

Samenvatting van de masterthese Verpleegkundig Specialist (juni 2013)

Het Marfan syndroom en een kinderkeus of kinderwens

Door: **Wilma de Vries – ter Meer**

NB: deze samenvatting is niet bedoeld voor wetenschappelijke doeleinden en voldoet ook niet aan de wetenschappelijke eisen. Deze samenvatting is bedoeld om het voor de deelnemers makkelijker te maken om de these te lezen. Daarnaast is hij ook bedoeld voor andere geïnteresseerden van de Contactgroep Marfan Nederland (CMN). Voor de volledige these verwijs ik u naar mijn masterthese. Deze is ook te vinden op de website van de CMN. Vanaf deze plaats wil ik alle MFS patiënten en hun partners bedanken die spontaan aanboden mee te willen werken aan dit onderzoek. Dank jullie wel, dat jullie zo openhartig jullie gedachten met mij wilden delen. Zonder jullie medewerking was dit onderzoek er nooit gekomen. Ine Woudstra, door jou is het contact met de Contactgroep Marfan Nederland laagdrempelig en ik hoop nog vele jaren op een prettige samenwerking.

De titel van de masterthese:

Een Q-methodologische studie naar houdingen van echtparen waarvan één of beiden het Marfan syndroom heeft, ten aanzien van de vraag: wel of geen kinderen

Inhoudsopgave

1 Inleiding.....	2
2 Introductie.....	2
3 Literatuurstudie.....	3
4 Methode.....	4
5 Resultaten.....	4
6 Conclusies.....	6
7 Eindconclusie.....	9
8 Aanbevelingen.....	10

1 Inleiding

Voor de Master opleiding Advanced Nursing Practice (MANP) heb ik een praktijkgericht onderzoek uitgevoerd. In deze masterthese wordt daarvan verslag gedaan. Als verpleegkundig specialist in opleiding (VSio) ben ik werkzaam op de polikliniek voor volwassenen met een aangeboren hartafwijking (congenitale cardiologie) in het Erasmus Medisch Centrum (Erasmus MC) in Rotterdam. In die hoedanigheid heb ik regelmatig te maken met patiënten met het Marfan syndroom (MFS). In dit praktijkonderzoek gaat het over de dilemma's waarmee patiënten met het MFS te maken krijgen als er sprake is van een kinderwens. Met behulp van de Q-methodologie heb ik gezocht naar houdingen die deze patiënten hebben ten aanzien van het bepalen van een uiteindelijke kinderkeuze en de behoefte aan ondersteuning tijdens dit proces om tot een uiteindelijke keus te kunnen komen. Met behulp van de resultaten uit dit onderzoek hoop ik een bijdrage te leveren aan verbetering en innovatie van mijn beroepspraktijk. Toegespitst op het proces waarin echtparen waarvan één of beiden het MFS hebben, een keuze wensen te maken voor wel of geen kinderen.

In deze masterthese worden de termen 'echtparen' en 'kinderkeuze' gebruikt. Met echtpaar worden alle samenlevingsvormen tussen volwassen personen bedoeld. De term kinderkeuze heeft betrekking op het besluit wel of geen kinderen te willen krijgen en is om deze reden geselecteerd.

2 Introductie

Binnen de polikliniek van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam is er een spreekuur voor aortapathologie. Op dit spreekuur is de verpleegkundig specialist de spin in het web. Een coördinator die tevens aanspreekpunt is voor patiënten en andere disciplines. Om te voorkomen dat patiënten op meerdere momenten naar het ziekenhuis moeten komen, zijn alle onderzoeken en het consult (screening op MFS) op één dag georganiseerd

Kinderen die worden geboren met een aangeboren hartafwijking hebben door vooruitgang in diagnostiek en verbeterde interventiemogelijkheden een veel hogere levensverwachting dan veertig jaar geleden. Ongeveer 85% bereikt de volwassen leeftijd (Witsenburg, Strengers & Van Osch-Gevers, 2005). Daardoor is een nieuwe patiëntenpopulatie ontstaan; de volwassenen met een aangeboren hartafwijking. Zij hebben een toekomstperspectief gekregen met de reële mogelijkheid tot het eventueel stichten van een gezin, waarbij ze wel tegen allerlei dilemma's aan kunnen lopen. Deze nieuwe situatie vraagt kennis en inzicht van zowel artsen als de verpleegkundig specialist over de inhoud van deze dilemma's en hoe daarmee om te gaan.

