

<p>Comité de sécurité de l'information Chambre sécurité sociale et santé</p>
--

CSI/CSSS/26/112

DÉLIBÉRATION N° 26/062 DU 5 MAI 2026 PORTANT SUR LE TRAITEMENT DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PSEUDONYMISÉES RELATIVES À LA SANTÉ EN PROVENANCE DE L'AGENCE INTERMUTUALISTE ET DU « SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE » (SHARE) À L'UNIVERSITÉ D'ANVERS DANS LE CADRE D'UN PROJET DE RECHERCHE SUR LA MANIÈRE DONT LA PRISE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES PEUT ÊTRE ASSOCIÉE À LEUR BIEN-ÊTRE GÉNÉRAL

Le Comité de sécurité de l'information, chambre sécurité sociale et santé (dénommé ci-après « le Comité ») ;

Vu le règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ;

Vu la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel* ;

Vu la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale* ;

Vu la loi du 21 août 2008 *relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth* ;

Vu la demande de l'université de Anvers ;

Vu le rapport d'auditorat de la Plate-forme eHealth du 23 mars 2026 ;

Vu le rapport de monsieur Michel Deneyer ;

Émet, après délibération, la décision suivante, le 5 mai 2026 :

I. OBJET DE LA DEMANDE

1. L'université d'Anvers (dénommée ci-après « UAntwerpen ») a introduit une demande auprès du Comité de sécurité de l'information afin d'obtenir des données à caractère personnel pseudonymisées relatives à la santé en provenance de l'Agence intermutualiste et du « Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe » (SHARE) dans le cadre d'un projet de recherche sur la manière dont la prise de médicaments psychotropes chez les personnes âgées peut être associée à leur bien-être général.
2. Ce projet a pour but d'étudier le lien entre la consommation de médicaments psychotropes et l'intégration sociale ainsi que le bien-être des personnes âgées. Des études montrent que la solitude chez les personnes âgées est associée à la consommation de psychotropes, même en l'absence de symptômes d'anxiété ou de dépression. Des recherches qualitatives suggèrent en outre que les personnes âgées ont recours à ces médicaments lorsqu'elles se sentent seules, afin de compenser le manque de relations sociales et d'activités. Ceci peut compromettre l'intégration sociale et le bien-être des personnes âgées et entraîner une détérioration de leur état de santé.

Procédure de sélection

3. La population étudiée se compose de personnes :
 - âgées de 50 ans et plus ;
 - domiciliées en Belgique et parlant une des langues nationales ;
 - ayant donné leur consentement pour le couplage de leurs données administratives auprès de l'AIM à leurs données d'enquête.
4. Le projet de recherche porte sur des personnes âgées de 50 ans et plus. Sur la base d'une série de données couplées, les chercheurs se proposent d'étudier le rapport entre la consommation de médicaments psychotropes (données AIM) et l'intégration sociale ainsi que le bien-être (données SHARE) des personnes âgées en Belgique. La série de données couplées portera sur les participants de l'enquête SHARE qui ont donné leur consentement écrit pour le couplage de leurs données d'enquête à leurs données administratives auprès de l'AIM.

Les participants SHARE doivent être domiciliés en Belgique et parler l'une des langues nationales. Par ailleurs, les personnes interrogées ne sont pas comptabilisées comme nouveaux participants si elles étaient incarcérées, hospitalisées ou se trouvaient à l'étranger pendant toute la durée de l'enquête.

Pour réaliser une analyse longitudinale concernant le lien entre la consommation de médicaments psychotropes et l'intégration sociale ainsi que le bien-être de personnes âgées, les chercheurs ont besoin d'un échantillon aussi large que possible. Etant donné que les chercheurs contrôleront également des variables sous-jacentes telles que la santé mentale, les chercheurs veulent éviter le risque de petites cellules. C'est pourquoi les chercheurs demandent les données de tous les participants SHARE de 50 ans et plus qui ont donné leur

consentement pour le couplage de leurs données d'enquête à leurs données disponibles dans les banques de données de l'AIM.

5. Les chercheurs ont besoin de la totalité des participants qui ont donné leur consentement pour le couplage afin de parvenir à un échantillon suffisamment large. Ceci permet aux chercheurs de s'assurer que les groupes au sein des analyses ne soient jamais trop petits, p.ex. le nombre d'utilisateurs d'antidépresseurs par rapport au nombre d'utilisateurs d'antipsychotiques.

D'après le dernier recensement, il s'agit d'environ 4.000 participants. Les données les plus récentes doivent cependant encore être consolidées, ce qui signifie que le nombre total pourra donc encore légèrement varier. Pour le couplage, il y aura par ailleurs deux moments de transmission des données et le deuxième transfert de données pourra inclure de nouveaux participants de la dixième vague de SHARE. Le nombre de participants dans le cadre du deuxième transfert de données peut donc être supérieur.

6. Pour la série de données couplées, les données de l'AIM sont demandées à partir de 2002 (la première année qui soit disponible). Étant donné que la consommation de psychotropes sert de variable explicative pour prédire l'intégration sociale et le bien-être, il est nécessaire d'utiliser des données qui remontent suffisamment loin dans le temps. À l'aide de techniques d'analyse longitudinales, les chercheurs tentent d'exclure autant que possible toute causalité inverse. Ceci leur permet par ailleurs d'analyser la durée et l'intensité de l'utilisation de médicaments psychotropes, de sorte à déterminer des tendances au niveau de la consommation qui peuvent s'avérer utiles pour l'interprétation des résultats. Les données SHARE remontent à 2004 pour réaliser des contrôles éventuels, par exemple en matière de santé mentale. Ce projet de recherche étudie cependant la période de 2011 à 2025.
7. Le flux de données est repris ci-dessous.

II. COMPÉTENCE

8. Conformément à l'article 42, § 2, 3^o, de la loi du 13 décembre 2006 *portant dispositions diverses en matière de santé*, toute communication de données à caractère personnel relatives à la santé requiert, sauf les exceptions prévues, une délibération de principe de la chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information.
9. Le Comité estime dès lors qu'il est compétent pour se prononcer sur la communication de données à caractère personnel relatives à la santé envisagée.

III. EXAMEN DE LA DEMANDE

A. ADMISSIBILITÉ

10. Le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est en principe interdit, et ce conformément au prescrit de l'article 9, §1^{er} du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à

l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD).

11. L'interdiction du traitement de données à caractère personnel relatives à la santé ne s'applique pas lorsque le traitement est nécessaire à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques, conformément à l'article 89, paragraphe 1, sur la base du droit de l'Union ou du droit d'un État membre, qui doit être proportionné à l'objectif poursuivi, respecter l'essence du droit à la protection des données et prévoir des mesures appropriées et spécifiques pour la sauvegarde des droits fondamentaux et des intérêts de la personne concernée¹. Il s'agit d'une utilisation secondaire de données initialement collectées pour une autre finalité.
12. À la lumière de ce qui précède, le Comité est d'avis qu'il existe un fondement admissible pour le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé envisagé.

