methodologische verschillen. De vragenlijst werd opgestuurd naar een willekeurig geselecteerde steekproef van artsen met verschillende specialiteiten. Aan de artsen werd gevraagd uitvoerig details te verstrekken over de medische beslissingen rond het levenseinde die ze hadden genomen voorafgaand aan de dood van een specifieke patiënt. Anonimiteit werd gegarandeerd. Deze gegevens vormden de basis voor de schatting van de incidentie van medische beslissingen rond het levenseinde, uitgedrukt in een percentage van alle overlijdens in het betrokken land en jaar. Drie categorieën van beslissingen rond het levenseinde werden behandeld. Ten eerste, het toedienen, voorschrijven of verstrekken van geneesmiddelen met de uitdrukkelijke bedoeling het leven van de patiënt te beëindigen (in dit essay gezamenlijk 'euthanasie' genoemd). Ten tweede, pijn- en symptoombestrijding met middelen in doseringen met een potentieel levensverkortend effect. Ten derde, het staken of niet opstarten van een behandeling met een potentieel levensverlengend effect, gezamenlijk beslissingen tot niet-behandeling genoemd. Zie Tabel 1:

**Tabel 1. Definities van medische beslissingen rond het levenseinde**

*Euthanasie*: het toedienen, voorschrijven of verstrekken van geneesmiddelen met de expliciete bedoeling het leven van de patiënt in te korten;

*Vrijwillige euthanasie*: het toedienen, voorschrijven of verstrekken van geneesmiddelen met de expliciete bedoeling het leven van de patiënt in te korten op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt;

*Onvrijwillige euthanasie*: het toedienen, voorschrijven of verstrekken van geneesmiddelen met de expliciete bedoeling het leven van de patiënt in te korten, zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt;

*Pijn- en symptoombestrijding* met middelen in doseringen met een potentieel levensverkortend effect;

Het *staken of niet opstarten van een behandeling* met een potentieel levensverlengend effect

Voor zover mij bekend zijn deze studies tot nog toe de enige die internationale vergelijkingen mogelijk maken van de incidentie van medische beslissingen rond het levenseinde doordat ze voldoende gelijkaardige methodologieën en onderzoeksinstrumenten gebruikt hebben. Ze zijn dus van groot belang bij de evaluatie van het Argument van het Hellende Vlak.

### 3. Bevindt Nederland zich op glad ijs?

De Nederlandse studie uit 1990 toonde aan dat bij 1.030 overlijdens (0,8%) sprake is van het toedienen van geneesmiddelen met de onmiddellijke bedoeling het leven van de patiënt te beëindigen zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. (Van der Maas e.a., 1996: 1699-1705) Dit bracht de Australische theoloog, John Fleming, en vele anderen tot de volgende uitspraak: "De gegevens uit Nederland leveren ons voldoende bewijs dat we ons op een hellend vlak begeven." (Fleming, 1992: 1-4) Fleming had het natuurlijk bij het verkeerde eind. Een enkele gegevensset kan dit argument niet ondersteunen. Om het bestaan ervan te bewijzen heeft men minstens twee referentiepunten nodig: een voordat de relevante praktijk geïntroduceerd werd en een na de introductie ervan.

Een tweede gegevensset ontleende men aan de studie die in 1995 in Nederland uitgevoerd werd. (Kuhse e.a., 1997: 191-196) Een vergelijking van deze twee studies, die met een tussenperiode van vijf jaar werden uitgevoerd, is leerzaam.

Tabel 2. De incidentie van vrijwillige en onvrijwillige euthanasie in Nederland in 1990 en 1995

	1990	1995
vrijwillige euthanasie	1,9%	2,6%
onvrijwillige euthanasie	0,8%	0,7%

Deze cijfers tonen aan dat er gedurende deze periode van vijf jaar een toename was van de incidentie van vrijwillige euthanasie van 1,9% naar 2,6%, maar dat er tegelijk een lichte daling was in de incidentie van onvrijwillige euthanasie van 0,8% (1.030 overlijdens) in 1990 naar 0,7% (950 overlijdens) in 1995. Met andere woorden: de beschikbare empirische gegevens ondersteunen het Argument van het Hellende Vlak niet. Integendeel, de lichte daling van de incidentie van onvrijwillige euthanasie brengt de stelling mogelijk aan het wankelen.

### 4. Waarop wijst een vergelijking tussen Nederlandse, Australische en Belgische gegevens?

Australische onderzoekers voerden in 1996 een nationale studie uit om de incidentie vast te stellen van medische beslissingen rond het levenseinde in Australië, en om deze te vergelijken met de Nederlandse resultaten. De Australische studie gebruikte een Engelse vertaling van de retrospectieve vragenlijst die gebruikt werd in de Nederlandse studie in 1995.