Voor MFS patiënten brengt een kinderwens tweeërlei problemen met zich mee: de lichamelijke risico's van een zwangerschap bij de vrouwelijke Marfan patiënt en het erfelijkheidsvraagstuk. Bij navraag aan MFS patiënten bleek dat zij wel de lichamelijke risico's van een zwangerschap voor een vrouw met MFS te horen kregen, maar dat er geen advies volgde bij wie zij terecht konden met hun vragen over prenataal diagnostische mogelijkheden en hun twijfels over kinderen krijgen. Echtparen vertelden over hun angst om de ziekte over te dragen op hun kind, angst voor lichamelijke risico's tijdens de zwangerschap en bevalling voor de vrouwelijke Marfan patiënt en het onbegrip vanuit hun sociale omgeving als zij voor kinderen gekozen hadden. Daar staat tegenover dat er ook echtparen waren, die vrij onbevangen aan kinderen waren begonnen en zich achteraf afvroegen wat de consequenties voor het kind zouden kunnen zijn.

Op basis van de geschetste bevindingen tijdens het spreekuur werd het zorgprobleem als volgt geformuleerd:

Mogelijk wordt patiënten met het MFS die voor een kinderkeuze staan de juiste begeleiding of verwijzing naar andere disciplines, bijvoorbeeld de klinische genetica, onthouden.

3 Literatuurstudie

In aansluiting op de zorgprobleemanalyse werd een literatuurstudie verricht om meer inzicht te krijgen in de dilemma's die een rol kunnen spelen in de besluitvorming aangaande een uiteindelijke kinderkeuze. Bij deze zoektocht in de literatuur is gebruik gemaakt van de volgende vraagstellingen:

- Welke risico's op gezondheidsproblemen worden beschreven tijdens en na een zwangerschap voor een vrouw met het Marfan syndroom?
- Welke factoren spelen een rol bij het wel of niet laten verrichten van prenatale diagnostiek.
- Welke sociale aspecten zijn van invloed op de uiteindelijke kinderkeus bij echtparen waarvan één, of beiden, het Marfan syndroom hebben.
- Wat wordt er in de literatuur geschreven over genetische counseling bij echtparen met een autosomaal dominante aandoening, als zij voor een kinderkeuze staan.

Conclusie literatuurstudie:

De volledige literatuurstudie kunt u vinden in de uiteindelijke masterthese. Samenvattend kan gezegd worden dat:

- De grootste zorg bij en zwangerschap is voor een vrouwelijke Marfan patiënt de verhoogde kans op het ontstaan van een verwijding, dissectie en/of scheuren van de aorta.
- De motieven voor het wel of niet laten verrichten van prenatale diagnostiek zijn erfelijkheid, kennis en ervaring over/met het MFS en geloofsovertuiging.
- Sociale aspecten, persoonlijke ervaringen en coping (het omgaan met tegenslagen) zijn van invloed op de uiteindelijke kinderkeuze bij echtparen waarvan één of beiden het MFS heeft.
- Patiënten met een groot sociaal netwerk en een positieve levenshouding minder behoefte hebben aan genetische counseling. Informatieverschaffers zoals patiëntenverenigingen en internet gaan een rol spelen in de voorlichting, meningsvorming en besluitvorming rondom een kinderkeuze. Er is grote diversiteit in de behoefte naar professionele counseling.

4 Methode

In dit onderzoek is gekozen voor de Q-methode. Een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve technieken. De keuze voor de Q-methodologie is gemaakt omdat deze methode subjectieve onderwerpen zoals voorkeuren en gevoelens die van invloed kunnen zijn op het maken van een keuze inzichtelijk kan maken. Op de landelijke contactdag (23 maart 2013) van de patiëntenvereniging Contactgroep Marfan Nederland (CMN), hebben 31 respondenten een rangschikking gemaakt aan de hand van individuele instemming (eens-oneens) van 37 uitspraken. Deze uitspraken (statements) had de onderzoeker verzameld uit een literatuurstudie en interviews met echtparen van wie één of beiden het MFS hadden en met diverse experts op het gebied van MFS.