B. PRINCIPES RELATIFS AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

1. FINALITÉS

13. En vertu de l'article 5 du RGPD, les données à caractère personnel doivent être traitées de manière licite, loyale et transparente au regard de la personne concernée. Elles doivent être collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement d'une manière incompatible avec ces finalités.
14. L'étude vise à examiner le lien entre la consommation de médicaments psychotropes et l'intégration sociale ainsi que le bien-être des personnes âgées. Des études montrent que la solitude chez les personnes âgées est associée à la consommation de psychotropes, même en l'absence de symptômes d'anxiété ou de dépression. Des recherches qualitatives suggèrent en outre que les personnes âgées ont recours à ces médicaments lorsqu'elles se sentent seules, afin de compenser le manque de relations sociales et d'activités. Ceci peut compromettre l'intégration sociale et le bien-être des personnes âgées et entraîner une détérioration de leur état de santé. Par ailleurs, les médicaments psychotropes servent à stimuler la santé mentale et ils peuvent aider à gérer des événements émotionnels, tels que la perte d'un partenaire, qui pourraient conduire à un isolement social. De cette manière, les psychotropes peuvent avoir un effet favorable à la fois sur l'intégration sociale et le bien-être des personnes âgées.
15. Pour examiner ces hypothèses, cette étude prévoit une étude de cas sur la Belgique qui permettra, à partir des données de l'AIM, d'analyser de manière détaillée la durée, la quantité et le type de médicaments psychotropes consommés par les personnes âgées. Le couplage avec les données SHARE permet de mettre cette consommation en relation avec des variables relatives à l'intégration sociale, telle que la taille du réseau social, ainsi qu'avec des indicateurs de bien-être, tels que la joie de vivre. Par ailleurs, les données AIM permettent d'examiner si cette relation change lorsqu'il est fait appel à des thérapies non-pharmaceutiques telles que la psychothérapie.

¹ Art. 9, alinéa 2, j) du RGPD.

16. Compte tenu des finalités du traitement décrites ci-avant, le Comité de sécurité de l'information considère que le traitement des données à caractère personnel envisagé poursuit bien des finalités déterminées, explicites et légitimes.

2. MINIMISATION DES DONNÉES

17. Selon l'article 5 du RGPD, les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées.
18. Il s'agit d'un traitement ultérieur. Les unions nationales des OA disposent de données concernant leurs membres, dans le cadre de l'exécution de leur mission légale en matière d'assurance maladie-invalidité. L'Agence intermutualiste a pour mission d'analyser les données collectées dans le cadre de ses missions et de fournir les informations à ce propos (art. 278, alinéa 1^{er}, de la loi-programme du 24/02/2002). Ces travaux peuvent être réalisés à la demande du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement notamment (art. 278, alinéa 4, 2^o). La finalité du traitement initial des données à caractère personnel (et plus précisément des données relatives à la santé) par les organismes assureurs est compatible avec les finalités du traitement ultérieur, à savoir la réalisation d'une étude scientifique. Par ailleurs, cette étude scientifique peut contribuer aux missions légales des OA, telles que définies dans la loi du 6 août 1990 (article 3, c)), à savoir l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social.
19. Il y aura deux périodes de transfert, d'une part, dès que la procédure est terminée pour les données de 2004 à 2022 et, d'autre part, dès que les données de 2025 sont disponibles pour la période de 2023 à 2025.
20. Le NISS est uniquement utilisé par les institutions concernées par la fourniture et le couplage des données. Les chercheurs auront uniquement accès à des numéros d'identification pseudonymisés.
21. Les chercheurs rapporteront toujours les résultats au niveau du groupe et utiliseront un niveau d'agrégation suffisamment élevé. Cela signifie notamment que les cellules de moins de 5 personnes, au cas où elles se présentent malgré les mesures prises, ne seront jamais rapportées dans les tableaux/graphiques de résultats.
22. Une liste des données demandées ainsi qu'une motivation circonstanciée par variable sont jointes dans une annexe séparée.

3. LIMITATION DE LA CONSERVATION

23. Selon l'article 5, §1^{er}, e) du RGPD, les données à caractère personnel doivent être conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées; les données à caractère personnel peuvent être conservées pour des durées plus longues dans la

mesure où elles seront traitées exclusivement à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques conformément à l'article 89, §1^{er}, pour autant que soient mises en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées requises par le règlement afin de garantir les droits et libertés de la personne concernée (limitation de la conservation).

24. Les données resteront disponibles pour les chercheurs sur l'infrastructure de l'AIM, gérée par la TTP eHealth, jusqu'à la fin du projet. Cette fin est actuellement prévue 5 ans après la mise à la disposition des données. A l'issue du projet de recherche et après le rapportage des résultats, les données disponibles seront détruites. La gestion et la destruction des données sont assurées par des collaborateurs de l'AIM et de la TTP eHealth. Une période de 5 ans est considérée comme suffisante pour exécuter correctement les analyses nécessaires, comme présentées dans le présent projet, compte tenu d'éventuelles questions posées par des réviseurs lors de la publication dans une revue scientifique à comité de lecture suite à l'analyse des banques de données couplées.
25. Le Comité estime que le délai de conservation est raisonnable.

4. TRANSPARENCE

26. Lorsque les données à caractère personnel n'ont pas été collectées auprès de la personne concernée, le responsable du traitement est tenu de fournir les informations visées à l'article 14, §§1 et 2, du RGPD à la personne concernée.
27. L'article 14 du RGPD fixe les conditions auxquelles le responsable du traitement doit satisfaire lorsque des données à caractère personnel sont collectées concernant la personne concernée. Ainsi, les informations suivantes doivent notamment être communiquées: les coordonnées du responsable du traitement et du délégué à la protection des données, les catégories de données à caractère personnel, les finalités du traitement et le fondement du traitement, les catégories de destinataires et, si le responsable du traitement a l'intention de transmettre les données à caractère personnel à un destinataire dans un pays tiers, les garanties appropriées. Ensuite, afin de garantir un traitement équitable et transparent, le responsable du traitement doit notamment informer la personne concernée sur ses droits (droit d'introduire une plainte, droit de consultation, droit d'opposition, droit de rectification, etc.), le cas échéant, sur la source des données à caractère personnel.
28. Le couplage est uniquement effectué pour les données des participants SHARE qui ont donné par écrit leur consentement éclairé. Dans ce consentement écrit, il est fait explicitement référence à la possibilité d'un couplage de leurs données d'enquête SHARE aux données administratives de l'AIM. Ce consentement écrit a été rédigé préalablement à la rédaction du projet de recherche sur lequel porte cette demande. Par conséquent, le formulaire de consentement éclairé ne mentionne pas les variables spécifiques des données AIM qui seront utilisées dans le cadre du couplage. Les participants ont été informés en décembre 2025 quant à cette proposition de projet spécifique et quant à la manière dont ils pouvaient retirer leur consentement s'ils le souhaitaient.

29. Le Comité souligne que les informations qui sont communiquées aux personnes concernées doivent satisfaire aux conditions qui sont décrites à l'article 14 du RGPD.