Er werd geschat dat in Australië in 1996 de incidentie van onvrijwillige euthanasie 3,5% was, dus vijf keer hoger dan in Nederland in 1995.

Toen de Australische studie in 1997 werd gepubliceerd, werd ze genegeerd door vele federale politici die op dat moment aan het debatteren waren over het al dan niet nietig verklaren van de euthanasiewet in de Northern Territory. Anderen verwierpen de studie omdat ze van mening waren dat die een duidelijk tekort vertoonde: volgens hen kon

Australië, waar vrijwillige euthanasie illegaal is, onmogelijk een graad van onvrijwillige euthanasie hebben die vijf keer hoger lag dan in Nederland.<sup>6</sup> Een gelijkaardige hoge graad van onvrijwillige euthanasie werd echter nadien gevonden in België (Vlaanderen), een land dat grenst aan Nederland, dezelfde taal heeft, een gelijkaardige cultuur en geschiedenis heeft, maar in tegenstelling tot Nederland vrijwillige euthanasie verbiedt. De Belgische studie schat dat de incidentie van onvrijwillige euthanasie 3,2% is.

Tabel 3. Incidentie van onvrijwillige euthanasie in Australië, Nederland en België

	Australië	Nederland	België
	1996	1995	1998
vrijwillige euthanasie	1,8%	2,6%	1,3%
onvrijwillige euthanasie	3,5%	0,7%	3,2%

*Voorlopige conclusie:* de gegevens die thans voorhanden zijn van drie verschillende landen ondersteunen het Argument van het Hellende Vlak niet. Zoals we gezien hebben was er een lichte daling in de graad van onvrijwillige euthanasie voor de periode 1990-1995 in Nederland (waar vrijwillige euthanasie toegelaten is), en het bleek dat de twee landen die de praktijk niet toestaan een beduidend hogere graad van onvrijwillige euthanasie hadden dan Nederland.

## 5. Een bredere definitie van 'euthanasie'

Tot nog toe steunde de discussie op een definitie van euthanasie waaronder enkel het toedienen, voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen met de uitdrukkelijke bedoeling het leven van de patiënt te beëindigen, valt. Traditiegetrouw echter wordt euthanasie in een bredere betekenis begrepen. De *Euthanasieverklaring* van het Vaticaan, bijvoorbeeld, definieert 'euthanasie' of 'genadedoding' als 'een daad of nalatigheid die op zichzelf of moedwillig de dood veroorzaakt'. (Vatican City, 19980: 6) Een gelijkaardige veronderstelling vinden we terug in de Australische wetgeving. De *Crimes Act* van New South Wales, bijvoorbeeld, beslist: "We gaan ervan uit dat er een moord is gepleegd wanneer een daad of nalatigheid van de beschuldigde die de dood tot gevolg had, gebeurde of werd nagelaten in een moment van roekeloze onverschilligheid ten opzichte van het menselijke leven, of met de bedoeling om te doden."<sup>7</sup>

En de *Criminal Code* van West-Australië verklaart botweg: "Elke persoon die een daad stelt of die nalaat iets te doen waardoor de dood versneld wordt van een andere persoon die, op het ogenblik dat de daad gesteld wordt of op het ogenblik dat de nalatigheid gebeurt, lijdt aan een of andere kwaal of ziekte die een andere oorzaak

<sup>6</sup> Volgens een meer recente, maar nog niet gepubliceerde studie van Australische chirurgen gaven 36% van de respondenten toe dat zij bewust de dood versneld hadden door geneesmiddelen toe te dienen om pijn en ongemak te verlichten in dosissen die groter waren dan noodzakelijk, en dit met de expliciete bedoeling de dood te versnellen; meer dan de helft verklaarde dit te hebben gedaan zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. (*The Age*, 3/5/2000).

<sup>7</sup> *Crimes Act* 1900 (NSW) s.19 (1)(a).

heeft, wordt verondersteld die persoon te hebben vermoord ... [en] een persoon die onwettig een ander persoon doodt, met de intentie die dood of die van een ander te veroorzaken, wordt schuldig bevonden aan opzettelijke moord.”<sup>8</sup>

Bij een strikte interpretatie van deze stellingen zou elke medische daad of nalatigheid die bewust de dood versnelt of veroorzaakt, een voorbeeld vormen van het bewust verkorten van het leven – moord volgens de wet, en wanneer die daad gesteld wordt om genaderedenen, euthanasie volgens de Euthanasieverklaring van het Vaticaan. Bij deze bredere interpretatie zouden dokters dus euthanasie beoefenen niet alleen wanneer ze geneesmiddelen toedienen, voorschrijven of verstrekken met de uitdrukkelijke bedoeling het leven van de patiënt te verkorten, maar ook wanneer ze behandeling nalaten met dezelfde bedoeling.