Uiteindelijk heeft dat geleid tot drie profielen, drie verschillende houdingen ten aanzien van een kinderkeus en de wijze waarop ondersteuning wordt gewenst om op den duur tot een besluit te kunnen komen.

5 Resultaten

Profiel 1 Wel een kind, maar met gebruikmaking van prenatale diagnostiek

In profiel 1 zaten 5 mannen en 5 vrouwen. Zij zijn voornamelijk hoog opgeleid en drie van hen hadden al kinderen. Deze respondenten denken hetzelfde over een kinderkeuze als hun partner en de mogelijkheid op prenatale diagnostiek gaf bij hen de doorslag tot een uiteindelijke keuze.

Ze zouden het heel erg vinden om het MFS door te geven aan hun kinderen. Ze voelen zich goed begeleid, maken een weloverwogen beslissing op basis van feiten en gesprekken met mensen uit hun omgeving maar ook met de klinische genetica. Daarnaast is nieuwe informatie altijd welkom. Het liefst krijgen zij informatie van iemand met wie zij hierover van gedachten kunnen wisselen. Enkel een folder of informatie via een internetsite is niet voldoende voor hen.

Een paar kenmerkende uitspraken voor dit profiel zijn:

- 'Mijn partner en ik denken hetzelfde over een kinderkeuze'.
- 'Voordat ik zwanger wordt ga ik eerst langs bij de klinische genetica'.
- 'Ik wil gewoon weten wat de risico's van een zwangerschap en overerving zijn'.

Profiel 2 Liever geen kind dan een kind met Marfan

In profiel 2 zaten 2 mannen en 8 vrouwen. Hun opleidingsniveau is middelbaar en hoger beroeps onderwijs en vijf van hen hadden kinderen. Ook in profiel 2 hopen ze op een kind zonder het MFS want zij hebben ervaren hoe zwaar het leven met Marfan is en vinden het erg om de ziekte door te geven aan hun kind. Zij zijn echter niet goed begeleid en onvoldoende geïnformeerd tijdens het maken van een kinderkeuze en juichen de mogelijkheid van prenatale diagnostiek erg toe. Ze zijn erg blij dat er meer aandacht besteed gaat worden aan het bepalen van een kinderkeuze en willen hier graag met anderen over praten en zeker op gelegenheden als een patiënten contactdag.

Een paar kenmerkende uitspraken voor dit profiel zijn;

- 'Ik zou het heel erg vinden als ik de ziekte overdraag aan mijn kind'.
- 'Ik wil graag meer informatie over prenatale diagnostiek'.
- 'Iedereen hoopt op een kind zonder Marfan'.

Profiel 3 Hopen op een kind zonder Marfan, maar een kind met Marfan is ook welkom

In profiel 3 zitten drie mannen en zes vrouwen. Zij hebben over het algemeen een middelbare beroeps opleiding of enkel middelbare school gevolgd. Vier van hen hadden kinderen. Hoewel zij zelf ervaringen hebben met het MFS ervaren zij het leven niet als zwaar. Integendeel zelfs. Ze zien het als een voorrecht dat zij leven en vinden zelfs dat ze een goed leven. Dit willen zij een kind niet onthouden. En alhoewel zij hopen op een kind zonder Marfan, zijn zij ervan overtuigd een kind met Marfan goed te kunnen begeleiden. De 50% kans om een kind te krijgen met Marfan is voor hen geen reden om niet aan kinderen te beginnen, maar hebben de

optimistische instelling dat er misschien wel een behandeling is voor Marfan als het kind groot is.

Een paar kenmerkende uitspraken voor dit profiel zijn:

- 'Ik heb zelf een goed leven met Marfan. Een kind met Marfan zal ik goed kunnen begeleiden'.
- 'Iedereen hoopt op een kind zonder Marfan'.
- 'Misschien is er wel een behandeling voor Marfan als het kind groot is'.

6 Conclusies

In aansluiting op de onderzoeksresultaten worden de belangrijkste conclusies per deelvraag beantwoord.

In het onderzoek stond de volgende vraagstelling centraal:

Wat zijn de verschillende houdingen en visies van echtparen, waarvan één of beiden het Marfan syndroom heeft, ten aanzien van de overwegingen rondom de vraag: wel of geen kinderen en hun wensen voor ondersteuning tijdens dit proces?