5. SÉCURITÉ DE L'INFORMATION

30. Selon l'article 5, §1^{er}, f) du RGPD, les données à caractère personnel doivent être traitées de façon à garantir une sécurité appropriée des données à caractère personnel, y compris la protection contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte, la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle, à l'aide de mesures techniques ou organisationnelles appropriées (intégrité et confidentialité).
31. Le Comité constate qu'une analyse d'impact relative à la protection des données a déjà été réalisée et qu'il l'a reçue, conformément à l'article 35 du RGPD.
32. Le Comité constate que le pool SCRA réalisera une analyse de risque « small cell » avant la transmission des données aux chercheurs.
33. Le Comité constate que l'UAntwerpen a désigné un médecin responsable du traitement des données à caractère personnel relatives à la santé, ainsi qu'un délégué à la protection des données.
34. Le Comité constate que les collaborateurs de l'UAntwerpen ont un devoir contractuel de confidentialité.
35. Le Comité fait observer que la Plate-forme eHealth et la BCSS interviennent comme tiers de confiance (TTP) pour le couplage et la pseudonymisation des données. Le rapport entre les données pseudonymisées et l'identité des personnes n'est pas conservé.
36. Le Comité rappelle que ni l'UAntwerpen, ni ses collaborateurs ne peuvent entreprendre des démarches pour réidentifier les personnes concernées. Les résultats de l'étude doivent être publiés sous forme anonyme.
37. Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 9 de la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*, le responsable du traitement prend les mesures supplémentaires suivantes lors du traitement de données génétiques, biométriques ou des données concernant la santé :
- 1° les catégories de personnes ayant accès aux données à caractère personnel, sont désignées par le responsable du traitement ou, le cas échéant, par le sous-traitant, avec une description précise de leur fonction par rapport au traitement des données visées;
 - 2° la liste des catégories des personnes ainsi désignées est tenue à la disposition de l'autorité de contrôle compétente par le responsable du traitement ou, le cas échéant, par le sous-traitant;
 - 3° il veille à ce que les personnes désignées soient tenues, par une obligation légale ou statutaire, ou par une disposition contractuelle équivalente, au respect du caractère confidentiel des données visées.

38. Le Comité estime nécessaire de rappeler que depuis le 25 mai 2018, l'UAntwerpen est tenue de respecter les dispositions et les principes du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données). Cette instance est également tenue de respecter les dispositions de la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*.

Par ces motifs,

la chambre sécurité sociale et santé du comité de sécurité de l'information

conclut que :

la communication des données à caractère personnel pseudonymisées, telle que décrite dans la présente délibération, est autorisée moyennant le respect des mesures de protection des données qui ont été définies, en particulier les mesures en matière de limitation de la finalité, de minimisation des données, de limitation de la durée de conservation des données et de sécurité de l'information.

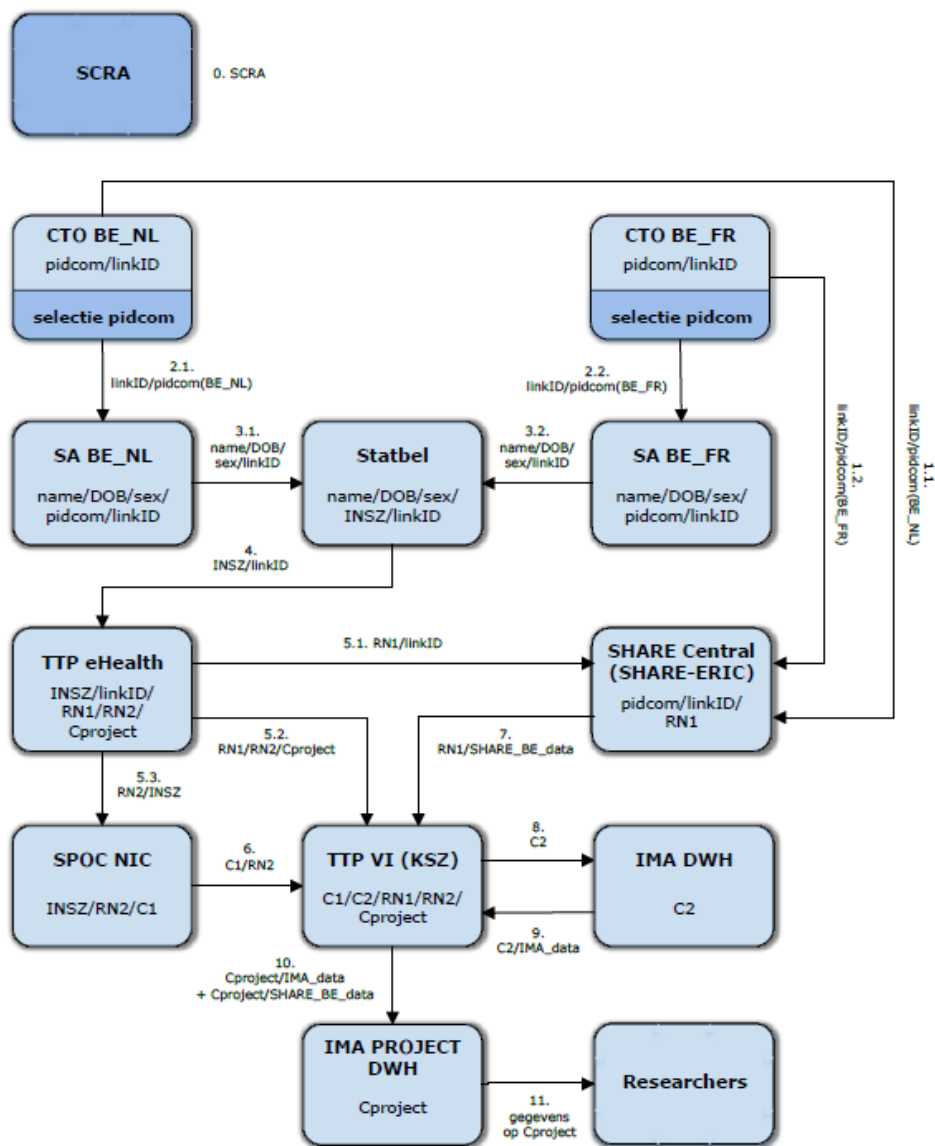
La présente délibération entre en vigueur le 21 mai 2026.

Michel DENEYER
Président

Le siège de la chambre sécurité sociale et de la santé du comité de sécurité de l'information est établi dans les bureaux de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, à l'adresse suivante: Quai de Willebroeck 38 - 1000 Bruxelles (tél. 32-2-741 83 11).

Bijlage 1: gegevensstroom

Gegevensstroom koppeling SHARE/IMA-gegevens: Survey of Health and Ageing in Europe studie (IMA referentie: P_SHAR01)



(Frequentie van de gegevensstroom: 2 x)

Opmerkingen:

- de gegevensstroom zal 2 x doorlopen worden.
- Een Small Cells Risk Analysis (SCRA) wordt uitgevoerd vóór de uitvoering van de gegevensstroom indien nodig geacht door het Informatieveilighedscomité (IVC), stap 0.

In de context van de studie “Survey of Health and Ageing in Europe” (SHARE) verzamelen de twee Survey Agencies (SA) de persoonscodes (pidcom) van alle respondenten en bezorgen de codes aan de respectievelijke Country Team operators (CTO) (*).