Er wordt een dubbelzinnigheid gecreëerd wanneer iemand handelt met meer dan één bedoeling. Dit is vastgelegd in de studies, die partiële bedoelingen onderscheiden van exclusieve bedoelingen. Wanneer geneesmiddelen gebruikt bij pijn- en symptoombestrijding toegediend werden met als enige bedoeling het leven van de patiënt in te korten, vielen ze onder de noemer ‘euthanasie’. Wanneer ze toegediend werden met als enige bedoeling om pijn en symptomen te verlichten (zelfs al kon men voorzien dat ze een levensverkortend effect zouden hebben), vielen ze onder de noemer ‘pijn en symptoomverlichting’. Wanneer dokters verklaarden dat ze de bedoeling hadden pijn en symptomen te verlichten, maar *ook* om het leven in te korten, categoriseren de studies dit als ‘partiële bedoeling om het leven in te korten’. Deze toegeving van het bestaan van een partiële bedoeling om het leven in te korten werd ook gemaakt met betrekking tot beslissingen tot niet-behandeling in de Belgische studie, maar niet in de Nederlandse en Australische studies.

Tabel 4 toont de incidentie van alle expliciete en partieel bedoelde overlijdens in Australië, Nederland en België.

Tabel 4. Expliciet en partieel bedoelde overlijdens in Australië, Nederland en België

	Australië 1996	Nederland 1995	België 1998
Toedienen, voorschrijven, verstrekken van geneesmiddelen	5,3%	3,3%	4,5%
niet-behandeling	24,7%	13,2%	9,7%
Pijn- en symptoombestrijding	6,5%	3,0%	5,3%
<b>TOTAAL:</b>	<b>36,5%</b>	<b>19,5%</b>	<b>19,5%</b>

\*) studie uit 1990 – geen cijfers beschikbaar voor 1995

Deze tabel toont aan dat de globale incidentie van de bedoelde overlijdens in Australië weer veel hoger werd geschat dan in Nederland, en ook aanzienlijk hoger dan in België. De globale incidentie van expliciete en partieel bedoelde overlijdens was dezelfde als in België en Nederland.

Van bijzonder belang voor het Argument van het Hellende Vlak is natuurlijk niet de incidentie van het bewust inkorten van het leven op zich, maar de incidentie van

<sup>8</sup> *The Criminal Code* (WA), Paragraphs 273 and 278.

onvrijwillige euthanasie. Er was geen analyse voorhanden van alle relevante gegevens, maar de globale cijfers voor Australië en Nederland zijn als volgt: 30% van alle Australische overlijdens werd voorafgegaan door een medische beslissing rond het levenseinde, expliciet en enkel bedoeld het leven in te korten, maar in slechts 4% hiervan was er een expliciet verzoek van de patiënt om haar of zijn dood te bespoedigen. Dit betekent dat wanneer we onder 'euthanasie' alle gevallen verstaan waarin dokters handelden met de expliciete bedoeling het leven in te korten, 30% (37.000 gevallen) hiervan gevallen van euthanasie zouden zijn. Hiervan zou 4% gecategoriseerd worden als 'vrijwillige euthanasie', en 26% (32.000 gevallen) als 'onvrijwillige euthanasie'. De *globale* Nederlandse incidentie van 'euthanasie' in de hiervoor genoemde betekenis daarentegen, was 16,6% (22.500 gevallen). (Deliens e.a., 2000: 1806-1811)

*Conclusie:* Australië heeft een aanzienlijk hogere graad van onvrijwillige euthanasie dan Nederland, zowel bij een enge interpretatie van 'euthanasie' zijnde 'het toedienen, voorschrijven of verstrekken van geneesmiddelen met de expliciete bedoeling het leven van de patiënt in te korten', als bij een bredere interpretatie die een beslissing rond het levenseinde betreft, genomen door de dokter met de expliciete bedoeling het leven in te korten. Net als België heeft Australië een beduidend hogere graad van onvrijwillige euthanasie in de enge betekenis van het woord; Belgische gegevens over een bredere interpretatie van onvrijwillige euthanasie waren niet voorhanden.

## 6. Afrondende opmerkingen

Culturele verschillen en mogelijke verschillen in de steekproefmethode kunnen schommelingen in schattingen verklaren. Toch ondermijnen de studies die hier voorgesteld worden de suggestie dat er een bewijs zou bestaan voor het Argument van het Hellende Vlak in Nederland, of dat de graad van onvrijwillige euthanasie noodzakelijkerwijze hoger is in een land waar vrijwillige euthanasie openlijk beoefend wordt (Nederland) dan in landen die deze praktijk verbieden (Australië en België).