Deelvraag 1 In hoeverre heeft de aanwezigheid van Marfan syndroom invloed op de kinderkeuze?

Profiel 1 Kiezen voor kinderen zonder Marfan, met behulp van prenatale diagnostiek.

Profiel 2 Kiezen liever voor geen kinderen, dan een kind met Marfan en zijn onvoldoende op de hoogte van prenataal diagnostische mogelijkheden.

Profiel 3 Kiezen voor kinderen ongeacht prenatale diagnostiek.

Ieder echtpaar wat te maken krijgt met een kinderkeuze en waarvan één of beide het MFS heeft, vindt het erg om de ziekte over te dragen op hun kind. Het blijkt dat het hebben van het MFS voor respondenten uit profiel 3 de minste invloed heeft op een kinderkeuze. Zij kijken positief naar hun eigen leven waardoor zij het risico nemen om een kind te krijgen met het MFS. Dit wordt ook beschreven door Decruyenaere et al. (2007). Uit hun onderzoek blijkt dat een positieve levenshouding van zowel ouders als hun kinderen een beïnvloedende rol speelt in het bepalen van een kinderkeuze. Zij beschrijven dat deze levenshouding en de hoop dat er een oplossing of genezing voor de ziekte kan komen, redenen waren om kinderen te krijgen. Respondenten uit profiel 1 en 2 willen het een kind niet aandoen om Marfan te hebben en kiezen voor geen kinderen (profiel 2) of wel voor kinderen, maar dan met behulp van prenatale diagnostiek (profiel 1) om op deze wijze te voorkomen dat de ziekte overgedragen wordt. Deze visie wordt ook beschreven in twee andere onderzoeken (Peters et al., 2002; Peters & Petrill,

2012). Zij concluderen dat de diagnose Marfan grote invloed heeft op de kinderkeuze en de echtparen voor veel dilemma's stelt. Bij deze onderzoeken is echter geen onderscheid gemaakt in opleidingsniveau, wat uit bovenbeschreven resultaten (zie hoofdstuk 3) wel verschil lijkt te maken. Respondenten uit profiel 1 en 2 hebben gemiddeld een hoger opleidingsniveau (MBO en HBO) dan respondenten uit profiel 3 (MBO en LO).

Deelvraag 2 In hoeverre hebben persoonlijke ervaringen met de gevolgen van de ziekte invloed gehad op de kinderkeuze?

Profiel 1 [Persoonlijke ervaringen hebben een bepalende rol bij de kinderkeuze.](#)

Profiel 2 [Persoonlijke ervaringen hebben een negatieve invloed op de kinderkeuze.](#)

Profiel 3 [Negatieve ervaringen hebben geen invloed op de kinderkeuze.](#)

De gevolgen van persoonlijke ervaringen met de ziekte verschillen per profiel. Voor respondenten uit profiel 2 geldt, dat hun ervaringen zo ingrijpend waren, dat zij dit een kind absoluut niet aan willen doen en van kinderen afzien. Respondenten uit profiel 1 denken meer in mogelijkheden en oplossingen, zoals prenatale diagnostiek en respondenten uit profiel 3 staan zo optimistisch in het leven dat, alhoewel zij ook negatieve ervaringen hebben, zij de hoop hebben dat tegen de tijd dat het kind volwassen is, de geneeskunde mogelijk oplossingen biedt. Deze conclusie over persoonlijke ervaringen en copingsmogelijkheden komt overeen met diverse conclusies uit de literatuur (Decruyenaere et al., 2007; Peters et al., 2009). Uit hun onderzoeken blijkt dat de ervaringen die iemand als kind heeft opgedaan met de erfelijke aandoening zo traumatisch kan zijn geweest, dat dit een reden is om geen kinderen te willen krijgen, of eerder te kiezen voor prenatale diagnostiek.

Deelvraag 3 In hoeverre heeft de sociale omgeving invloed gehad op de besluitvorming rond de kinderkeuze?

Profiel 1 [Trekken zich niet zoveel aan van invloeden uit hun sociale omgeving.](#)

Profiel 2 [Sociale omgeving heeft geen rol in besluitvorming.](#)

Profiel 3 [Sociale omgeving speelt geen rol van betekenis in de besluitvorming.](#)

De sociale omgeving lijkt geen rol van betekenis te spelen bij de besluitvorming omtrent een kinderkeuze bij de respondenten. Uit de resultaten (hoofdstuk 3) blijkt deze sociale omgeving neutraal te scoren bij alle profielen.