(*) *SA BE_NL = Survey Agency voor de Nederlandstalige respondenten: Centrum voor Demografie, Familie en Gezondheid (CDFG), Universiteit Antwerpen; SA BE_FR = Survey Agency voor de Franstalige respondenten: plate-forme interfacultaire “Emancipation sociale, Santé des Populations, Réduction des Inégalités sociales dans des sociétés en transition” (ESPRist), ULiège.*

De CTO voeren de nodige kwaliteitscontroles uit en selecteren enkel de pidcom van respondenten die hebben toegestemd met de gegevenskoppeling. De CTO maken hierna voor elke geselecteerde pidcom een unieke, random code (linkID) aan en brengen de conversielijst linkID/pidcom dan over naar SHARE Central (SHARE-ERIC) (**stappen 1.1 en 1.2**).

Dezelfde conversielijsten worden eveneens overgebracht naar de respectievelijke SA (**stappen 2.1 en 2.2**).

Op basis van de conversielijst associëren de SA associëren elke pidcom aan de naam (Name, d.i. voornaam en familienaam), geboortjaar en -maand (DOB) en geslacht (Sex) van de geselecteerde persoon. Na vervanging van de pidcom door de linkID wordt de lijst name/DOB/sex/linkID overgebracht naar de verantwoordelijke van Statbel (**stappen 3.1 en 3.2**).

Statbel voegt beide lijsten van de SA samen en zoekt op basis van de naam, geslacht, geboortjaar en -maand van elke persoon het corresponderend identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ) op. Statbel associeert aan elke INSZ de corresponderende linkID en stuurt hierna de lijst INSZ/linkID door naar de Trusted Third Party (TTP) eHealth (**stap 4**).

De TTP eHealth maakt voor elke INSZ aanwezig in de 2 lijsten een unieke Cproject aan, samen met 2 random numbers: RN1 en RN2. Hierna zal de TTP eHealth de volgende stappen ondernemen:

- De conversielijst RN1/linkID wordt naar SHARE CENTRAL overgebracht (**stap 5.1**).
- De conversielijst RN1/RN2/Cproject wordt naar de Trusted Third Party van de verzekeringsinstellingen - Kruispuntbank Sociale Zekerheid (TTP VI (KSZ)) overgebracht (**stap 5.2**).
- De conversielijst RN2/INSZ wordt naar het uniek aanspreekpunt van het Nationaal Intermutualistisch College (SPOC NIC) overgebracht (**stap 5.3**).

SPOC NIC converteert elke INSZ uit de lijst verkregen in stap 5.3 naar de code van de verzekeringsinstellingen (C1) en brengt de nieuwe lijst C1/RN2 over naar de TTP VI (KSZ) (**stap 6**).

SHARE Central selecteert a.d.h.v. de lijsten verkregen in stappen 1.1 en 1.2 alle nodige gegevens (SHARE_BE_data) op basis van de pidcom, en associeert aan elke pidcom de unieke linkID waarde. Elke linkID wordt hierna vervangen door de corresponderende RN1 waarde uit lijst 5.1. SHARE Central brengt uiteindelijk de gegevens RN1/SHARE_BE_data over naar de TTP VI (KSZ) (**stap 7**).

De TTP VI (KSZ) converteert de C1 uit de lijst C1/RN2 van stap 6 naar de code C2 van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) en plaatst de lijst C2 hierna in het IMA Data Warehouse (DWH) (**stap 8**).

Het IMA selecteert alle nodige gegevens (IMA_data) op C2 en brengt daarna C2/IMA_data over naar de TTP VI (KSZ) (**stap 9**).

De gegevens van zowel IMA als SHARE Central worden door de TTP VI (KSZ) op Cproject geplaatst en overgebracht naar het IMA Project DWH (**stap 10**).

De gegevens Cproject/SHARE_BE_data en Cproject/IMA_data worden in het IMA Project DWH ter beschikking gesteld aan de onderzoekers (**stap 11**).

Bijlage 2: Overzicht van de opgevraagde variabelen

Variabele	Label	Bewijs van proportionaliteit
Gegevensset: IMA Populatie		
PROVINCE	Provincie	Provincie wordt onderzocht om regionale verschillen in het zorggebruik in kaart te brengen en als controlevariabele op te nemen voor de analyses. Verder laat deze variabele toe om een vergelijking tussen de Belgische regio's te maken wat is opgenomen in het project als een van de doelstellingen.
PP1010	Voorwaarde recht verhoogde tegemoetkoming	Verhoogde tegemoetkoming laat hun toe om de analyses te controleren voor personen met een laag inkomen. Dit wordt gebruikt als controlevariabele voor de analyses aangezien sociaaleconomische factoren een hoger of lager gebruik van psychofarmaca en andere therapieën mede kunnen verklaren. De onderzoekers vragen specifiek PP1010 op als variabele om te controleren bij de verhoogde tegemoetkoming of het gaat over personen met een uitkering of een laag inkomen. Deze variabele in combinatie met PP3011 stelt hun in staat om te controleren of het verband veranderd als ze personen met een toelage voor gehandicapten uit de analyses halen. Dit is namelijk een uitkering die niet gebaseerd is op een absolute inkomensgrens in tegenstelling tot de andere voorwaarden van de verhoogde tegemoetkoming.
PP3011	Recht op toelage voor gehandicapten	De enige voorwaarde waarbij men toegang kan krijgen tot een verhoogde tegemoetkoming waarbij een "laag inkomen" niet absoluut gedefinieerd is, is die van de toelage voor personen met een handicap, toegekend door de Federale overheidsdienst (FOD) sociale zekerheid. Door deze variabele op te vragen kunnen de onderzoekers controleren voor deze specifieke groep binnen de verhoogde tegemoetkoming in de analyses.
INCAPACITY_YN	Arbeidsongeschiktheid	Fysieke gezondheid hangt samen met mentale gezondheid en het gebruik van psychofarmaca. Om die reden willen de onderzoekers voor deze variabele controleren in de analyses

		naar de relatie tussen psychofarmacagebruik, sociale integratie en welzijn.
CHRONICAL_YN	Chronisch zieke	Fysieke gezondheid hangt samen met mentale gezondheid en het gebruik van psychofarmaca. Om die reden willen de onderzoekers voor deze variabele controleren in de analyses naar de relatie tussen psychofarmacagebruik, sociale integratie en welzijn.
MAJOR_INVALIDITY_YN-	Invalide of persoon met een handicap	
AGE05_CAT	Leeftijdsklasse per schijf van 5 jaar	Leeftijd speelt een belangrijke rol in het gebruik van psychofarmaca of andere therapieën. Hiervoor willen de onderzoekers kunnen controleren in de analyses naar het verband tussen sociale integratie en psychofarmaca gebruik.
PP0020	Geslacht	Geslacht speelt een belangrijke rol in het gebruik van psychofarmaca of andere therapieën. Hiervoor willen de onderzoekers kunnen controleren in de analyses naar het verband tussen sociale integratie en psychofarmaca gebruik.
PP0040A	Overlijdensjaar	Gezien de studie focust op een ouderen populatie is er een reële kans dat respondenten zijn gestorven gedurende de onderzoeksperiode. Om het stoppen van het aankopen van psychofarmaca niet fout toe te schrijven, moeten de onderzoekers kunnen controleren voor het mogelijke overlijden van de respondent. Een niveau tot maand van overlijden zal gedetailleerd genoeg zijn voor de studie.
PP0040B	Overlijdensmaand	
PP0010	Identificatiecode van de persoon	Om de databanken van het IMA aan elkaar te koppelen.
Gegevensset: IMA Farmanet		
ATC	ATC-codes niveau 1 – niveau 5	De focus van het onderzoek ligt op het gebruik van psychofarmaca bij ouderen. Daarom hebben de onderzoekers de ATC codes van N02A, N02B, N05A, N05B, N05C en N06A nodig tot op niveau 5. De onderzoekers hebben de data tot het meest gedetailleerde niveau van de medicatie nodig om eventuele verschillen tussen type psychofarmaca binnen eenzelfde klasse (bv. SSRI vs. SNRI) vast te stellen en om producten die niet onder de scope van het onderzoek vallen (bv. Sint-Janskruid) uit de analyses te halen.