John Keown had het bij het rechte eind toen hij beweerde dat "...het leven van duizenden patiënten opzettelijk werd verkort zonder uitdrukkelijk verzoek sinds euthanasie op grote schaal getolereerd wordt in Nederland." (Van der Maas e.a., 1991: 669-674) Zoals we konden zien, verkortten Nederlandse dokters het leven van hun patiënten zonder toestemming van de patiënt. Een vergelijking tussen de Nederlandse studie uit 1995 en die in Australië van 1996 toont echter aan dat (rekening houdend met het feit dat Nederland en Australië een gelijkaardige bevolkingsgrootte en overlijdensgraad hebben) veel meer Australische dan Nederlandse dokters bewust het leven van patiënten verkortten zonder hun toestemming. Bij een brede interpretatie van euthanasie waren er 32.000 gevallen van onvrijwillige euthanasie in Australië, maar het totaal aantal gevallen waarin Nederlandse dokters gehandeld hadden met als bewust doel het leven in te korten, met en zonder de toestemming van de patiënt, bedroeg slechts 22.500. Hetzelfde zien we bij een enge interpretatie van 'euthanasie': in Nederland waren er 950 gevallen van onvrijwillige euthanasie, in Australië 4.400.

Naar aanleiding van de dood van Freeda Hayes en Norma Hall waarschuwde de aartsbischop van Sidney dat elke versoepeling van de euthanasiewetten zou leiden tot een

praktijk die niet meer in de hand zou kunnen worden gehouden, zoals in Nederland.<sup>9</sup> De hierboven beschreven discussie heeft echter aangetoond dat deze bewering elke empirische basis mist. Mensen mogen zich verzetten tegen de legalisering van vrijwillige euthanasie op grond van verschillende religieuze en morele overtuigingen, maar zij die bereid zijn het verbod op vrijwillige euthanasie te verdedigen kunnen geen beroep doen op het Argument van het hellende Vlak om hun gelijk te halen. Integendeel, de empirische gegevens die nu voorhanden zijn, kunnen de basis vormen voor de overtuiging dat de legalisering van vrijwillige euthanasie zou kunnen leiden tot een vermindering van onvrijwillige euthanasie. Hoewel er zelden vervolgingen gebeurden in Australië, toch verbiedt de bestaande wetgeving het bewust stellen van een einde aan het leven, zodat Australische dokters waarschijnlijk terughoudender zijn dan hun Nederlandse collega's om medische beslissingen rond het levenseinde te bespreken. uit vrees dat deze beslissingen geïnterpreteerd zouden worden als deelname aan vrijwillige euthanasie.

## Literatuur

- BAUME P. & O'MALLEY E. (1994), 'Euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners', *Medical Journal of Australia*, 161, 137-144
- DELIENS L., MORTIER F., BILSEN J., COSYNS M., VANDER STICHELE R., VANOVERLOOP J. & INGELS K. (2000), 'End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey', *The Lancet*, 356, 1806-1811
- FLEMING J. (1992), 'Euthanasia, the Netherlands and slippery slopes', *Bioethics Research Notes*, Supplement, 4, 2, 1-4
- GRIFFIN G. M. (2000), 'Defining Australian death' in KELLEHEAR A. (ed.) (2000), *Death and Dying in Australia*, Melbourne, Oxford University Press, 40-51
- KUHSE H. & SINGER P. (1988), 'Doctors' attitudes and practices regarding voluntary euthanasia', *Medical Journal of Australia*, 148, 623-627
- KUHSE H., SINGER P., BAUME P., CLARK M. & RICKARD M. (1997), 'End-of-life decisions in Australian medical practice', *Medical Journal of Australia*, 17 February 1997, 191-196
- SACRED CONGREGATION FOR THE DOCTRINE OF THE FAITH (1980), *Declaration on Euthanasia*, Vatican City, 6
- SENATE LEGAL AND CONSTITUTIONAL LEGISLATION COMMITTEE, *Consideration of Legislation Referred to the Committee – Euthanasia Laws Bill 1996*, Canberra: The Parliament of the Commonwealth of Australia, March 1997, 103

<sup>9</sup> *Sydney Morning Herald*, 24/1/2001.



VAN DER MAAS P.J., VAN DELDEN J.J.M., PIJNENBORG L. & LOOMAN C.W.N. (1991), 'Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life', *The Lancet*, 338, 669-674

VAN DER MAAS P.J., VAN DER WAL G., HAVERKATE I. e.a. (1996), 'Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995', *New England Journal of Medicine*, 335, No. 22, 1699-1705