Hoewel de sociale omgeving geen rol van betekenis speelt, is ze wel degelijk van belang bij de besluitvorming voor een kinderkeuze bij de respondenten uit profiel 1. Respondenten uit dit profiel hebben een grote behoefte aan zoveel mogelijk informatie, die ze onder andere kregen vanuit gesprekken met hun sociale omgeving.

Respondenten uit profiel 3 betrekken hun sociale omgeving in het proces als zij dat willen of er behoefte aan hebben. Respondenten uit profiel 2 gaan sterk uit van eigen ervaringen met het MFS. Sociale omgeving zoals familie of vrienden spelen geen rol in hun besluitvorming.

Dit correspondeert niet met bevindingen uit de literatuur. Decruyenaere et al. (2007) pleitten er zelfs voor om de genetische counseling volledig door derden als klinische genetica of artsen te laten geschieden, vanwege de grote invloed die de sociale omgeving kan hebben op de besluitvorming. Hierbij valt te denken aan negatief praten over het MFS door ouders of juist dat ouders het MFS bagatelliseren. Ook Klitzman et al. (2007) concluderen dat meningen van partners, familie en vrienden zwaar wegen in het proces wat leidt tot een uiteindelijke kinderkeuze.

Deelvraag 4 Welke informatie is voor echtparen van belang om tot een besluit over kinderkeuze te komen.

Profiel 1 Beschikken al over veel informatie maar aanvullende informatie is altijd welkom.

Profiel 2 Hebben veel behoefte aan informatie over prenatale diagnostische mogelijkheden.

Profiel 3 Zullen uit zichzelf niet om informatie vragen, maar als het aangeboden wordt is het welkom.

Uit de resultaten (hoofdstuk 3) blijkt dat er grote verschillen zijn in de behoefte aan informatie. Deze behoefte is sterk afhankelijk van het profiel. Respondenten uit profiel 1 geven aan dat je nooit genoeg informatie kunt hebben. Respondenten uit profiel 2 hebben vooral behoefte aan specifieke informatie over risico's en prenatale diagnostiek. Zij staan ook open voor ervaringen van lotgenoten. Respondenten uit profiel 3 willen vooral informatie over risico's bij een zwangerschap.

Deze resultaten komen overeen met de literatuur. Uit een onderzoek van Peters en Petrill (2012) blijkt dat de één alleen behoefte heeft aan feiten, de ander wil veel meer horen hoe het is te leven met een genetische aandoening. Echter in een ander onderzoek, van Peters et al. (2009), wordt geconstateerd dat, ondanks alle voorlichting in kranten en media dat niet iedereen is op de hoogte is van de mogelijkheden van prenatale diagnostiek. Kennisvermeerdering maakt het er echter niet altijd makkelijker op aldus een respondent uit de workshop op de CMN dag, 23 maart 2013. 'Het wordt er allemaal niet makkelijker op. We voelen ons nu verplicht om heel erg na te denken over wat we moeten doen. Wel of geen kinderen. Vroeger hoefde je er niet over na te denken.

Deelvraag 5 Door wie en op welke manier willen echtparen van informatie worden voorzien?

Profiel 1 Voorkeur voor individuele voorlichting waarbij veel ruimte is voor het uitwisselen van gedachten.

Profiel 2 Voorkeur voor individuele voorlichting en begeleiding en lotgenotencontact.

Profiel 3 Voorlichting door een deskundige op het gebied van het MFS.

De respondenten in alle profielen geven te kennen dat enkel een folder of informatie op internet niet voldoende is. Groepsvoorlichting heeft ook niet direct hun voorkeur.

Respondenten uit profiel 2 en 3 vinden het daarnaast belangrijk dat degene die voorlichting of begeleiding geeft voldoende kennis van het MFS en prenataal diagnostische mogelijkheden heeft. Een vertrouwensband met deze persoon is geen directe voorwaarde. Bij respondenten uit profiel 1 is het belangrijk dat ze met de betreffende voorlichter goed van gedachten kunnen wisselen.

Door welke discipline deze voorlichting gegeven moet worden is van ondergeschikt belang.