SS00050	Hoeveelheid	Om het gebruik van psychofarmaca in verband te stellen met de sociale integratie en het welzijn van ouderen is het van belang om te kijken naar de hoeveelheid dat ouderen aankopen. Op deze manier kunnen de onderzoekers nauwgezet mogelijks verschillende resultaten tussen gebruikers van psychofarmaca verklaren. Deze variabelen zullen ze samenbrengen met SS00135 om de Doorsnee Dag Dosis (DDD) te berekenen.
SS00135	CNK-code	De CNK-code is nodig om via de referentietabel omtrent de Dose Per Package de DDD te berekenen. Dit geeft een correctere weergave van de hoeveelheid psychofarmaca dat ouderen aankopen in vergelijking met het aantal verpakkingen zoals weergegeven in SS00050.
SS00070A	Identificatienummer voorschrijver	De beroepscategorie van de voorschrijvende arts blijkt relevant te zijn voor het al dan niet voorschrijven van psychofarmaca dan wel andere therapieën. Deze variabele zal gebruikt worden om context te scheppen bij het gebruik van deze therapieën door ouderen en om voor te controleren in de analyses rond sociale integratie en welzijn. Via de voorschrijver norm kunnen de onderzoekers nog beter controleren wat de impact van de voorschrijver is op dit verband.
PRESCRIBER_CAT	Beroepscode voorschrijver	
PROCEDURE_MM	Maand van aflevering	Om een longitudinale studie uit te voeren, hebben de onderzoekers nood aan een variabele die aangeeft wanneer men gebruik maakte van psychofarmaca. Een afleveringsdatum tot op de maand van aflevering is hiervoor voldoende.
PROCEDURE_YYYY	Het jaar van de aflevering	

EERSTE_AFL	Index eerste aflevering	Aangezien het gebruik van psychofarmaca als verklarende variabele zal dienen voor de sociale integratie van ouderen, zouden de onderzoekers moeten weten wanneer men voor het eerst een psychofarmacum had aangekocht. Zo kunnen ze in combinatie met longitudinale SHARE data nagaan of het gebruik van psychofarmaca voorafging aan wijzigingen in de sociale integratie en het welzijn van ouderen. Hiervoor stellen ze een index op die aangeeft wanneer een specifiek psychofarmacum voor het eerst werd terugbetaald aan een persoon. Deze index wordt opgesteld op basis van de maand van aflevering (PROCEDURE_MM), het jaar (PROCEDURE_YYYY) van de aflevering en de ATC codes tot op niveau 5 (ATC).
SS00010	Identificatiecode van de persoon	Om de databanken van het IMA aan elkaar te koppelen.
Gegevensset: IMA Gezondheidszorgen		
SS00020	Nomenclatuurcode	Aangezien niet-farmaceutische therapieën eveneens aangewezen zijn bij mentale gezondheidsproblemen, willen de onderzoekers controleren voor het gebruik hiervan in de relatie tussen psychofarmaca, sociale integratie en welzijn. Hiervoor willen ze kijken naar de volgende proceduregroepen: 3, 35, 36, 37 en 63.
PROCEDURE_MM	Maand van de prestatie	Om een longitudinale studie uit te voeren, hebben de onderzoekers nood aan een variabele die aangeeft wanneer men gebruik maakte van psychotherapie. Een afleveringsdatum tot op de maand is hiervoor voldoende.
PROCEDURE_YYYY	Jaar van de prestatie	
SS00050	Aantal gevallen	Om correct te controleren voor het gebruik van niet-farmaceutische therapieën in de relatie tussen psychofarmaca, sociale integratie en welzijn, moeten de onderzoekers ook de frequentie van het gebruik van deze therapieën nagaan. Op deze manier kunnen ze nauwgezet mogelijks verschillende resultaten tussen gebruikers van deze therapieën verklaren.
SS00055	Aantal dagen	Zie verantwoording SS00050. Deze extra variabelen is nodig omdat de data soms in SS00055 en soms in SS00050 worden opgeslagen.

PRESCRIBER_CAT	Beroepscode voorschrijver	De beroepscategorie van de voorschrijvende arts blijkt relevant te zijn voor het al dan niet voorschrijven van psychofarmaca dan wel andere therapieën. Deze variabele zal gebruikt worden om context te scheppen bij het gebruik van deze therapieën door ouderen en om voor te controleren in de analyses rond sociale integratie en welzijn.
SS00010	Identificatiecode van de persoon	Om de databanken van het IMA aan elkaar te koppelen.
ATC	ATC-codes niveau 1 – niveau 5	De focus van het onderzoek ligt op het gebruik van psychofarmaca bij ouderen. Daarom hebben de onderzoekers de ATC codes van N02A, N02B, N05A, N05B , N05C en N06A nodig tot op niveau 5. Ze hebben de data tot het meest gedetailleerde niveau van de medicatie nodig om eventuele verschillen tussen type psychofarmaca binnen eenzelfde klasse (bv. SSRI vs. SNRI) vast te stellen en om producten die niet onder de scope van het onderzoek vallen (bv. Sint-Janskruid) uit de analyses te halen.
SS00050	Hoeveelheid	Om het gebruik van psychofarmaca in verband te stellen met de sociale integratie en het welzijn van ouderen is het van belang om te kijken naar de hoeveelheid dat ouderen aankopen. Op deze manier kunnen de onderzoekers nauwgezet mogelijks verschillende resultaten tussen gebruikers van psychofarmaca verklaren. Deze variabelen zullen ze samenbrengen met SS00135 om de Doorsnee Dag Dosis (DDD) te berekenen.
SS00135	CNK-code	De CNK-code is nodig om via de referentietabel omtrent de Dose Per Package de DDD te berekenen. Dit geeft een correctere weergave van de hoeveelheid psychofarmaca dat ouderen aankopen in vergelijking met het aantal verpakkingen zoals weergegeven in SS00050.
SS00345	Voorschrijver norm	De beroepscategorie van de voorschrijvende arts blijkt relevant te zijn voor het al dan niet voorschrijven van psychofarmaca dan wel andere therapieën. Deze variabele zal gebruikt worden om context te scheppen bij het gebruik van deze therapieën door ouderen en om voor te controleren in de analyses rond sociale integratie en welzijn. Via de

		voorschrijver norm kunnen ze nog beter controleren wat de impact van de voorschrijver is op dit verband.
Gegevensset: IMA Patiëntendata		
CS_PSYCH_N-	Aantal consultaties psychiater	Aangezien niet-farmaceutische therapieën eveneens aangewezen zijn bij mentale gezondheidsproblemen willen de onderzoekers controleren voor het gebruik hiervan in de relatie tussen psychofarmaca, sociale integratie en welzijn. De variabele in de patiëntendata maakt het efficiënter om het aantal consultaties bij een psychiater te onderscheiden van andere consultaties binnen de proceduregroep 3. Ze behouden echter ook variabele SS00020 om dit te onderscheiden van andere psychiatrische zorgen.
ATC_DDD_TOTAL-	Aantal DDD per ATC-code niveau 5	Om het gebruik van psychofarmaca in verband te stellen met de sociale integratie van ouderen is het van belang om te kijken naar de hoeveelheid dat ouderen gebruiken. Op deze manier kunnen de onderzoekers nauwgezet mogelijk verschillende resultaten tussen gebruikers van psychofarmaca verklaren. Hiervoor selecteren ze de geneesmiddelen met ATC codes N02A, N02B, N05A, N05B, N05C en N06A. Ze vragen variabelen SS00050 en SS00135 eveneens aan ter controle.
ATC_RG_TOTAL-	Totaal remgeld per ATC-code niveau 5	De variabelen rond de kosten van het geneesmiddel laten hun toe om de financiële druk van een farmaceutische therapie ten opzichte van een niet-farmaceutische therapie te vergelijken voor de patiënt en de sociale zekerheid. Dit kan hun helpen om sterkere beleidsimplicaties van onze resultaten te formuleren. Hiervoor selecteren de onderzoekers de geneesmiddelen met ATC codes N02A, N02B, N05A, N05B, N05C en N06A.
ATC_SUP_TOTAL-	Totaal supplementen per ATC-code niveau 5	
ATC_ZIV_TOTAL-	Totaal ZIV-bedrag per ATC-code niveau 5	
MON_RG_TOTAL	Totaal remgelden	De variabelen rond de kosten van de gezondheidszorgen laten hun toe om de financiële druk van een farmaceutische therapie ten opzichte van een niet-farmaceutische therapie te vergelijken voor de patiënt en de sociale zekerheid. Dit kan hun helpen om sterkere beleidsimplicaties van onze resultaten te formuleren. Hiervoor selecteren de

		onderzoekers de gezondheidszorgen onder proceduregroepen 3, 35, 36, 37 en 63 in de IMA databank.
SS00010	Identificatiecode van de persoon	Om de databanken van het IMA aan elkaar te koppelen.
MON_SUP_TOTAL	Totaal supplementen	De variabelen rond de kosten van de gezondheidszorgen laten hun toe om de financiële druk van een farmaceutische therapie ten opzichte van een niet-farmaceutische therapie te vergelijken voor de patiënt en de sociale zekerheid. Dit kan hun helpen om sterkere beleidsimplicaties van onze resultaten te formuleren. Hiervoor selecteren de onderzoekers de gezondheidszorgen onder proceduregroepen 3, 35, 36, 37 en 63 in de IMA databank.
MON_ZIV_TOTAL-	Totaal ZIV-uitgaven	
Gegevensset: IMA Patiënteel huisartsen		
CONTACT-	Aantal contacten	Het aantal contacten dat een patiënt heeft met hun huisarts kan een mogelijke verklarende factor zijn voor een hoger psychofarmacagebruik. Dit willen de onderzoekers nagaan in onze analyses naar psychofarmacagebruik. Verder willen ze hiervoor controleren in de analyses rond het gebruik van psychofarmaca en de sociale integratie van ouderen.
SS00010	Identificatiecode van de persoon	Om de databanken van het IMA aan elkaar te koppelen.

Bijlage 3 : SHARE variabelen

The questionnaires for all waves and languages can be downloaded from the SHARE website: <http://www.share-project.org/data-documentation/questionnaires.html>

The SHARE interview consists of various thematic blocks or modules and starts with the coverscreen module (cv_r). The questionnaire is designed in such a way that not every respondent gets every question. Some modules or questions are restricted to certain subgroups of respondents indicated by if -statements in the questionnaire. This leads to missing values in the respective variables for those respondents who are not part of the “if”-condition. For regular SHARE interviews, two types of questionnaires can be distinguished: the baseline questionnaire for respondents who participate in a SHARE interview for the first time and the longitudinal questionnaire for respondents who participated in SHARE before. The variable mn101_ indicates the questionnaire versions baseline vs longitudinal (see also chapter 13.3.3). Please be aware that some questions are only asked in the baseline interview version (e.g. education, country of birth) and thus the information needs to be taken from earlier waves in which the baseline interviews took place. Also, note that for some items the question text can differ between longitudinal and baseline questionnaire. One example in this context is ph006_ : For baseline respondents the question text is "Has a doctor ever told you that you had any condition ...” whereas for longitudinal respondents we already collected the information on past diagnoses. Therefore the question text is changed to “Do you currently have any condition...”.

In addition to the regular baseline and longitudinal SHARE questionnaire versions, retrospective SHARELIFE questionnaires were used in wave 3 and wave 7. In wave 3, all respondents answered the SHARELIFE questionnaire, whereas in wave 7 only those respondents who had not yet done a SHARELIFE interview in wave 3 received the SHARELIFE questionnaire. In wave 7, the variable mn103_ indicates if a regular or a SHARELIFE interview was conducted.

1. Regular questionnaire modules: Wave overview and short description

To pick up contemporary matters and due to time constraints not every module was part of every regular wave. The overview below lists the different questionnaire modules for the regular waves of SHARE and shows in which wave the corresponding module was included.

Demographics (DN): Basic demographic information about each respondent's marital status, country of birth and education. The module also contains questions on the respondent's parents and (ex-)spouses.

Social Networks (SN): Contains a detailed description of respondents' personal social networks. The respondents can name a maximum of seven persons who they consider confidants. The module collects information on the relationship to the respondent as well as additional characteristics of each social network member. The longitudinal dimension of the SN module in wave 9 provides information on whether and why social networks of respondents changed in comparison to waves 4, 6, and 8.

Children (CH): Collects information about the respondent's children with respect to e.g. marital status, frequency of contact, residential proximity to the respondent, employment status, educational level and whether they have children themselves.

Physical Health (PH): Different aspects of people's health: self-reported general health, longstanding illness or disability, eyesight and hearing, specific diagnoses and symptoms, pain, as well as difficulties with a range of (instrumental) activities of daily living. In addition, this module contains questions about work disability and assistive devices, i.e. special aids and appliances used to assist people with disabilities.

Behavioural Risks (BR): Covers health behaviours such as smoking, alcohol use, and physical activities.

Cognitive function (CF): Contains subjective and objective measures of four aspects of the respondent's cognitive functioning: memory, concentration, numeracy, and verbal fluency.