Opvallend is dat respondenten uit profiel 2 naast de al genoemde voorkeuren zich ook uitspreken over de eventuele rol van de CMN hierin. Zij geven duidelijk aan dat zij het prettig zouden vinden als de CMN meer aandacht aan het onderwerp 'kinderkeuze' zou geven. Profiel 1 en 3 zijn hier neutraal in.

In een onderzoek van Peters en Petrill (2012), wordt geconstateerd dat mensen die een minder positief gevoel over hun aandoening hebben, niet alleen behoefte bleken te hebben aan ondersteuning van de klinische genetica, maar ook van een steungroep. Dit komt weer overeen met de bevindingen dat respondenten uit profiel 2, die minder positief in het leven staan, een grotere behoefte hebben aan lotgenotencontact.

In hetzelfde onderzoek van Peters en Petrill (2012), komt naar voren dat genetische counseling overbodig zou zijn, omdat informatie veelal vanaf het internet wordt gehaald en vanuit de sociale omgeving. Uit de resultaten van het onderzoek (hoofdstuk 3), zijn hier geen aanwijzingen voor gevonden.

7 Eindconclusie

Concluderend kan worden gezegd dat uit dit onderzoek naar voren is gekomen dat er binnen de doelgroep verschillende profielen bestaan. Elk profiel heeft behoefte aan een op het eigen profiel afgestemde informatievoorziening.

Verder komt uit het onderzoek naar voren dat er vooral behoefte is aan informatie over lichamelijke risico's tijdens en na een zwangerschap en voorlichting over prenataal diagnostische mogelijkheden.

Kennis over deze risico's en prenataal diagnostische mogelijkheden kunnen helpen bij het maken van een kinderkeuze.

De behoefte aan kennis over prenataal diagnostische mogelijkheden lijkt afhankelijk te zijn van het opleidingsniveau, wat tot uiting komt in de geschetste profielen.

In tegenstelling tot wat in de literatuur is gevonden, blijken dilemma's bij een kinderkeuze niet zo zeer te berusten op sociale invloeden die een rol spelen, maar veel meer op de eigen ervaring die men heeft met de gevolgen van het MFS.

8 Aanbevelingen

In de volledige beschrijving van het onderzoek staan alle aanbevelingen voor de praktijk, onderwijs en onderzoek beschreven. In deze samenvatting lijkt mij de aanbevelingen voor de CMN het meest van belang.

Lotgenotencontact

Mensen uit profiel 2 hebben duidelijk aangegeven behoefte te hebben aan lotgenotencontact. Ook gaven zij aan dat de CMN hierin een rol kan spelen. Het is daarom aan te bevelen dat de CMN op de jaarlijkse contactdagen workshops organiseert rondom het onderwerp kinderkeuze. Op deze manier kunnen MFS patiënten of echtparen waarvan één of beiden het MFS hebben, met elkaar van gedachten wisselen over een kinderkeuze.

Een andere aanbeveling voor lotgenotencontact is het met elkaar in contact brengen van echtparen die voor een kinderkeuze staan en daar met lotgenoten over willen praten. De CMN kan hierin een coördinerende rol spelen. Eveneens is het aan te bevelen dat vanuit de CMN regionale contactavonden worden georganiseerd voor echtparen die staan voor een kinderkeuze en hierover willen praten met andere echtparen. Daarbij moet ook gedacht worden aan echtparen die deze beslissing al hebben genomen en hun overwegingen kunnen delen met andere echtparen.

Contactpersoon

Verder is het wenselijk dat de CMN één persoon aanstelt als contactpersoon voor mensen die vragen hebben over een kinderkeuze bij het MFS. Mensen kunnen hun vraag stellen aan deze persoon als zij daar behoefte aan hebben. De frequentie van één jaarlijkse workshop op de

ontmoetingsdag is wellicht te weinig als mensen willen praten of vragen hebben over een kinderkeuze. Wie deze persoon is en op welke wijze deze persoon benaderd kan worden behoeft duidelijke vermelding op de website van de CMN. Een voorwaarde is dat deze persoon voldoende kennis heeft van de risico's van een zwangerschap en bevalling bij het MFS en op de hoogte is van alle prenataal diagnostische mogelijkheden.

Wilma de Vries – ter meer