Mental Health (MH): In this module, information regarding the mental and emotional health of the respondents is collected.

Health Care (HC): Information about recent doctor visits and hospital stays. The module also contains questions about the respondent's level of health insurance.

Mini Childhood (MC): Introduced in wave 5, this module contains questions about the respondent's childhood, like the family's housing conditions, number of books in the residence or diseases the respondent may have suffered from. It is a complement of wave 3 (SHARELIFE) and therefore only respondents who did not participate in the SHARELIFE interview of wave 3 received these questions.

Employment & Pensions (EP): Information about the respondent's current work activities, income from work as well as other income sources, and any current or past pensions that he/she may be entitled to. For respondents who have retired and are receiving a pension, we ask about the number and kind of pensions and how much they receive.

Computer Use (IT): Information on frequency and skills in computer use.

Grip Strength (GS): Performance measurement that quantifies the respondent's maximum handgrip strength with the aid of a dynamometer.

Walking Speed (WS): In SHARE, walking speed is assessed by measuring the time (in seconds) it takes for a respondent to walk a distance of two and a half meters.

Chair Stand (CS): The chair stand test is measured one time per respondent and is performed only by respondents who are 74 years old or younger. The respondents fold their arms across their chest and stand up from a sitting position on a chair and sit down again for five times.

Blood Sample (BS): SHARE collected dried blood spots (DBS) samples in 12 countries in wave 6 (BE, CH, DK, EE, FR, DE, GR, IL, IT, SI, ES, SE). All panel household members in the participating countries were eligible for DBS collection. Please note: in France, eligibility was given only in a subsample (1/4) of panel households. The BS module provides information on the process of blood spots collection. The blood samples are currently being analysed in medical laboratories. Since these analyses are not yet completed, biomarker values are not yet publicly available. Nevertheless, some generated variables on DBS are already provided in the `gv_dbs` module. Please subscribe for the SHARE newsletter and/or check our homepage to be informed as soon as DBS data will be released.

Peak Flow (PF): Performance measurement of the respondent's expiratory lung force.

Social Support (SP): Information about any help the respondents might receive from or give to family or social network members or any other persons.

Financial Transfers (FT): Any financial transfers and payments given or received from others, also covering inheritances. A list of amounts asked in FT002, FT009 and FT015 is available here.

Housing (HO): Information about the respondent's current housing situation, including the size and quality of the accommodation. Owners are asked about the value of their property and, depending on the individuals' tenure, questions are asked about mortgages and rent payments. Further questions are related to the amenities and neighbourhood conditions.

Household Income (HH): Contains summary measures of various types of household income.

Consumption (CO): Brief module with information on household expenditures, e.g. on food.

Assets (AS): Questions about the amount of financial and non-financial assets held in various forms including income from these assets.

Activities (AC): Contains questions about a range of activities as well as information on how people felt about various aspects of their life. In waves 7, 8 and 9, this module also contains the so-called "Big Five" items (see `gv_big5`).

Expectations (EX): Explores respondent's expectations, the level of certainty they feel about the future, and how they make financial decisions within their household. It further contains questions about trust in other people as well as about political and religious orientation.

Saving Regrets (SR): Contains in wave 8 introduced questions about saving behaviour when respondents were younger and retrospective regrets about spending/saving behaviour.

Time Expenditure (TE): The module contains information on how respondents spend time.

Interviewer Observations (IV): Contains questions on the circumstances of the interview answered by the interviewers after the completion of an interview.

2. SHARELIFE questionnaire modules: wave overview and short description

Table 8 lists the questionnaire modules of the retrospective SHARELIFE interviews. Please note that some modules have different module abbreviations in wave 3 and wave 7 to avoid confusion with regular modules. Furthermore, the modules IV, GS and XT were part of both wave 3 and wave 7 but they are not included in Table 8 as they do not contain retrospective information. The cross-wave item correspondence list for waves 3 and 7 is available at <http://www.shareproject.org/data-documentation/questionnaires/cross-wave-comparison.html>

Table 8: Retrospective SHARELIFE Questionnaire Modules of Waves 3 and 7

W3 module	W7 module	Content of Questionnaire Modules
CV_R	CV_R	Coverscreen on individual level
ST	DN	Demographics
AC	RA	Retrospective Accommodation
CS	CC	Childhood Section / Childhood Circumstances
DQ	DQ	Disability
FS	FS	Financial Section
GL	GL	General Life and Persecution
HC	RH	Retrospective Health Care
HS	HS	Health Section
RC	RC	Retrospective Children History
RE	RE	Retrospective Employment
RP	RP	Retrospective Partner History
WQ	WQ	Work Quality

Retrospective Accommodation (AC/RA): This module includes questions on former residences (country, region), moves, types of accommodation, ownership, etc.

Childhood Section / Childhood Circumstances (CS/CC): In this module, we ask questions about the respondent's childhood conditions such as accommodation features, number of books, school performance, the relationship with parents, neighbourhood and physical abuse in childhood.

Disability (DQ): Respondents are asked questions on, e.g. disability leaves, work reduction and disability pensions.

Financial Section (FS): This module contains a series of questions on respondents' past financial investments such as investments in stocks, funds, insurance uptake and retirement savings.

General Life and Persecution (GL): This module collects information about the general life of respondents such as periods of happiness, stress, financial hardship and hunger. Furthermore, questions on whether respondents or their parents had to face discrimination, persecution and oppression in their past are included in this module.

Health Care Section (HC/RH): This module contains questions about health care the respondents might have received covering topics such as vaccinations, doctor visits, preventive check-ups and health behaviours.

Health History (HS): Respondents are asked about events that relate to their health such as hospital stays, illnesses and diseases during their life.

Retrospective Children History (RC): Each SHARELIFE respondent is asked about all her/his children, including deceased ones. The module includes retrospective questions about births, children characteristics and maternity leave.

Retrospective Employment History (RE): This module covers many different aspects of people's past employment status, job characteristics, income, etc.

Retrospective Partner History (RP): This module collects information about each respondent's partner history and covers, e.g. living arrangements, marriages and divorces in the past.

Work Quality (WQ): This module collects information on work quality such as effort, demand, control and job circumstances in the respondent's past.

3. Special questionnaire modules

Coverscreen

The coverscreen is the first module of each interview. It collects basic demographic information about every person currently living in the household. The coverscreen questionnaire is completed by only one member of the household. Household members who are not eligible for a SHARE interview or do not participate are part of the coverscreen data, too, which explains the higher number of observations compared to the other CAPI interview modules.

New since release 6-0-0 is an indication of coverscreen proxy respondents for waves 5, 6, 7 and 8 in the cv_r datasets. This occurs when somebody from outside the household completed the coverscreen on behalf of the household. These coverscreen respondents can be identified by the variable cvresp = 2 and by mergeid suffices such as "AT-123456-a5" or "SI-978654-b6". There have been considerable changes in the wave-specific coverscreen module since release 5.0.0. Some

variables were improved or replaced by new variables in order to facilitate easier handling of the data.

Previously, a household member did not have a valid mergeid if he or she was not eligible or did not do an interview in the respective wave (e.g. “no int w.2” if no interview could be conducted in wave 2). Since release 5.0.0, each observation in the coverscreen has a valid mergeid, which facilitates the handling of the data, for instance when merging coverscreen data with other waves and allows for a better monitoring of the household composition. In addition we included the variable interview that indicates whether or not a household member has done an interview (categories: 0 = “no interview”, 1 = “main interview”, 2 = “End-of-life interview”).

Furthermore, it is easier now to identify and follow couples across waves. The variable Mergeidp’w’ (where ‘w’ stands for the respective wave) indicates the mergeid of a respondents’ partner. In addition, since release 5.0.0, each couple has a coupleid indicated by the variable coupleid’w’. The coupleid is generated using mergeid of both partners and is therefore unique to each couple as well as the same across waves if the relationship stays the same.

The variable waveid indicates when a respondent entered SHARE and waveid_hh when the household entered the study. Note that when talking about “waves”, we consider the questionnaire version used. All household members present in wave 1 have a wave 1 waveid. In case a new person moves in a wave 1 household in wave 2, this new household member gets a wave 2 waveid. Thus waveid and waveid_hh can differ from each other. waveid has the following values corresponding to the following wave/questionnaire version:

- “42” and “52” (latter due to later fieldwork in Israel) → wave 1
- “62” and “92” (latter due to later fieldwork in Israel) → wave 2
- “82” → wave 3*
- “102” → wave 4
- “122” → wave 5
- “142” → wave 6
- “162” → wave 7
- “192” → wave 8
- “212” → wave 9

*waveid_hh is never “82” as there was no refreshment sample in wave 3

In order to make it easier for users to see when a respondent or household first appeared in SHARE, the variables firstwave and firstwave_hh have been introduced. In accordance with the nine waves of SHARE, they range from 1 to 9 and are designed as a comprehensive supplement of the variables waveid and waveid_hh.

The variables indicating respondent types (family respondent, financial respondent and household respondent; see also chapter 9) have been renamed in line with the imputation datasets (since release 5.0.0.). The new names are fam_resp, fin_resp and hou_resp as opposed to the previous naming dumfamr, dumfinr and dumhhr.

The coverscreen contains various “age” variables. There are two concepts to be distinguished: age in a certain year and age at the date of interview. For example, the variable age2004 is generated

as follows: $\text{age}_{2004} = 2004 - \text{yrbirth}$. The same goes for the partner's age (agep_{2004}) and age variables in later waves are also generated along the same line. By contrast, age_int indicates the age of the respondent at the time of the interview. The variable was generated following the rationale $\text{age_int} = \text{int_year} - \text{yrbirth}$ if $\text{mობirth} \leq \text{int_month}$ and $\text{age_int} = \text{int_year} - \text{yrbirth} + 1$ if $\text{mობirth} > \text{int_month}$. age_int is only provided for those who did an interview.

Since Release 1.0.0 of wave 8, the coverscreen module contains the following additions:

- Relationship Matrix: new variables (rel_ *) indicate the relation between each household member
- Variable cvdate indicates whether the coverscreen was completed in the first field phase (= the personal interview conducted prior to the outbreak of the pandemic) or the second field phase (= SHARE Corona Survey done via telephone interviews after the outbreak of the pandemic).
- Update variables: When a household participated in both field phases, the coverscreen was completed in the first field phase only. However, some important information could be updated in the second field phase. Variables including such information are indicated by " *_update_ca " indicating known changes in the second field phase. The variables affected are deceased , hhsz , partnerinh , pidcomp8 , coupleid8 and relrprs .
- Variables nursinghome and hhmove serve as a complement to mn024_ and mn104_ for those households that did not participate in the main interview (no first but only second field phase).

End-of-Life Interviews

In case a respondent deceased, interviewers conduct an end-of-life interview with a proxyrespondent. The interview is a special form of proxy interview conducted either in person or by phone. Proxy-respondents can be a family or household member, a neighbour or any other person of the closer social network of the deceased respondent. The end-of-life interview mainly contains information on respondents' last year of life and the circumstance of death like time and cause of death. The variables are stored in the XT module from wave 2 onwards.

The open answers to question XT012_ on cause of respondents' death are coded. Whenever possible the answers to XT012_ were back-coded to one of the options of XT011_ . If backcoding was not possible, a new variable xt012c (suffix "c" for coded) was generated containing new categories for the answers given to XT012_ . For getting a complete picture about the cause of respondents' death, users simply have to combine the information stored in the variables xt011_ and xt012c .

Technical variables

This module contains technical variables for waves 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 and 9 (named MN\# in the questionnaires) that play an important role in the questionnaire routing. The module includes variables indicating the different respondent types, too: fam_resp , fin_resp and hou_resp (see chapter 9) that are additionally stored in the wave-specific cv_r modules.

Table 9: Variables in the Technical Variables Module

Variable	Label
<i>fam_resp</i>	Family respondent
<i>fin_resp</i>	Financial respondent
<i>hou_resp</i>	Household respondent
<i>mn005_</i>	Single or couple interview
<i>mn016_</i>	Mother in household
<i>mn017_</i>	Father in household
<i>mn018_</i>	Mother-in-law in household
<i>mn019_</i>	Father-in-law in household
<i>mn024_</i>	Nursing home interview
<i>mn026_</i>	First respondent from couple or single
<i>mn028</i>	Eligible for dried blood spots collection (bs & gv_dbs)
<i>mn029</i>	Eligible for linkage
<i>mn030</i>	Eligible for social networks module (sn)
<i>mn031_</i>	Eligible for mini childhood module
<i>mn032_</i>	Eligible for social exclusion items
<i>mn038_</i>	Eligible for Accelerometry
<i>mn040_</i>	Need to ask consent question (ex123)
<i>mn041_</i>	Need to ask retirement info
<i>mn101_</i>	Questionnaire version (longitudinal vs. baseline)
<i>mn103_</i>	SHARELIFE life history interview (only w7)
<i>mn104_</i>	Household moved

Paper and Pencil drop-off

In waves 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 and 9 some interviews are supplemented with the self-completion of a paper & pencil questionnaire. Not all SHARE countries include a so-called drop-off in each wave and the content of these questionnaires differs between waves (see table 0 of the appendix for wave 1 and 2 drop-off correspondence) and is partly or completely countryspecific. These questionnaires include additional questions on e.g. mental and physical health, health care and social networks. All drop-off questionnaires are translated into English and labelled accordingly. The generic variables have variable names starting with “q”, country-specific variables contain the country code as prefix, e.g. “at_” for Austria.

Vignettes

Vignettes were filled in by a sub-sample of the respondents instead of the paper and pencil drop-off questionnaire. Vignettes were only part of wave 1 (eight countries: BE, DE, FR, GR, IT, NL, ES SE) and wave 2 (eleven countries: BE, CZ, DK, DE, FR, GR, IT, NL, PL, ES SE). The special self-completion questionnaire with anchoring vignette questions is supposed to assess crossnational comparability. Two types of vignettes indicated by the variable “type” were randomly assigned to the respondents. They differ with regard to question order, gender and, in wave 2 only, age of the persons described in the statements. The labels of the variables show which questions correspond to the each type (A & B in wave 1 and B & C in wave 2).